

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM POPULAÇÃO COM QUADROS**  
**REUMATOLÓGICOS**

Thaísa de Carvalho Jaoude

**São Carlos**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM POPULAÇÃO COM QUADROS**  
**REUMATOLÓGICOS**

Thaísa de Carvalho Jaoude

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis

**São Carlos**

**2015**

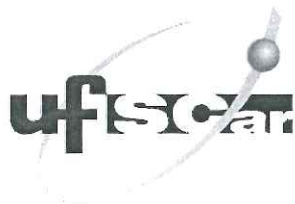
**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

J35da Jaoude, Thaísa de Carvalho.  
Depressão e ansiedade em população com quadros  
reumatológicos / Thaísa de Carvalho Jaoude. -- São Carlos :  
UFSCar, 2015.  
78 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2015.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Reumatismo. 4.  
Prevalência. I. Título.

CDD: 152.46 (20ª)




PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA


COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Thaís de Carvalho Jaoude

São Carlos, 26/03/2015

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Jesus Dutra dos Reis (Presidente)  
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karyne de Souza Augusto Rios  
Centro Universitário Adventista de São Paulo /UNASP

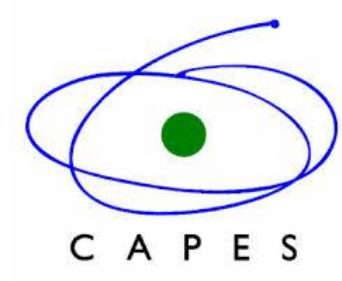
  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carolina Braz  
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública  
realizada às 09h no dia 26/03/2015.

Comissão Julgadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Jesus Dutra dos Reis  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karyne de Souza Augusto Rios  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Carolina Braz

Homologada pela CPG-PPGpsi na  
Reunião no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Domeniconi  
Coordenadora do PPGpsi



**Esta pesquisa teve financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).**

## **Agradecimentos**

Ingressar em um Programa de Mestrado vai além de uma simples vontade de estudar profundamente sobre um determinado tema. Envolve amor pelo que se faz, estruturação do tempo, do plano e dos sonhos, pessoais e profissionais.

O desenvolvimento daquele tão planejado e pensado trabalho envolve o próprio sujeito, seu orientador, todas as pessoas diretamente e indiretamente envolvidas no projeto e, além desses, a família, os amigos, os colegas de turma.

Agradeço à professora Maria de Jesus que, a sua peculiar maneira, me orientou sabiamente e atuou como exemplo de competência e dedicação, mesmo diante das situações mais adversas. Espero que um dia eu consiga adquirir ao menos uma pequena parte da sua experiência.

À professora Paula Regina Serrão, que colaborou imensamente para que o trabalho pudesse ir além da Psicologia. Aos estagiários da Psicologia, que participaram de forma ativa na busca por dados substanciais.

Minha profunda admiração pelos docentes do curso de Pós-Graduação, que dividem seus imensuráveis conhecimentos com aqueles que estão somente no início de uma longa caminhada acadêmica. Aos colegas de turma, que compartilham seus anseios, suas preocupações e dúvidas! Agradeço, especialmente, às minhas colegas de laboratório, Mônica, Bárbara e Cynthia.

Difícil encontrar palavras para agradecer minha família, Eduardo, Talita, Ricardo, Gustavo e Carla, que vibraram com minha conquista inicial, me acompanharam e me ampararam nos momentos de insegurança e preocupação e me confortam com incondicional amor. Minhas queridas amigas, Michelle, Camila, Nathalia e Marcela que torceram por mim a cada etapa. Ao Gabriel, que me incentivou a continuar nos dias de cansaço.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

## Sumário

Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Apresentação.....	viii
Estudo 1.....	1
Resumo.....	3
Introdução.....	4
Método.....	10
Resultados.....	11
Discussão.....	21
Referências.....	25
Estudo 2.....	33
Resumo.....	35
Introdução.....	36
Método.....	45
Resultados.....	50
Discussão.....	62
Considerações Finais.....	67
Referências.....	69
Anexo 1.....	76

**Jaoude, T.C. (2015).** *Depressão e Ansiedade em População com Quadros Reumatológicos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP. 86 pp.*

### Resumo

As doenças reumatológicas têm sido definidas como aquelas relativas ao sistema musculoesquelético e tecidos conectivos. Através da análise da literatura observa-se uma prevalência significativa entre indivíduos acometidos por estes quadros, depressão e ansiedade. O presente trabalho investigou a relação entre doenças reumáticas e transtornos mentais em dois diferentes estudos. O *Estudo 1* apresenta uma revisão bibliográfica organizada na forma de artigo. O manuscrito apresenta o produto de uma revisão bibliográfica, em bases de dados brasileiras e estrangeiras, nos últimos 25 anos, examinando os resultados referentes à prevalência entre diagnósticos reumatológicos e transtornos mentais, em particular, *ansiedade e depressão*. O levantamento foi organizado de forma a sistematizar os principais quadros reumatológicos endereçados, os Países onde as investigações foram implementadas, as populações analisadas nestes estudos, além da prevalência observada entre *depressão e ansiedade* em cada caso. No *Estudo 2* é descrita uma avaliação de indicadores de depressão e ansiedade em usuários de ambulatórios de reumatologia, numa *Unidade Saúde-Escola* de uma instituição de ensino superior, com atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram avaliados 85 usuários, sendo 76 mulheres e 9 homens, com idade variando entre 41 e 70 anos. Na avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionários para levantamento de informações gerais; 2) Inventário Beck de Depressão (BDI); 3) Inventário Beck de Ansiedade (BAD); 4) Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL); e; 5) Critério Econômico Brasil da ABEP. Os resultados evidenciaram que 51,8% da amostra apresentaram uma escolaridade *igual ou inferior ao fundamental completo*, sendo que 31,8% encontram-se aposentados ou afastados pela previdência. Além disto, 68,2% deles foram identificados como inseridos em classes econômicas com poder de consumo igual ou menor à *Classe C1*; 37,6% dos usuários apresentavam *dois ou mais* diagnósticos de doenças reumatológicas. Indicadores apontaram que 43,5% dos usuários estavam sob tratamento medicamentoso com pelo menos uma substância psicotrópica, com tempo de tratamento que variou de 2 a 21 anos. Usuários sob prescrição medicamentosa psicotrópica apresentaram escores significativamente maiores de *depressão* (Mann-Whitney:  $z=6,513$ ;  $p<0,000$ ), *ansiedade* (Mann-Whitney:  $z=6,083$ ;  $p<0,000$ ) e *estresse* (Mann-Whitney:  $z=6,119$ ;  $p<0,000$ ). As doenças com maior frequência na população foram *Fibromialgia* ( $n=33$ ), *Artrose* ( $n=33$ ) e *Artrite Reumatoide* ( $n=24$ ). Na população geral, observou-se uma prevalência de 43,5% de *depressão*, 57,% de *ansiedade* e 31,4% de *estresse*. Considerando especificamente a prevalência de *depressão*, na *Fibromialgia*, *Artrose* e *Artrite Reumatoide* foram observados, respectivamente, os valores de 87,9%, 60,6% e 37,5%. A *ansiedade* obteve prevalência de 72,7% na *Fibromialgia*, 36,4% na *Artrose*, e 29,2% na *Artrite Reumatoide*. Discute-se a importância da avaliação e intervenção multiprofissional, em particular do psicólogo, para o cuidado das doenças reumatológicas.

**Palavras-chave:** Doenças reumatológicas; prevalência; depressão; ansiedade; usuários do SUS



**Jaoude, T.C. (2015).** *Depression and Anxiety in Population with Rheumatic Diseases*. Master's thesis. Graduate Program in Psychology, Federal University of São Carlos, São Carlos, SP. 86 pp.

### Abstract

Rheumatic diseases have been defined as those relating to musculoskeletal and connective tissues. Through the analysis of the literature it is observed a significant prevalence among patients with these pathologies, and both *depression* and *anxiety*. The present study investigated, in two different studies, the relations between rheumatic diseases and mental disorders. The *Study 1* presents a literature reviews organized in the form of article. The manuscript presents the product of a literature review in brazilian and foreign databases, in the last 25 years, examining the results on the prevalence of mental disorders in rheumatic diagnoses patients, particularly *anxiety* and *depression*. The review was organized to systematize the principal addressed rheumatologic diseases, the countries where the investigations were implemented, the populations investigated in these studies, and the prevalence observed between depression and anxiety in each case. In *Study 2* indicators of depression and anxiety in users of rheumatology ambulatory are described, in a health and teaching unit, with exclusive service to users of the *Social Health System*. It was evaluated 85 patients, 76 women and 9 men, aged between 41 and 70 years. In the evaluation, the following instruments were used: 1) The questionnaire for survey of general information; 2) Beck Depression Inventory (BDI); 3) Beck Anxiety Inventory (BAI); 4) Inventory of Stress Symptoms of Lipp (ISSL); and; 5) Brazilian Economic Criteria of the ABEP. The results showed that 51.8% of the sample had a education equal or less to complete primary, and 31.8% are retired or removed by social security provision. In addition, 68.2% of them were identified as inserted into economic classes with power consumption equal or less than to *Class C1*; 37,6% of users had two or more diagnosis of rheumatic diseases. Indicators showed that 43.5% of users were under medical treatment with at least one psychotropic substance, with treatment duration ranging from 2 to 21 years. Users under psychotropic drug prescription had significantly higher scores of *depression* (Mann-Whitney:  $z = 6.513$ ,  $p < 0.000$ ), *anxiety* (Mann-Whitney:  $z = 6.083$ ,  $p < 0.000$ ) and *stress* (Mann-Whitney:  $z = 6.119$ ;  $p < 0.000$ ). The rheumatics diseases most frequently found in the population were *Fibromyalgia* ( $n = 33$ ), *Osteoarthritis* ( $n = 33$ ) and *Rheumatoid arthritis* ( $n = 24$ ). In the general population, there was a prevalence of 43.5% of depression, 57% anxiety and 31.4% of stress. Considering the prevalence of *depression* in the *Fibromyalgia*, *Osteoarthritis* and *Rheumatoid Arthritis* were observed respectively values of 87.9%, 60.6% and 37.5%. *Anxiety* showed a prevalence of 72.7% in Fibromyalgia, 36.4% in Osteoarthritis, and 29.2% in Rheumatoid Arthritis. It was discussed the importance of evaluation and multidisciplinary intervention, in particular the psychologist role, for the care of rheumatic diseases.

**Keywords:** Rheumatic Diseases; Prevalence; Depression; Anxiety; Social Care System.

## Apresentação

As doenças reumatológicas têm sido definidas como aquelas “relativas ao sistema musculoesquelético e tecidos conectivos” (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision). Segundo o “*American College of Rheumatology*” o papel do reumatologista seria diagnosticar e tratar pacientes com problemas de saúde relativos às doenças reumatológicas que afetariam articulações, músculos, ossos e, algumas vezes, órgãos internos e epiderme. Além de avaliar sistemicamente o organismo para determinar o impacto do quadro reumatológico sobre o indivíduo afetado, esse profissional deveria incluir medidas de funcionamento geral, bem estar mental e nível de independência. Segundo esta associação, a intervenção pelo reumatologista teria como objetivo ajudar seus pacientes a viver com a doença, mantendo uma relativa qualidade de vida (Yung, 2012). As doenças reumatológicas afetariam aproximadamente 12 milhões de brasileiros, sendo que no transcorrer de 2010 e 2011, mais de 33.000 pacientes foram internados em decorrência de algum destes quadros, representando um custo de R\$ 24 milhões (Ministério da Saúde, 2011). Por sua cronicidade e impacto, as doenças reumatológicas podem levar à perdas representativas na funcionalidade e qualidade de vida das pessoas por elas acometidas (Taylor, Myeres, Simpson, McPherson, & Weatherall, 2004). Além disso, na literatura internacional tem sido descrita a comorbidade de quadros reumatológicos com transtornos de humor e de ansiedade (Arnold, Hudson, Keck, Auchenbach, Javara, & Hesse, 2006); pesquisas investigando população brasileira também têm apresentado resultados que apresentam esta relação entre os fenômenos (Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira, Lage, & Marques, 2006).

O presente trabalho teve como objetivo geral investigar a prevalência de transtornos de depressão e de ansiedade em pacientes com diagnóstico de doenças reumatológicas. No *Estudo 1*, apresentado na forma de artigo denominado *Ansiedade e depressão em patologias reumatológicas: revisando uma comorbidade desafiadora*, foi implementada uma revisão sistemática das literaturas internacional e brasileira, buscando identificar a prevalência de *depressão* e de *ansiedade* em pacientes com quadros reumatológicos diversos. Além disso, foram implementadas avaliações de 85 pacientes atendidos em dois ambulatórios de reumatologia, funcionando em uma unidade de ensino e de saúde, ligada ao *Sistema Único de Saúde*; estas avaliações tinham como objetivo identificar sinais de necessidade de cuidado em depressão e ansiedade, tendo seus principais resultados apresentados no *Estudo 2*.

**ESTUDO 1**

**ARTIGO DE REVISÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PATOLOGIAS REUMATOLÓGICAS: REVISANDO  
UMA COMORBIDADE DESAFIADORA.**

Tháisa de Carvalho Jaoude

**Artigo submetido para publicação em periódico brasileiro**

**São Carlos**

**2015**

Jaoude, T.C (2015). *Ansiedade e depressão em patologias reumatológicas: revisando uma comorbidade desafiadora*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos – SP.

### Resumo

As doenças reumáticas parecem ser uma das causas mais comuns de problemas de saúde crônicos e incapacidades a longo prazo. Dado o avanço tecnológico e de técnicas laboratoriais, seus diagnósticos e incidências aumentaram exponencialmente. Uma condição ainda mais preocupante tem sido o relato, na literatura, de uma significativa comorbidade com diferentes transtornos mentais, em particular, transtornos depressivos e de ansiedade. Assim sendo, o presente artigo teve como objetivo examinar as literaturas brasileira e internacional da produção referente aos últimos 25 anos, examinando a prevalência da comorbidade entre os quadros reumatológicos e os transtornos ansiosos e depressivos. Foram examinadas as bases indexadas pela PUBMED; LILACS, MEDLINE, BVS-ULAPSI, IBECs, Periódicos CAPES, SciELO, Science Direct, Web of Knowledge e PsychInfo. Foram incluídos neste levantamento estudos publicados de janeiro de 1989 até o período do levantamento, que investigaram população adulta e idosa. Os indexadores de busca foram “anxiety” and/or “depression” and “rheumatology” and “epidemiology” em língua inglesa; nas bases de língua portuguesa os termos buscados foram: ansiedade e/ou depressão, reumatologia e epidemiologia. Numa análise geral da literatura na área, as publicações sobre o tema tiveram um salto significativo após 2005. A população mais estudada foi a feminina, apesar da maioria dos estudos utilizar populações mistas em suas amostras. Quanto aos diagnósticos, em estudos brasileiros, a *Fibromialgia* (FM) é a síndrome mais estudada, seguida por *Artrite Reumatoide* (AR) e *Osteoartrite* (OA). Na literatura internacional, AR/OA são os mais estudados, seguidos pela FM. Em ambos, o *Lúpus Eritematoso Sistêmico* (LES) é o terceiro diagnóstico mais avaliado. Em termos de comorbidade, foram encontradas altas relações. No cenário brasileiro a prevalência da ansiedade em pacientes com dores crônicas reumatológicas pode variar de 12,3% a 86%; a depressão apresenta uma comorbidade variando de 26,8% a 80,7%. Em âmbito internacional, as comorbidades com ansiedade vão de 13% até 100%; enquanto que para a depressão, esse número varia entre 6,4% a 90,7%. As altas prevalências dos transtornos mentais observadas nas populações com doenças reumatológicas levam os autores a discutir a importância de equipes multiprofissionais e interdisciplinares no cuidado reumatológico. Conclui-se, então, que a atenção e a atuação na área é recente e necessita de mais pesquisas.

**Palavras-chave:** doenças reumatológicas; depressão; ansiedade; prevalência.

*'The rheumatism is a common name for many pains and aches, which have yet no peculiar appellation, though owing to very different causes'.*

William Heberden (1710–1801)

A literatura aponta o médico francês Guillaume Baillou (1558-1616) como tendo proposto a alcunha de *reumatismo* para as síndromes musculoesqueléticas; entretanto, as doenças reumatológicas estão entre algumas das mais antigas doenças descritas, encontrando-se exemplos de sua ocorrência nos escritos de Hipócrates, ainda no século IV a.C. (Sangha, 2000).

No *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision (CID 10, versão 2010) os quadros ditos reumatológicos são definidos como “doenças do sistema musculoesquelético e tecidos conectivos”. A *Sociedade Brasileira de Reumatologia* (2012) discute que, embora o termo reumatismo esteja amplamente consolidado, pode não ser o mais adequado, uma vez que pode não representar todas as doenças associadas ao comprometimento do sistema musculoesquelético, que englobaria estrutura óssea, cartilagem, estruturas periarticulares (localizadas próximas às articulações, tendões, ligamentos etc.) e/ou de músculos. Diferentemente de outras doenças, que podem ser definidas como doenças que acometem determinado órgão ou sistema, as doenças reumáticas não podem ser definidas simplesmente como distúrbios relacionados ao sistema osteoarticular, já que muitos pacientes diagnosticados com doenças reumáticas podem apresentar queixas em áreas como rins, coração, pulmões, pele etc. (Sangha, 2000).

O advento de técnicas de imagem e aumento de exames laboratoriais modernos possibilitaram avanços na identificação e no diagnóstico de diferentes quadros reumatológicos, aumentando, naturalmente, as taxas identificadas de incidência dessas doenças (Das & Paudel, 2006). As doenças reumáticas parecem ser uma das causas mais comuns de problemas de saúde

crônicos e incapacidades a longo prazo (Badley, Rassoly, & Webster, 1994; Haq, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde apontou, em 2011, que as doenças reumatológicas afetariam aproximadamente 12 milhões de brasileiros. Sendo que, entre as doenças reumáticas, a artrite reumatoide (AR) seria o quadro mais comum nos ambulatórios de reumatologia. Entre 2010 e setembro de 2011, 33.852 pacientes foram internados em decorrência da doença, com um custo de tratamento de R\$ 24 milhões. Estes valores não surpreendem, uma vez que os resultados referentes à Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), avaliando populações brasileiras de diferentes estados, mostram que 40% da população brasileira com 18 anos ou mais apresentaram pelo menos uma das condições crônicas estudadas. A artrite reumatoide e a depressão estão entre as cinco doenças crônicas mais frequentes na população brasileira, com base nos dados do Suplemento Saúde da PNAD-2003; as outras três condições seriam *doenças de coluna*, *hipertensão* e *asma*. Acredita-se que os custos ambulatoriais com a AR deverão ter uma tendência de crescimento, uma vez que sua incidência aparece entre as três maiores na população brasileira. (Barros, César, Carandina, & Torre, 2006). Neto et al. (1993) buscaram analisar através de estudo multicêntrico, abrangendo as amostras populacionais das macrorregiões do país (norte, nordeste, centro-oeste e sul), a prevalência da AR em adultos. O estudo observou valores de prevalência de 0,2% e de 1%, em Curitiba e em Belém, respectivamente. No mesmo estudo, outros quadros reumatológicos foram avaliados, com a prevalência variando de 16% a 19% para osteoartrite (OA) e 26% a 34% para a Lombalgia.

Senna et al. (2004) estudaram a prevalência dos quadros reumatológicos em residentes da cidade de Montes Claros, no interior de Minas Gerais. Neste estudo participaram 3038 pessoas, de ambos os sexos, com idade superior a 16 anos. Foi utilizado para este levantamento um questionário elaborado pela Liga Internacional de Associações para Reumatologia, em conjunto

com a Organização Mundial de Saúde, a saber, questionário COPCORD (*Community Oriented Program in the Rheumatic Diseases*). Testes laboratoriais e radiografias foram realizados para alguns dos participantes, para confirmação do diagnóstico. Foram identificados 219 casos de doenças reumatológicas, com predominância do sexo feminino. Os quadros reumatológicos diagnosticados na amostra foram: 126 (57,5%) casos de Osteoartrite (OA), 76 (34,7%) de Fibromialgia (FM), 14 casos (6,4%) de Artrite Reumatoide (AR) e 3 (1,4%) de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). A prevalência observada na população foi de 4,14% para OA, 2,50% para FM, 0,46% para AR e 0,1 % para LES.

Uma condição ainda mais preocupante tem sido o relato, na literatura, de uma significativa comorbidade destas patologias com diferentes transtornos mentais, em particular, depressão e ansiedade (Costa, A., Brasil, M., Papi, J., & Azevedo, M., 2008; Bruch, A., Rosa, J., Leopoldo, A.C., Zancanella, S., Silva, D., Mattos, M...Islabão, A., 2006). Isto parece ser particularmente alarmante quando observamos que os transtornos mentais, como estresse e depressão, afastam do trabalho mais de 200 mil pessoas por ano no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os gastos com auxílio-doença e aposentadoria ultrapassaram R\$ 4 bilhões em 2012. O gasto do INSS com aposentadoria por invalidez aumentou mais de 50% desde 2009 - passou de R\$ 1,6 bilhão para mais de R\$ 2 bilhões em 2012. O número de auxílio doença concedido por transtornos mentais aumentou nos últimos três anos e passou de 204 mil em 2010 para 218 mil em 2012. Dos transtornos psiquiátricos, a depressão e a ansiedade são as principais causas de afastamento do trabalho. A *Associação Brasileira de Psiquiatria* diz que elas estão em segundo lugar no ranking geral de maior afastamento, perdendo só para lesões por esforço repetitivo (INSS, 2013).

Entretanto, poucos estudos endereçam sistematicamente a prevalência das doenças reumáticas e sua comorbidade com transtornos mentais, em população brasileira.



Costa, A., Brasil, M., Papi, J., & Azevedo, M. (2008) examinaram uma amostra de 107 participantes com diagnóstico de AR. Estes autores verificaram uma prevalência de 33,7% para transtornos ansiosos ou depressivos; além disso, verificou-se que os quadros clínicos mais graves de AR apresentavam uma maior comorbidade com os transtornos citados. Tais resultados foram obtidos através da aplicação de instrumentos para rastreio de transtornos psiquiátricos e entrevista semiestruturada com base no DSM-IV, ambos analisados por métodos estatísticos. Bruch, A., Rosa, J., Leopoldo, A.C., Zancanella, S., Silva, D., Mattos, M...Islabão, A. (2006) realizaram levantamento bibliográfico de artigos contidos na base de dados *Medline*, no período de 2004 a 2006, com o objetivo de sistematizar os resultados relativos às prevalências de comorbidades psiquiátricas com diferentes patologias. Os autores observaram uma comorbidade significativa entre quadros reumatológicos com distúrbios de humor (variando de 5% a 13,4%) e ansiedade (variando de 2,6% a 7,7%). Nesse estudo, os principais quadros reumatológicos verificados foram AR, dor nas costas e fibromialgia. Os principais transtornos psiquiátricos relatados foram Depressão Maior, Transtorno Bipolar e Síndrome do Pânico.

Nos Estados Unidos, aproximadamente, 20-30% da população apresentam sintomas de AR ou sintomas de reumatismo nas partes moles. A AR é identificada como uma das principais causas de incapacidades em pessoas maiores do que 15 anos e foi estimado que mais de 24 milhões de norte americanos são afetados por ela. Calcula-se que até 2020 este número possa chegar a 60 milhões, com o envelhecimento da população (*Centers for Disease Control*, 1994). Em um estudo mais recente, realizado pelo mesmo órgão, *Centers for Disease Control*, em 2007, identificou-se que o custo econômico atribuído às doenças reumáticas, em 2003, foi de 128 bilhões de dólares.

Sangha (2000), em um artigo sobre a epidemiologia das doenças reumáticas em população do Reino Unido, apontou as seguintes prevalências sobre os diagnósticos

reumatológicos mais frequentemente identificados (prevalência/1000, em pessoas com idades entre 35 e 70 anos): 8 para AR; 10 para OA; 2 para Espondilite Anquilosante (EA); 0,4 para (LES) e 0,1 para Esclerose Sistêmica (ES). No Reino Unido, os problemas reumáticos mais recorrentes são OA, dor lombar, FM, gota e tendinite ou bursite. Neste mesmo país, 5-20% da população geral sofreriam com sintomas musculoesqueléticos, fortes o suficiente para consultarem os clínicos gerais (Lawrence et. al, 1998). Além disso, as dores musculoesqueléticas são a segunda causa mais comum de afastamento do trabalho depois dos transtornos mentais; somando os gastos com serviços de saúde, medicação, fisioterapia, encaminhamentos hospitalares e cirurgias, o impacto social e financeiro das doenças reumáticas torna-se consideravelmente preocupante, uma vez que englobam aposentadorias e benefícios por invalidez. É estimado que o custo com serviços de saúde destinados a tais doenças chegue a 4 bilhões de libras por ano (Parsons & Symmons, 2009).

Alvarez-Nemegyei, J., Peláez-Ballesta, I., Sanin, L., Cardiel, M., Ramirez-Ângulo, A., Goycochea-Robles, M-V. (2011) organizaram um estudo com o objetivo de acessar a prevalência de dores musculoesqueléticas na população do estado de Yucatán, no México. Utilizando a metodologia COPCORD em 3915 adultos, com idade média de 42,7 anos, sendo 61,8% mulheres, foram observadas dores musculoesqueléticas, não traumáticas, em 19,6% da população, sendo os principais diagnósticos verificados: 6,8% para OA; dor lombar, 3,8%; AR, 2,8%; síndromes de dor reumática regional, 2,3%; FM, 0,2% LES, 0,07%. Já no Nepal, em estudo realizado por Das & Paudel (2006) com a intenção de revelar as doenças reumáticas mais comumente encontradas em um hospital de atendimento terciário no país, foi verificado, ao longo de 3 anos, em 337 casos de pacientes com 20 a 60 anos, que as doenças mais frequentemente diagnosticadas foram doenças reumáticas nos tecido moles (40%), sendo a FM a mais frequente delas (19,9%). As desordens dos tecidos conectivos foram verificadas em 4,74% dos casos,

seguida por artrite inflamatória (21,4%), sendo a AR a mais frequente (20,2%), e doenças dos ossos e cartilagens (21,1%), sendo a OA a mais prevalente (10,4%).

Em Portugal, o órgão público responsável pelas políticas públicas em saúde no país (Direção Geral da Saúde [DGS]) criou, em 2004, o Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas, integrado ao Plano Nacional de Saúde do país. Este teve como objetivo programar estratégias de intervenção, de colheita e análise de informações sendo, a partir de então, desenvolvidos instrumentos de suporte a serem aplicados em nível nacional. A elaboração do plano teve como premissa o aumento exponencial da doença na população devido às mudanças no estilo de vida e no aumento da longevidade. Segundo o documento oficial do governo, “...a tentativa nacional de inverter a tendência de crescimento deste problema, obrigando a uma abordagem abrangente e articulada dos serviços de saúde, que potencie, na população portuguesa, a redução dos riscos de contrair estas doenças e a concretização do seu adequado tratamento e reabilitação.” (Direção Geral da Saúde [DSG], 2004.)

Considerando o impacto humano e de recursos das doenças crônicas reumatológicas e dos transtornos mentais, estudos epidemiológicos da comorbidade destas condições seriam extremamente importantes para o planejamento de políticas públicas no Brasil; a comprovação desta comorbidade e identificação de variáveis associadas a esse fenômeno poderão enfocar a urgência de se estabelecer estratégias que possibilitem uma assistência efetiva às pessoas acometidas por esses quadros. Assim sendo, o presente artigo teve como objetivo examinar as literaturas, brasileira e internacional, da produção referente aos últimos 25 anos, examinando a relação prevalência da comorbidade entre os quadros reumatológicos e os transtornos ansiosos e depressivos. A opção pelo tempo de busca dos últimos 25 anos levou em consideração que diversos quadros reumatológicos foram mais detalhadamente estudados e compreendidos a partir dos últimos anos, além da relação sugerida entre incidência e aumento de faixa etária e o

envelhecimento da população (World Health Organization [WHO], 2010), sugerindo assim, que uma parcela significativa das populações, 12 milhões de brasileiros, em 2011, e possivelmente 20 milhões de norte-americanos até 2020, por exemplo, seja acometida por esses quadros.

## **Método**

### *Procedimento da Revisão*

A pesquisa foi realizada nas bases indexadas pela PUBMED; LILACS, (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BVS-ULAPSI (União Latino-Americana de Entidades de Psicologia), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde), Periódicos CAPES, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Science Direct, Web of Knowledge e PsychInfo. As bases Lilacs, Medline e IBECS foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS)/Bireme. Foram incluídos neste levantamento estudos publicados de janeiro de 1989 até os dias atuais, que trabalharam com adultos e idosos. Os indexadores de busca foram "anxiety" and/or "depression" and "rheumatology" and "epidemiology" em língua inglesa; nas bases de língua portuguesa foram utilizados: ansiedade e/ou depressão, reumatologia e epidemiologia. Foram selecionados textos que estivessem em língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Os resumos obtidos nessa busca foram selecionados, considerando três diferentes fases. Na primeira etapa foram excluídos artigos de revisão bibliográfica ou resumos de livros. Foram examinados os resumos que se encontravam disponíveis em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Inicialmente, foram encontrados 255 artigos, sendo que eles estavam distribuídos da seguinte forma, como pode ser visto na Tabela 1: 71 encontravam-se indexados na Pubmed; 17 na BVS, considerando 11 no LILACS, 3 no MedLine e 3 no IBECS; 10 no SciELO; 109 no ScienceDirect; 10 no Periódicos Capes, 4 na Web of Knowledge; e 34 na rede PsychInfo.

Seguindo os critérios para exclusão e inclusão, na segunda etapa foram realizadas as leituras dos resumos para demarcar aqueles que apresentaram a prevalência ou incidência entre a reumatologia e transtornos de ansiedade e/ou depressão. Assim, excluíram-se os artigos que: (1) discorriam sobre aspectos da interface entre Psicologia e Reumatologia, mas não investigando as relações em termos de incidência ou de prevalência; (2) falavam sobre outras doenças crônicas não reumatológicas e/ou doenças reumatológicas não crônicas; (3) artigos que analisavam o aspecto estudado, porém considerando a interação com em populações mais específicas, por exemplo, veteranos de guerra com estresse pós-traumático.

A terceira etapa consistiu na leitura integral dos artigos selecionados, com objetivo de identificar aqueles que estudavam a prevalência e epidemiologia dos transtornos de ansiedade e depressão em pessoas com diagnósticos de dores crônicas reumatológicas como objetivo primário ou como objetivo secundário. Os artigos foram organizados por País de origem, sendo inicialmente sistematizados como publicações brasileiras ou internacionais. Os estudos foram, então, caracterizados e organizados considerando os seguintes indicadores bibliométricos: (1) ano; (2) periódico; (3) país de publicação; (4) população; (5) doença reumatológica; (6) prevalência dos transtornos de ansiedade e depressão.

## **Resultados**

Na Tabela 1 é sumarizado o número de referências obtidas quando do levantamento inicial e o número de publicações selecionadas, nas diferentes bases de dados. Ao final das três etapas de seleção, foram selecionados para análise 46 artigos. Destes artigos analisados, 11 foram retirados da base PUBMED, 8 da BVS (sendo, 5 da LILACS, 2 da MedLine e 1 do IBECs), 4 do Periódicos Capes, 4 da SciELO, 10 da ScienceDirect, , 3 da Web of Knowledge e 6 da rede PsychInfo.

Tabela 1.1 - Referências encontradas na busca nas bases de dados e o número de trabalhos selecionados considerando os critérios de exclusão, no total e por base de dados.

BASE DE DADOS	ARTIGOS (Total)	SELECIONADOS
PUBMED	71	11
LILACS	11	5
MEDLINE	3	2
IBECS	3	1
PERIÓDICOS CAPES	10	4
SCIELO	10	4
SCIENCE DIRECT	109	10
WEB OF KNOWLEDGE	4	3
PSYCHINFO	34	6
<b>TOTAL</b>	<b>255</b>	<b>46</b>

Considerando o perfil profissional dos autores dos textos selecionados em termos de sua área de atuação, tanto na literatura brasileira, quanto na internacional, foi observado que a maior parte dos autores tinha formação na área médica. No Brasil, fisioterapeutas apareceram como o segundo profissional que publica nesta temática, seguidos por psicólogos; nas publicações internacionais, os psicólogos foram identificados como os segundos que mais publicaram sobre o tema, seguidos pelos fisioterapeutas.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados descrevendo artigos com população do país de origem do Estudo, no caso, do Brasil. A comorbidade foi particularmente investigada com os seguintes quadros reumatológicos: Artrite Reumatoide (AR), Fibromialgia (FM), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Osteoartrite (OA) e outros quadros não especificados. Os estudos sobre a comorbidade entre doenças reumatológicas e transtornos mentais parecem ter tido um considerável aumento na última década, com um único estudo publicado antes de 2005. A região sudeste aparece como a principal região brasileira a desenvolver estudos sobre a temática, sendo

o local de 50% dos trabalhos implementados (6 dos 12 artigos); cinco (5) estudos tiveram uma população do estado de São Paulo e um (1) do Rio de Janeiro. A região nordeste aparece em segundo lugar, desenvolvendo três (3) estudos sobre o tema (2 da Bahia e 1 de Pernambuco). A região sul também aparece no *ranking*, com estudos desenvolvidos nos estados do Paraná e Santa Catarina. Nenhum estudo descreve informações do fenômeno envolvendo a região norte do País e somente um (1) refere-se à região Centro-Oeste do país, com trabalho desenvolvido no Mato Grosso do Sul.

Na Tabela 2 observa-se, ainda, que o tamanho da amostra examinada variou de 20 a 122 participantes, com predominância da população feminina. Seis (6) estudos analisaram dados de uma amostra exclusivamente feminina; nos estudos que utilizaram ambos os gêneros e discriminaram o número em cada categoria, Castro et al. (2006) e Cal et al. (2011), verifica-se que as mulheres compunham 87,9% e 94% das amostras, respectivamente. Três (3) dos estudos não especificavam o(s) gênero(s), apontando somente o total de participantes; o estudo de Berber, Kupek & Berber (2005), apesar de descrever a participação de homens e mulheres, não discriminou a quantidade de cada um. Todos os trabalhos endereçaram a depressão, enquanto que os transtornos de ansiedade foram estudados por nove (9) dos doze (12); os estudos de Berber, Kupek & Berber (2005), Ayache et al. (2009) e Leite et al. (2011) não tiveram os transtornos ansiosos como foco de estudo, sendo analisadas somente as prevalências de depressão. Já no trabalho de Santos et al. (2011), ambos os transtornos foram medidos, contudo, os escores para ansiedade não foram significativos.

Tabela 1.2 – Artigos com estudos brasileiros, endereçando a prevalência de ansiedade e depressão em população brasileira, em diferentes quadros reumatológicos.

Diagnóstico	Autores	Ano	Est.	Amostra (Gênero)	Prevalência (%)	
					Ansiedade	Depressão
Artrite Reumatoide (AR)	Costa, et al.	2008	RJ	107 pacientes (107 M)	33,7 sem separação dos transtornos	
	Mella, et al.	2010	SP	122 pacientes (sem especificação)	48,4	53,2
	Martinez, et al.	1995	SP	47 pacientes (M)	63,8	80,7
	Berber, J. S. S. et al.	2005	SC	70 pacientes, (ambos generos)	SI	67,2
Fibromialgia (FM)	Góes, S. M. et al.	2008	PR	88 pacientes com/sem hipotireoidismo (88 M)	12,3 sem; 13,3 com	34,3sem; 53,3 com
	Santos, D. M. et al.	2011	SP	69 pacientes M	NS	40,5
	Santos, E. B. et al.	2012	SP	60 pacientes, (sem especificação)	86,0	50,0
Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	Nery et al.	2008	SP	71 pacientes(M)	46,5	26,8
	Ayache, et al.	2009	MT S	20 pacientes(M)	SI	65,0
	Cal, et al.	2011	BA	100 pacientes, (94 M e 6 H)	74,0	42,0
Osteoartrite (OA)	Leite, et al.	2011	PE	91 pacientes, (sem especificação)	SI	61,3
	Mella, et al.	2010	SP	122 pacientes, (sem especificação)	50,0	28,3
Quadros não especificados	Castro, et al.	2006	BA	91 pacientes (80 M e 11 H)	67,0	46,2

**Nota.** SI – sem informação, NS – não significativo.



Na Tabela 1.2 é possível verificar, ainda, que a Fibromialgia (FM) foi o quadro reumatológico mais frequentemente examinado, sendo o foco de cinco (5) estudos. Os transtornos de ansiedade, nestes casos, apresentaram uma prevalência variando de 12,3% a 86%; os transtornos depressivos variaram de 34,3% a 80,7%. Um estudo em particular examinou a prevalência considerando a relação entre FM, hipotireoidismo e depressão (Góes et al, 2008). Os autores observaram que pacientes fibromiálgicos com hipotireoidismo apresentaram uma prevalência significativamente maior (53,3%) de transtorno depressivo quando comparado com aqueles sem a doença (34,3%).

Considerando os indicadores para AR, Costa, A., Brasil, M., Papi, J., & Azevedo, M. (2008) (2008) apontaram uma prevalência de 33,7% de ansiedade e depressão em mulheres do Rio de Janeiro; contudo, não foi especificada qual seria a relação em separado. Mella et al. (2010) investigaram a comorbidade dos transtornos mentais com AR e com OA, em São Paulo, sem especificar o gênero do participante. Pacientes com AR apresentaram uma prevalência de 48,4% de *ansiedade* e 53,2% de *depressão*; aqueles com OA tiveram uma relação de 50% e 28,3%, respectivamente. Em estudo realizado em Pernambuco (Leite et al., 2011), observou-se uma prevalência também acima de 50% da OA com a depressão, em população de gênero também não especificada (61,3%).

A prevalência do LES com ansiedade e/ou depressão foi examinada em três diferentes estados da federação, em dois (2) deles com população exclusivamente feminina (SP e MTS) e um terceiro investigando os dois gêneros (BA). A prevalência do quadro com a *ansiedade* mostrou uma relação de 46,5% no estado de São Paulo (Nery et al., 2008) e de 74% na Bahia (Cal et al, 2011); a depressão neste estudo também mostrou ser significativamente associada, apresentando uma comorbidade em 42% dos casos. A depressão obteve prevalências de 26,8% (SP: Nery et al., 2008), 42,0% (BA: Cal et al, 2011) e 65,0% (MTS: Ayache et al., 2009). Estudo

avaliando uma amostra total de 91 pacientes na Bahia, com diferentes quadros reumatológicos, apresentou prevalência geral de 67% com *ansiedade* e 46,2% com *depressão*.

Dos artigos selecionados, 34 artigos endereçavam população internacional. Deste montante, 14 (41,2%) estudos tratavam especificamente da AR. Na Tabela 1.3 são identificados os países de origem dos estudos examinando esta patologia, indicando autores e ano de publicação, assim como a população endereçada e as prevalências observadas. Os estudos analisaram amostras variando de 42 a 688 participantes. Seis (6) estudos (42,9%) utilizaram amostras com 200 ou mais participantes; cinco (5) estudos (35,7%) arrolavam uma amostra inferior a 100 participantes. Todos os estudos utilizaram uma população composta por ambos os gêneros, embora três (3) deles não especifiquem quantos participantes de cada gênero comporiam esta amostra (Pincus et al., 1999; Covic et al., 2012; e, Isik et al., 2007). A prevalência com relação à depressão foi avaliada em todos os estudos analisados. Nos EUA, as prevalências associadas ao transtorno depressivo variaram de 11,3% (Nicassio et al., 1992) à 57,0% (Pincus et al., 1999); um único estudo neste País endereçou à prevalência com ansiedade, com valor igual a 61% (Pincus et al., 1999). Nos estudos de outras nacionalidades, o menor valor de prevalência com *depressão* foi observado na Austrália, com valor igual a 6,4% (Covic et al., 2012); o maior valor (66,2%) foi observado no Egito (El-Mieddany, et al., 2002). Com relação à ansiedade, nos estudos que analisaram esta relação, observou-se uma variação de 13% a 70%.

Tabela 1.3 – Estudos endereçando prevalência entre Artrite Reumatoide (AR), ansiedade e depressão, em diferentes Países.

País	Autor	Ano	População (Gênero)*	Prevalência (%)	
				Ansiedade	Depressão
EUA	Brown, G.K. et al.	1989	287 pacientes (216 M e 71 H)	SI	13,0
	Brown, G.K.	1990	243 pacientes adultos (183 M e 60 H)	SI	12,9
	Frank, R. G. et al.	1991	79 pacientes (59 M e 20 H)	SI	27,0
	Nicassio, et al.	1992	242 pacientes (182 M e 60 H)	SI	11,6
	Chaney, J. M. et al.	1996	58 pacientes (47 M e 11 H)	SI	14,0
	Pincus, T. et al.**	1999	688 pacientes (sem especificação)	61,0	57,0
	Chaney, J. M. et al.	2004	42 pacientes (34 M e 8 H)	SI	11,3
Austrália	Covic, T. et al.	2006	134 pacientes (103 M e 31 H)	SI	40,0
	Covic, T. et al.	2012	169 pacientes (sem especificação)	13,5	6,4
China	Lok, E. Y. C. et al.	2010	200 pacientes (158 M e 42 H)	13,0	14,5
Egito	El-Mieddany, et al.	2002	80 pacientes (sem especificação)	70,0	66,2
	Mostafa, H. et al.	2013	170 pacientes (153 M e 17 H)	SI	15,3
Espanha	Freire, M. et al.	2011	495 Pacientes (212 M e 283 H)	29,7	17,6
Turquia	Isik, A. et al.	2007	82 pacientes (Sem especificação)	13,4	41,5

\*Legenda: M=Mulher; H= Homem: \*\*Quadros investigados: AR, OS e outros.

Através da Tabela 1.4 são apresentados estudos que endereçaram os quadros de Fibromialgia (FM), Osteoartrites (OA) e Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), em diferentes países. As amostras populacionais variaram de 30 a 315 participantes. No que concerne à sua relação com a depressão, a FM obteve prevalências que variaram de 67,6% à 90,7%; estudo no Peru apontou uma prevalência de 67,6% entre estas duas condições. Na Espanha, dois (2) estudos

apresentaram uma relação que variou de 73,0% a 100% com o indicador de ansiedade. Na Osteoartrite, incluindo um trabalho que avaliou osteoartrose (Riddle et al., 2010), dois (2) estudos realizados nos EUA, evidenciaram prevalências para depressão de 11% (Scopaz et al., 2009) e de 22,5% (Riddle et al. 2010). O estudo que aponta outra prevalência alta não distingue os indicadores de depressão daqueles relativos à ansiedade (Vriezekolk et al., 2010). Nos estudos examinando o Lúpus (LES), a prevalência com relação à depressão obteve valores relativamente próximos, variando de 43,0% a 47%; na ansiedade, os valores variaram mais substancialmente, com valores entre 13,0% e 37,1%.

Quatro (4) diferentes artigos examinavam a prevalência entre os quadros reumatológicos, ansiedade e depressão considerando informações provenientes de dois ou três países distintos. As amostras variaram de 52 a 254 participantes de ambos os gêneros, sem especificação do número de participantes femininos ou masculinos. A depressão obteve prevalência de 25,1% em estudo com população da Grécia, Reino Unido e Brasil (Hyphantis et al., 2013); em estudo com população do Reino Unido e Austrália foi observada uma relação de 29% (Monaghan et al., 2007). Neste mesmo estudo, ainda na AR, foi observada uma prevalência de 75% relativa à *ansiedade*. A depressão alcançou uma ocorrência de 12,3% em população com FM da Suécia e Dinamarca (Coster et al, 2007) e de 63,5% em pacientes avaliados nos EUA e Alemanha (Wolfe, et al, 2013); nestes mesmos estudos, as prevalências da ansiedade foram avaliadas como sendo de 13,2% e de 50%, respectivamente.

Tabela 1. 4 – Estudos endereçando a prevalência entre Fibromialgia (FM), Osteoartrite/artrose (OA/OS) e Lúpus (LES), com ansiedade e depressão, em diferentes países.

QR*	Autor	Ano	País	População (Gênero)	Prevalência (%)	
					Ansiedade	Depressão
FM	Boyer, A. L. et al.	2009	Espanha	315 pacientes (sem especificação)	73,0	68,0
	Moreno, V. et al.	2010	Peru	55 pacientes (44 M e 11 H)	SI	67,6
	Aguglia, A. et al.	2011	Itália	30 pacientes (29 M e 1 H)	SI	83,3
	Vallejo, M.A. et al.	2012	Espanha	301 pacientes, (291 M e 10 H)	100,0	90,7
OA/ OS	Scopaz, K.A. et al.	2009	EUA	182 pacientes (122 M e 60 H)	SI	11,0
	Vriezolk, J. et al.	2010	Holanda	123 pacientes (sem especificação)	64,0 sem distinção transtornos	
	Riddle, L. D. et al.	2010	EUA	309 pacientes (sem especificação)	20,2	22,5
LES	Ainiala, H. et al.	2001	Finlândia	46 pacientes (39M e 7 H)	13,0	43,0
	Bachen, E.A.	2009	EUA	326 M	49,0	47,0
	Maneeton, B. et al	2013	Tailândia	62 pacientes (61 M e 1 H)	37,1	45,2

\*QR=Quadro Reumatológico; FM= Fibromialgia; OA=Osteoartrite; OS=Osteoartrose; LES=Lúpus E.

Sistêmico.

Hyphantis et al (2013) examinaram também a prevalência da depressão em pacientes com diagnóstico de *Espondilite Anquilosante* (EA), na Grécia, Reino Unido e Brasil. Os resultados evidenciaram prevalência de 14,8%. Entretanto, Hakkou et al. (2011) examinam esta mesma relação em 110 pacientes marroquinos, sendo 75 homens e 35 mulheres. Neste estudo, uma prevalência de depressão em 55,5% dos casos foi verificada e de ansiedade em 60,0% dos casos.

Tabela 1. 5 – Estudos endereçando a prevalência entre estudos internacionais multicêntricos, com ansiedade e depressão.

Doença	Autor	Ano	País	População	Prevalência (%)	
					Ansiedade	Depressão
AR; EA	Hyphantis, T. et al.	2013	Grécia, Reino Unido e Brasil	254 pacientes	SI	25,1 AR 14,8 EA
AR; LES	Monaghan, S. M. et al.	2007	Reino Unido e Austrália	157 pacientes	75,0 AR 44,0 LES	29,0 AR 36,0 LES
FM	Coster, L. et al.	2007	Suécia e Dinamarca	111 pacientes	13,20	12,3
	Wolfe, F. et al.	2013	EUA e Alemanha	52 pacientes	50	63,5

Alguns estudos exploraram as questões de prevalência da ansiedade e da depressão em outras patologias reumatológicas. Bulbena et al. (1993) examinaram a ocorrência desta relação em 114 pacientes com diagnóstico de *Síndrome de Hiper mobilidade Articular* na Espanha. Neste caso, observou-se uma relação de 14,9% com depressão e de 69,3% com ansiedade. Examinando 42 casos de *esclerose múltipla* (Legendre et al, 2005), na França, a prevalência de depressão foi de 43% e de ansiedade 83%. Três estudos examinaram a ocorrência depressão e ansiedade para *pacientes reumatológicos com dores crônicas não especificadas*. Examinando 153 pacientes em ambulatório de atendimento na Noruega, foi observada prevalência de 5,9% de depressão e de 8,7% de ansiedade (Lillefjell et al., 2007). Estudo no Paquistão (Azad et al., 2008) apontou uma prevalência de 56% para depressão e de 32,5% para ansiedade, em 108 pacientes de ambos os gêneros. Finalmente, McCracken e Jones (2012) examinaram a relação entre estes diferentes quadros, em 40 mulheres. A depressão obteve ocorrência de 23,2% e a ansiedade de 38%.

## Discussão

Da análise geral da literatura na área depreendem-se alguns dados. As publicações sobre o tema tiveram um salto significativo após 2005. Tanto nos estudos realizados no Brasil quanto nos internacionais, foram observados: populações mistas, sem especificações de gênero; estudos mistos que discriminavam a participação masculina e feminina, com predomínio das mulheres, em grande parte dos estudos; e estudos que contavam exclusivamente com mulheres para compor a amostra. Tais resultados estão de acordo estudos que descrevem uma maior ocorrência de quadros reumatológicos, transtornos depressivos e ansiedade em mulheres (Alvarez-Nemegyei et al., 2011; Senna et al., 2004).

Uma parte representativa dos estudos (29,4%) foi implementada nos Estados Unidos (dez dos trinta e quatro). A Espanha foi o segundo país a produzir na área, com quatro (4) artigos nacionais, seguindo por Reino Unido e Austrália, com três (3) publicações cada. Foi identificada grande diversidade nas nacionalidades, considerando que populações de vinte (20) países, de todos os continentes, foram examinadas. Estudando os períodos de maior produção da literatura, nota-se um considerável aumento a partir de 2005. Deste ano até o ano de 2013 foram identificados 24 artigos, com médias de 3 a 4 publicações anuais, podendo enfatizar que o maior número encontrava-se nos anos mais recentes, até o meio de 2013 haviam sido publicados 4 artigos dentro do tema de interesse. Do final da década de 1980 até 2000 foram registrados 7 publicações, ou seja, atualmente, o número mais do que triplicou em relação à década de 1990. Esta mudança pode ter relação tanto com o aumento de diagnósticos verificados, a partir da facilidade de detecção desses em função do aumento da tecnologia, como citado por Das & Paudel (2006), quanto com o aumento da preocupação em relação a estes quadros dado o impacto social e financeiro verificado em decorrência de complicações das doenças reumatológicas (Ministério da Saúde, 2011; INSS, 2013). Entretanto, considerando a complexidade das

patologias envolvidas e a grande variabilidade nos valores encontrados parece ser importante que um número maior de estudos sobre este tema seja implementado.

Todos os artigos estudados tiveram como objetivo medir prevalências de depressão, enquanto que os transtornos de ansiedade não foram foco de interesse de 12 artigos; 22 dos 34 artigos estudaram ambos os transtornos. Em termos de número de artigos, FM, AR/OA e LES estão entre os mais estudados. Para os estudos brasileiros, a FM é a síndrome mais estudada, seguida por AR/OA; nos internacionais, AR/OA são os mais investigados, seguidos pela FM. Este resultado, entretanto, diverge de certa forma, dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2011), os quais apontam a AR como quadro mais comum nos ambulatórios; na medida em que a FM figura como o transtorno mais estudado em termos de número de trabalhos publicados sobre o tema, pesquisas mais recentes que atualizem as queixas mais frequentes nos ambulatórios tornam-se essenciais também para o planejamento de modelos de atuação sobre esse diagnóstico; considerando que a FM torna-se assunto de maior interesse e impacto na sociedade, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas específicos para esse quadro podem ser consideravelmente benéficos para a população. Em ambos, o LES é o terceiro diagnóstico mais avaliado. Tais dados parecem indicar que as prevalências de depressão e ansiedade podem ser particularmente representativas nestes quadros (Sangha, 2000; Das & Paudel; 2006; Senna et al, 2004).

O exame das comorbidades entre *Artrite* e *transtornos mentais* parece apontar algumas diferenças observáveis entre os resultados apresentados nos estudos com população norte-americana e brasileira. No exame da comorbidade com *depressão*, os estudos realizados nos EUA apresentaram prevalências separadas para o quadro de Artrite. Especificamente, observou-se uma variação de 11,2% a 14,0%, o que não pode ser considerado um número inexpressivo. Entretanto, nos estudos com populações brasileiras, realizados em Pernambuco (Leite et al., 2011; 61,3%) e



São Paulo (Mella et al., 2010; 53,2%), as prevalências se mostraram ainda mais altas, como em países como Egito (El-Mieddany et al., 2002; 66,2%), Austrália (Covic et al., 2006; 40%) e Turquia (Isik et al., 2007; 41,5%). Examinando a comorbidade com os transtornos de ansiedade, seis (6) de sete (7) estudos realizados nos Estados Unidos não informam ou endereçam a comorbidade entre os quadros. Entretanto, o estudo brasileiro que apresenta especificamente a relação entre as duas patologias descreve uma prevalência de 48,4% (Mella et al., 2010).

Quando olhamos para a comorbidade entre Fibromialgia e transtornos mentais, os resultados parecem mais homogêneos. Na maioria dos estudos endereçando especificamente a depressão, seja no Brasil ou no exterior, as prevalências da comorbidade variaram de 40,5% a 90,7%. O único estudo com valor comparativamente menor foi realizado com pacientes na Suécia e Dinamarca (Coster et al., 2007), com prevalência de 12,3%. Os transtornos de ansiedade apresentam, em geral, valores de prevalências superiores a 63%; há apenas um estudo, Santos et al. (2011), que apresenta uma prevalência menor, de 15,9%. Tal número, entretanto, pode ser considerado significativo, o que reafirma a alta relação entre a ansiedade e os diagnósticos reumatológicos.

Foi possível observar relação entre o quadro de *Lúpus Eritematoso Sistêmico* (LES) e a depressão tanto nas condições avaliadas em populações do Brasil [São Paulo (Nery et al., 2008, 26,8%), Mato Grosso do Sul (Ayache et al., 2009; 65%) e Bahia (Cal et al., 2011; 42%)]; quanto internacionais [Finlândia (Ainiala et al., 2001; 43%), Reino Unido e Austrália (Monaghan et al., 2007; 36%), EUA (Bachen, et al., 2009; 47%), Tailândia (Maneeton, et al., 2013; 45,2%)].

Uma variável a ser observada também, no que se refere às diferenças entre estudos brasileiros e estrangeiros, diz respeito ao número de sujeitos dos estudos. Enquanto que no Brasil o maior N encontrado foi de 122 sujeitos (Mella et al., 2010), um trabalho realizado na Espanha (Freire et al., 2011) contou com 495 pessoas. Somente três (3) estudos brasileiros possuíam N

igual ou maior do que 100, enquanto que nos internacionais 24, dos 34 analisados, possuíam N igual ou maior do que 100. A abrangência da amostra é considerada fator importante uma vez que pode ter relação com a possibilidade de generalização dos dados encontrados no estudo.

De toda forma, alguns resultados parecem apontar que, pelo menos no que concerne aos quadros de artrite, osteoartrose e depressão, os estudos norte-americanos e brasileiros apresentam resultados distintos. Pode ser que diferenças relativas ao acesso ao cuidado da doença nas populações (ex. diagnóstico precoce, acesso a atendimento fisioterápico, entre outros) possa constituir esta diferença geral. De fato, existem diversos estudos que confirmam o interesse do país norte-americano nas doenças reumatológicas e seus impactos na saúde e na economia (Lawrence et al., 1998; *Centers for Disease Control*, 1994, 2007). Tal hipótese pode ser ratificada pelo dado provido pela *Organização Mundial da Saúde* sobre gastos com Saúde; enquanto os Estados Unidos direcionaram 17,9% do seu PIB para a área, o Brasil investiu somente 8,9% (World Health Organization [WHO], 2011). Se for analisado o impacto desse baixo investimento na Saúde, no Brasil, percebe-se um prejuízo a médio e longo prazo; ao limitar o acesso à informação e diagnóstico precoce, por exemplo, os custos com tratamento decorrente da evolução e complicações dos quadros reumatológicos tornam-se mais custosos, como os R\$ 24 milhões gastos com internações (Ministério da Saúde, 2011), principalmente, quando considerado também o impacto dessas questões na produtividade das pessoas acometidas (INSS, 2013). Inegavelmente, contudo, os resultados parecem indicar que a ocorrência de depressão e de ansiedade pode ser uma dimensão previsível dos atendimentos em ambulatórios reumatológicos e seus tratamentos deveriam ser previstos e planejados nos protocolos de cuidado destas patologias, por uma equipe multiprofissional. Contudo, este dado parece estar gerando mudanças no cuidado desses quadros, no que concerne ao reconhecimento da influência na Psicologia no tratamento não medicamentoso da AR. De acordo com o PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas,

2013), o qual visa estabelecer diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com artrite reumatoide, publicado pelo ministério da Saúde, o apoio psicossocial figura entre os métodos de tratamento não medicamentosos indicados. Segundo o documento oficial “*Intervenções psicológicas são eficazes no tratamento a curto prazo de AR, especialmente aumentando a atividade física e reduzindo a ansiedade e a depressão*” (Ministério da Saúde, 2013).

### Referências

- Ainiala, H., Loukkola, J., Peitola, J., Korpela, M., & Hietaharju, A. (2001). The prevalence of neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus. *Neurology*, *57*(3), 496-500.
- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, *128* (3), 262-266.
- Alvarez-Nemegyei, J., Peláez-Ballestas, I., Sanin, L.H., Cardiel, M.H., Ramirez-Angulo, A., & Goycochea-Robles, M.V. (2011). Prevalence of Musculoskeletal Pain and Rheumatic Diseases in the Southeastern Region of Mexico: A COPCORD-Based Community Survey. *The Journal of Rheumatology*, *38* (86), 21-25.
- Ayache, D. C. G. & Costa, I. P. (2009). Traços de personalidade e suas alterações em mulheres com lúpus. *Revista Brasileira de Reumatologia*, *49* (6), 43-57.
- Azad, N., Gondal, M., & Abbas, N. (2008). Frequency of depression and anxiety in patients attending a rheumatology clinic. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *18* (9), 569-73.
- Bachen, E. A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, *61*(6), 822–829.

- Badley, E.M., Rasooly, I., Webster, G.K. (1994). Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilization: Findings from the 1990 Ontario Health Survey. 1990 Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology*, 2 (1), 505-514.
- Barros, M. B.A., César, C.L.G., Carandina, L., & Torres, G.D. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. PNDA-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4), 911-926.
- Berber, J.S.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira Reumatologia*, 45 (2), 47-54.
- Boyer, A. L., Mira, M. A. P., Calatayud, N. P., Lopez-Roig, S., & Cantero, M. C. T. (2009). Comparing fibromyalgia patients from primary care and rheumatology settings: clinical and psychosocial features. *Rheumatology International*, 29 (10), 1151-60.
- Brown, G. K. (1990). A Causal Analysis of Chronic Pain and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 127-137.
- Brown, G. K., Nicassio, P.M., & Wallston, K.A. (1989). Pain Coping Strategies and Depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 652-657.
- Bruch, A. Rosa, J.L., Leopoldo, A.C. et al. (2006). Relação de distúrbios mentais em uma população com doenças musculoesqueléticas ou reumatológicas. *Revista DOR*, 7 (4), 875-881.
- Bulbena, A., Duró, J.C., Porta, M., Martín-Santos, R., Mateo, A., Molina, L. et al. (1993). Anxiety disorders in the joint hypermobility syndrome. *Psychiatry Research*, 46 (1), 59-68.
- Cal, S. F. & Santiago, M. B. (2011). Prevalência da distímia e principais comorbidades psiquiátricas em pacientes brasileiros com lúpus eritematoso. *Revista Bahiana de Saúde*

*Pública*, 35 (4), 859-868.

Castro M, Quarantini, L., Daltro, C., Kraychette, D., & Miranda-Scippa, A. (2006). Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Revista Baiana Saúde Pública*, 30 (2), 211-223.

*Centers for Disease Control* (1994). Prevalence of disability and associated health conditions. United States, 1991-1992. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report*, 4, 7-9.

*Centers for Disease Control* (2007). National and state medical expenditures and lost earnings attributable to arthritis and other rheumatic conditions — United States, 2003. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report*, 56, 4-7.

Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Recuperado de: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

Chaney, J. M., Mullins, L.L., Uretsky, D.L., Doppler, M.J., Palmer, W.R., et al. (1996). Attributional Style and Depression in Rheumatoid Arthritis: The Moderating Role of Perceived Illness Control. *Rehabilitation Psychology*, 41 (3), 205-223.

Chaney, J.M. et al. (2004). A Longitudinal Examination of Causal Attributions and Depression Symptomatology in Rheumatoid Arthritis. *Rehabilitation Psychology*, 49 (2), 126–133.

Costa, A.F.C. et al. (2008). Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (1), 7-11.

Coster, L. et al. (2007). Chronic widespread musculoskeletal pain – A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *European Journal of Pain*, 12, 600–610.

Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic*

*Research*, 60 (5), 469-76.

Covic, T. et al. (2012). Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*, 12 (6), 1-10.

Das, R.N. & Paudel, R. (2006). Spectrum of rheumatological disorders: an experience of 337 cases in a tertiary care hospital in Pokhara valley, Nepal. *APLAR Journal of Rheumatology*, 9, 248–256.

DGS, 2004. Direção-Geral da Saúde de Portugal. Plano Nacional de Saúde. Disponível online em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.

EL-Mieddany; Yasser M.; El Rasheed, A.H. (2002). Is Anxiety a more common disorder than depression in Rheumatoid Arthritis? *Joint Bone Spine*, 69, 300-306.

Frank, R. G. et al. (1991). Depression in Rheumatoid Arthritis: A Re-evaluation. *Rehabilitation Psychology*, 36 (4).

Freire, M. et al. (2011). Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. *Reumatología Clínica*, 7 (1), 20–26.

Góes, S. M., Leite, N., Cieslak, F. & Paiva, E. (2008). Prevalência de hipotireoidismo em pacientes com fibromialgia. *Fisioterapia em Movimento*, 21(2), 125-133.

Hakkou, J. et al. (2011). Psychological Status in Moroccan Patients With Ankylosing Spondylitis and Its Relationships With Disease Parameters and Quality of Life. *Journal of Clinical Rheumatology*, 17 (8), 424-428.

Haq, S. A. et al (2005). Spectrum of rheumatological disorders. *The Journal of Rheumatology*, 32 (2), 920-927.

Hyphantis, T. et al. (2013). The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clinical*

*Rheumatology*, 32, 635–644.

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/XIII>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde* 2003. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>

Instituto Nacional de Seguro Social (2013). INSS: aposentadoria e doenças ultrapassam R\$ 4 bi. <http://previdenciaja.blogspot.com.br/2013/01/inss-aposentadoria-e-doencas-ultrapassa.html>. (vinculada em 17 de Janeiro de 2013).

Isik, A. et al. (2007). Anxiety and Depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 126 (6), 872-878.

Lawrence, R.C. et al. (1998). Estimate of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis & Rheumatism*, 41, 778–99.

Legendre, C., Allanore, Y., Ferrand, I., & Kahan, A. (2005). Evaluation of depression and anxiety in patients with systemic sclerosis. *Joint, Bone & Spine*, 72 (5), 408-411.

Leite, A. A. et al. (2011). Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(2), 113-123.

Lillefjell, M., Krokstad, S., & Espnes, G.A. (2007). Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain: a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 1-10.

Lok, E. Y. C., Mok, C. C., Cheng, C. W., & Cheung, E. F. C. (2010) Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 51 (4), 338-U120.

- Maneeton, B.; Maneeton, N.; Louthrenoo, W. (2013). Prevalence and predictors of depression in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 799–804.
- Martinez, J. et al. (1995). Psychological Aspects of Brazilian Women with Fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 167-173.
- McCracken, L. M. & Jones, R. (2012). Treatment for Chronic Pain for Adults in the Seventh and Eighth Decades of Life: A Preliminary Study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13, 861–867.
- Mella, L. F.B. et al. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patient. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (3), 257-263.
- Ministério da Saúde (2011). *Saúde alerta para prevenção às doenças reumáticas*. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2865/162/saude-alerta-para-prevencao-as-doencas-reumaticas.html>
- Ministério da Saúde (2013). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite Reumatoide*. Recuperado em: [http://www.reumatologia.com.br/noticias/arquivos/PROTOCOLO\\_CLINICO\\_AR2013.pdf](http://www.reumatologia.com.br/noticias/arquivos/PROTOCOLO_CLINICO_AR2013.pdf)
- Monaghan, S. M. et al. (2007). Relationship Between Appearance and Psychological Distress in Rheumatic Diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 57 (2), 303–309.
- Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A. E., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J., & Vidal, L. (2010). Sintomatologia depressiva em pacientes com fibromialgia. *Anais da Faculdade de Medicina*, 71 (1), 23-7.
- Mostafa, H., Radwan, A. (2013). The relationship between disease activity and depression in Egyptian patients with rheumatoid arthritis. *The Egyptian Rheumatologist*, 35 (4), 185-252.
- Nery, F.G., Borba, E. F., Viana, V. S., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2008).



- Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomalP antibodies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(3), 695-700.
- Neto, J.F.M. et al. (1993). Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatoide do adulto em amostras da população brasileira. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 33 (5), 169-173.
- Nicassio, P. M. & Wallston, K. A. (1992). Longitudinal Relationships Among Pain, Sleep Problems and Depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 514-520.
- Parsons, S. & Symmons, D.P.M. (2009). The burden of musculoskeletal conditions. *Medicine*, 38 (3), 126-128.
- Pincus, T.; Swearingen, C. & Wolfe, F. (1999). Assessment of Advanced Activities of Daily Living and Psychological Status in the Patient-Friendly Health Assessment Questionnaire Format. *Arthritis & Rheumatism*, 42 (10), 2220–2230.
- Riddle, D. L., Wade, J. B., & Jiranek, W. A. (2010). Major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder in patients scheduled for knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 25, 581-588.
- Sangha, O. (2000). Epidemiology of rheumatic disease. *Rheumatology*, 39 (2), 3-12.
- Santos, D.M et al. (2011). The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. *Clinics*, 66(6), 973-978.
- Santos, E. B., Junior, L. J. Q., Fraga, B. P., Macieira, J. C., & Bonjardim, L. R. (2012). Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (3), 590-6.
- Scopaz, K. A., Piva, S. R., Wisniewski, S., & Fitzgerald, G. K. (2009). Relationships of fear, anxiety, and depression with physical function in patients with knee osteoarthritis. *Archives*

*of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (11), 1866-73.

Senna, E.R., Barros, A.L.P., Silva, E.O., Costa, I.S., Pereira, L.V.B., Ciconelli, R.M., & Ferraz, M.B. (2004). Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORN Approach. *The Journal of Rheumatology*, 31 (3), 594-597.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011). Conceito de Reumatologia. [publicado online].

Disponível em:

[http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Reumatologia&Pagina=reumatologia/in\\_reumatologia.asp](http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Reumatologia&Pagina=reumatologia/in_reumatologia.asp).

Vallejo, M. A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., & Rodríguez-Muñoz, M. F. (2012). Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to evaluate anxiety and depression in fibromyalgia patients. *Revista Psiquiatrica de Salud Mental*, 5 (2), 107-14.

Vriezokolk, J. et al. (2010). Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary rehabilitation: Need for a routine psychological assessment. *Disability and Rehabilitation*, 32 (10), 836-844.

Wolfe, F. (2013). Fibromyalgia Prevalence, Somatic Symptom Reporting, and the Dimensionality of Polysymptomatic Distress: Results From a Survey of the General Population. *Arthritis Care & Research*, 65 (5), 777-785.

World Health Organization (2010). *Relatório Mundial da Saúde*. Recuperado em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>

World Health Organization. <http://www.who.int/countries>

## **ESTUDO 2**

### **DESCRIÇÃO DE ANÁLISE DE DADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CARACTERIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM**  
**PACIENTES DE AMBULATÓRIO REUMATOLÓGICO**

Thaísa de Carvalho Jaoude

**São Carlos**

**2015**

Jaoude, T. C. (2015). *Caracterização e identificação de depressão e ansiedade em pacientes de ambulatório reumatológico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos – SP.

### Resumo

As doenças reumatológicas afetariam 12 milhões de brasileiros, exigindo um custo representativo para o seu cuidado. Além disto, por sua cronicidade e impacto sistêmico, estas doenças têm apresentado comorbidades significativas com quadros de transtorno mentais, particularmente ansiedade e depressão. Dos transtornos psiquiátricos, a depressão e a ansiedade são as principais causas de afastamento do trabalho. Por seu profundo impacto na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos acometidos, o tratamento das patologias reumatológicas e suas comorbidades tem sido considerado um desafio que deve ser enfrentado em toda sua complexidade. Entretanto, poucos estudos foram realizados no Brasil sobre a comorbidade da ansiedade e depressão em pacientes com quadros reumatológicos. Por suas implicações, parece essencial identificar a prevalência destes transtornos nesta população, a fim de traçar protocolos de tratamento que incluam os cuidados com estas patologias. Desta forma, o objetivo geral do presente estudo foi identificar a prevalência de ansiedade e depressão, em pacientes atendidos em ambulatórios de cuidado reumatológico. Foram avaliados 85 usuários, sendo 76 mulheres e 9 homens, com idade variando entre 41 e 70 anos. Na avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Questionários para levantamento de informações gerais; 2) Inventário Beck de Depressão (BDI); 3) Inventário Beck de Ansiedade (BAI); 4) Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL); e; 5) Critério Econômico Brasil da ABEP. Através dos resultados foi verificado que 51,8% da amostra apresentaram uma escolaridade *igual ou inferior ao fundamental completo*, sendo que 31,8% encontram-se aposentados ou afastados pela previdência. Além disto, 68,2% deles foram identificados como inseridos em classes econômicas com poder de consumo igual ou menor à *Classe C1*. Indicadores apontaram que 43,5% dos usuários estavam sob tratamento medicamentoso com pelo menos uma substância psicotrópica, com tempo de tratamento que variou de 2 a 21 anos. Usuários sob prescrição medicamentosa psicotrópica apresentaram escores significativamente maiores de *depressão* (Mann-Whitney:  $z=6,513$ ;  $p<0,000$ ), *ansiedade* (Mann-Whitney:  $z=6,083$ ;  $p<0,000$ ) e *estresse* (Mann-Whitney:  $z=6,119$ ;  $p<0,000$ ). As doenças com maior frequência na população foram *Fibromialgia* ( $n=33$ ), *Artrrose* ( $n=33$ ) e *Artrite Reumatoide* ( $n=24$ ). Na população geral, observou-se uma prevalência de 43,5% de *depressão*, 57,% de *ansiedade* e 31,4% de *estresse*. Considerando especificamente a prevalência de *depressão*, na *Fibromialgia*, *Artrrose* e *Artrite Reumatoide* foram observados, respectivamente, os valores de 87,9%, 60,6% e 37,5%. A *ansiedade* obteve prevalência de 72,7% na *Fibromialgia*, 36,4% na *Artrrose*, e 29,2% na *Artrite Reumatoide*. Discute-se a importância da avaliação e intervenção multiprofissional, em particular do psicólogo, para o cuidado das doenças reumatológicas.

**Palavras-chave:** doenças reumatológicas; ansiedade; depressão; medicação psicotrópica.

Os quadros clínicos usualmente classificados como reumatológicos têm sido definidos como aqueles que envolveriam o sistema musculoesquelético e os tecidos conectivos (Classificação Internacional de Doenças [CID 10], 2010). Diferentemente de outras doenças identificadas por envolverem órgão ou sistema específicos (ex. cardiopatias, doenças pulmonares, etc), as doenças reumáticas não podem ser definidas simplesmente como distúrbios relacionados ao sistema *ostearticular*; uma vez que as com doenças reumáticas podem produzir impactos em áreas como rins, coração, pulmões, pele etc. As doenças reumatológicas afetariam 12 milhões de brasileiros, exigindo um custo representativo para o seu cuidado (Ministério da Saúde, 2011). Leite e Gomes (2006), ao estudarem a prevalência de quadros reumatológicos crônicos em um ambulatório universitário de fisioterapia, observaram uma prevalência em 48% dos 96 sujeitos avaliados, sendo 67,7% mulheres. A faixa etária mais frequente foi de 61 a 70 anos de idade, sendo a maioria de pessoas aposentadas (42,7%) e casadas (54,2%). Barros et al. (2011), ao analisarem o panorama das doenças crônicas em ambulatório no Brasil, identificaram que para a população geral a ocorrência de pelo menos uma doença crônica aumentará exponencialmente com a idade, particularmente para população de mulheres. Dentre as doenças observadas, a dor de coluna/costa e a artrite/reumatismo estavam entre as três primeiras da lista como as mais prevalentes, além de obterem maiores diferenças de prevalência entre os sexos.

Além disto, por sua cronicidade e impacto sistêmico, como afastamento do trabalho, diminuição na qualidade de vida e das relações sociais (Teixeira et al., 2001; Berber, Kupek & Berber, 2005), estas doenças têm apresentado comorbidades significativas com quadros de transtorno mentais, particularmente ansiedade e depressão, e impacto representativo na qualidade de vida (Sangha, 2000). A comorbidade entre quadros reumatológicos e transtornos mentais pode ser particularmente preocupante quando consideramos que os transtornos mentais, como estresse e depressão, afastam do trabalho mais de 200 mil pessoas por ano no Brasil, segundo dados do

Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os gastos com auxílio-doença e aposentadoria ultrapassaram R\$ 4 bilhões em 2012. O gasto do INSS com aposentadoria por invalidez aumentou mais de 50% desde 2009 - passou de R\$ 1,6 bilhão para mais de R\$ 2 bilhões em 2012. O número de auxílio-doença concedido por transtornos mentais aumentou nos últimos três anos e passou de 204 mil em 2010 para 218 mil em 2012. Dos transtornos psiquiátricos, a depressão e a ansiedade são as principais causas de afastamento do trabalho. A *Associação Brasileira de Psiquiatria* refere que elas estão em segundo lugar no ranking geral como causas de afastamento, perdendo somente para lesões por esforço repetitivo (INSS, 2013).

Além dos transtornos acima citados, o estresse também é associado aos quadros reumatológicos, configurando-se como fator de risco para essas doenças (Bauer, 2002). Segundo o autor, o estresse seria, na verdade, uma resposta fisiológica a agentes externos e internos, com função primariamente evolutiva. Essa resposta fisiológica pode ser “dividida” em três estágios: (1) alarme, na qual o corpo reconhece a variável estressora e ativa o sistema neuroendócrino, com função de preparar o corpo para reagir ao perigo; (2) adaptação, na qual o organismo repara os danos causados pela reação de alarme, reduzindo os níveis hormonais. Contudo, se a variável estressante se mantém, inicia-se o terceiro estágio (3) exaustão, influenciando o surgimento de doenças associadas à condição estressante. O estresse foi variável psicológica identificada nos quadros de Fibromialgia (FM), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e, em menor, grau, à Artrite Reumatoide (AR) (Melo & Silva, 2012). Neste estudo, os autores avaliaram distúrbios cognitivos possivelmente presentes nos três quadros reumatológicos associados à variáveis socioeconômicas e psiquiátricas. Dentre os resultados encontrados, os pesquisadores verificaram que os grupos de FM e LES apresentaram médias de sintomas neuropsiquiátricos de ansiedade, irritabilidade e alucinações significativamente maiores que o grupo AR no inventário neuropsiquiátrico.

A *Artrite Reumatoide*, quadro autoimune crônico caracterizado por inflamações das articulações, por exemplo, seria o quadro mais comum nos ambulatórios de reumatologia e, juntamente com a depressão, está entre as cinco (5) doenças crônicas mais frequentes na população brasileira (SBR, 2011; IBGE, 2003). Com base nos dados do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], em 2003, as outras três (3) condições seriam *doenças de coluna*, *hipertensão* e *asma*. Entre 2010 e setembro de 2011, 33.852 pacientes foram internados em decorrência da doença, com um custo de tratamento de R\$ 24 milhões. Acredita-se que os custos ambulatoriais com a AR deverão ter uma tendência de crescimento, uma vez que sua incidência aparece entre as três maiores na população brasileira. (Barros, César, Carandina, & Torre, 2006).

Borges e Angelotti (2002) verificaram altos escores de ansiedade e depressão em pacientes diagnosticados com doenças multifatoriais, em particular, a artrite reumatoide. Costa et al. (2008), em investigação que examinava uma amostra de 107 participantes com diagnóstico de AR, observou que 33,7% desses apresentavam transtornos de ansiedade ou depressão; além disso, verificou-se que os quadros clínicos mais graves de *artrite reumatoide* apresentavam uma maior comorbidade com tais transtornos mentais.

Poucos estudos endereçam à relação entre artrite reumatoide e estresse. Estudo publicado em 1990 (McGowan, 1990) descreve que as pesquisas envolvendo tal relação geralmente apontam algum tipo de associação entre os dois quadros, mas em nenhuma fica evidente a relação entre causa e efeito, com algum dos quadros atuando como variável dependente. Contudo, relata que os pacientes referem obter benefícios de programas de manejo de estresse.

A *Fibromialgia* seria outro quadro reumatológico cujos estudos têm identificado comorbidade significativa com transtornos mentais. A *Fibromialgia* (FM) seria uma condição dolorosa generalizada e crônica, caracterizada como uma dor músculo esquelética difusa,



envolvendo o eixo superior e inferior. Em populações adultas, a maior incidência aparece no sexo feminino, com idade variando entre 35 e 60 anos (Bedrikow, 2008). A prevalência da FM apresenta uma variação entre 0,66% e 3,2%, podendo chegar a 24,7% quando o estudo restringe a população a filhos e familiares de mulheres com FM (Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage et al., 2006). Em estudo realizado com a população brasileira, a mesma doença foi a segunda mais frequente patologia reumatológica em atendimento ambulatorial, com prevalência de 2,5% (Senna, Barros, Silva, Costa, Pereira, et al., 2004).

Fadiga, distúrbios do sono, depressão e ansiedade são frequentemente associados à síndrome (Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage et al., 2006; Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, & Goldenberg, 1990). A alta incidência destes sintomas nesta população levou à proposição de um modelo avaliativo no qual a ocorrência e intensidade dos mesmos, somado ao exame clínico de identificação dos tender points, são utilizados para determinar a severidade do quadro (Cavalcante, et al., 2006; Wolfe, et al., 1990; Wolfe, Clauw, Fitzcharles, Goldenberg, Katz, et al., 2010).

Embora não exista consenso com relação à etiologia e as condições de manutenção da *Fibromialgia*, a relação documentada entre esta patologia e transtornos psicológicos tem levado alguns autores a afirmar que um modelo explicativo satisfatório da síndrome deverá estabelecer uma relação entre processos biológicos, psicossociais e psicopatológicos da dor (Thieme, Turk, & Flor, 2004; Van Houndenhove & Luyten, 2005). Como um exemplo desta relação, verifica-se que a taxa de prevalência entre FM e depressão maior varia de 22% a 90%, levando autores a postular que FM poderia ser uma desordem subjacente a processos relativos à depressão (Ahles, Yunus, & Mais, 1987; Meyer-Lindenberg & Gallhofer, 1998; Pae, Prakash, Marks, Krulewicz, Peindl, et al., 2009). Da mesma forma, estudos identificam uma relação entre transtornos de ansiedade e o quadro. Arnold, Hudson, Keck, Auchenbach, Javaras et al. (2006) relataram que pacientes com

FM, comparados com indivíduos afetados por outros quadros em reumatologia, apresentam uma probabilidade seis vezes maior de apresentar comorbidade com diferentes transtornos de ansiedade (ex.: Síndrome do Pânico, Estresse pós-traumático, entre outros).

Alguns estudos têm examinado esta relação em população brasileira. Martinez, Ferraz, Fontana, e Atra, (1995) compararam mulheres (n=47) que apresentavam dor crônica e mulheres que não apresentavam dor crônica. Observou-se que 80% das mulheres do primeiro grupo apresentaram depressão e 63,3% apresentaram ansiedade, enquanto que para as mulheres sem dor crônica, a porcentagem foi de 12% para depressão e 16% para ansiedade. A diferença entre os dois grupos mostrou ser estatisticamente significativa. Santos et al. (2012) também endereçam à relação entre fibromialgia, ansiedade e depressão. No trabalho, foram avaliados 60 sujeitos, sendo 87% da amostra composta por mulheres. Os autores aplicaram instrumentos para fins psicodiagnósticos - a saber, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-T) - para avaliar indicadores de sintomas depressivos e ansiosos. A frequência verificada para ambos os transtornos foi significativa, contudo, os sintomas ansiosos foram consideravelmente altos (86%). Em um estudo realizado por Quarantini et al. (2006), examinando a prevalência de transtornos psiquiátricos e a relação com características clínicas epidemiológicas em pacientes com dor crônica reumatológica na Bahia, verificaram que 81,6% dos participantes foram diagnosticados com *depressão*. No mesmo estudo a ansiedade obteve prevalência de 61,8% na amostra estudada.

Contudo, também tem sido observada uma significativa correlação entre FM e indicadores de estresse (Crofford et al., 1994; Crofford et al., 2004; Holtorf, 2008; Okifuji & Turk, 2002; Reis & Rabelo, 2010; Van Houndenhove & Egle, 2004). Segundo Portnoi (1999) os sintomas da fibromialgia costumam se manifestar após a exposição a estressores crônicos e/ou agudos e, aparentemente, se exacerbam durante períodos de estresse físico ou emocional.

Um aspecto preocupante da relação entre FM e transtornos mentais tem sido o impacto observado sobre a efetividade e eficácia dos tratamentos. Estudos têm apontado resultados que parecem indicar que quanto mais fortes forem os indicadores de transtornos mentais, particularmente depressão e ansiedade, mais persistentes são os sintomas do quadro reumatológico, mostrando uma maior resistência aos procedimentos de intervenção nas terapias físicas de reabilitação (Arnold et al., 2006; Pae et al., 2009). Apesar deste impacto documentado e das recomendações sobre a importância de incluir o cuidado psicológico, além do medicamentoso, tem se observado que o cuidado da patologia não necessariamente tem levado ao tratamento do quadro mental (Häuser, Thieme, & Turk, 2010; Thieme, Flor, & Turk, 2006).

Em estudo realizado em Granada (Espanha), pesquisadores relataram resultados de 214 entrevistas, implementadas por telefone, envolvendo pacientes de um ambulatório de reumatologia, diagnosticados, na unidade, com fibromialgia (Linares, Pérez, Pérez, Lima, & Castaño, 2005). No contato telefônico era solicitado informações referentes às características sócio-demográficas, clínicas, psicossociais, impacto da enfermidade na família e no trabalho e auto-percepção da saúde. Embora a média de idade tenha sido de, aproximadamente, 47 anos, 67% da amostra não estavam exercendo atividades laborais; sendo que destes, 47,8 % por aposentadoria definitiva e 52,2% por afastamento temporário por motivos de saúde. Foi encontrado que 97,2% apresentavam sintomas neurológicos e 89,7%, sintomas psicológicos. Embora 49,1% da população estivessem medicadas com antidepressivos e 24,6 % com ansiolíticos, nenhum paciente informou intervenção psicoterapêutica para o quadro, sendo que somente 8,2% faziam tratamento envolvendo técnicas de relaxamento. Muitos pacientes com dores crônicas, em geral, embora medicados e em tratamento para patologias em saúde mental, não são encaminhados ou recebem intervenção em técnicas comportamentais que já demonstraram relativa eficiência no tratamento da patologia.

A Artrose, doença relacionada ao desgaste da cartilagem articular, configura-se como outro quadro que tem mostrado uma comorbidade relativa com transtornos mentais. Esta patologia, também denominada *osteoartrites* e *osteoartroses*, afeta 15% a 20% da população mundial. O número de pacientes com esta patologia cresce após os 75 anos de idade, acometendo 85% desta faixa etária, com evidência clínica e radiológica. Entre as pessoas com mais de 80 anos, a incidência sobe para praticamente 100%. A artrose seria a terceira causa de afastamento de trabalho no Brasil, segundo dados de 2010 do Ministério da Previdência Social e do Instituto Nacional de Seguro Social do Governo Federal. Estudos interessados na prevalência da depressão em quadros de *Osteoartrite* nos EUA mostraram prevalência para depressão de 11% (Scopaz et al., 2009) e de 22,5% (Riddle et al. 2010). Em estudo realizado em Pernambuco (Leite et al., 2011), observou-se uma prevalência também acima de 50% da OA com a depressão, em população de gênero também não especificada (61,3%).

O *Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)*, doença autoimune sistêmica caracterizada pela produção de auto-anticorpos, formação e deposição de imunocomplexos, inflamação em diversos órgãos e dano tecidual, também tem sido avaliada por sua comorbidade com quadros de depressão e ansiedade. A prevalência desta relação foi examinada em três (3) diferentes estados da federação, em dois (2) deles com população exclusivamente feminina (SP e MTS) e um terceiro investigando os dois (2) gêneros (BA). A prevalência do quadro com a *ansiedade* mostrou uma relação de 46,5% no estado de São Paulo (Nery, Borba, Viana, Hatch, Soares, 2008) e de 74% na Bahia (Cal & Santiago, 2011); a depressão neste estudo também mostrou ser significativamente associada, apresentando uma comorbidade em 42% dos casos. A depressão atingiu prevalência de 26,8% (SP: Nery et al., 2008), 42,0% (BA: Cal et al, 2011) e 65,0% (MTS: Ayache et al., 2009). Estudo avaliando uma amostra total de 91 pacientes na Bahia, com diferentes quadros reumatológicos, apresentou como resultado uma prevalência geral de 67%

para *ansiedade* e 46,2% para *depressão*.

Alguns estudos têm analisado a relação entre LES e estresse (Nery, Borba & Neto, 2004; Assis & Baaklini, 2009). Nery, Borba & Neto (2004) realizaram revisão bibliográfica, no *Medline*, a fim de verificar a associação ou influência de estresse psicológico ou social em pacientes com LES. Foram analisados 14 estudos e, como resultado, verificou-se que a maioria deles não apontava associações entre a presença de estresse e a piora do LES. Contudo, foi relatada associação positiva entre a presença de estresse e pior percepção da saúde física pelo paciente. Assis & Baaklini (2009), além de relacionarem o estresse físico e emocional com a exacerbação do quadro, apontam a necessidade de apoio psicológico médico para fins motivacionais para o enfrentamento e de estimulação para a inserção em atividades familiares e sociais sem estigmatização. Referem a importância de encaminhamento para outros profissionais da saúde dependendo do *perfil de comorbidades e desequilíbrios psicoafetivos*.

Sobre a alta relação verificada entre os quadros reumatológicos e transtornos de ansiedade, depressão e estresse, algumas hipóteses explicativas são levantadas. Geenen, Newman, Bossema, Vrizekolk & Boelen (2012), sugerem que possíveis fatores incluem o sofrimento acompanhando os sintomas somáticos, limitações funcionais, citocinas pró-inflamatórias e sentimento de impossibilidade de ajuda devido à natureza incontrolável, imprevisível e progressiva das doenças.

Por seu profundo impacto na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos acometidos, o tratamento das patologias reumatológicas e suas comorbidades tem sido considerado um desafio que deve ser enfrentado em toda sua complexidade. Entretanto, poucos estudos foram realizados no Brasil sobre a comorbidade da ansiedade e depressão em pacientes com quadros reumatológicos em ambulatório brasileiro. Por suas implicações, parece essencial identificar a prevalência destes transtornos nesta população, de forma a traçar protocolos de

tratamento que incluam os cuidados com estas patologias, diminuindo seu efeito interveniente negativo sobre a efetividade dos tratamentos físicos de reabilitação. Desta forma, o objetivo geral do presente estudo foi identificar a prevalência de ansiedade e depressão, em pacientes atendidos em ambulatórios de cuidado reumatológico. Para tanto, o estudo buscou: 1) identificar e descrever características socioeconômicas e psicossociais relativas à população atendida por dois ambulatórios de reumatologia, sendo um de Fisioterapia e outro de Medicina, junto a uma Unidade de Saúde de uma instituição de ensino superior, ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS); 2) descrever a prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão em pacientes encaminhados e atendidos nesses mesmos ambulatórios de reumatologia.

## Método

### Participantes

Participaram do estudo usuários de dois ambulatórios, sendo um de Fisioterapia e um de Medicina, de uma Unidade Saúde-Escola de uma instituição de ensino superior, localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, com atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Num período de oito (8) meses, todos os usuários de ambos os ambulatórios, com prontuários abertos, foram convidados por telefone ou carta a participar de uma avaliação psicológica. Foram contatados todos os 124 usuários, 96 mulheres e 28 homens, arrolados nos serviços dos ambulatórios neste período; deste total, 85 usuários (68,5%) aceitaram participar da pesquisa, sendo 76 mulheres (78,1%) e 9 homens (32,1%).

Na Tabela 2 pode-se observar que dos 85 usuários avaliados, (89,4%) eram mulheres e 10,6% eram homens. Com relação ao *Estado Civil*, 72,9% dos participantes eram casados ou declararam estar em uniões estáveis (3 dos 62 participantes), com idade variando entre 41 e 70 anos (82,3%) e com maior escolaridade no Ensino Fundamental (47,1%). Foram observados participantes de sete (7) das oito (8) Classes Econômicas estabelecidas pelo indicador econômico (exceto A1), sendo 42,4% incluídos no nível C1. Uma correlação forte e positiva entre Classe Econômica e Escolaridade foi verificada (Spearman, two tailed:  $r=0,668$ ,  $p<0,000$ ); ou seja, quanto maior a escolaridade, maior foi a classe econômica observada.

Verificou-se que 16,5% dos usuários estavam sob cuidado dos dois ambulatórios, com 56,5% sendo arrolados no ambulatório da medicina. Embora se observe um maior número de participantes no ambulatório da medicina, o atendimento nesta unidade costuma ser mensal; já os atendimentos no ambulatório da Fisioterapia usualmente implicam em um (1) a dois (2) encontros semanais.

Tabela 2.1 – Características Gerais dos Participantes.

Variável	Nível	Frequência	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	76,0	89,4
	Masculino	9,0	10,6
Estado Civil	Solteiro	9,0	10,6
	Casado/Relação estável	62,0	72,9
	Viúvo	6,0	7,1
	Divorcio/separação	8,0	9,4
Idade	31-40	8	9,4
	41-50	20	23,5
	51-60	30	35,3
	61-70	20	23,5
	71-80	7	8,2
Escolaridade	Analfabeto	4,0	4,7
	Fundamental Incompleto	30,0	35,3
	Fundamental Completo	10,0	11,8
	Médio Incompleto	6,0	7,1
	Médio Completo	23,0	27,1
	Superior Incompleto	2,0	2,4
	Superior Completo	9,0	10,6
	Pós-graduação	1,0	1,2
Classe Econômica	A2	4,0	4,7
	B1	6,0	7,1
	B2	17,0	20,0
	C1	36,0	42,4
	C2	12,0	14,1
	D	7,0	8,2
	E	3,0	3,5
Profissões	Aposentado	21	24,7
	Afastado pela Previdência	06	7,1
	Pensionista	02	2,4
	Dona de Casa	19	22,4
	Doméstica/Diarista	13	15,3
	Costureira	03	3,5
	Artesão	03	3,5
	Professora	03	3,5
	Desempregado	01	1,2
	Outros. (motorista, baba, vendedor, manicure, etc.)	14	16,5
Unidade Atendimento	Ambulatório Fisioterapia	23,0	27,1
	Ambulatório Medicina	48,0	56,5
	Ambas unidades	14,0	16,5

O sombreado destaca os níveis com maior ocorrência.



### ***Local/Material***

A coleta de dados transcorreu em salas de atendimento, localizadas no setor onde funciona o ambulatório. Para tanto foi implementada uma entrevista padronizada aplicando os seguintes instrumentos, a saber: 1) *Informações Gerais*; 2) *Inventário Beck de Depressão (BDI)*; 3) *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)*; 4) *Inventário de Sintomas de Stress da Lipp (ISSL)*; e; 5) *Critério Econômico Brasil da ABEP*.

O questionário com *Informações Gerais* buscou levantar no início do atendimento, na forma de entrevista, as seguintes informações: 1) Identificação; 2) Idade; 3) Escolaridade; 4) Estado Civil; 5) Dados ocupacionais; e, 6) Queixas e impactos produzidos pela doença.

O *Inventário de Sintomas de Stress (ISSL)* apresenta três (3) quadros que solicitam a auto identificação da ocorrência de sintomas de estresse - físicos e psicológicos - no dia anterior à avaliação, na semana anterior ou no último mês. Quatro diferentes fases de estresse são identificáveis, a saber: Alerta, Resistência, Quase-exaustão e Exaustão. Os níveis de Resistência, Quase-exaustão e Exaustão indicam cuidado em saúde mental (Lipp, 2000).

O *Inventário de Depressão (BDI)* é composto por 21 grupos de afirmativas que devem ser identificadas pelo paciente como auto-descritivas de aspectos do seu comportamento, seus sentimentos ou suas emoções, na última semana. O resultado geral do instrumento quando computado pode levar a identificação de quatro diferentes níveis de depressão, sendo do menor para o maior: Mínimo, Leve, Moderado e Grave.

O *Inventário de Ansiedade (BAI)* apresenta uma lista de 21 sintomas de ansiedade a serem avaliados pelo cliente como tendo ocorrido na última semana. Os resultados gerais do instrumento podem indicar quatro (4) diferentes níveis de ansiedade, do mais leve ao de maior cuidado: Mínima, Leve, Moderada e Grave. Estes instrumentos foram validados e adaptados para adultos brasileiros (Cunha, 2001).

O *Critério de Classificação Econômica Brasil* foi elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e pretende estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. A versão padronizada em 2008 estabeleceu oito (8) diferentes níveis de classes econômicas, da maior para menor poder de consumo econômico: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Além desses instrumentos, para fins de complementação de dados, foi realizada análise dos prontuários dos pacientes.

### ***Procedimento***

Esta pesquisa orienta-se pelos preceitos do Conselho Nacional de Saúde no que se refere às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96) e foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Recursos Humanos, em projeto submetido junto à Plataforma Brasil (Protocolo CAAE: 05717012.9.0000.5504).

Durante oito meses, foram identificados todos os prontuários abertos de pacientes arrolados nos ambulatórios de reumatologia da medicina e da fisioterapia de uma Unidade Saúde Escola, que tinha um tempo de funcionamento de 9 anos, no início da coleta. O ambulatório de reumatologia, dirigido e organizado pela *Fisioterapia*, tem oferecido serviços na Unidade desde a sua inauguração; o da *Medicina* vem oferecendo seus serviços há aproximadamente um (1) ano no início da coleta. Durante três (3) diferentes semestres, todos os usuários da lista produzida pela pesquisa dos prontuários abertos (124) foram contatados por telefone ou carta, para participar de uma entrevista de avaliação com profissionais ou estagiários da psicologia, sendo priorizados aqueles encaminhados por interconsulta, ou seja, os pacientes encaminhados para a avaliação por outro especialista, no caso, pacientes da reumatologia encaminhados para avaliação da psicologia. Os estagiários envolvidos foram capacitados para a aplicação dos instrumentos utilizados e identificação de sinais de cuidado grave em depressão e ansiedade, além daqueles

com sinais de cuidado em estresse.

A avaliação foi implementada em dois encontros, com sessões de uma hora cada. No primeiro encontro o paciente era levado à sala de atendimento individual e informado, através da leitura do TCLE (ANEXO 1), do objetivo e condições da avaliação e da pesquisa. Todos os usuários que aceitaram participar da entrevista de avaliação assinaram o TCLE; ao final da avaliação, o usuário era solicitado a indicar se mantinha seu consentimento na utilização dos dados ou se desejava que alguma informação fosse mantida em sigilo; todos participantes mantiveram sua permissão inicial. Após a aceitação pela assinatura do TCLE, era solicitado que os pacientes preenchessem *os Instrumentos Psicodiagnósticos* previstos na avaliação, a saber: (1) *Inventário Beck de Ansiedade* (BAI), (2) *Inventário Beck de Depressão* (BDI) e (3) *Inventário de Stress* (ISSL); caso o paciente não conseguisse responder sozinho, os instrumentos eram preenchidos pelo próprio profissional responsável pela avaliação. Concluída esta fase, era iniciada a aplicação do instrumento de *Investigação Geral*; as condições de investigação deste instrumento tinham continuidade no segundo encontro, no qual também era aplicado o instrumento *Critério de Classificação Econômica Brasil*.

Ao final deste segundo encontro, o profissional apresentava devolutivas eticamente responsáveis referentes aos instrumentos psicodiagnósticos aplicados na sessão anterior, informando que não eram diagnósticos fechados, mas, que poderiam ser indicadores (ou não) de cuidados em saúde mental. Caso o paciente apresentasse indicadores de transtornos de *ansiedade* e/ou de *depressão*, foram também informados dos serviços disponíveis no setor, em grupo e/ou individual, para o tratamento em saúde mental, sendo instruídos sobre como ter acesso aos mesmos.

## Resultados

As análises estatísticas descritivas e/ou inferenciais foram realizadas utilizando o Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 22.0. Testes de significância utilizaram análises com duas extremidades (two-tailed) e nível de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ).

Na Tabela 2.2 são apresentados o número e a natureza das patologias reumatológicas diagnosticadas por participante da amostra. Estas informações foram obtidas pelo exame do prontuário e pelo relato dos usuários durante a entrevista. Observou-se que a maioria dos participantes (90,6%) apresenta diagnóstico fechado de uma ou duas patologias reumatológicas, sendo que 62,4% receberam o diagnóstico e estavam em tratamento para um único quadro. Para ambos os gêneros, a maioria dos participantes relatou o diagnóstico de um quadro patológico. Na amostra geral e para as participantes mulheres, três (3) patologias aparecem com frequência relativa maior que 25%, a saber: *Fibromialgia*, *Artrose em geral* e *Artrite Reumatoide*. Na amostra masculina, os quadros com maior frequência relativa foram *Artrite Reumatoide* e *Artroses*. Nenhum homem tinha diagnóstico de *Fibromialgia*; entretanto, 22,2% desta população estavam recebendo cuidados para *Síndrome de Impacto* contra 8,2% das mulheres investigadas.

Tabela 2.2 – Número e identificação das patologias reumatológicas diagnosticadas na amostra total e por gênero.

		Frequência (n=85)	(%)	Mulheres (n=76)	%	Homens (n=9)	%
Número Patologias	Uma	53	62,4	46	60,5	07	77,8
	Duas	24	28,2	22	28,9	02	22,2
	Três	08	9,4	08	10,5	00	00
PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS	Fibromialgia	33	38,8	33	43,4	00	00
	Artroses em geral*	33	38,8	30	39,4	03	33,3
	Artrite Reumatoide	24	28,2	20	26,3	04	44,4
	Síndrome de Impacto	07	8,2	05	6,6	02	22,2
	Esclerodermia Sistêmica	03	3,5	03	3,9	00	00
	Espondilite anquilosante	03	3,5	02	2,6	01	11,1
	Lúpus (LES)	02	2,4	02	2,6	00	00
	Síndrome Sjogren	02	2,4	02	2,6	00	00
	Bursite	02	2,4	02	2,6	00	00
	Tendinite	02	2,4	02	2,6	00	00

\*Artrose, osteoartrose e osteoartrite. O sombreado destaca ocorrência de porcentagens iguais ou superiores a 25%.

Através da Tabela 2.3 verifica-se a distribuição por nível de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e estresse (ISSL), para todos os participantes da amostra. Obteve-se também a média, desvio padrão, mediana, escore mínimo e máximo nos inventários de depressão e ansiedade. Verifica-se que 45,5% da amostra apresentam sinais de cuidado em saúde (Moderada e Grave) em ansiedade e 57,6% em depressão. Na medida de estresse, 68,2% apresentam indicadores de necessidade de cuidado (Resistência, Quase exaustão e Exaustão); 14,1% dos participantes não apresentam indicadores de estresse. Uma correlação positiva e significativa foi observada entre as três medidas (*Depressão x Ansiedade*:  $r=0,742$ ,  $p<0,000$ ; *Depressão x estresse*;  $r= 0,728$ ,  $p<0,000$ ; *Ansiedade x Estresse*:  $r=0,732$ ,  $p<0,000$ ).

Tabela 2.3 – Distribuição por nível da variável e média, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos nos Inventários de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Estresse.

		Níveis	Freq.	Porc (%)	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>TOTAL</b>	<b>BAI</b>	Mínimo	25	29,4				
		Leve	23	27,1	17,4	16,0	0	48
		Moderado	28	32,9	(9,9)			
		Grave	9	10,6				
	<b>BDI</b>	Mínimo	24	28,2				
		Leve	12	14,1	22,5	26,0	0	47
		Moderado	34	40,0	(12,6)			
		Grave	15	17,6				
	<b>Estresse</b>	Sem estresse	12	14,1				
		Alerta	15	17,6				
Resistência		26	30,6					
Q_ Exaustão		28	32,9					
Exaustão		04	4,7					

Todos os usuários estavam recebendo algum tipo de tratamento medicamentoso para as patologias reumáticas ou para controle da dor nos quadros tratados. Adicionalmente, 37 participantes (43,5%) estavam sob tratamento medicamentoso com pelo menos uma substância psicotrópica (ex. *Sertralina*, *Fluoxetina*, *Rivotril*, *Amitril*, *Clonazepam*, entre outras), ou combinação de várias, para diferentes condições de saúde, a saber: depressão, ansiedade, distúrbios do sono, entre outras. Análises não paramétricas da correlação entre *tempo de consumo de medicação psicotrópica* com todas as variáveis psicodiagnósticas mostraram relação significativa e positiva; ou seja, quanto maior o tempo de consumo, maiores foram os indicadores de *depressão* ( $r=0,595$ ,  $p<0,000$ ), de *ansiedade* ( $r=0,589$ ,  $p<0,000$ ) e de *estresse* ( $r=0,573$ ,

$p < 0,000$ ).

A média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos nos inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) são apresentados na Figura 1, para os participantes *com* e *sem* prescrições médicas para tratamento com estas substâncias. Na parte superior da figura é explicitada a distribuição daqueles sob cuidado medicamentoso psicotrópico, considerando o tempo de tratamento. Observa-se que, para ambas as medidas de tendência central (Média e Mediana), os participantes sob tratamento medicamentoso apresentaram escores significativamente maiores, tanto no indicador de *ansiedade* (Mann-Whitney:  $z=6,083$ ;  $p < 0,000$ ), quanto de *depressão* (Mann-Whitney:  $z=6,513$ ;  $p < 0,000$ ). Por meio das análises estatísticas também se destaca que as duas populações, ou seja, *com* e *sem* medicação psicotrópica, também apresentaram diferenças significativas no indicador de *estresse* (Mann-Whitney:  $z=6,119$ ;  $p < 0,000$ ). Não foram observadas diferenças no que concerne à *idade* (Mann-Whitney:  $z=-0,834$ ;  $p < 0,404$ ), *escolaridade* (Mann-Whitney:  $z=-0,633$ ;  $p < 0,527$ ), *estado civil* (Mann-Whitney:  $z=-0,778$ ;  $p < 0,437$ ) e *classe econômica* (Mann-Whitney:  $z=-0,668$ ;  $p < 0,504$ ).

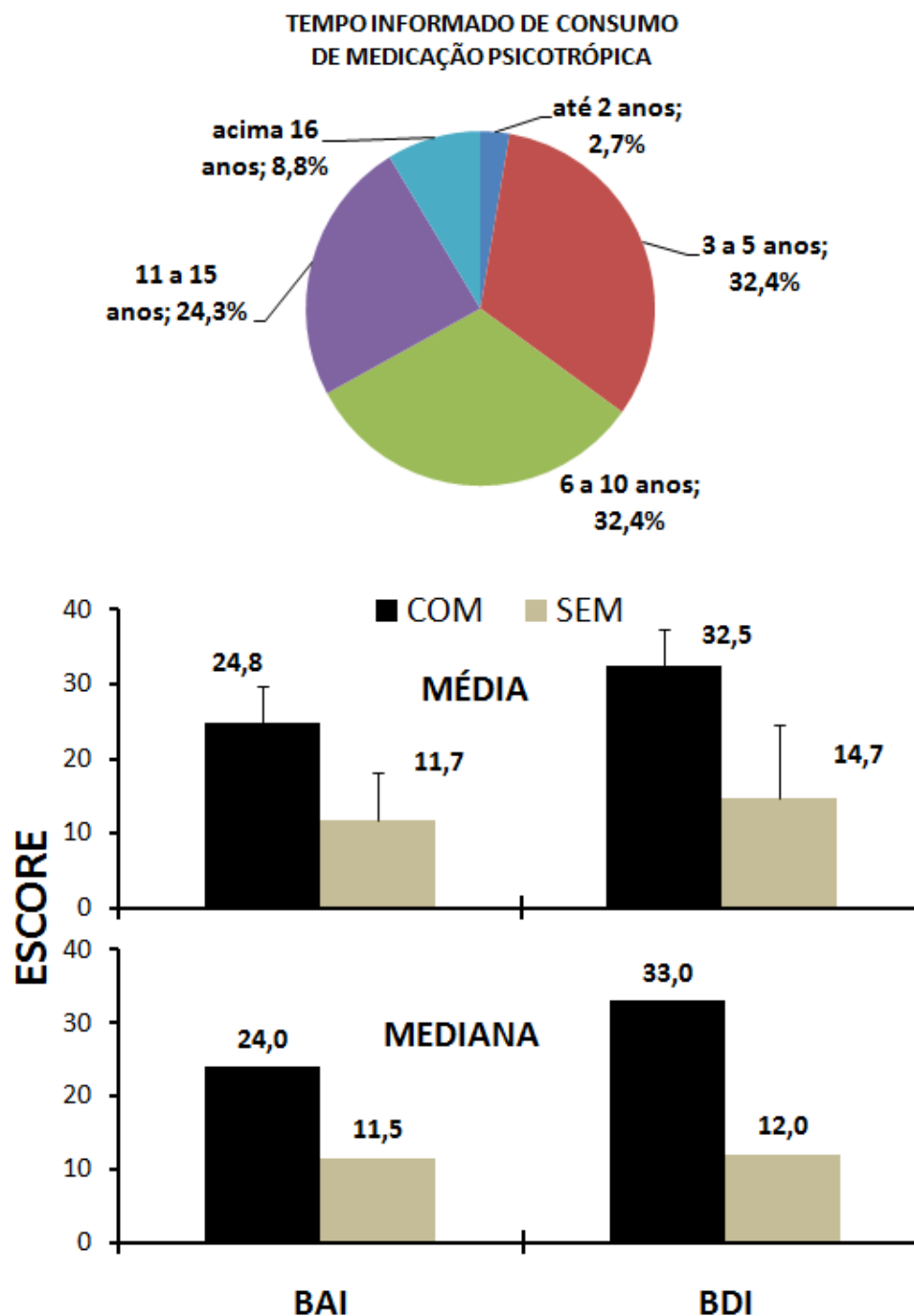


Figura 1 – Média e Mediana dos escores nos inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI), para os participantes com e sem prescrições de medicação psicotrópica. Na parte superior vemos distribuição por tempo de consumo, para aqueles sob tratamento medicamentoso. [Legenda: COM= sob medicação (n=37); SEM= sem medicação psicotrópica prescrita (n=48)].



Na Figura 1 observa-se, ainda, que 89,1% dos participantes informam algum tipo de tratamento medicamentoso num período de 2 a 15 anos. Embora relatem ter mudado diversas vezes de medicação e dosagem, afirmam ter consumido estas substâncias num período relativamente contínuo, com poucas interrupções (que acontecem usualmente, para a maioria, quando não conseguiam “marcar consulta” para obter a medicação junto aos postos de distribuição autorizados pelo SUS).

A frequência e porcentagem para os diferentes níveis das medidas de *ansiedade*, *depressão* e *estresse* podem ser examinadas na Tabela 2.4, considerando separadamente os participantes sob tratamento medicamentoso psicotrópico e aqueles *sem* tratamento. As medidas foram computadas considerando o total da amostra e sua distribuição por gênero. Além disto, verifica-se ainda a frequência e porcentagem desta população que já fizeram, ou estão fazendo, algum tipo de tratamento psicológico. O sombreado tem como função destacar valores que sugerem cuidado em saúde mental. À esquerda é possível examinar os resultados para os participantes que estão sob tratamento psicotrópico; à direita, situam-se aqueles sem medicação.

Examinando o *total* dos usuários com tratamento medicamentoso, na Tabela 2.4, observa-se que os escores nos indicadores de cuidado em saúde mental (moderado e grave) de *ansiedade* (75,7%) e *depressão* (94,5%) e *estresse* (100,0%) foram significativamente maiores do que aqueles nas mesmas condições sem tratamento medicamentoso (18,8%, 31,3% e 43,8%, respectivamente). Da mesma forma, as porcentagens de escores *cuidado* em mulheres e homens sob prescrição sempre foram superiores àqueles observados nos participantes sem tratamento mental medicamentoso.

Tabela 2.4 – Frequência e Porcentagem nos diferentes níveis de ansiedade, depressão e estresse dos participantes, com e sem tratamento psicotrópico, considerando o total da amostra e a distribuição por gênero. Verifica-se, ainda, a frequência relativa de tratamento psicológico informado.

Medida	Nível	Tratamento Psicotrópico						Sem Medicação Psicotrópica					
		Total (n=37)		Mulher (n=35)		Homem (n=2)		Total (n=48)		Mulher (n=41)		Homem (n=7)	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Ansiedade (BAI)	Mínimo	1	2,7	1	2,9	0	0,0	24	50,0	20	48,9	4	57,1
	Leve	8	21,6	8	22,9	0	0,0	15	31,3	14	34,1	1	14,3
	Moderado	19	51,4	18	51,4	1	50,0	9	18,8	7	17,1	2	28,6
	Grave	9	24,3	8	22,9	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Depressão BDI	Mínimo	1	2,7	1	2,9	0	0,0	23	47,9	20	48,9	3	42,9
	Leve	1	2,7	1	2,9	0	0,0	10	20,8	8	19,5	2	28,6
	Moderado	17	45,9	16	45,7	1	50,0	15	31,3	13	31,7	2	28,6
	Grave	18	48,6	17	48,6	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estresse (ISSL)	Sem Estresse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	25,0	10	24,4	2	28,6
	Alerta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	31,3	14	34,1	1	14,3
	Resistência	11	29,7	10	28,6	1	50,0	15	31,3	13	31,7	2	28,6
	Q-Exaustão	22	59,5	11	31,4	0	0,0	6	12,5	4	9,8	2	28,6
	Exaustão	4	10,8	3	8,6	1	50,0	0	0	0	0	0	0,0
Tratamento Psicológico	SIM	09	24,3	9	25,7	0	0,0	02	4,2	02	4,9	0	0,0
	NÃO	28	75,7	26	74,3	2	100	46	95,8	39	95,1	7	100,0

Através do sombreado destacam-se níveis de cuidado em saúde mental.

Ainda na Tabela 2.4 destaca-se que todos os participantes sem indicadores de estresse estão distribuídos na amostra sem prescrição psicotrópica; 100% dos participantes medicados apresentam indicadores de cuidado em *estresse*. É interessante notar que embora os indicadores de cuidado em saúde sejam significativos na população com prescrição psicotrópica, com um tempo médio de tratamento de 8,4 anos, somente 24,3% destes procuraram tratamento psicológico. Todos os participantes (11) que relataram ter feito algum tipo de intervenção psicológica, o fizeram majoritariamente em serviços oferecidos na própria unidade onde funcionam os ambulatórios reumatológicos; entretanto, três (3) dos participantes sob prescrição medicamentosa haviam realizado atendimento psicológico prévio.

Na Figura 2.2 é apresentada a média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos nos inventários de ansiedade e de depressão, considerando separadamente os participantes com diferentes quadros reumatológicos. Escores médios acima da linha pontilhada indicam cuidado em saúde mental. Além disto, é possível examinar a idade média e desvio padrão da amostra para cada patologia. A média de idade variou de 43 (Espondilite Anquilosante/EA) a 62,3 anos (Esclerodermia Sistêmica/ES).

A análise dos escores médios nos inventários de *ansiedade* e *depressão*, apresentados na porção central da Figura 2.2 infere que em 06 dos 07 quadros examinados a depressão obteve escores superiores àqueles observados na medida de ansiedade (exceto para LES). As duas medidas (ansiedade e depressão) apresentam escores médios de cuidado para os participantes com FM (23,1 e 31,2, respectivamente). A média de depressão também indica cuidado para AR e Síndrome de Impacto; os participantes com lúpus (LES) apresentam cuidado em ansiedade (27,0). Os valores de mediana apresentam indicadores similares, exceto para EA, que nos valores da mediana, parecem indicar cuidado em depressão.

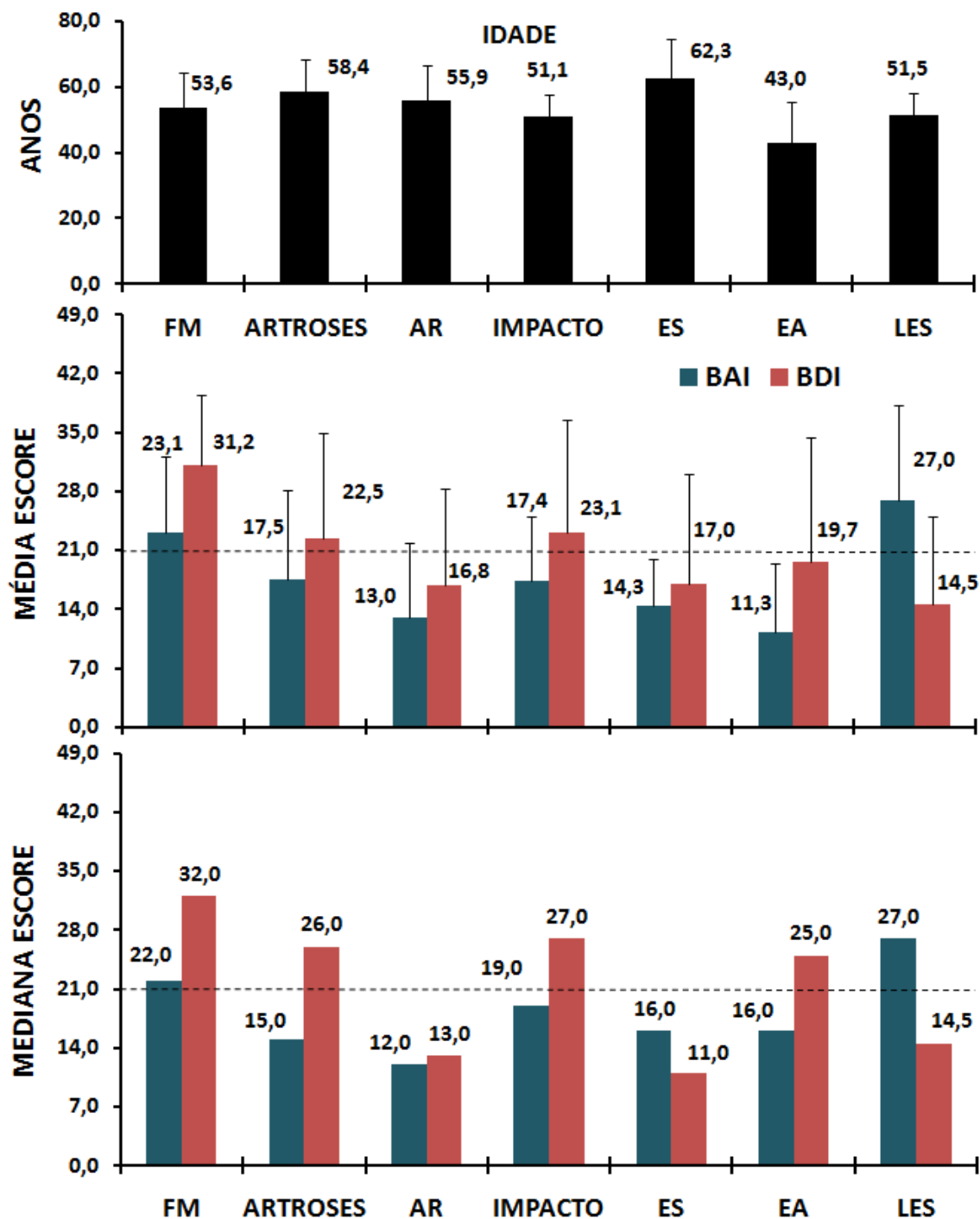


Figura 2.2 – Média e desvio padrão da idade de participantes nas diferentes patologias reumatológicas. Média, desvio padrão e Mediana dos escores nos inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) nas mesmas patologias. Valores acima da linha pontilhada indicam escores de *cuidado em saúde*. [Legenda: FM=Fibromialgia; AR= Artrite Reumatoide; ES=Esclerodermia Sistêmica; EA=Espondilite Anquilosante; LES= Lúpus Eritematoso Sistêmico].

Através da Tabela 2.5 são apresentadas as prevalências dos transtornos mentais para a população total examinada no estudo e para os quadros reumatológicos que tinham uma amostra maior do que 20 participantes. Considerando o total da população examinada, observa-se uma prevalência de 43,5% de ansiedade e de 57,6% de depressão. Além disso, verifica-se que 38,9% da amostra apresentavam conjuntamente indicadores significativos de ansiedade e depressão e 36,5% apresentavam cuidado nas três medidas examinadas. Além disso, 25,9% da amostra não apresentou nenhum sinal de cuidado em saúde mental. Verifica-se, também, que 43,5% da amostra estava medicada com substância psicotrópica.

Adicionalmente, ainda pela Tabela 2.5, visualiza-se que os participantes com FM apresentaram as maiores prevalências dos transtornos, com a prevalência de ansiedade de 72,8% e de depressão de 87,9%. Um total de 69,7% da amostra apresentou sinais de necessidade de cuidado nas três medidas implementadas, sendo que 81,8% da população medicada apresentam esta patologia. Somente 9,1% dos pacientes com FM não apresentaram quaisquer sinais de cuidado em saúde mental. Pacientes com diagnóstico de artroses (incluindo aqui os quadros de artrose, osteoartroses e osteoartrite) apresentaram uma prevalência de 36,4% de ansiedade e 60,6% de depressão. Neste grupo observa-se que 33,3% da população não apresentaram sinais de cuidado em saúde mental, em quaisquer das medidas utilizadas; entretanto 27,3% dos pacientes apresentaram indicadores de cuidado em todas elas. Um total de 42,4% estava medicada. Nos quadros de Artrite Reumatoide verifica-se uma prevalência de 29,2% de ansiedade e de 37,5% com depressão; um total de 24,2% destes participantes apresentaram sinais de cuidado em ambas as medidas. De fato, 20,8% mostravam indicadores de cuidado nas três medidas. 20,8% dos pacientes com AR referiram estarem sob prescrição medicamentosa com psicotrópicos.

Tabela 2.5 – Frequência e porcentagem de indicador em ansiedade, depressão e estresse. São apresentadas na Tabela, participantes sem nenhum indicador de cuidado, com cuidado em ansiedade ou depressão, nas duas medidas ou em todas elas.

	Total (n=85)		FM (n=33)		Artroses (n=33)		AR (n=24)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Ansiedade</b>	37	43,5	24	72,7	12	36,4	07	29,2
<b>Depressão</b>	49	57,6	29	87,9	20	60,6	09	37,5
<b>Estresse</b>	58	31,4	30	90,9	25	75,8	11	45,8
<b>SEM</b>	22	25,9	03	9,1	11	33,3	14	58,3
<b>UM</b>	22	25,9	07	21,2	13	39,4	04	16,7
<b>DOIS</b>	02	2,4	00	00	00	00	01	4,2
<b>TRÊS</b>	31	36,5	23	69,7	09	27,3	05	20,8
<b>Medicação</b>	37	43,5	27	81,8	14	42,4	05	20,8

\*FM=Fibromialgia; AR=Artrite Reumatoide.

\*\*SEM=nenhuma medida tem indicador de cuidado; UM= um indicador de cuidado em ansiedade ou depressão; DOIS= cuidado nos indicadores de ansiedade e depressão; TRÊS=indicador de cuidado nas três medidas (ansiedade, depressão e estresse).

Na Tabela 2.6 são comparados os resultados obtidos no presente estudo (apresentado nas colunas sombreadas) com estudos de prevalência das patologias examinadas, utilizando populações do Estado de São Paulo. Em todos os estudos e para todas as patologias, a prevalência sempre foi maior do que 25%, tanto para ansiedade, quanto para depressão. Considerando os resultados obtidos relativos à *ansiedade*, destaca-se que os valores obtidos na população com FM foram próximos daqueles descritos por Santos et al (2012) e Martinez et al. (1995); os resultados de prevalência da depressão nesta população também mostrou similaridade com o estudo de Martinez et al. (1995). É interessante notar que estes autores também estavam analisando uma população relativamente pequena (47 participantes), composta exclusivamente por mulheres; no presente estudo, a amostra com 33 pacientes com diagnóstico de FM também era composta exclusivamente por participantes do sexo feminino. As análises dos demais quadros não

apontaram resultados tão diretamente comparáveis, no que concerne ao tamanho da amostra ou aos valores de prevalência obtidos.

Tabela 2.6 – Comparando a prevalência observada em diferentes estudos implementados no estado de São Paulo.

QR	Autores	Ano	Amostra	Prevalência (%)			
				Ansiedade		Depressão	
AR	Mella , et al.	2010	122	48,4	29,2	53,2	35,7
FM	Martinez, et al.	1995	47	63,8		80,7	
	Santos, D. M. et al.	2011	69	NS**	72,7	40,5	87,9
	Santos, E. B. et al.	2012	60	86,0		50,0	
OA	Mella, et al.	2010	122	50,0	36,4	28,3	60,6

Os valores sombreados visam destacar os valores obtidos na investigação atual.

## Discussão

Os resultados obtidos parecem indicar que a prevalência de transtornos mentais pode ser considerada significativa na amostra estudada, corroborando outros estudos brasileiros (Martinez et al., 1995; Mella, et al., 2010; Santos et al, 2011; Santos et al, 2012). Como nestes estudos, a população feminina foi a maior usuária dos serviços. Considerando a faixa etária, as idades mais encontradas estavam entre 51-60 anos. Nesse aspecto, evidenciou-se a diferença na porcentagem de sujeitos situados na faixa de 31-40 anos (9,4%) e a acima citada (35,3%). Tanto o predomínio do sexo feminino nas amostras quanto o aumento das incidências dos quadros reumatológicos em idades mais avançadas estão de acordo com os estudos de Leite e Gomes (2006) e Barros et al. (2010). A maior porcentagem verificada na condição de *casado(a)* (72,9%) também encontra similaridade com o texto de Leite e Gomes (2006).

Duas condições socioeconômicas parecem trazer indicadores de cuidados adicionais para esta população. 51,8% da amostra apresentou escolaridade igual ou inferior ao *fundamental completo*; isto implica que seria uma população com maior dificuldade para acessar informações escritas, seja para orientação, seja para obtenção ou transmissão de informações. Além disto, 68,2% dos participantes foram identificados como inseridos em classes econômicas com poder de consumo igual ou inferior à classe C1; ou seja, seriam pacientes com menor poder de acesso a recursos que exijam investimento financeiro, fazendo do SUS o seu serviço de saúde mais acessível. Este impacto relativamente alto das doenças crônicas em camadas da população com indicadores de pobreza foi observado em diferentes quadros em investigação junto ao SUS (Barros *et al*, 2006).

No que concerne aos diagnósticos mais usualmente verificados, a *fibromialgia* e a *artrite reumatoide* foram os mais prevalentes, ratificando indicadores da literatura (Ministério da Saúde, 2011; Leite & Gomes, 2006). Assim como a maior frequência de tais quadros, a elevada



incidência da fibromialgia em mulheres também é claramente evidenciada. Notando-se que o diagnóstico de FM foi verificado unicamente na população feminina.

Analisando especificamente a presença dos transtornos de ansiedade e depressão nos quadros reumatológicos diagnosticados foi verificado que ambos apresentaram, na maioria da população, escores classificados como *moderados*, critério o qual os situa em estado de atenção e necessidade de cuidado. Uma parte significativa da amostra (43,5%) faz uso de medicamentos psicotrópicos, sendo que 89,1% desses os utilizam há 6 anos ou mais. Contudo, somente 28,5% da amostra realizam algum tipo de tratamento psicológico. Este resultado parece corroborar aqueles observados em estudo realizado na Espanha (Linares et al., 2005). Além disto, embora o uso de medicação, na amostra estudada, esteja acontecendo há um tempo bastante extenso (no mínimo dois anos), não parecem ter uma eficiência visível no cuidado, uma vez que os usuários com prescrição de psicotrópicos apresentaram indicadores significativamente mais altos em todas as medidas psicodiagnósticas avaliadas. Tal aspecto aponta a extrema importância do trabalho multidisciplinar e da atenção em âmbito psicológico aos pacientes reumatológicos. Uma vez que a medicação é amplamente utilizada e, no caso do estudo, insuficiente, a atuação do psicólogo faz-se essencial, considerando também os modelos explicativos que relacionam variáveis ambientais e emocionais aos quadros (Geenen, Newman, Bossema, Vriezolk & Boelen, 2012; Santos *et al.*, 2012). Maeda, Pollak e Martins (2009) realizaram pesquisa qualitativa com a intenção de investigar, com médicos residentes em Reumatologia de três hospitais universitários, suas opiniões a respeito do atendimento aos pacientes fibromiálgicos. A partir das análises dos relatos, foram identificadas 5 proposições finais e, dentre elas, uma relacionava-se com a "necessidade do apoio da psicologia para auxiliá-lo na orientação, na explicação e na mudança de atitude do paciente em relação à doença, pois o resultado do tratamento tem eficiência na mudança de hábito e não na utilização da medicação" (Maeda, Pollak & Martins, 2009, p. 409).

Além disso, referiram a importância do trabalho multidisciplinar devido à complexidade de fatores presentes no adoecimento. Contudo, ao analisar a literatura na área, discute-se e relata-se pouco a respeito. Em texto disponibilizado no site do Ministério da Saúde sobre a conscientização sobre as doenças reumáticas (Ministério da Saúde, 2011), o Órgão em questão orienta a população sobre os cuidados a serem tomados quando percebidos os primeiros típicos das doenças. No texto, descrevem que a "*assistência aos pacientes com doenças reumáticas inclui desde o fornecimento de medicamentos até a realização de práticas integrativas (como acupuntura), associada à realização de exercícios que devem ter indicação do médico*". Entretanto, as práticas integrativas oferecidas não incluem os Serviços Psicológicos (Ministério da Saúde, 2011). Por outro lado, o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas*, para a artrite reumatoide aponta a importância do acompanhamento psicológico; o que pode ser considerado um passo importante para o estabelecimento de um serviço multidisciplinar no tratamento das doenças reumáticas (Ministério da Saúde, 2013).

Tratando especificamente da *fibromialgia*, os resultados convergem com os dados de trabalhos brasileiros previamente publicados (Martinez et al. 1995; Santos et al., 2012). Alguns autores discutem as possíveis relações que são estabelecidas na comorbidade. No que concerne à elevada relação com a depressão, Santos et al., 2012 discutiram três hipóteses sobre a elevada correlação estabelecida entre estes quadros: 1) a presença da dor crônica como desencadeante da depressão, devido às consequências aversivas geradas pela condição física limitante; 2) a possibilidade da existência das mesmas raízes patofisiológicas entre as duas condições; e 3) depressão como desencadeadora da dor, devido ao aumento da sensibilidade dolorosa. Quando estes autores discutem a relação com a ansiedade, levantam a hipótese de esta ser produto de uma relação com o estado de alerta e tensão produzido cronicidade dolorosa; variáveis ambientais e situacionais aversivas manteriam o padrão de constante tensão. Para os autores, uma vez que a

fibromialgia teria uma etiologia pouco conhecida, um prognóstico de cura incerta e a dor crônica como sintoma central, a percepção de baixo controle e a insegurança diante a situação aumentaria a tensão e, conseqüentemente, a ansiedade nos indivíduos afetados. Tal hipótese também é levantada por Geenen, Newman, Bossema, Vriezekolk & Boelen (2012), quando sugerem alguns modelos explicativos para a relação entre ansiedade, depressão em pessoas acometidas por quadros reumatológicos.

Considerando a relação entre os quadros reumatológicos e estresse, os resultados verificados são convergentes com os dados coletados na literatura. Tal similaridade se aplica não somente a presença de estresse na população, como também a maior prevalência verificada em pacientes com FM e LES quando comparados aos pacientes diagnosticados com AR (Bauer, 2002; Melo & Silva, 2012). No estudo, 90,9% dos pacientes fibromiálgicos apresentaram indicadores de cuidado em estresse, enquanto que 45,8% dos pacientes com AR apresentaram a necessidade de cuidados para tal condição. Tal questão pode estar associada ao mecanismo de ação do estresse e as características de cada quadro; uma vez que o estresse é visto como uma resposta fisiológica do corpo diante de condições adversas e se torna patológica diante de situação estressoras crônicas (Bauer, 2002), pode-se depreender que a incidência maior nos pacientes com fibromialgia está relacionada com a explicação de Portnoi (1999), o qual sugere que os sintomas da fibromialgia costumam se manifestar após a exposição a estressores crônicos e/ou agudos e, aparentemente, se exacerbam durante períodos de estresse físico ou emocional. Além disso, a etiologia da doença não é esclarecida e modelos explicativos associam estresse emocional ao agravamento e aparecimento dos sintomas (Santos et al., 2012). Tal relação pode não ser tão estreita com os sintomas da AR, os quais são basicamente explicados pela inflamação das articulações.

Apesar dos resultados bastante significativos, o estudo conseguiu avaliar apenas um percentual de 68,5% dos pacientes arrolados em ambos os ambulatórios. Desta forma, não se pode descartar a possibilidade de que a maioria daqueles que se interessou por participar da avaliação psicológica tenha sido aqueles com algum sofrimento relativo a condições psicossociais. Como a avaliação não fazia parte de um protocolo já estabelecido e consolidado, alguns pacientes afirmavam explicitamente não ver necessidade deste tipo de avaliação. Além disto, neste período, o responsável pelo ambulatório de Medicina teve problemas pessoais diversos e saiu da instituição de ensino. Com isto, alguns dos pacientes estavam com prontuários abertos, mas, não estavam recebendo o atendimento mensal previsto. Entretanto, os mesmos foram referenciados para cuidado ao longo do último semestre da coleta. Seria interessante ampliar a porcentagem de usuários do setor em coletas futuras para estimar, de forma mais precisa, o impacto dos transtornos nesta população. Contudo, mesmo com este problema a ser considerado, os participantes representam uma população maior que 50% do total da amostra (particularmente da população total feminina), o que permite inferir que possivelmente os resultados encontrados aqui sejam significativos para a população como um todo.

### Considerações Finais

Examinando a literatura de prevalência de depressão e de ansiedade, tanto em investigações no realizadas no Brasil, quanto internacionais, descritas no Estudo 1, é possível observar que a coexistência destes fenômenos em ambulatórios de reumatologia parece ser significativa. Esta relação pode parecer preocupante na medida em que gera indicadores de necessidade de cuidado em diversas dimensões. Por exemplo, a depressão em si já representa um desafio para a adesão e eficiência do tratamento em geral (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2011), mesmo quando não apresentando comorbidades com outros quadros de saúde; quando se observa a presença da depressão e ansiedade com quadros reumatológicos, considera-se como agravante a diminuição da eficácia e eficiência dos tratamentos medicamentosos e físicos na reabilitação das doenças reumatológicas (Arnold et al., 2006; Pae et al., 2009). Possivelmente em função deste impacto, *guidelines* importantes, de diversas sociedades de reumatologia, têm recomendado protocolos de intervenção que incluam o cuidado psicoterapêutico em saúde mental, juntamente com aqueles medicamentosos (Häuser, Thieme, & Turk, 2010; Thieme, Flor, & Turk, 2006).

No Estudo 2 fica evidente que, na população estudada, os resultados corroboraram a literatura indicando uma prevalência relativamente alta entre os quadros psicológicos investigados na amostra examinada. Entretanto, existiram poucos relatos de intervenção psicológica, acontecendo já sob os cuidados oferecidos pelos ambulatórios da Unidade Saúde Escola. Considerando o tempo de tratamento medicamentoso da amostra, isto implica que por tempo relativamente longo, este aspecto do tratamento foi negligenciado ou pouco enfatizado. Pesquisas posteriores poderiam ajudar a entender este fenômeno investigando a percepção do profissional de reumatologia, médico ou fisioterapeuta, sobre a necessidade de cuidado

psicológico de seu paciente, assim como no estudo de Maeda, Pollak e Martins (2009), como também as condições disponíveis na sua unidade de tratamento para este cuidado e as aquelas sob as quais acha fundamental este referenciamento.

Não parece haver dúvidas quanto à representativa comorbidade entre as condições psicológicas avaliadas (ansiedade, depressão e estresse) e os quadros reumatológicos na população estudada. Em seis (6), dos sete (7) diagnósticos reumatológicos identificados na população, sintomas de depressão foram identificados com relativa evidência, embora fossem também observados sintomas significativos de ansiedade. Sendo assim, parece fundamental aprofundar o estudo a prevalência desta comorbidade com maior cuidado, para cada um dos quadros reumatológicos identificados, assim como encontrar formas de avaliar o impacto dos mesmos nas condições de adesão e efetividade dos tratamentos oferecidos.

Assim sendo, os resultados obtidos por ambos os estudos evidenciam a necessidade de aprofundamento dos estudos que levem em consideração a intersecção entre os campos da Psicologia e Reumatologia. Uma vez que a comorbidade é evidente e o apoio psicológico insuficiente, pesquisas que analisem, testem e apresentem subsídios para o planejamento de intervenções, formação e atualização de profissionais da saúde, bem como a evolução de políticas públicas que possibilitem suporte em nível biopsicossocial para a população acometida, são de extremo interesse para a evolução da assistência à saúde no Brasil.

## Referências

- Ahles, T. A., Yunus, M. B., & Mais, A. T. (1987). Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain*, 29, 105-111.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hesse, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1219-1225.
- Assis, M. R. & Baaklini, C. E. (2009). *Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Recuperado de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4087](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4087)
- Associação de Psiquiatria Americana (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barros, M.B.A., Cesar, C.L.G., Carandina, L., & Torre, G.D. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 911-926.
- Barros, M. B. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M. & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (9), 3755-3768.
- Bauer, M. E. (2002). Estresse: como ele abala as defesas do corpo? *Ciência Hoje*, 30 (179), 20-25.
- Bedrikow, R. (2008). *Dor crônica em mulheres: uma reflexão sobre a clínica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.
- Berber, J.S.S., Kupek, E. & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira Reumatologia*, 45 (2), 47-54.

- Borges, N.B., & Angelotti, G.S. (2002). Ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes classificados como portando fatores psicológicos que afetam as condições médicas. *Estudos de Psicologia, 19* (3), 15-22.
- Cal, S. F. & Santiago, M. B. (2011). Prevalência da distímia e principais comorbidades psiquiátricas em pacientes brasileiros com lúpus eritematoso. *Revista Bahiana de Saúde Pública, 35* (4), 859-868.
- Cavalcante, A.B., Sauer, J.F., Chalot, S.D., Assumpção, A., Lage, L.V., Matsutani, L.A., & Marques, A.P. (2006). A prevalência de Fibromialgia: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia, 46* (1), 40-48.
- Costa, A., Brasil, M., Papi, J., & Azevedo, M. (2008). Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatóide. *Revista Brasileira Reumatologia, 48* (1), 7-11.
- Crofford, L.J., Pillemer, S.R., Kalogeras, K.T., Cash, J.M., Michelson, D., Kling, M. A., Sternberg, E.M., Gold, P.W., Chrousos, G.P., & Wilder, R.L. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheumatology, 37*, 1583-1592.
- Crofford, L.J., Young, E., Engleberg, N.C., Korszun, A., Brucksch, C.B., McClure, L.A., Brown, M.B., & Demitrack, M.A. (2004). Basal circadian and pulsatile ACTH and cortisol secretion in patients with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Brain Behavioral Immunization, 18*, 314-325.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em Português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- EL-Mieddany, Y. M. & El Rasheed, A.H. (2002). Is Anxiety a more common disorder than depression in Rheumatoid Arthritis? *Joint Bone Spine, 69*, 300-306.
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, E., Vriezckolk, J., & Boelen, P. (2012). Psychological



- interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26, 305–319.
- Häuser, W., Thieme, K., & Turk, D.C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome: A systematic review. *European Journal of Pain*, 14, 5-10.
- Holtorf, K. (2008). Diagnosis and treatment of hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis dysfunction in patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia (FM). *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 14 (3), 59-88.
- INSS (2013). INSS: aposentadoria e doenças ultrapassam R\$ 4 bi. <http://previdenciaja.blogspot.com.br/2013/01/inss-aposentadoria-e-doencas-ultrapassa.html>. (vinculada em 17 de Janeiro de 2013).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003*. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>
- Isik, A. et al. (2007). Anxiety and Depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26 (6), 872-878.
- Leite, F. & Gomes, J. O. (2006). Dor Crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Revista de Ciências Médicas*, 15 (3), 211-221.
- Leite, A. A. et al. (2011). Comorbidades em pacientes com osteoartrite: frequência e impacto na dor e na função física. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 51(2), 113-123
- Linares, M.C.U., Pérez, I.R., Pérez, M.J.B., Lima, A.O.L., & Castaño, J.P. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Espanhola de Salud Pública*, 79 (6), 683-697.

- Lipp, M.E.N. (2000). Inventário de sintomas de stress para adultos Lipp (ISSL) - manual. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Maeda, A. M. C.; Pollak, D. F. & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (3), 404-415.
- Martinez, J. E., Ferraz, M. B., Fontana, A. M., & Atra, E. (1995). Psychological aspects of brazilian women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (2), 167-174.
- McGowan, P. (1990). Psychologic, Social, Emotional, and Practical Problems of Patients with Arthritis. *Canadian Family Physician*, 36, 503-507.
- Melo, L. F. & Silva, S.L. (2012). Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 52 (2), 175-188.
- Meyer-Lindenberg, A. & Gallhofer, B. (1998). Somatized depression as a subgroup of fibromyalgia síndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57 (suppl 2), 92-93.
- Ministério da Saúde (2011). *Saúde alerta para prevenção às doenças reumáticas*. Recuperado de: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2865/162/saude-alerta-para-prevencao-as-doencas-reumaticas.html>
- Ministério da Saúde (2013). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite Reumatoide*. Recuperado de: [http://www.reumatologia.com.br/noticias/arquivos/PROTOCOLO\\_CLINICO\\_AR2013.pdf](http://www.reumatologia.com.br/noticias/arquivos/PROTOCOLO_CLINICO_AR2013.pdf)
- Nery, F.G., Borba, E. F., & Neto, F. L. (2004). Influência do Estresse Psicossocial no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44 (5), 355-361.
- Nery, F.G., Borba, E. F., Viana, V. S., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2008). Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their

- association with anti-ribosomalP antibodies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(3), 695-700.
- Okifuji, A. & Turk, D.C. (2002). Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(2), 129-141.
- Pae, C. U., Prakash, S. M., Marks, D. M., Krulewicz, S., Peindl, P. M., Mannelli, P., et al. (2009). History of depressive and/or anxiety disorders as a predictor of treatment response: A post hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release in patients with fibromyalgia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 996-1002.
- Portnoi, A.G. (1999). *Dor, stresse e coping: grupos operativos em doentes de fibromialgia*. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo,
- Quarantini et al. (2006). Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 30(2), 211-223.
- Reis, M.J.D. & Rabelo, L.Z. (2010). Fibromialgia e Estresse: explorando relações. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 399-414.
- Riddle, D. L., Wade, J. B., & Jiranek, W. A. (2010). Major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder in patients scheduled for knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 25, 581-588.
- Sangha, O. (2000). Epidemiology of rheumatic disease. *Rheumatology*, 39 (2), 3-12.
- Santos, E. B., Junior, L. J. Q., Fraga, B. P., Macieira, J. C., & Bonjardim, L. R. (2012). Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (3), 590-596.
- Scopaz, K. A., Piva, S. R., Wisniewski, S., & Fitzgerald, G. K. (2009). Relationships of fear,

anxiety, and depression with physical function in patients with knee osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90 (11), 1866-73.

Senna, E.R., Barros, A.L, Silva E.O., Costa, I.F., Pereira, L.V.B., Ciconelli, R.M., & Ferraz, M.B. (2004) Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *Journal of Rheumatology*, 31 (3), 594-597.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2011). Conceito de Reumatologia. [publicado online].

Disponível em:

[http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Reumatologia&Pagina=reumatologia/in\\_reumatologia.asp](http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Reumatologia&Pagina=reumatologia/in_reumatologia.asp).

Teixeira, M.J. et al. (2001). Epidemiologia da dor. In: *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Jr., 59-76.

Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837-844.

Thieme, K., Flor, H., & Turk, D.C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioral and cognitive behavioral treatments. *Arthritis Research Therapy*, 8, R121.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10, 1403-1409.

Van Houdenhove, B. & Luyten, P. (2005). Beyond dualism: the role of life stress in chronic pain. *Pain*, 113, 238-239.

Van Houdenhove, B. & Egle, U.T. (2004). Fibromyalgia: A Stress Disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 267-275.

Wolfe, F., Smythe, H.A.A., Yunus, M.B., Bennett, A.M., Bombardier, C.E., & Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.

Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A, Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B., & Yunus, M.B. (2010). The *American College of Rheumatology* preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (3), 600-610. DOI 10.1002/acr.20140.

# ANEXO 1

## PARTE 1

### INFORMES SOBRE A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Prezado (a) Usuário (a),

#### ***Sobre a avaliação psicológica***

Em pesquisas realizadas em diferentes países, com populações bem distintas, tem sido demonstrado que diferentes quadros em reumatologia, em particular aquelas nos quais o paciente convive com quadros de dores crônicas (ex. fibromialgia, artroses, etc), apresentam uma tendência a favorecer o desenvolvimento de quadros significativos de ansiedade ou de depressão. Estes quadros com fortes vivências emocionais, somados ao sofrimento já produzido pela patologia em reumatologia, tem um impacto muito significativo sobre a efetividade dos tratamentos e qualidade de vida geral do portador. Desta forma, a literatura tem concordado que para o atendimento pleno em reumatologia seria essencial a atuação de uma equipe multiprofissional, incluindo os profissionais de saúde mental. Considerando estes aspectos, você esta participando neste momento de uma avaliação multiprofissional no qual o psicólogo faz parte. A função do psicólogo neste processo de saúde será avaliar a eventual presença de indicadores de ansiedade e depressão; fornecer informações que aumente sua qualidade de vida; e, intervir em conjunto com a equipe visando seu bem estar afetivo-emocional. A avaliação envolve a participação em encontros nos quais será realizada uma entrevista padronizada para levantamento de informações gerais, sobre qualidade de vida e a aplicação de pelo menos três inventários de psicodiagnósticos. Caso você não consiga responder sozinho, os instrumentos serão preenchidos pelo próprio profissional responsável pela avaliação. Esta avaliação poderá levar um total de um a três encontros. As sessões de entrevista e aplicação dos instrumentos serão coordenadas por psicólogos capacitados a prestar atendimento ou por estudantes de psicologia sob supervisão direta de profissional habilitado. Ao final o profissional deverá discutir com você os resultados gerais observados. Além disto, todos os pacientes em reumatologia serão convidados a participar de um grupo de *Educação para Saúde*, voltado para pacientes com quadros reumatológicos; deverão ser informados sobre dias, horários e período disponíveis. Os pacientes com indicadores de *transtornos de ansiedade e de humor* deverão ser orientados sobre os serviços disponíveis na unidade e incentivados a participar de pelo menos um destes. As informações gerais importantes para a qualidade da intervenção com o paciente serão disponibilizadas nos prontuários do usuário para o seu acesso e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado; no prontuário único serão apresentadas informações que são fundamentais para a qualidade de intervenção de toda a equipe profissional. Em prontuário especial, com uso exclusivo dos profissionais em Psicologia, será implementado o registro de condições sigilosas e pessoais, apresentadas o processo de avaliação e que deverão ser de conhecimento exclusivo do psicólogo na sua relação com o paciente.

Eu, \_\_\_\_\_, RG. \_\_\_\_\_ informo estar ciente e de acordo com os processos envolvidos na *Avaliação Psicológica do Paciente* com patologias reumatológicas.

Nome da Cidade, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Usuário

\_\_\_\_\_  
Assinatura Responsável pela Avaliação

## PARTE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*Solicitando Consentimento para uso das informações em pesquisa*

Ao final da avaliação descrita acima, os psicólogos e equipe envolvida deverá contar com um conjunto significativo de informações. Gostaríamos neste momento de solicitar seu Consentimento para o uso destas informações em análises de resultados e divulgação de pesquisas futuras. A Unidade Saúde Escola na qual esta avaliação esta sendo realizada é lotada em uma Universidade Pública, que tem como um de seus objetivos produzir conhecimento atualizado e significativo para a população brasileira. **Desta forma, gostaríamos de solicitar do usuário a permissão para utilizar as informações obtidas no processo de avaliação em psicologia da equipe multiprofissional em Reumatologia, para estudar aspectos importantes relativos à patologia.** As análises desta documentação e resultados deverão endereçar questões gerais, tais como: qual a incidência (o quanto acontece) da ocorrência entre doença reumatológica, depressão e ansiedade em na cidade em que transcorre o estudo? Quais os fatores que dificultam o diagnóstico e tratamento? Quais os fatores sócio-cognitivo-afetivo críticos para a patologia? Quais os tratamentos atualmente disponíveis à população? A dor crônica tem algum papel especial e específico neste processo? Qual o impacto na Qualidade de Vida? Entre outros. Veja que ao longo dos anos, responder a estas questões deverá possibilitar uma melhor construção teórica e o entendimento de práticas mais efetivas para a nossa realidade e nossa região. As análises serão prioritariamente em grupos, evitando-se a apresentação de informações que permita a identificação de uma pessoa específica. Contudo, durante um processo de avaliação em psicologia, é esperado que venham à tona questões pessoais e afetivas, produzindo desconforto, angústias e, muitas vezes, ansiedade. Pode ser que algumas destas questões sejam bastante pessoais; lembre-se que você sempre pode se recusar a fornecer alguma informação ou pedir sua exclusão dos protocolos de registro do prontuário de acesso a outros profissionais.

**Você não precisa autorizar o uso dos dados obtidos na forma de pesquisa para ter direito à avaliação multiprofissional.** Deve ainda, esta consciente que, mesmo tendo autorizado este uso no inicio do processo de avaliação você poderá, a qualquer momento, retirar sua autorização para o uso das informações ou solicitar a exclusão específica de alguma delas. Gostaríamos, portanto, de deixar bem claro que, embora seja muito bom poder contar com as informações de sua avaliação, **sua participação não é obrigatória**; você pode não participar, sem que isto implique em qualquer perda de direito ao seu atendimento nessa Unidade Saúde Escola. Nenhum risco físico foi descrito pela literatura em estudos que anteriormente utilizaram os instrumentos utilizados durante a avaliação. Eventualmente, entretanto, entrevistas e aplicação de instrumentos psicodiagnósticos podem gerar cansaço ou evocar emoções; neste caso você poderá interromper analisando com os responsáveis os aspectos envolvidos ou ser recusando a falar sobre um determinado tema. Os dados serão disponibilizados e os esclarecimentos serão fornecidos conforme previsto no planejamento da avaliação. Nas divulgações dos resultados na forma de pesquisa, não serão divulgados identificações individuais, garantindo assim o anonimato dos dados. Não haverá custos financeiros ou materiais ao permitir o uso para a pesquisa. Uma cópia deste documento ficará com você e outra será deixada disponível no seu prontuário único, para conferencia e consulta. Dúvidas, reclamações ou denúncias o processo de avaliação ou sobre o uso dos dados de pesquisa poderão ser endereçadas diretamente à aluna de mestrado (Thaísa de Carvalho Jaoude), à orientadora (Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis) ou aos Comitês de Ética Institucionais, nos contatos apresentados abaixo.

Desta forma, ciente e de acordo com o que me foi exposto acima, EU, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro, assinando em duas vias e ficando com uma delas, que:

- 1) estou informado (a) e esclarecido(a) acerca dos objetivos e procedimento das pesquisas envolvendo informações relativas à avaliação em Psicologia;
- 2) Autorizo conscientemente o uso das informações obtidas e registradas em prontuário para divulgação na forma de pesquisa;
- 3) No caso de divulgação em pesquisa, estou ciente que minha identidade será mantida em sigilo, sendo qualquer material envolvido de acesso restrito aos pesquisadores; este sigilo deve ser mantido mesmo em eventuais divulgações para fins científicos (ex. apresentações em congressos, publicações, entre outros)
- 4) entendo que poderei suspender o uso das informações obtidas e registradas em prontuário a qualquer momento, sem nenhum ônus para o meu atendimento;

Agradecemos sua permissão e participação, nos colocando a disposição para maiores esclarecimentos.

**Nome da Cidade,** \_\_\_\_\_

ASSINATURA PARTICIPANTE

**Responsáveis pela pesquisa**

Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis  
Thaísa de Carvalho Jaoude  
Departamento de Psicologia-  
E-mail: thajaoude@yahoo.com.br  
E-mail: jesus-reis@uol.com.br