

VANIA MARIA MAYER

**TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITES  
ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL.**

CAMPO GRANDE

2011

VANIA MARIA MAYER

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITES  
ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MATO GROSSO DO SUL, CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, linha de pesquisa sobre Doenças Emergentes, Re-emergentes e Negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos sócio-culturais, eco ambientais, epidemiológicos e clínicos. Nível de Doutorado – Área de Concentração: Saúde e Sociedade, para Defesa, sob orientação do Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa.

CAMPO GRANDE

2011

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

VANIA MARIA MAYER

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM  
ESPONDILOARTRITES ATENDIDOS NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL,  
CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL.

Resultado \_\_\_\_\_

Campo Grande (MS), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa

---

Prof. Dr. Célio Roberto Gonçalves

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

---

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

---

Prof. Dr. José Ivan Albuquerque Aguiar

---

(Suplente) Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, pelo apoio constante, pela compreensão nos diversos períodos de pesquisa e, principalmente, pela tolerância nos momentos de ausência.

Ao Prof. Dr. Juberty Antônio de Souza, pelo profissionalismo com que auxiliou a condução da pesquisa.

Ao Prof. Dr. Célio Rodrigues Gonçalves, pela pronta disponibilidade e profícua colaboração.

Ao Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, pela valiosa contribuição.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, com quem já aprendi e continuo aprendendo muito.

Ao Prof. Dr. José Ivan Albuquerque Aguiar, por quem tenho imenso carinho e admiração.

À Prof.<sup>a</sup> Me. Danusa Céspedes Guizzo Ayache, pela colaboração prestada.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia Ivo, pela prestimosa colaboração.

Ao Prof. Frederico Molina Corhs, pelo seu desprendimento e profissionalismo que me transmitiu tranquilidade, ao desenvolver frente a frente às análises estatísticas realizadas nesse trabalho.

Aos pacientes que aceitaram participar e cooperar com essa pesquisa – sou muito grata pelo apoio e oportunidade.

Externo ainda minha gratidão à UFMS, especialmente ao Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste da UFMS; ao coordenador Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos, pela solicitude que sempre manifestou, ao resolver com praticidade dificuldades que por ventura foram surgindo no decorrer do estudo; aos professores, colegas de turma e funcionários, por todo apoio.

Às pessoas que não mencionei, mas que sabem o meu carinho por elas, por permanecerem ao meu lado, compartilhando as várias etapas ultrapassadas neste período da pesquisa.

Finalmente agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa, modelo de profissional que sempre desempenhou sua atividade docente com sabedoria, com paciência, carinho e sensibilidade; pelo generoso apoio manifesto desde o início; por ter caminhado comigo e por ter demonstrando muita confiança no meu trabalho, deixando-me tranquila na confecção do estudo.

Os fatos estão todos aí, objetivos e independentes de nós. Mas cabe a nós fazer com que se tornem fatos históricos, mediante a identificação das relações que os define, seja pela observação de suas relações de causa e efeito, isto é, sua história, seja pela constatação da ordem segundo a qual eles se organizam para formar um sistema, um novo sistema temporal, ou melhor, um novo momento do modo de produção antigo, um modo de produção novo, ou a transição entre os dois.

Sem relações não há “fatos”. É por sua existência histórica, assim definida, no interior de uma estrutura social que se reconhecem as categorias da realidade e as categorias de análise. Já não estaremos, então, correndo o risco de confundir o presente com aquilo que não mais é.

Milton Santos

## RESUMO

**MAYER, Vânia Maria. Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrites atendidos no Hospital Universitário/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/Mato Grosso do Sul/Brasil.** 2011. 90 p. [Tese Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na região Centro-Oeste.]

**INTRODUÇÃO:** As Espondiloartrites (EpA) constituem um grupo heterogêneo de doenças que partilham características genéticas, clínicas e alterações estruturais aos exames de imagem, com repercussões emocionais, que afetam diferentes aspectos da vida social dos indivíduos. **OBJETIVO:** Identificar a ocorrência de Transtornos Psiquiátricos (TP) em Pacientes com Espondiloartrites atendidos em Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande/MS. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo transversal, não aleatório, constituído por 62 pacientes com Espondiloartrites, Diagnósticos de EpA e 140 Não EpA. Utilizou-se o instrumento de triagem para Transtornos Psiquiátricos, denominado Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adulto (QMPA) em todos os pacientes, sendo o ponto de corte de sete ou mais questões respondidas afirmativamente. Em seguida, esses pacientes foram avaliados clinicamente por um psiquiatra, de acordo com critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da APA em IV Edição – Revisão (DSM IV-R). Realizaram-se estudos estatísticos para as diversas variáveis, como Correlação de Pearson para dados categóricos e Wilcoxon para numéricos. **RESULTADOS:** O grupo de pacientes estudados (n=62) apresentou média de idade de 31,3 anos, sexo masculino predominante (74,2%), com baixa escolaridade 53,2%, renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, sendo que 72,6% não tem vínculo empregatício. O tempo de evolução de Espondiloartrite, em média, foi de 5,4 anos. Tiveram o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (n=43) pacientes (69,4% do total), sendo que 36(80,0%) eram do sexo masculino e 7(41,2%) do sexo feminino e, entre estes, 28 apresentaram TP (65,1%). A segunda maior frequência de forma clínica das EpA, foi a Espondiloartrite Psoriásica (n=12), sendo 7 do sexo feminino e 5 do sexo masculino e, destes, 11 apresentaram TP (91,7%). Em seguida verificaram-se as EpA Reativas (n=5), sendo 3(6,7%) do sexo masculino e 2(11,8%) do sexo feminino e, destes, 2(40,0%) apresentaram TP. Na sequência se apresentaram as EpA Indiferenciadas (n=1) do sexo feminino (5,9%) representando 100% de TP. Por último foram constatadas Doenças Inflamatórias Intestinais (n=1) do sexo masculino, representando 100% de TP. Proporcionalmente, entre as Espondiloartrites, os pacientes com Espondiloartrite Psoriásica foram os que mais apresentaram TP. A média de pontos obtidas no Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos com Diagnósticos de EpA foi de 12,5 em 79% dos Diagnósticos de EpA. Enquanto que no grupo Não EpA 35% obtiveram média de 6,0 pontos. Apresentaram Depressão, ou Ansiedade/Depressão ou Ansiedade isoladamente 91,7% dos 62 pacientes. No grupo Não EpA o valor do QMPA positivo ( $\leq 7$ ) é próximo dos valores dos que não apresentam patologias específicas,

encontrados na população em geral. Valores maiores do que 8 no QMPA confirmam associação entre Dor e TP com nexos causal ou concomitância. Em 64,5% dos pacientes com Espondiloartrite (n=62), foi diagnosticado algum tipo de TP, quando avaliados pelo psiquiatra, em discordância aos resultados obtidos pela aplicação do QMPA (79%), o que indica que este instrumento tem utilidade para triagem de estudo populacional e não para diagnóstico individual. **CONCLUSÕES:** Nesta população a média de idade foi de 41 anos e maior prevalência das Espondiloartrites no sexo masculino (72,6%); apresentaram baixa escolaridade 53,2% dos pacientes e baixa renda familiar 66,0%. Destes pacientes, 31,3% apresentaram, em média, 5,4 anos de evolução de Espondiloartrite; dos pacientes com Diagnósticos de EpA, 79% apresentaram QMPA positivo. Já no grupo Não EpA, o QMPA foi positivo em apenas 35% dos indivíduos. O instrumento QMPA mostrou-se útil para triagem populacional e não para diagnóstico individual; Depressão e Depressão/Ansiedade foram os TP mais encontrados nestes pacientes e, com menor frequência a Ansiedade (isolada); entre os pacientes com Espondiloartrites, a Espondiloartrite Psoriásica foi a que, proporcionalmente, mais apresentou TP (91%).

Palavras-chave: Espondiloartrites. Transtornos Psiquiátricos. Depressão e Ansiedade.

## ABSTRACT

**MAYER, Vânia Maria. Psychiatric disorders in patients with Spondyloarthritis treated at the Nucleon de Hospital Universitário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul / Brazil.** Campo Grande, MS, Brazil, 2010. 90 p. - Doctoral Thesis – Graduate Program in Health and Development in the Brazilian Center-West Region.

**BACKGROUND:** Spondyloarthritis (SpA) comprises a heterogeneous group of disorders that share genetic and clinical traits, as well as structural changes on imaging examination. The condition also has emotional consequences, affecting different aspects of the social life of patients. **OBJECTIVE:** To evaluate the occurrence of psychiatric disorders (PD) in patients with Spondyloarthritis seen at Teaching of the Hospital of the Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NHU-UFMS) in Campo Grande/MS. **MATERIAL AND METHOD:** A cross-sectional study of a non-random sample of 62 SpA and 140 non-SpA patients. The Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire (QMPA) was administered to all patients, and cut-off was defined as seven or more affirmative responses. Next, the patients were clinically evaluated by a psychiatrist, according to the text-revised fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-R). Categorical and numerical variables were analyzed using Pearson's correlation for categorical data and Wilcoxon test for numerical data. **RESULTS:** Mean age of patients was 31.3 years. Males predominated (74.2%), with low instructional level (53.2%) and low household income. Most had no formal jobs (72.6%). Mean duration of Spondyloarthritis progression was 5.4 year. The diagnosis Ankylosing Spondylitis (n=43) patients (69.4% of total), and 36 (80.0%) were male and 7 (41.2%) females, and among them, PD showed in 28 (65.1%). The second most frequent clinical form of PsA, was Psoriatic Spondyloarthritis (n=12), 7 female and 5 male and, among them, PD showed in 11 (91.7%). Then, there were Reactive PsA (n=5), 3 (6.7%) were male and 2 (11.8%) were female and, among them, PD showed in 2 (40.0%). Then are presented PsA undifferentiated (n=1) female (5.9%) representing 100% of PD. Finally, Inflammatory Bowel Disease (n=1) were found, male, representing 100% of PD. Among SpA patients, the proportion of Psychiatric Disorders was higher among those with PSpA. The mean score obtained from the Survey of Psychiatric Morbidity in adults diagnosed with PsA was 12.5 in 79% of SpA group. While the non-SpA group 35% achieved a mean of 6.0 points. 91.7% of the 62 patients had depression or anxiety, or a combination of both. In Non-SpA group, positive QMPA results were close to those found in populations without specific pathologies. Higher QMPA scores confirmed an association between pain and Psychiatric Disorders, either with causal link or concomitance. Upon psychiatric evaluation, 64.5% of patients with Spondyloarthritis (n=62) were diagnosed with some type of Psychiatric Disorders — in disagreement with the results obtained using the QMPA (79%), indicating that this instrument is useful for screening study populations, but not for individual diagnosis. **CONCLUSIONS:** Spondyloarthritis was more prevalent among males (72.6%) and at a mean age of 41 years. 53,2% of patients had low instructional level and 66,0% had low household income. In 31.3% of these patients, mean duration of Spondyloarthritis progression was 5.4 years. Positive QMPA

results were found for 79% of SpA and 35% of non-SpA patients. The instrument proved useful for population screening, but not for individual diagnosis. Depression and depression plus anxiety were most frequent than anxiety alone. Considering all types of Spondyloarthritis, Psychiatric Disorders were proportionally higher (91%) among Psoriatic Spondyloarthritis patients.

Keywords: Spondyloarthritis. Psychiatric disorders. Depression and Anxiety.

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS .....	xi
LISTA DE TABELAS .....	xiii
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS .....	xiv
1 INTRODUÇÃO .....	15
1.1 Histórico/evoluçãodoconceito .....	16
1.2 Epidemiologia .....	17
1.3 Classificações dos quadros clínicos das Espondiloartrites .....	17
a. Espondilite Anquilosante (EA) .....	17
b. EpA /Espondilite Psoriásica (EpA PsA) .....	19
c. Espondiloartrite Reativa (ARe) .....	20
d. Espondiloartrites relacionadas a Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) como a de Crohn, e a Retocolite Ulcerativa. ....	21
e. EpA Indiferenciada (EI) .....	23
1.4 Diagnósticos das Espondiloartrites.....	23
1.5 Tratamentos das Espondiloartrites (ASAS, 2010) .....	24
1.6 Associações das Espondiloartrites e Transtornos Psiquiátricos- Revisãoda literatura.....	25
2 OBJETIVOS .....	34
2.1 Geral .....	34
2.2 Específicos .....	34
3 MATERIAIS E MÉTODO .....	35
3.1 Descrição do Estudo.....	35
3.2 População e amostra .....	35
3.3 Critérios de inclusão .....	35
3.4 Critérios de exclusão .....	36
3.5 Instrumentos utilizados .....	36
3.5.1 Ficha de coleta de dados .....	36
3.5.2. QMPA - Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto .....	36
3.5.3 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV Edição Revisada APA DSM IV-R .....	37
3.5.4 Pré-teste.....	37

3.6 Procedimentos .....	38
3.7 Procedimentos éticos.....	38
3.8 Tratamento Estatístico e Análise dos Dados .....	38
4 RESULTADOS .....	40
5 DISCUSSÃO .....	48
5.1 Variáveis socioeconômicas.....	49
5.2 Grupos de EpA .....	50
5.3 Espondiloartrites e Transtornos Psiquiátricos .....	51
5.4 Transtornos Psiquiátricos .....	53
5.5 Doenças Crônicas e Dor.....	54
6 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES.....	72
ANEXOS.....	84

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ACR</b>	Colégio Americano de Reumatologia ( <i>American College Rheumatology</i> )
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AINH</b>	Anti-inflamatório não hormonal
<b>APA</b>	Associação Americana de Psiquiatria
<b>ARA</b>	American Rheumatology Association
<b>Are</b>	Espondiloartrite Reativa
<b>ASAS</b>	Sociedade Internacional de Avaliação das Espondiloartrites ( <i>Assessment Spondyloarthritis International Society</i> )
<b>ASQoL</b>	Ankylosing Spondylitis of Life Questionaire
<b>BASDAI</b>	Índice <i>Bath</i> de Atividade da Doença na Espondilite Anquilosante ( <i>Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index</i> )
<b>BASFI</b>	Índice Funcional <i>Bath</i> na Espondilite Anquilosante ( <i>Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index</i> )
<b>BDI</b>	Escala de Depressão de Beck
<b>CAGE</b>	Instrumento para Identificação de possíveis alcoolistas
<b>CID/10</b>	Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde – 10ª Revisão
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>DII</b>	Doença Inflamatória Intestinal
<b>DSM IV</b>	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria em IV Edição – Revisão (DSM IV-R)
<b>EA</b>	Espondilite Anquilosante
<b>EI</b>	Espondiloartrite Indiferenciada ou Inespecífica
<b>EpA</b>	Espondiloartrite
<b>EpA PsA</b>	Espondiloartrite / Espondilite Psoriásica

<b>ESSG</b>	Grupo de Estudo Europeu de Espondiloartrite ( <i>European League Against Rheumatism</i> )
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>EULAR</b>	Liga Européia Contra o Reumatismo ( <i>European League Against Rheumatism</i> )
<b>GAS</b>	Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial-Adulto
<b>HAD</b>	Hospital Anxiety and Depression
<b>HLA-B27</b>	Antígeno Linfócito Humano
<b>HU-UFMS</b>	Hospital Universitário - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<b>IgA</b>	Imunoglobulina A
<b>IgM</b>	Imunoglobulina M
<b>MINI</b>	Mini Internacional Neuropsychiatric Inventory
<b>MMPI</b>	Inventário Multifásico de Personalidade de Minesotta
<b>MMS</b>	Escala de magnitude de momento
<b>NHU</b>	Núcleo do Hospital Universitário
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>QMPA</b>	Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos
<b>RM</b>	Ressonância Magnética
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SRQ-20</b>	<i>Self Report Questionnaire-20</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TNF</b>	Fator de Necrose Tumoral
<b>TP</b>	Transtorno Psiquiátrico
<b>UFMS</b>	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<b>VAS-P</b>	Escala Analógica Visual

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição de variáveis socioeconômicas (sexo, estado civil), de acordo com o grupo Diagnósticos de EpA e Não EpA).....	40
Tabela 2: Distribuição de variáveis socioeconômicas (escolaridade, procedência, situação de trabalho, renda familiar, com quem mora, possui filhos menores), de acordo com o grupo Diagnósticos de EpA e Não EpA).....	41
Tabela 3: Distribuição de variáveis socioeconômicas (onde busca atendimento, possui convênio médico, faz uso de bebidas alcoólicas, é tabagista, cor da pele), de acordo com o grupo Diagnósticos de EpA e Não EpA).....	42
Tabela 4: Distribuição dos pacientes segundo os Diagnósticos de EpA. ....	43
Tabela 5: Associação entre as EpA e sexo. ....	43
Tabela 6: Distribuição da idade e pontuação no QMPA entre os indivíduos com Diagnósticos de EpA e Não EpA. ....	44
Tabela 7: Distribuição de casos com cortes no QMPA, de acordo com o Diagnósticos de EpA e não EpA. ....	44
Tabela 8: Dados sobre os indivíduos Diagnósticos de EpA. ....	45
Tabela 9: Associação entre os diagnósticos reumatológicos e psiquiátricos dos pacientes Diagnósticos de EpA. ....	46
Tabela 10: Cálculo de Contingência Diagnóstico de Transtorno Psiquiátrico dado por médico especialista x Pontuação do QMPA, com corte em 7. ....	46
Tabela 11: Resultados do Teste de Wilcoxon / Kruskal-Wallis.....	47

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Informação.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APÊNDICE C - Termo de Compromisso para utilização de Informações de Bancos de Dados ou de Prontuários em Projeto de Pesquisa.

APÊNDICE D - Carta para Apreciação do Projeto pelo Professor Orientador do Programa.

APÊNDICE E - Carta ao Chefe do Serviço de Reumatologia do NHU/UFMS.

APÊNDICE F - Carta ao Diretor Clínico do NHU/UFMS.

APÊNDICE G - Carta ao Diretor Geral do NHU/UFMS.

APÊNDICE H - Carta ao Coordenador do Ambulatório de Saúde Mental do NHU/UFMS.

APÊNDICE I - Carta Resposta do Coordenador de Saúde Mental do NHU/UFMS.

APÊNDICE I - Carta resposta do Comitê de Ética - ofício nº 1400.

ANEXO A - Critérios dos Grupos ASAS e ESSG.

ANEXO B - Parte I – Caracterização da amostra – Variável Sócio-demográfica.

ANEXO C - Questionário Simplificado de Variáveis Sócio-demográficas.

ANEXO D - QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto).

## 1 INTRODUÇÃO

As afecções clínicas que envolvem o aparelho musculoesquelético incluem mais de 150 síndromes e doenças que habitualmente associam dor com comprometimento funcional e incapacidade para o trabalho.<sup>1</sup>

Estas constituem o grupo de patologias denominadas como Reumatismo e são responsáveis pelo consumo de valores consideráveis dos recursos disponíveis para a saúde; nos Estados Unidos o custo total da doença varia entre 3,4 e 13,2 bilhões de dólares/ano, com metade de custos diretos.<sup>2</sup>

As doenças auto-imunes reumatológicas são doenças inflamatórias crônicas, degenerativas, incapacitantes, que deformam e que confirmam a relação com transtornos psiquiátricos.<sup>3</sup>

Estima-se que a prevalência de algumas doenças reumáticas aumente rapidamente com o crescimento da população de idosos, gerado pelo aumento da expectativa de vida, como é o caso da Osteoartrite que, aos 70 anos, 100% dessa população terá algum sintoma dessa patologia.<sup>4</sup>

A prevalência, o custo e o impacto das doenças musculoesqueléticas, especialmente na qualidade de vida dos pacientes, é que as tem transformado em prioridade para políticas públicas em todo o mundo.

Com o estímulo das Nações Unidas junto à OMS, governos de 47 países e 750 outras instituições estabeleceram a década de 2000 a 2010 como a Década do Osso e da Articulação.<sup>1</sup>

Estudos recentes têm demonstrado que doenças reumáticas, apesar das diferenças na sua fisiopatologia, se associam a um comprometimento nas funções físicas, com repercussões emocionais, e afetam diferentes aspectos da vida social daqueles por elas acometidos.<sup>1</sup>

Inserindo-se neste contexto encontra-se o grupo de patologias designadas de Espondiloartrites que se constitui no objeto deste trabalho.

Há indícios de que as Espondiloartrites há muitos séculos afligem a humanidade, pois foram verificadas alterações na coluna vertebral de múmias egípcias, compatíveis com a doença hoje conhecida como Espondilite Anquilosante.<sup>5</sup>

## 1.1 Histórico/evolução do conceito

Há algumas décadas a associação de artrite crônica com outras doenças como Psoríase, Espondilite Aquilosa, uretrite, colite ulcerativa, alterações oculares e outras eram conhecidas como Espondiloartropatias Soronegativas.<sup>2</sup>

Recentemente (2009), o grupo *Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)*, sendo referendado pela Liga Européia Contra o Reumatismo e *Colégio Americano de Reumatologia (European League Against Rheumatism/American College Rheumatology (EULAR/ACR))*, cunhou o termo Espondilartrite (EpA) e definiu como um grupo heterogêneo de doenças que partilham características genéticas, clínicas e alterações estruturais aos exames de imagem.<sup>6</sup>

Associam-se a essas características clínicas, com frequência, lesões cutâneas, oculares, intestinais e urogenitais e outras de menor ocorrência, como acometimento pulmonar, cardíaco, renal e neurológico.

Entre as lesões cutâneas comuns ao grupo das Espondiloartrites, são encontrados o eritema nodoso, as lesões psoriásicas e o pioderma gangrenoso.<sup>7</sup> A uveíte anterior aguda é a mais frequente manifestação ocular das Espondiloartrites. Nas patologias intestinais associam-se as colites ulcerativas e a doença de Crohn, em que, entre as afecções urogenitais, a uretrite é a principal manifestação.<sup>4</sup>

Além disso, entre os critérios mais detalhados para o diagnóstico de Espondiloartrite está a ausência do fator reumatóide, a presença do Antígeno Linfocitário Humano (HLA B27) em 90% dos pacientes, a elevada presença de processos inflamatórios das entesites, da coluna vertebral e das articulações sacroilíacas.<sup>1</sup>

O grupo ASAS propôs novos critérios de classificação para as Espondiloartrites, de acordo com características clínicas dominantes em: Espondiloartrite predominantemente axial (membros superiores), quando evolui com lesão anquilosante das articulações sacroilíacas e/ou da coluna vertebral e Espondiloartrite predominantemente periférica (membros inferiores/joelhos até os pés), quando as artrites, entesites e dactilite sobressaem.<sup>8</sup> Há ainda a forma indiferenciada, quando os sintomas ainda não preenchem os critérios para nenhuma das formas anteriores.

## 1.2 Epidemiologia

A prevalência das Espondiloartrites varia de acordo com a região e, embora suas características clínicas tenham critérios definidos em populações relativamente “puras” do ponto de vista genético, elas ainda são desconhecidas em populações mistas como no Brasil.<sup>9</sup>

Nas Espondiloartrites a proporção entre os sexos nem sempre é semelhante, havendo a predominância do sexo masculino. Alguns trabalhos de prevalência<sup>10</sup> encontraram uma distribuição entre os sexos de 2,4:1 com predomínio do sexo masculino; e uma proporção de 2,6 homens para cada mulher; outra pesquisa<sup>11</sup> com Espondilite Anquilosante demonstrou uma razão de 2:1, e recentemente, outras pesquisas na Finlândia<sup>12</sup> demonstrou razão de 1,6:1.

Este trabalho, realizado no Brasil,<sup>9</sup> mostrou proporção de 3,5 homens para cada mulher nas Espondiloartrites Indiferenciadas e de cinco homens para cada mulher na Espondilite Anquilosante.<sup>3</sup>

Nos casos das Espondiloartrites Psoriásicas e das Espondiloartrites associadas às Doenças Inflamatórias Intestinais,<sup>13</sup> há uma proporção maior do sexo feminino.<sup>11</sup>

Quanto à idade de início do quadro, foram realizadas pesquisas em vários países e os resultados indicaram que a média de idade de início das Espondiloartrites em 238 homens, na Argentina, foi de 48,1anos (dp de  $\pm 15,7$  anos).<sup>14</sup> No Brasil, esta média foi de 31 anos (dp  $\pm 13,6$  anos), em 1.036 pacientes investigados; 4 na Costa Rica, em 33 casos encontrados, verificou-se média de 41 anos (dp  $\pm 13,4$  anos);<sup>15</sup> no Chile, em 109 pacientes, também com Espondiloartrites, a média encontrada foi de  $42 \pm 22$ anos (dp  $\pm 7,1$  anos).<sup>16</sup>

## 1.3 Classificações dos quadros clínicos das Espondiloartrites

### a. Espondilite Anquilosante (EA)

O tema *Ankylosing Spondylitis* é derivado de raízes gregas, *spondylos* (disco vertebral), *ankylos* (dobrar) e insinua-se fusão ou adesão, sendo que a primeira descrição encontrada da EA é de Bernard Connor (1666-1698) em que diz que o doente “é incapaz de se mover, de se deitar, se levantar ou ser virar ao lado... e sua respiração deve ser muito limitada”.<sup>2</sup>

A EA é classificada como uma doença sistêmica inflamatória crônica, de interesse multidisciplinar, que envolve múltiplos órgãos e que se destaca pelo acometimento primário da coluna vertebral, com envolvimento das articulações sacroilíacas de forma simétrica, os olhos e válvulas do coração.<sup>17,18,19</sup>

A EA também tem relação com um padrão genético, devido à existência de um marcador genético comum (HLA-B27), com baixa penetrância entre os caucasianos e presente na maioria dos indivíduos afetados.<sup>16</sup>

O quadro clínico compreende entesites (inserções ligamentares e tendíneas no osso), artrite periférica, em geral assimétrica, preferencialmente de membros inferiores como tornozelos, coxofemorais e joelhos, e mais raramente de membros superiores, em especial ombros.<sup>16</sup>



Pacientes com EA atendidos no Ambulatório de Reumatologia do HU/UFMS, período 2009/2010.

A evolução do quadro pode ser contínua ou por surtos de repetição, com possibilidade de ocorrência de anquilose óssea da coluna, em média após 10 anos de evolução.<sup>14</sup> Na fase avançada da doença, o diagnóstico clínico é possível pela simples observação do paciente, pela postura hipercifótica e com limitação dos movimentos.<sup>14</sup> As manifestações extra-articulares podem se associar e, por ordem de frequência, são: Uveíte Anterior Aguda (25-30%); lesões de mucosas entéricas (30-60%) e, mais raro, o envolvimento cardiovascular.<sup>16</sup>

As características da cronicidade da doença e da dificuldade da manutenção da terapêutica aumentam o risco de incapacidade progressiva e permanente dos pacientes.<sup>20</sup>

O diagnóstico na EA é concluído, com frequência, muitos anos depois do início dos sintomas, sendo o atraso de diagnóstico o principal motivo para o aparecimento tardio de sacroiliíte definitiva na radiografia convencional.<sup>17</sup>

A Ressonância Magnética Nuclear (RM), como recomendado pelo grupo ASAS, permite visualizar precocemente a presença de sacroiliíte em doentes com sintomas típicos de EA, isto é, em doentes com queixas de lombalgia inflamatória sem alterações nas articulações sacroilíacas. A RM tornou-se, por isso, uma ferramenta diagnóstica fundamental neste subgrupo de doentes, também designados de doentes com EpA axial não-radiográfica.<sup>21</sup>

#### b. EpA /Espondilite Psoriásica (EpA PsA)

Psoríase (do grego psoríasis = erupção sarnenta) citada e atribuída sua descoberta a Willan (1757-1812), embora este a tivesse creditado a Galeno, é uma das dermatoses mais frequentes, de distribuição universal, crônica e recorrente, caracterizada por placas e pápulas descamativas, bem delimitadas, de vários tamanhos e de cor prateada.<sup>8</sup>

Estima-se que a psoríase cutânea isolada ocorra em 2 a 3% da população geral e sua ocorrência associada à artrite pode acontecer em 5 a 42% dos pacientes, a depender da região geográfica avaliada e da gravidade do quadro cutâneo.<sup>22</sup> Ademais, cerca de 80% dos pacientes com envolvimento ungueal tendem a sofrer da doença articular associada.<sup>20</sup>

Em geral, a manifestação cutânea aparece em torno dos 15 aos 35 anos de idade, enquanto que o quadro articular usualmente aparece duas décadas após.<sup>20</sup> A artrite pode manifestar-se em qualquer idade, com pico entre os 40 e 50 anos, e tem frequência similar entre homens e mulheres, embora a espondilítica afete 3 a 5 vezes mais pacientes do sexo masculino.<sup>20</sup>

Na EpA PsA o estresse emocional representa um importante fator desencadeante tanto na crise articular quanto cutânea, sendo o suporte psicológico necessário para o controle da doença na maioria dos casos.<sup>23</sup>

A presença de co-morbidades psiquiátricas também tem papel relevante na sensação de fadiga na EpA PsA, confirmando que a visibilidade da doença é o

aspecto mais perturbador para o paciente e que a “dor da pele” é mais intensa que a dor articular.<sup>24</sup> A doença evolui por surtos de intensidade variável durante toda a vida, podendo desaparecer durante tempos curtos ou longos, de meses ou anos, espontaneamente ou ainda após a terapêutica.<sup>25</sup>

Em torno de 7% dos pacientes com psoríase apresentam a forma articular, que pode iniciar bem antes do quadro cutâneo, ou posterior a ele. A distribuição com relação ao sexo é uniforme.<sup>19</sup>

Esta forma se caracteriza pelo acometimento preferencialmente de articulações periféricas, entesites e dactilite. Nas mãos, o acometimento articular se dá nas interfalangeanas distais, com destruição ósteo-articular, bem como com o afilamento das falanges distais. As articulações dos membros inferiores são as mais acometidas.<sup>18</sup>

### c. Espondiloartrite Reativa (ARe)

O primeiro caso possivelmente descrito da síndrome de Reiter e que consta nas pesquisas, hoje chamada de Espondiloartrite Reativa (ARe), relatado por Thomas Whately (1801) apresentava artrite e lesões oculares recorrentes.<sup>20</sup>

A ARe é uma doença reumática, definida como uma artrite estéril em qualquer articulação periférica e/ou axial, que se origina em consequência de uma infecção passada ou corrente, localizada em um órgão remoto à junta inflamada. O termo ARe ganhou amplo uso, mas existem poucos dados epidemiológicos sobre a prevalência, considerando a falta de critérios validados bem estabelecidos.<sup>20</sup>

O acometimento axial (espondilite) pode ser detectado em cerca de 20% dos casos, ocasião em que o comprometimento visceral é pouco frequente e pode apresentar evolução como surto único (10% a 20%), crises recorrentes (40% a 60%) ou cronificar (20% a 30%). A pesquisa do HLA-B27, positiva em 50% a 80% dos casos, é importante como critério de classificação/diagnóstico das EA e como fator de prognóstico da doença.<sup>22</sup>

Na infância, a maioria dos casos de ARe ocorre em meninos de 8 a 12 anos, estando associada predominantemente às infecções entéricas e já nos adolescentes, a ARe é posterior à infecção genital por *Chlamydia*.<sup>8</sup>

Os organismos com potencial artritogênico já descritos são na forma enteropática (*Salmonella sp.*, *Shigella sp.*, *Yersinia sp.*, *Campilobacter sp.* e

*Clostridium sp.*) e na forma urogenital, e têm sido implicados *Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma sp.*<sup>24</sup>

Mais recentemente, a ARe foi descrita como a primeira manifestação clínica da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida HIV(2) e em alguns casos de HIV foi possível demonstrar a existência de material genético de *Chlamydia trachomatis* e *Yersinia sp* em material de líquido ou biópsia sinovial (3,4) destes pacientes, embora seja discutida a viabilidade do organismo nesses casos, pois os mecanismos no processo não são conhecidos.<sup>26</sup>

d. Espondiloartrites relacionadas a Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) como a de Crohn, e a Retocolite Ulcerativa.

Doença Inflamatória Intestinal ou Doença Inflamatória Intestinal Crônica é um termo geral para um grupo de doenças inflamatórias crônicas de causa desconhecida e que envolvem o trato gastrointestinal. As Doenças Inflamatórias Intestinais podem ser divididas em dois grupos principais: a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa.<sup>27</sup>

Neste grupo, os quadros considerados permanecem com a etiologia desconhecida, afetam os diferentes segmentos do sistema gastrointestinal, apresentam em grande frequência afecções anteriores e são designadas de acordo com as características mais específicas.

Nos pacientes com DII, apresentações reumatológicas podem ser encontradas na forma de artrite periférica e espondilite. A artrite periférica aparece entre 9% a 20% dos pacientes com DII, sendo mais comum em pacientes com doença de Crohn do que nos pacientes com Retocolite Ulcerativa; homens e mulheres são afetados na mesma proporção.<sup>24</sup>

d.1 Doença de Crohn:

A Doença de Crohn é uma inflamação crônica do trato gastrointestinal, de origem desconhecida, que envolve o intestino fino (íleo) em 30% dos pacientes, a região ileocecal ou íleo-cólon direita em 40% dos casos. Afeta os sexos masculino e feminino em iguais proporções, e ocorre com predominância em algumas famílias, pois, cerca de 20% das pessoas com a Doença de Crohn têm algum parente com alguma forma de Doença Intestinal Inflamatória.<sup>26</sup>

Uma das teorias etiológicas questiona se o sistema imunológico do organismo reagiria a algum vírus ou bactéria, causando inflamação contínua do intestino, entretanto não se configurando como nexos causal.<sup>28</sup>

A influência da genética na Doença de Crohn é complexa, e não consistente, não havendo continuidade entre os filhos de pacientes com Doença de Crohn, em 90% dos parentes das pessoas com a Doença. O risco para a Doença de Crohn diminui progressivamente em caucasianos não-judeus, em afro-americanos, hispânicos e asiáticos.<sup>29</sup>

A inflamação pode causar dor e levar à evacuação frequente, resultando em diarreia, além do que, seu diagnóstico pode ser difícil porque os sintomas são semelhantes aos de outros distúrbios intestinais, como a Síndrome de Cólon Irritável e a Retocolite Ulcerativa. Também na Doença de Crohn são muito frequentes os sintomas fora do trato gastrointestinal e incluem: artrite; febre; úlceras na cavidade oral e ainda alteração no crescimento.<sup>25</sup>

#### d.2 Retocolite Ulcerativa:

É também uma doença inflamatória crônica do intestino, que se restringe ao cólon e, quando ativa, torna a mucosa intestinal maciçamente infiltrada por células inflamatórias e afetada por micro-úlceras. Estima-se uma prevalência de 30 a 90 casos para cada 100.000 pessoas sendo que a prevalência nos EUA e em países do norte europeu é de 50 a 100.000 pessoas da população geral.<sup>30</sup>

A incidência familiar da Retocolite Ulcerativa varia de 1 a 5%, havendo dados que constata números entre 15 e 20% e o risco para um parente em primeiro grau judeu é de 4,5%, contra 1,6% para um parente em primeiro grau não-judeu.<sup>26</sup> Há uma incidência familiar da Retocolite Ulcerativa maior que na população geral e essa incidência aumenta de 5% para 10% entre parentes e é significativamente acentuada entre gêmeos homocigóticos, casos em que o fator genético deve ser valorizado.<sup>26</sup>

Outra evidência genética é a associação entre a EA, uma doença estabelecida por gene autossômico dominante ligado ao HLA-B 27, e a reação do sistema imunológico na ocorrência da Retocolite Ulcerativa em exames de laboratório, como por exemplo, a síntese e secreção de imunoglobulinas, especialmente a IgA, que pode estar alterada.<sup>26</sup>

A epidemiologia mostra que essas doenças são mais comuns em brancos do que em negros e orientais, com uma incidência três a seis vezes maiores em judeus em comparação a não judeus; já os dois sexos são igualmente afetados, mas muitos especialistas entendem que a incidência da Doença de Crohn vem aumentando cinco vezes mais rapidamente do que as de Retocolite Ulcerativa, e que o pico de maior ocorrência das duas doenças esteja entre os 15 e os 35 anos de idade.<sup>27</sup>

Os estudos mostram que os sintomas mais importantes para o diagnóstico são: a) diarreia (mais de seis evacuações por dia); b) sangue e muco nas fezes; c) presença de úlceras; d) alterações inflamatórias contínuas; e) sangramento de contato ao exame endoscópico; f) cólicas abdominais; g) perda de peso e; h) febres.<sup>27</sup>

#### e. EpA Indiferenciada (EI)

A etiologia EI é desconhecida, com a possível participação de *Yersinia* e *Chlamydia trachomatis* na patogenia e ocorre principalmente no sexo masculino, na faixa etária dos 40 anos, com incidência na população geral de 0,006%.<sup>24,31</sup> Não é uma síndrome uniforme, não preenche os critérios das EA predominantemente periféricas ou axiais.<sup>28</sup> A presença de HLA-B27 representa um fator prognóstico de evolução para uma doença definida.<sup>32</sup>

### 1.4 Diagnósticos das Espondiloartrites

O diagnóstico de EA até o século XIX podia ser realizado apenas quando um paciente já havia desenvolvido a postura típica que resulta de uma anquilose da coluna vertebral avançada ou *post mortem*.<sup>33</sup>

Na década de 1930, a radiologia foi aplicada à EA, tornando-se evidente a partir desses estudos que, em aproximadamente 95% dos casos, a articulação sacroilíaca é afetada. Posteriormente, já na década de 1990, com aplicação da ressonância nuclear magnética, a presença de um estágio inflamatório não-radiográfico no início do curso da doença tornou-se mais evidente.<sup>30</sup>

Considerando a evolução de características crônicas com limitações, aponta-se para a necessidade de instrumentos padronizados para avaliação, comparação e acompanhamento dos pacientes com EA.<sup>34,35,36</sup> A Associação

Colombiana de Reumatologia<sup>36,37</sup> ressalta a necessidade do diagnóstico precoce, a caracterização dos critérios, a evolução para a terapêutica e a procura de fatores preditores de mau prognóstico, que influenciam os resultados, confirmados pelos estudos de acompanhamento.<sup>38</sup>

Para o diagnóstico das EA torna-se necessária uma anamnese minuciosa, com a investigação e definição do quadro clínico, com a identificação de cada sintoma, sua forma de instalação, intensidade, além dos fatores de melhora e de piora de cada um deles.

Além da investigação cuidadosa, o exame físico é importante devido à individualização sintomatológica e os achados para a caracterização de cada quadro nosológico.

Os exames laboratoriais dividem-se em gerais, como hemograma, provas de atividades inflamatórias, exames para avaliação da função hepática e renal e os específicos para cada uma das EA, como pesquisa de HLA B27, sorologia para *Chlamydia sp.*, *Yersinia sp.*, realização de colonoscopia, entre outros.

### **1.5 Tratamentos das Espondiloartrites (ASAS, 2010)**

Para o tratamento dos pacientes com EA, as recomendações do grupo ASAS e EULAR constam de medidas não medicamentosas e medicamentosas.

Entre as medidas não farmacológicas, é recomendada a educação do paciente, a prática de exercícios e fisioterapia, a participação em associações de pacientes e em grupos de auto-ajuda. O tratamento medicamentoso consta de antiinflamatórios não esteróides (AINES), cuja resposta clínica de melhora é rápida e satisfatória para as formas axiais e periféricas, podendo ser associados corticóides.<sup>39</sup>

Aos AINES e corticóides, para os pacientes com a forma periférica, associam-se a sulfasalazina e, em caso de resposta clínica insatisfatória, os bloqueadores de fatores de necroses tumorais (TNF).<sup>39</sup>

Para os pacientes com a forma axial, a sulfasalazina não mostrou eficácia, verificando-se necessário, portanto, o uso dos bloqueadores de TNF.<sup>39</sup>

Além disso, o uso de analgésicos e de procedimentos cirúrgicos pode ser necessário e devem ser usados quando houver indicação, como nas substituições de elementos articulares por próteses e cirurgias de artrodeses.

O tratamento dos pacientes com EI é o mesmo indicado a doenças definidas dentro do grupo, considerando-se que as formas indiferenciadas costumam ter curso evolutivo mais leve e com menos complicações que as outras doenças do grupo.

A administração de antibióticos deve ser sempre considerada quando a infecção está presente, sendo a sua eficácia dependente do agente causal da moléstia.<sup>38</sup> Nas infecções entéricas, causadas por *Salmonella*, *Shigella* e *Campylobacter*, há indicação de tratamento somente quando a infecção não é autolimitada; em caso de doenças sexualmente transmissíveis, é imprescindível o tratamento dos parceiros para se evitar reinfestações.<sup>38</sup>

O tratamento para a Doença de Crohn e para a Retocolite ulcerativa depende da localização, severidade da doença e das complicações. Os objetivos do tratamento são: controlar inflamação, corrigir deficiências nutricionais e aliviar sintomas como dor abdominal, diarreia e sangramento retal. O tratamento pode incluir medicamentos, suplementos nutricionais, cirurgia ou uma combinação destas opções, também pode ajudar a controlar a doença, mas não há cura.<sup>25</sup>

## **1.6 Associações das Espondiloartrites e Transtornos Psiquiátricos- Revisão da literatura**

A literatura mostra e reconhece a importância dos chamados fatores psicossociais, aos quais estão incluídos os estresses causados pelos aspectos de cultura, a inserção social, a situação política entre outras.

A literatura apresenta um consenso sobre as doenças somáticas, e dentre elas as reumatológicas e TP, principalmente os quadros de Ansiedade e Depressão, mas sem conseguir definir o nexos causal. Assim poderiam ser encontrados TP desencadeando doenças reumatológicas; doenças reumatológicas desencadeando ou agravando TP ou ainda, a concomitância entre ambas. Esta associação já conhecida também fez com que pacientes reumatológicos procurassem formas de tratamento em rede de cuidados de saúde mental.<sup>40</sup>

Diversos pesquisadores<sup>41,42,43</sup> verificaram e enfatizaram a presença de fatores psíquicos, sociais e psicopatológicos, seja no desencadeamento ou ainda na interferência da intensidade do quadro clínico, da evolução ou do desfecho das EA.

É importante entender a Depressão em reumatologia, por estar frequentemente associada às doenças reumáticas crônicas e poder reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa dos pacientes, tornando-os menos aderentes às propostas de tratamento e acompanhamento.<sup>44</sup>

A Depressão é um problema de saúde crescente em todo o mundo; uma em cada vinte pessoas é acometida por um episódio depressivo grave ao longo da vida e esse transtorno incide em grupos cada vez mais jovens da população, e particularmente em indivíduos com patologias crônicas, o que faz aumentar o tempo de internação, a morbidade no pós-operatório e a mortalidade.<sup>45</sup>

O processo de mudança social implícito desorganiza a vida dos indivíduos e provoca modificações do seu esquema de integração social, o que o obriga a reequacionar projetos, a reorganizar estratégias de vida e a modificar estilos vivenciais.<sup>29</sup>

A comorbidade entre dor crônica e transtornos do humor é tão prevalente que deve ser designada como a díade dor e Depressão.<sup>46</sup> Em razão desta associação consideram-se três teorias explicativas:

A primeira propõe que a Depressão e o *estresse* são causados por dor corporal, tendo ainda como outro exemplo a associação da migrânea (enxaqueca) e a Depressão; a segunda teoria considera que a dor é uma manifestação somática da Depressão e Ansiedade, e, a terceira teoria propõe que a Depressão e a dor são compartilhadas com fatores fisiopatológicos ambientais e do desenvolvimento.<sup>47</sup>

Nas orientações para o diagnóstico e tratamento das Depressões associadas aos problemas crônicos da saúde física consta que a Depressão é duas ou três vezes mais comum em pacientes com problemas físicos crônicos do que nas pessoas sem estes problemas, havendo, porém, dificuldade de entendimento, de diagnóstico, e, em consequência, de seu tratamento.<sup>46</sup>

Em pesquisas sobre dor em populações verificou-se que 10% a 20% da população referem dor em pelo menos uma vez no decorrer da vida,<sup>48</sup> o que é corroborado também por outros estudos.<sup>49</sup>

Em pacientes com EA foi detectada a presença de 23% dos indivíduos com sintomas depressivos e 31% com sintomas de Ansiedade exacerbada.<sup>50</sup>

Em relação à Artrite Psoriásica, um quarto dos pacientes portadores de EpA Psoriásica demonstra insatisfação com o tratamento que recebem, casos em que a doença se manifesta pela primeira vez em pacientes relativamente jovens,

com idade entre 30 e 35 anos, quando comparada a outras doenças reumáticas, tal como a artrite reumatóide, e está associada à limitação física, precária qualidade de vida e aumento da mortalidade.<sup>41</sup>

Na Doença de Crohn a ansiedade e o estresse também podem levar à ulceração do trato gastrointestinal, provocando outros sintomas também característicos das Doenças Inflamatórias Intestinais. Ainda que a tónica das pesquisas aponte para um envolvimento imunológico nessas doenças, há fortes indícios do impacto das emoções sobre doenças infecciosas, tais como tuberculose, resfriados, gripes, herpes e, particularmente, sobre Doenças Inflamatórias Intestinais.<sup>44</sup>

Viver com uma doença crônica como a Retocolite Ulcerativa ou a Doença de Crohn pode causar distúrbios emocionais.<sup>42</sup>

O diagnóstico de uma doença crônica é um evento doloroso para qualquer pessoa, mas, para crianças, pode ser ainda mais difícil de suportar. Isso ocorre porque uma disfunção crônica ameaça seu sentimento de bem estar e segurança. Como resultado, as crianças podem apresentar sinais de ansiedade e se tornarem apegadas e afetivamente dependentes. Mas essas reações são respostas à enfermidade, e não sua causa.<sup>42</sup>

As doenças crônicas como as Espondiloartrites provocam, muitas vezes, sentimentos de desamparo e inutilidade mais assustadores do que a doença em si. Por isso, é importante informar o paciente sobre a doença e seu prognóstico, esclarecer que manter a estrutura psicológica em equilíbrio é um ponto fundamental para o sucesso terapêutico. Deve-se verificar também, o impacto da doença dentro de sua comunidade, seu ambiente familiar e de trabalho, além dos aspectos sociais e financeiros.<sup>33</sup>

Uma boa relação médico-paciente é essencial; quando necessário a equipe deve indicar auxílio psicoterápico, bem como uso de medicamentos antidepressivos, conforme a necessidade.<sup>33</sup>

A importância de identificar os efeitos psicológicos dos fatores da dor crônica, o neuroticismo e a depressão que influenciam a avaliação da dor envolvendo julgamento alterado, torna-se um achado importante, haja vista que as mudanças de impressão global podem ter implicações importantes para a interpretação dos ensaios clínicos.<sup>51</sup>

Um evento estressante pode afetar o paciente quanto a sua saúde mental e crenças comportamentais. Também poderá influenciar em sua experiência de saúde; o que contradiz a impressão dos reumatologistas, que afirmam que pessoas com EA têm adaptação positiva à sua doença (evolução lenta), mostrando a necessidade de realizar um diagnóstico mais detalhado sobre o impacto da doença na saúde da pessoa.<sup>43</sup>

Em um estudo para implantar um programa de exercícios em pacientes com EA, mostrou que fadiga, Depressão, capacidade funcional e atividade da doença apresentam variação que pode influenciar no rendimento da função física e podem resultar de um ou de todos os sinais e sintomas da EA, incluindo estresse, dor, perda da mobilidade, fatores psicológicos ou sócio-econômicos.<sup>52</sup>

Muitas pessoas jovens apresentam algum grau de agitação em resposta à enfermidade, enquanto estimativas demonstram que 50% de crianças com Doenças Intestinais Inflamatórias ficam deprimidas.<sup>53</sup>

A Depressão pode ainda ser desencadeada ou agravada pelo uso de corticoresteróides, que podem provocar sintomas depressivos como medo, isolamento social, desânimo e outros. Os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de uma criança com Doenças Inflamatórias Intestinais devem fornecer a ela um apoio emocional, encaminhando-a para um suporte psicológico psiquiátrico quando necessário.<sup>54</sup>

Em um grupo de pacientes com EA a prevalência de Depressão e transtornos emocionais encontrados foi de 20% a 31%.<sup>55</sup> Neste mesmo estudo, mas em outro grupo de pacientes com a doença (EpA) em atividade e Depressão concomitante, obteve-se 60% de fadiga e 50% de sintomas de Depressão.<sup>53</sup>

Através de pesquisa epidemiológica nacional nos EUA sobre Depressão maior,<sup>55</sup> verificou-se que a prevalência de transtornos do humor foi de 46% na população geral, e, considerando a Depressão, encontrou-se a prevalência de 12% entre os homens e 20% entre as mulheres.

Considerando uma população representativa de americanos constituída de 3.032 pessoas, pesquisadores encontraram forte associação entre Depressão, Ansiedade, Artrites e dores lombares (*ODDs ratio* de 1,5 a 3,9).<sup>56</sup> Em um trabalho de revisão com os mesmos objetivos, encontrou-se na população geral uma comorbidade de 40% a 60% entre dor e Depressão.<sup>57</sup>

Constatou-se, após estudo ambulatorial sobre problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços não psiquiátricos de saúde, que em 16% dos casos os clínicos não detectam a doença psiquiátrica e prescrevem medicamentos inadequados para tratá-las.<sup>58</sup>

Os mecanismos neurofisiopatológicos da fibromialgia, por exemplo, são associados aos TP, principalmente à Ansiedade, à Depressão e às alterações do sono, surgindo ainda alterações cognitivas e que se relacionam com a perda de massa cinzenta.<sup>59</sup> Outrossim, a prevalência de Depressão em enfermarias de Clínica Médica é de cerca de 30%.<sup>58</sup>

Clínicos gerais detectaram que 21% da população estudada em clínica médica apresentou ao menos um diagnóstico de doença psiquiátrica, enquanto foi encontrada uma prevalência de TP de 38% neste grupo. Destes pacientes, 16% tinham depressão, 22% apresentavam ansiedade, 8% sofriam com problemas psicológicos que se manifestaram como desconforto físico e 4% eram dependentes de álcool.<sup>60</sup>

A prevalência desses distúrbios psiquiátricos identificados (38%) é mais elevada do que em estudos anteriores realizados em serviços de saúde não-psiquiátricos. Essa prevalência é variável, levando-se em consideração aspectos psicossociais e critérios diagnósticos como fatores importantes.<sup>60</sup>

Em um estudo com 30 pacientes com doenças reumatológicas e estado psíquico, utilizando o instrumento MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota) cerca de 50% destes pacientes apresentaram distúrbio psiquiátrico, sendo a depressão o mais prevalente (28% dos casos).<sup>58</sup>

Em 20 pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico em fase ativa, foram aplicadas escalas psicológicas: Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial-Adulto (GAS), Escala Analógica Visual (VAS-P) e psiquiátrica: Escala de Depressão de Beck (BDI), Escala de magnitude de momento (MMS) entre outros, e verificados sintomas de transtornos mentais, sendo os mais prevalentes os ansiosos e depressivos. Na 2ª avaliação, após um ano, quando as pacientes se encontravam em inatividade, apenas 10% apresentava alguma sintomatologia psiquiátrica.<sup>54</sup>

No Japão, foram avaliados 84 pacientes ambulatoriais com doenças reumáticas, do sexo feminino, com idade em torno de 20 anos. Verificou-se que os pacientes que não tinham o entendimento da doença no momento do diagnóstico e

início do tratamento apresentavam maior incidência de sintomas depressivos e ansiosos.<sup>61</sup>

Em um estudo sobre cuidados primários em saúde em pacientes com Espondilite Anquilosante os pesquisadores registraram correlação significativa com a Ansiedade, Depressão e estado de saúde.<sup>62</sup>

A artrite é a principal causa de doença crônica nos Estados Unidos. 72% dos adultos com idades entre 55 anos e idosos com dificuldades de sono apresentam artrite no relatório. Profissionais da área discutem a inter-relação entre queixas de sono, atividade da doença, a depressão, a privação do sono e citocinas.<sup>63</sup>

No mesmo estudo comparou-se o risco de Depressão e Ansiedade em pacientes com EA e controles saudáveis em que os resultados obtiveram estreita interação com a atividade da doença e qualidade de vida nestes pacientes.<sup>64</sup>

Houve ainda a preocupação em determinar quais as características clínicas da psoríase e prever a interferência do sono em 420 entrevistados de 2005 inquéritos telefônicos da Fundação Nacional de Psoríase, ocasião em que se constatou que a história da EpA PsA, a presença de coceira e dor de lesões psoriática, e o impacto da psoríase no emocional e bem-estar geral prevêm a interferência do sono.<sup>65</sup>

Foram avaliados também, de forma prospectiva, 279 pacientes com doenças reumáticas do sexo feminino. Encontrou-se uma correlação significativa entre a atividade da doença e sintomas neuróticos, sem, contudo, ser possível descrever a sua sintomatologia.<sup>66</sup>

O conhecimento das características de personalidade é importante para a compreensão da forma pela qual um indivíduo enfrenta estresse, sendo que fatores psicológicos e TP têm importância como co-determinantes, desencadeantes, exacerbadores ou patoplásticos da doença lúpica.<sup>67</sup>

Doenças que apresentam dores crônicas, como as doenças reumáticas, tendem a piorar se a Depressão ou os sintomas depressivos estiverem presentes e, por essa razão, é fundamental o tratamento médico psiquiátrico e psicológico para aumentar a chance de sobrevivência do paciente e melhorar a sua qualidade de vida.<sup>68</sup>

Nas últimas quatro décadas houve o desenvolvimento de vários instrumentos mais objetivos de rastreamento para detecção de prevalência de TP na população geral, ressaltando-se o CAGE (Instrumento idealizado para Identificação

de possíveis alcoolistas),<sup>69</sup> o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire-20*),<sup>70</sup> desenvolvido pela OMS para ser usado em países em desenvolvimento, e que foi validado no Brasil, e ainda o QMPA.<sup>71</sup> Os instrumentos não diagnosticam, mas indicam quais as pessoas na população estudada apresentam possíveis transtornos; o diagnóstico é confirmado ou não pelo exame psiquiátrico clínico (*Golden standard*).

Para o uso na população internada em hospitais gerais foi desenvolvido o Questionário HAD, validado no Brasil, para estimar prevalência de Transtornos de Humor. Inicialmente o Questionário HAD foi idealizado para utilização em serviços não psiquiátricos de um hospital geral. Na sua validação no Brasil, em uma enfermaria de adultos em Campinas no Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas, foi encontrada a proporção de 33% de pacientes deprimidos e 20,5% de pacientes com Ansiedade cujos resultados para Sensibilidade e Especificidade foram maiores que 93,7%, 72,6% para Ansiedade e 84,6% e 90,3% para Depressão, respectivamente.<sup>72</sup>

Atualmente o Questionário HAD é utilizado com frequência nos hospitais e é considerado um instrumento confiável e seguro para o uso nestes locais de tratamento.<sup>73</sup>

Ainda mais recentemente, foi validado no Brasil o Instrumento MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*), idealizado e utilizado inicialmente na França e nos EUA. É utilizado em serviços de atenção primária e de psiquiatria. A sua confiabilidade foi considerada satisfatória, tendo a Sensibilidade acima de 70% e a Especificidade acima de 85%. Diferente do Questionário de HAD, o MINI reconhece e seleciona quadros depressivos, ansiosos, obsessivos e de fobia social.<sup>74</sup>

Nas pesquisas populacionais os TP mais encontrados têm sido os Transtornos Depressivos, os Transtornos da Ansiedade e o Alcoolismo, sendo esta, uma das razões pelos quais têm sido amplamente citados na literatura.<sup>75</sup>

Considerando que as EA têm geralmente um curso crônico, com a persistência de dores e/ou limitações, uma das estratégias de tratamento tem como objetivo buscar uma melhora da qualidade de vida.<sup>73,76,77</sup> Há pelo menos duas décadas existe a preocupação sobre a qualidade de vida, mas, até então, sem consenso ou limites da sua conceituação.<sup>78</sup>

A qualidade de vida relacionada à saúde tem sido pesquisada por diversos autores e sua conceituação não é consensual.<sup>77</sup> Existe a necessidade de

um conceito mais homogêneo e a revisão dos aspectos metodológicos para as pesquisas.<sup>79</sup> Alguns pesquisadores discorrem sobre os conceitos atuais de qualidade de vida e sua forma de mensuração.<sup>80</sup>

Há convergência de idéias entre pesquisadores de que a qualidade de vida deve sempre estar ligada ao sofrimento causado pelas doenças, notadamente as crônicas.<sup>81,82,83</sup>

Na busca de parâmetros que possam associar sofrimento às condições de saúde as pesquisas<sup>79,84</sup> mostram o desenvolvimento de novos instrumentos e citam o *Ankylosing Spondylitis of Life Questionnaire* – Instrumento de Qualidade de Vida – QoL (ASQoL) como instrumento específico de pesquisa da qualidade de vida entre os pacientes com EpA.

A consolidação da idéia de saúde influencia o estilo de vida, não como ausência ou presença de doença, mas com a necessidade de ampliar a compreensão da morbidade para além da dimensão biológica, num esforço fundamental para reorientar as pesquisas em saúde.<sup>85</sup>

O acesso a um diagnóstico adequado e à terapêutica necessária, que vise a comorbidade psiquiátrica e/ou as suas sequelas, nem sempre está disponível para a população,<sup>25</sup> além das lembranças em outros trabalhos (como em que é citada a relação médico-paciente e a aplicação prática em um paciente com doença reumatóide).<sup>86</sup>

Existe a necessidade de qualificar os diferentes membros das equipes multiprofissionais por causa do grande desgaste verificado entre os cuidadores dos doentes crônicos, e, portanto, sujeitos expostos constantemente às condições de estresse e sofrimento crescentes.<sup>87</sup>

No tratamento das EpA, dada a frequência com que os pacientes retornam e internam novamente nos serviços de saúde, é necessária a intervenção de outros profissionais. Sendo assim, proporcionar atenção e cuidados de qualidade requer interação multiprofissional e interdisciplinar, por meio de ações específicas de cada área, compartilhadas entre os profissionais.

A proposta de pesquisar TP em pacientes com EpA encontra fundamentação também sobre a investigação epidemiológica em doenças crônicas, e afirma: “ *a epidemiologia clínica deve melhorar a forma como a medicina e os serviços de saúde são definidos, programados e avaliados*”.<sup>88</sup>

A contextualização do problema, seu caráter multiprofissional, a revisão bibliográfica descrita e a fundamentação teórica exposta podem contribuir para uma possível repercussão no aprendizado das equipes que trabalham com doenças reumatológicas crônicas e psiquiátricas, evidenciando-se a importância do presente estudo.

Portanto, os resultados obtidos poderão favorecer a qualidade do manejo e a organização de serviços dos pacientes com EA, em que haja visibilidade da comorbidade psiquiátrica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Identificar a ocorrência de TP em Pacientes com EpA, atendidos no Hospital universitário/UFMS, de Campo Grande/MS.

### **2.2 Específicos**

1– Caracterizar os grupos estudados segundo os aspectos sócio-demográficos;

2 - Verificar a frequência de QMPA positivo nos pacientes com EpA;

3 – Identificar a frequência de TP no grupo de pacientes com EpA (diagnósticos de EpA) e no grupo de pessoas que não possuem EpA (não EpA);

4 – Verificar a frequência dos diferentes TP encontrados no grupo de pacientes Diagnósticos de EpA;

5 – Identificar a frequência dos TP nas diferentes formas clínicas de EpA.

### **3 MATERIAIS E MÉTODO**

#### **3.1 Descrição do Estudo**

Trata-se de um estudo transversal, não aleatório, fundamentado nos referenciais teóricos das EpA e nos estudos sobre TP em pacientes com EpA.

#### **3.2 População e amostra**

Os sujeitos que constituíram o grupo Diagnósticos de EpA da pesquisa, eram pacientes com diagnóstico de EpA, femininos e masculinos, atendidos no Ambulatório do Serviço de Reumatologia do HU/UFMS, que preencheram os critérios de inclusão e exclusão.

O grupo Não EpA, constituiu-se de 140 pessoas, selecionados entre os familiares dos pacientes, pessoas que frequentaram os vários ambulatórios do HU e voluntários do hospital (Hospital Nosso Lar) em Campo Grande/MS que não apresentavam EpA.

Foi escolhida uma população de conveniência, não aleatória, não probabilística e que se mostrou útil para verificação no universo em que se encontra inserida.<sup>89</sup>

#### **3.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os pacientes no grupo Diagnósticos de EpA do sexo feminino e masculino, a partir de 14 anos de idade, diagnosticados, e que preencheram os critérios de diagnóstico de EpA, recomendados pelo EULAR/ACR (2010) e que estavam em tratamento no Serviço de Reumatologia do HU da UFMS. Estes deveriam apresentar condições para comunicar-se verbalmente ou por escrito a fim de responder à entrevista e ao instrumento de coleta de dados.

Aceitaram participar do estudo os que assinaram o Termo de TCLE, (APÊNDICE B). Para pacientes com idade menor de 18 anos, o TCLE (APÊNDICE B) foi assinado pelo responsável.

### **3.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídos do trabalho os pacientes que não participaram de todas as etapas da pesquisa.

Pacientes que apresentaram comorbidades com outras doenças que não reumáticas, como neoplasias, doenças infecciosas crônicas ou que não preencheram os critérios do EULAR/ACR (2010).

### **3.5 Instrumentos utilizados**

#### **3.5.1 Ficha de coleta de dados**

Nos pacientes, que preencheram os critérios Diagnósticos de EpA (ANEXO A), foi aplicada a Ficha Padrão do Serviço de Reumatologia (ANEXO B) constando de duas seções: a primeira relativa aos dados sócio-demográficos, como sexo, cor (informação dada pelo paciente), situação conjugal, idade, escolaridade, profissão, e a segunda seção dirigida a informações sobre o quadro clínico do paciente. Desta ficha foram desprezadas as informações sobre o número de filhos, com quem moravam, se tinham ou não plano de saúde, por não fornecerem subsídios que pudessem contribuir para a caracterização clínica.

A segunda seção foi dirigida às variáveis clínicas como o quadro clínico atual do paciente, a idade do início da sintomatologia, os medicamentos em uso, as formas de tratamento já utilizadas e a qualidade de vida.

Entre o grupo Não EpA foi aplicada a Ficha de forma simplificada (ANEXO C) sendo excluídas as questões relacionadas ao início da doença, número de internações e o tempo decorrido do diagnóstico até o momento do trabalho.

#### **3.5.2. QMPA - Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto**

O QMPA - (ANEXO D) foi desenvolvido como um instrumento de rastreamento direcionado a pessoas com possíveis transtornos mentais na população.<sup>90</sup>

A sua estrutura fatorial foi validada e analisada, sendo considerada consistente e de dimensões bem definidas. A Sensibilidade tem-se mostrado em

torno de 50% e a Especificidade entre 70% e 80% de acordo com a metodologia utilizada. Foi amplamente utilizado como no Estudo Multicêntrico de Prevalência de TP em três capitais brasileiras<sup>91</sup>, e estudos de saúde dos trabalhadores validado para população ativa.<sup>92,93,94,95</sup> Também já foi utilizado, entre outros, na busca de transtornos depressivos em adolescentes,<sup>96</sup> em investigação de dependência alcoólica em gestantes.<sup>97</sup>

Em sua última versão, de 1992, consta de 44 questões representando queixas psicopatológicas, de forma que os profissionais de saúde possam entender. As questões aceitam apenas respostas dicotômicas(sim ou não). As pessoas que respondem de forma afirmativa a mais de sete questões (ponto de corte mais utilizado) sugerem suspeição para transtornos mentais e são indicadas para submissão de procedimentos confirmatórios com o exame psiquiátrico.

O instrumento é composto por questões indicativas de Transtornos de Humor, Ansiosos, Obsessivo-Compulsivo, Alcoolismo além de quadros psicóticos, sendo que os quadros depressivos, ansiosos e de alcoolismo apresentam resultados consistentes e satisfatórios.<sup>98</sup>

### 3.5.3 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV Edição Revisada APA DSM IV-R

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV Edição Revisada, usado pela APA reúne os critérios diagnósticos para os Transtornos Mentais, caracterizando os sintomas constituintes, tempo de instalação, gravidade e evolução. Mostrou-se consistente desde a sua primeira versão; a 4ª versão, a mais atual e já revisada, é indicada para ser a referência das pesquisas em Transtornos Mentais, sendo amplamente utilizada pelos pesquisadores, independente do país de origem.

### 3.5.4 Pré-teste

A aprovação do formulário 01 foi realizada através de reunião de profissionais envolvidos na pesquisa, que avaliaram também a compreensibilidade do formulário.

### **3.6 Procedimentos**

A coleta de dados foi realizada no período de 14 de janeiro de 2009 a 30 de setembro de 2010.

Os pacientes que preenchiam os critérios diagnósticos para EpA, assim como os que estavam em tratamento, eram encaminhados para a pesquisadora, sendo então entrevistados, e, após obtenção de consentimento expresso, foi realizada a Coleta de Dados e ao instrumento QMPA.

Os pacientes que atingiram ou suplantaram o ponto de corte do QMPA (7 ou mais questões respondidas afirmativamente, e, neste caso, todos os pacientes com Diagnóstico de EpA e que responderam o formulário, foram avaliados clinicamente por psiquiatra no Serviço de Psiquiatria para confirmação do diagnóstico psiquiátrico (se houvesse), de acordo com os critérios do DSM IV-R.

### **3.7 Procedimentos éticos**

Em atendimento às Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, conforme Resolução 196/96, da CONEP, os pacientes só participaram do projeto depois de tomarem conhecimento e compreender quais eram os objetivos do mesmo. Depois destes esclarecimentos, se a pessoa concordava com sua participação assinava o TCLE e só então era submetida aos procedimentos. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso de Sul de acordo com o protocolo de No. 1.400 (APÊNDICE I).

### **3.8 Tratamento Estatístico e Análise dos Dados**

Os dados apurados foram avaliados em busca de falhas ou valores ausentes para estarem prontos para serem tratados com técnicas estatísticas apropriadas para o estudo em questão.<sup>99</sup> As informações contidas nos questionários foram digitalizadas e armazenadas em arquivo Microsoft Excel. A análise dos dados foi realizada no software estatístico *JMP/SAS versão 8.0.2*.

Como cálculo, entende-se por definições dos escores dos testes aplicados e possíveis agrupamentos desses escores segundo pontos de cortes para

a população brasileira em seus artigos de validação, distribuição dos dados em frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e variabilidade e quartis. Como os dados numéricos não apresentaram uma distribuição normal pelo teste de Shapiro-Wilk, as análises seguiram para cálculos de modelos não paramétricos na verificação de semelhança entre grupos.

Foram utilizados os seguintes testes: Correlação de Pearson para dados categóricos; Wilcoxon para dados numéricos; análise de proporções quando a Correção de Pearson não pôde ser aplicada. Optou-se por nível de significância de 95%.

## 4 RESULTADOS

Conforme números obtidos junto ao banco de dados do HU/MS, o Serviço de Reumatologia da UFMS realizou, de janeiro de 2009 a outubro de 2010, 12.237 atendimentos entre consultas, retornos e procedimentos. Desse total, 4.363 (35%) estiveram relacionados à EpA, sendo 1.506 do sexo masculino (34,5%) e 2.857 do sexo feminino (65,5%).

Desses, 62 pacientes com diagnóstico de EpA foram selecionados para a pesquisa através dos critérios de inclusão e exclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da pesquisa.

Assim, esta população avaliada foi constituída de 62 pessoas com o diagnóstico confirmado de acordo com a dinâmica do Serviço de Reumatologia, sendo 46 sexo masculino (74,2%) e 16 sexo feminino (25,8%) que se constituíram no grupo Diagnóstico de EpA do presente estudo. O grupo Não EpA foi constituído de acompanhantes de pacientes nos vários ambulatórios do HU, e que não apresentavam EpA; de bancos de dados em que foram formados a partir do preenchimento de questionários por voluntários. Estes constituíram um grupo de 140 pessoas, sendo 68 do sexo masculino (48,6 %) e 72 do sexo feminino (51,4%), e que não apresentavam doenças reumatológicas segundo informações dos mesmos.

Tabela 1: Distribuição de variáveis socioeconômicas (sexo, estado civil), de acordo com os grupos Diagnósticos de EpA e Não EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	(Diagnósticos de EpA)	(Não EpA)	Valor de p
Sexo	62 (100,0%)	140 (100,0%)	
Feminino	16 (25,8%)	72 (51,4%)	
Masculino	46 (74,2%)	68 (48,6%)	<b>0,0007<sup>P</sup></b>
Estado Civil	62 (100,0%)	139 (99,3%)	
Casado	39 (62,9%)	74 (53,2%)	0,2005
Divorciado	5 (8,1%)	31 (22,1%)	0,5765
Solteiro	18 (29,0%)	30 (21,6%)	0,2560
Viúvo	0 (0,0%)	4 (2,9%)	--

<sup>P</sup>Correlação de Pearson

Ao observar a Tabela 1, observa-se que no sexo masculino há diferença significativa (74,2%;  $p = 0,0007$ ) de casos de EpA diagnosticados, mas não há qualquer associação entre o estado civil e o diagnóstico de EpA.

Tabela 2: Distribuição de variáveis socioeconômicas (escolaridade, procedência, situação de trabalho, renda familiar, com quem mora, possui filhos menores), de acordo com os grupos Diagnósticos de EpA e Não EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	(Diagnósticos de EpA)	(Não EpA)	Valor de p
<b>Escolaridade</b>	62 (100,0%)	139 (99,3%)	
Sem Esc/Fund Inc/Fund Com	33 (53,2%)	34 (24,3%)	<b>0,0001</b>
Médio Inc/Médio Com	22 (35,5%)	52 (37,1%)	0,7937
Superior	7 (11,3%)	51 (36,7%)	<b>0,0002</b>
Não informado	0 (0,0%)	3 (2,1%)	--
<b>Procedência</b>	62 (100,0%)	139 (99,3%)	
Campo Grande	44 (71,0%)	81 (58,3%)	0,0863
Interior MS	18 (29,0%)	29 (20,9%)	0,2102
Outro estado	0 (0,0%)	28 (20,1%)	--
Outro país	0 (0,0%)	1 (0,7%)	--
<b>Situação de Trabalho</b>	62 (100,0%)	140 (100,0%)	
Com vínculo empregatício	17 (27,4%)	69 (49,3%)	<b>0,0005<sup>P</sup></b>
Sem vínculo empregatício	45 (72,6%)	62 (44,3%)	
Não informado	0 (0,0%)	9 (6,4%)	
<b>Renda familiar</b>	50 (80,6%)	138 (98,6%)	
0  -- 1	8 (16,0%)	15 (10,9%)	0,3462
1  -- 2	15 (30,0%)	30 (21,1%)	0,2034
2  -- 3	0 (20,0%)	24 (17,4%)	0,6825
3  -- 4	5 (10,0%)	17 (12,3%)	0,6643
4  --  Mais	12 (24,0%)	48 (34,7%)	0,1642
Sem renda	0 (0,0%)	4 (2,9%)	--
<b>Com quem mora</b>	61 (98,4%)	137 (97,9%)	
Amigo	0 (0, 0%)	1 (0, 7%)	--
Esposo	37 (66, 1%)	75 (55, 1%)	0, 1471
Filhos	24 (42, 9%)	59 (43, 4%)	0, 9474
Pais	7 (12, 5%)	21 (15, 4%)	0, 5926
Parentes	14 (25, 0%)	15 (11, 0%)	<b>0, 0115</b>
Sozinho	7 (12, 5%)	13 (9, 6%)	0, 5386
<b>Possui filhos menores</b>	31/61 (55,4%)	64/137 (47,1%)	0, 2959

<sup>P</sup>Correlação de Pearson

Na tabela 2 é possível observar que há diferença entre as proporções ( $p = 0,0001$ ) entre baixa escolaridade e ter diagnóstico de EpA, bem como a diferença de proporções em ter ensino superior entre o grupo com Diagnóstico de EpA e o grupo Não EpA.

Enquanto a procedência não aponta nenhuma diferença significativa, o fato de o indivíduo não ter vínculo empregatício apresenta forte causalidade (0,0005) com apresentar Diagnósticos de EpA.

A mesma tabela demonstra que as classes da renda familiar não apresentam diferença de proporção, considerando Diagnósticos de EpA, assim como não há diferença nas proporções no compartilhamento de moradia (geral) ou ter filhos menores. Quanto a dividir moradia com parentes, há diferença significativa nas proporções entre os diagnosticados e não diagnosticados ( $p = 0,0115$ ).

Tabela 3: Distribuição de variáveis socioeconômicas (onde busca atendimento, possui convênio médico, faz uso de bebidas alcoólicas, é tabagista, cor da pele), de acordo com os grupos Diagnósticos de EpA e Não EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	(Diagnósticos de EpA)	(Não EpA)	Valor de p
Onde busca atendimento	62(100,0%)	137 (97,9%)	
Unidade de Saúde	49 (79,0%)	89 (65%)	<b>0,0001</b>
Hospital Universitário	51 (82,3%)	9 (6,6%)	<b>0,0001</b>
Outro	3 (4,8%)	41 (29,9%)	--
Possui convênio Médico	15/62 (24,2%)	77/138 (55,8%)	<b>0,0001</b>
Faz uso de bebidas alcoólicas	12/62 (19,4%)	51/138 (37,0%)	<b>0,0132</b>
É tabagista	7/62 (11,3%)	16/138 (11,6%)	0,9503
Cor da pele (auto relatada)	62 (100,0%)	138 (98,6%)	
Branca	31 (50,0%)	68 (48,6%)	0,1204 <sup>P</sup>
Verm/Moreno/Pardo/Preto	31 (50,0%)	63 (45,0%)	
Não informado	0 (0,0%)	9 (6,4%)	

<sup>P</sup>Correlação de Pearson

Os dados sócios demográficos exibidos na tabela 3 apresentam diferença entre os grupos de estudo, a considerar a diferença entre proporções, como na avaliação da busca de atendimento. Tanto as pessoas que responderam procurar “Unidades de Saúde”, como as que buscam “Hospital Universitário” apresentaram diferença significativa nas proporções. Esta diferença de proporções também é vista quando se perguntou sobre possuir convênio médico e uso de bebidas alcoólicas.

Assim, ao considerar os dados tabulados e apresentados nas tabelas 1, 2 e 3, aponta-se para as seguintes características para os indivíduos diagnosticados com EpA:

Sexo masculino;

Baixa escolaridade;

Não possuir vínculo empregatício;

Buscar atendimento ou em unidades de saúde ou no hospital universitário;

Não possuir convênio médico;

Não fazer uso de bebidas alcoólicas;

Os pontos exibidos acima não são critérios preditivos, e sim características preponderantes entre os pacientes com Diagnóstico de EpA nesta amostra.

Tabela 4: Distribuição dos pacientes segundo o grupo Diagnósticos de EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

EpA	Total
Espondiloartrite Reativa (ARe)	5 (8,1%)
Espondilite Anquilosante (EA)	43 (69,4%)
Espondiloartrite Indiferenciada (EI)	1 (1,6%)
Espondiloartrite Psoriásica (EpA PsA)	12 (19,3%)
Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)	1 (1,6%)
Total	62 (100,0%)

A tabela 4 evidencia que a maioria dos pacientes do grupo Diagnósticos de EpA apresentou EA (69,4%), seguida por EpA Psoriásica (19,3%).

Tabela 5: Associação entre o grupo Diagnósticos de EpA e sexo, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	Feminino	Masculino	Total	Valor de p
Are	2 (11,7%)	3 (6,7%)	5 (8,1%)	0,5108
EA	7 (41,2%)	36 (80,0%)	43 (69,4%)	<b>0,0031</b>
EI	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	--
EpA PsA	7 (41,2%)	5 (11,1%)	12 (19,3%)	<b>0,0075</b>
DII	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (1,6%)	--
Total	17 (27,4%)	45 (72,6%)	62 (100,0%)	--

ARe (Artrite Reativa); EA (Espondilite Anquilosante); EI (Espondiloartrite Indiferenciada); EpA PsA (Espondiloartrite Psoriásica); DII (Doenças Inflamatórias Intestinais).

A tabela 5 apresenta a associação entre os diferentes diagnósticos de EpA e a distribuição entre os sexos e evidencia, ainda, diferença significativa entre os sexos em EA, com predomínio do sexo masculino e na EpA Psoriásica, em que o sexo feminino é predominante.

Tabela 6: Distribuição da idade e pontuação no QMPA entre os pacientes Diagnósticos de EpA e Não EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	Diagnósticos de EpA	Não EpA	Valor de p
Idade			
Média (Desvio Padrão)	40,8 (12,8)	42,5 (13,3)	
Mediana	41,5	45,0	0,3621 <sup>k</sup>
QMPA			
Média (Desvio Padrão)	12,5 (7,7)	6,0 (5,5)	
Mediana	11,0	4,0	<b>0,0001<sup>k</sup></b>

<sup>k</sup>Teste de Kruskal-Wallis para diferença de pontos.

A tabela 6 apresenta média, desvio padrão e mediana. Não há nenhuma apresentação de frequência relativa para proceder a cálculo de um total.

O QMPA apresenta diferença significativa ( $p = 0,0001$ ) somente entre as pontuações entre os grupos com e sem diagnóstico de EpA.

Como houve diferença na pontuação do QMPA, verificou-se, então, se havia diferença entre os grupos após o corte do QMPA, segundo dados normativos para a população brasileira.<sup>97</sup>

Tabela 7: Distribuição de casos com cortes no QMPA, de acordo com os grupos Diagnósticos de EpA e Não EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	Diagnósticos de EpA	Não EpA	Valor de p
Cortes no QMPA	62 (100,0%)	140 (100,0%)	
Positivo	49 (79,0%)	49 (35,0%)	<b>0,0001<sup>p</sup></b>
Negativo	13 (21,0%)	91 (65,0%)	

<sup>p</sup>Correlação de Pearson

Na verificação da diferença entre os grupos após o corte do QMPA, a proporção dos pacientes com Diagnósticos de EpA que apresentaram QMPA positivo foi de 79,0%.

A tabela 8, apresentada a seguir, descreve dados adicionais apenas do grupo Diagnósticos de EpA.

Tabela 8: Dados sobre os pacientes com Diagnósticos de EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	Diagnósticos de EpA	Porcentagem
<b>Tempo com EpA (anos)</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
Até 1	9	14,5
1 --  5	17	27,4
5 --  10	18	29,1
10 --  15	7	11,3
15 --  20	2	3,2
Mais de 20	9	14,5
<b>Idade da descoberta da EpA</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
0 --  15	4	6,5
15 --  20	8	12,9
20 --  25	9	14,5
25 --  30	8	12,9
30 --  35	7	11,3
35 --  40	10	16,1
40 --  45	10	16,1
45 --  50	1	1,61
Mais de 50	5	8,1
<b>Doença em visão conjunta</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
Ansiedade	6	9,7
Ansiedade / Depressão	15	24,2
Depressão	18	29,0
TAB/Mania	1	1,6
Sem doença	22	35,5
<b>Doença separadamente</b>	<b>62</b>	<b>--</b>
Ansiedade	21	33,9
Depressão	33	53,2
TAB/Mania	1	1,6
Sem doença psiquiátrica	22	35,5

Para “Doença separadamente”, houve cálculo de aproximação, o total ultrapassa o índice de 100% porque há paciente com mais de uma doença.

Esses pacientes são diagnosticados em idade adulta, apesar de haver paciente com 15 anos de idade. Na população estudada, a média das idades em que a doença foi descoberta foi de 31,3 anos (DP = 5,4 anos). Destes pacientes (83,3%), não teve nenhuma internação hospitalar durante o último ano. No entanto,

apesar de não ter havido qualquer internação, grande parte (90,2%) dos pacientes referiu ter percebido alteração na qualidade de vida.

Na avaliação do médico psiquiatra, a Depressão foi o TP predominante, haja vista sua presença em 53,2% dos entrevistados. A Ansiedade foi diagnosticada em 33,9% dos pacientes.

Tabela 9: Associação entre os diagnósticos reumatológicos e psiquiátricos dos pacientes com Diagnóstico de EpA, em Campo Grande, MS, 2009/10.

	Are	EA	EI	EpA Psoriásica	DII	Total
Ansiedade	0 (0,0%)	5 (11,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (8,2%)
TAB/Mania	0 (0,0%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)
Depressão e Ansiedade	2 (40,0%)	11 (25,6%)	1 (100,0%)	4 (33,4%)	0 (0,0%)	18 (29,0%)
Depressão	0 (0,0%)	11 (25,6%)	0 (0,0%)	7 (58,3%)	1 (100,0%)	19 (30,6%)
Sem doença	3 (60,0%)	15 (34,9%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)	19 (30,6%)
Total	5 (8,1%)	43 (69,4%)	1 (1,6%)	12 (19,3%)	1 (1,6%)	62 (100,0%)

ARe (Artrite Reativa); EA (Espondilite Anquilosante); EI (Espondiloartrite Indiferenciada); EpA PsA (Espondiloartrite Psoriásica); DII (Doenças Inflamatórias Intestinais).

A Tabela 9 apresenta associação entre os diagnósticos do especialista em reumatologia e o especialista em psiquiatria. Observou-se que 69,4% dos TP da amostra estavam no grupo com EA.

Tabela 10: Cálculo de Contingência Diagnóstico de TP dado por médico especialista x Pontuação do QMPA, com corte em 7, em Campo Grande, MS, 2009/10.

TP (Diagnosticado pelo Psiquiatra)	QMPA		Total
	Não	Positivo	
	11 (50,0%)	11 (50,0%)	22 (35,5%)
	2 (5,0%)	38 (95,0%)	40 (64,5%)
Total	13 (21,0%)	49 (79,0%)	62 (100,0%)

TP (Transtorno psiquiátrico)

- Kappa = 0,4956 ← Baixa concordância entre o diagnóstico do Psiquiatra e o QMPA
- Erro Padrão = 0,1146
- Correlação de Pearson. Qui quadrado = 17,344. Valor de p = 0,0001. Teste de Concordância. Grau de Concordância. Simetria da Discordância. Qui quadrado de Bowker = 6,2308. Valor de p = 0,0126\*.

Tabela 11: Resultados do Teste de Wilcoxon / Kruskal-Wallis, em Campo Grande, MS, 2009/10.

Diagnósticos	Diagnósticos de EpA	Soma	Média	Dif/Std
Ansiedade	6	176,5	29,4	-0,203
Ansiedade/Depressão	15	616,5	41,1	2,470
Depressão	18	766,0	42,6	3,246
Mania	1	47,0	47,0	0,840
Sem doença	22	326,5	14,8	-5,393

Qui quadrado = 31,7696 →  $p < 0,0001$

As tabelas 10 e 11 apresentam as estatísticas com medidas de tendência central e dispersão para os valores do QMPA para cada diagnóstico dado pelo médico psiquiatra. Ainda foi acrescentado aos valores o resultado do teste de Kruskal-Wallis para comparação de valores entre grupos. O resultado aponta para a diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) no QMPA quando o diagnóstico é Depressão ou Depressão associada com Ansiedade.

## 5 DISCUSSÃO

A premissa ao elaborar e desenvolver esta pesquisa esteve pautada na geração de condições para uma discussão mais sistemática nesta área em que a complexidade do objeto é unânime entre os que a investigam.

Ao pretender buscar um indicador como ocorrência de transtornos mentais, ou seja, a morbidade, a patologia propriamente dita, ligada aos parâmetros da nosologia oficial, foram seguidos os passos, através dos quais, em geral, os pesquisadores buscam os sintomas do sofrimento mental, ligados às doenças reumáticas e, neste caso específico, às EA:

1. Se nenhuma modificação for identificada e realizada nas condições que evidenciam o sofrimento mental nas EA, os Transtornos Mentais terão um campo fértil para instalar-se.
2. Se as ideologias defensivas coletivas utilizadas pelo paciente com EpA falharem, os Transtornos Mentais também terão possibilidades de emergir rompendo o equilíbrio individual.
3. Ao se utilizar a nosologia oficial para a classificação das doenças mentais, considera-se, conjuntamente, a noção de que a EpA estará também contida no desencadeamento do quadro de agravo psiquiátrico.
4. O uso do estudo de corte-transversal apreende instantaneamente as condições, neste caso, existentes, ou seja, a presença de transtorno mental da população estudada, em um momento dado. Este modo de investigar não capta o processo de adoecimento, a presença dos sintomas ligados a dor, ao sofrimento mental, mas sim, como já foi dito, a morbidade psíquica, em corte.
5. Não se considerou a importância dos estudos que analisam o processo saúde/doença, porque há concordância do autor do presente trabalho com esta noção. O fato de fazer a opção de medir a presença de TP significa apenas que se elegeu conhecer e estudar mais detalhadamente um dos aspectos da mesma questão, neste caso específico a doença mental.
6. Esta tentativa tem o objetivo de evidenciar que quando as condições relacionadas ao doente com doença crônica, somadas às condições

da vida psíquica do paciente, encontram-se, mormente desfavoráveis, a manutenção da saúde mental é mais difícil, portanto decorre a possibilidade do adoecimento/agravamento psíquico, que se procurou demonstrar, de forma empírica e atenta aos aspectos de intersubjetividade.

Algumas questões de ordem metodológica assumem importância para a discussão dos resultados obtidos, como o fato de o questionário ter sido aplicado por um mesmo pesquisador, e a entrevista psiquiátrica aplicada por um só psiquiatra, diminuiriam-se os possíveis vieses dos profissionais envolvidos no estudo, o que ajudou a minimizar outros que poderiam se fazer presentes quando avaliados por mais de um profissional. O psiquiatra não teve conhecimento prévio acerca dos pacientes a ele encaminhados para entrevista psiquiátrica que tinham resultados positivos no QMPA.

### **5.1 Variáveis socioeconômicas**

Perfil da população dos Diagnósticos de EpA: sexo masculino, adulta, com média de idade do início do quadro de 41 anos. Tais achados são compatíveis com a distribuição por sexo e idade neste tipo de diagnóstico como os encontrados em Costa Rica e Chile.<sup>8,16,17,21</sup>

Houve predominância do número de homens, com uma razão entre os sexos de 2,9: 1, o que é ligeiramente maior que a proporção observada em outros estudos nacionais ou internacionais.<sup>3,12,13</sup>

Considerando os trabalhos nacionais, foram encontrados os valores de 3,5 homens para cada mulher, quanto às EA Indiferenciadas, e a proporção de 5:1 quando relacionado apenas à EA, levando-se em consideração que estas diferenças possivelmente são explicadas pelas diferenças entre as populações. <sup>8, 21</sup>

Na população deste estudo, foram encontrados resultados de baixa escolaridade em 53,2%, baixa renda familiar de 0 a 3 salários mínimos em 66% dos pacientes e ausência de vínculo empregatício em 72,6%. A procura pelo Hospital Universitário de Campo Grande/MS para o diagnóstico e tratamento foi de 82,3% e em Unidade de Saúde Pública de 79,0%.

Com relação a outras características sócio-demográficas pode-se afirmar que a população é predominantemente de Casados (66,1%) e com filhos menores (55,4%).

Considerou-se de cor branca 50%; que 19,4% usam bebidas alcoólicas e 11,3% fumam, não se constituindo critérios preditivos, mas características deste grupo estudado com EpA.

No grupo Diagnósticos de EpA, o tempo de diagnóstico de até 5 anos após o aparecimento do quadro foi de 41,9% dos pacientes, o que pode ser considerado, através do histórico de cada um, que houve predomínio no total dos casos, com dados de que a procura de tratamento se deu na fase tardia da doença. Segundo o (ASAS/EULAR)<sup>100</sup> um dos motivos principais no retardo no diagnóstico se deve aos critérios diagnósticos anteriores aos atuais.

Além disso, outros fatores como a dificuldade de acesso dos pacientes aos Reumatologistas dos Serviços Públicos de Saúde e a desinformação dos profissionais médicos sobre as EA, contribuem decisivamente para o atraso no diagnóstico e tratamento dessa grave patologia, desenvolvendo em número elevado de pacientes a incapacidade laboral em idades precoces. Apenas 15% das pessoas procuraram o tratamento no primeiro ano da instalação do quadro, o que confirma dados de outras pesquisas.<sup>8, 21</sup>

Ainda neste grupo estudado com EpA, a idade do diagnóstico foi distribuída ao longo das faixas etárias, entre os 15 e 45 anos, como relatado na literatura,<sup>16</sup> acometendo os indivíduos no auge de sua capacidade física, mental e laboral.

## **5.2 Grupos de EpA**

Dentre as diferentes formas de apresentação das EpA, existe maior proporção de pessoas com EA (69,4%), o que também é concordante com a literatura revisada.<sup>16</sup> Em segundo lugar encontra-se a EpA PsA, com 19,3%, sendo a maioria do sexo feminino.

### 5.3 Espondiloartrites e Transtornos Psiquiátricos

A se fazer a comparação entre os pacientes do grupo com Diagnóstico de EpA com o grupo Não EpA, a média de pontuação do QMPA entre os pacientes Diagnósticos de EpA, considerando-se todos os 62 avaliados, foi de 12,5 pontos (79%), sendo maior que a encontrada entre as pessoas do grupo Não EpA, que foi de 6,0 pontos (35,0%). Esta diferença significativa entre as médias demonstra que aqueles que pertencem ao grupo com Diagnóstico de EpA têm maior vulnerabilidade em apresentar TP.<sup>51</sup>

Em outros estudos, o QMPA, quando aplicado em grupos populacionais distintos, verificou-se que 35% dos trabalhadores de uma Universidade do Estado de São Paulo que obtiveram QMPA positivo, apresentaram TP<sup>95</sup>: 19,1% encontrados em uma pesquisa sobre assédio psicológico (Mobbing) e ainda 30% em trabalhadores do gasoduto Bolívia-Brasil (2006) com Transtornos Mentais, utilizando o mesmo instrumento, também apresentaram algum tipo de TP.<sup>93</sup>

Após avaliação psiquiátrica de 62 pacientes Diagnósticos de EpA, verificou-se que 29,0%, apresentavam o diagnóstico de Depressão, 24,2 % de Ansiedade / Depressão e 9,7% Ansiedade.

O diagnóstico individual de TP se dá pelo exame clínico direto, mas há dificuldades em identificá-los em populações, o que torna necessário o uso de instrumentos de triagem (rastreamento) que possam apontar para os possíveis doentes na população considerada, e que, neste caso, optou-se pela utilização do QMPA como instrumento de avaliação.

Os TP têm o seu diagnóstico clínico concretizado através do exame psiquiátrico, que apresenta critérios próprios.<sup>101</sup> Atualmente em sua 10ª Revisão, o DSM, em todas as suas versões, serviu de referência para pesquisas de TP e vem sendo utilizado com frequência por permitir a uniformização e padronização de informações, razão pela qual foi usado neste trabalho.<sup>51</sup>

Quando aplicados os testes de concordância entre os resultados obtidos pelo teste de QMPA e aqueles obtidos pelo exame clínico psiquiátrico, verificou-se que há uma baixa concordância entre eles, o que permite propor que o referido teste não deva ser utilizado como instrumento único de avaliação individual para TP, mas que possa servir como ferramenta complementar à avaliação de um especialista em psiquiatria. Por outro lado, é um instrumento útil para estudo populacional.

Esta é uma população de pacientes com doenças dolorosas, estigmatizantes em função das deformidades apresentadas no decorrer da doença, de evolução crônica e que com alguma freqüência apresentam refratariedade quanto à terapêutica disponível, o que predispõe à comorbidade com TP principalmente Depressão e Ansiedade. Pessoas com problemas de dor crônica podem apresentar duas ou três vezes mais estes TP.<sup>45, 52</sup>

Da população estudada (n=62), tiveram o diagnóstico de Espondilite Anquilosante 43 pacientes (69,4% do total), sendo que 36(80,0%) eram do sexo masculino e 7(41,2%) do sexo feminino e, entre estes, 28 apresentaram TP (65,1%). A segunda maior freqüência de forma clínica das EpA, foi a Espondiloartrite Psoriásica (n=12), sendo 7 do sexo feminino e 5 do sexo masculino e, destes, 11 apresentaram TP (91,7%). Em seguida verificaram-se as EpA Reativas (n=5), sendo 3(6,7%) do sexo masculino e 2(11,8%) do sexo feminino e, destes, 2(40,0%) apresentaram TP. Na sequência se apresentaram as EpA Indiferenciadas (n=1) do sexo feminino (5,9%) representando 100% de TP. Por último foram constatadas Doenças Inflamatórias Intestinais (n=1) do sexo masculino, representando 100% de TP.

Proporcionalmente, entre as EpA, os pacientes com EpA PsA foram os que mais apresentaram TP. Os diagnósticos predominantes foram Depressão de forma isolada ou associada à Ansiedade (91,7%).

No estudo da Artrite Psoriásica há a constatação de uma perda da qualidade de vida. Os estados físicos e psicológicos do paciente serão determinados por alguns fatores que se diferenciam em três grupos: os aspectos físicos (mobilidade, dor), aspectos psicológicos (emoções, humor) e aspectos sociais (relações pessoais, profissionais e atividades de lazer). Uma porcentagem considerável de pacientes com psoríase tem pensamentos suicidas em algum momento de suas vidas.<sup>102</sup>

Uma possível explicação para que os pacientes com EpA PsA tenham maior Depressão isoladamente ou associada à Ansiedade, é que nesta patologia o acometimento cutâneo se constitui num fator de constrangimento do paciente frente ao preconceito social diante das lesões.

## 5.4 Transtornos Psiquiátricos

As dificuldades conceituais sobre o significado de “doença” estão consoantes ao desenvolvimento histórico da humanidade e da medicina. Assim, “doença” pode ser entendida como dor (dolentia), enfermidade (enfermitas), morbidade (morbus), patologia (pathos), de acordo com a cultura e os conhecimentos de então. O conceito de doença está ligado à perda funcional, à quebra da homeostase, o que leva à dor e ao sofrimento.<sup>103</sup>

Atualmente, o conceito de doença está intimamente ligado ao conceito de qualidade de vida, que leva em consideração não só os aspectos decorrentes diretamente dos mecanismos fisiopatológicos, mas também aqueles que indiretamente afetam o indivíduo, como as alterações na auto-imagem e na auto-estima.

O conceito atual caracteriza a doença como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, determinada por, no mínimo, dois dos seguintes critérios: 1. Agente etiológico reconhecido; 2. Grupo identificável de sinais ou sintomas; 3. Alterações anatômicas ou psicopatológicas.<sup>101</sup>

Em se tratando de TP as dificuldades históricas ainda são maiores, devido, principalmente, ao não conhecimento de fatores etiológicos definidos, o que deixa, na maioria das vezes, à mercê da interpretação do pensamento mágico e religioso.

Percebe-se que a maior dificuldade no reconhecimento e na aceitação dos TP pode ser a de que não existem, a princípio, exames laboratoriais específicos para os TP, e ainda a existência das comorbidades.

Os estudos de EA têm se concentrado na saúde física e sobre seus resultados, deixando de levar em consideração o impacto da doença sobre a saúde psicológica, que muitas vezes não é avaliado. A atividade da doença geralmente ocasiona deficiência funcional progressiva e está relacionada à má saúde mental.<sup>104</sup>

Quando considerado o valor do QMPA positivo (35,0%) entre os Não EpA, verifica-se que o índice é mais próximo dos valores encontrados nas populações de uma forma geral, em grupos populacionais que não apresentam patologia específica, e que se aproxima dos valores encontrados nos trabalhos populacionais realizados com o instrumento QMPA.<sup>70,92</sup>

Entretanto, estes valores de 79,0% encontrados nos pacientes estudados são diferentes dos valores de 46% de Transtornos do Humor nos Estados Unidos em 9.090 participantes,<sup>55</sup> dos valores de 12% entre os homens e 20% entre as mulheres com Depressão encontrada também em pesquisa nacional nos EUA.<sup>67</sup> Ainda são diferentes dos valores encontrados em três capitais brasileiras (São Paulo (19%), Porto Alegre (34%) e Brasília (34%)) para Transtornos Mentais.<sup>97</sup> Este valor de 79,0% encontrado nos pacientes estudados é ainda maior que os 50% encontrados em pessoas com fibromialgia;<sup>105</sup> maiores que os valores de 26,4% encontrados com Depressão e 13,0 com Ansiedade em estudos com Fibromialgia e dor crônica.<sup>106</sup> Estes valores de 79% são ainda maiores que os trabalhos com o valor de 23% com Depressão e 31% com Ansiedade em pacientes com EA estudados na Espanha.<sup>50</sup>

Quando considerados os valores do QMPA encontrados no grupo com Diagnóstico de EpA, que são maiores neste estudo do que os encontrados na população geral, não considerados grupos populacionais com doenças específicas, confirma-se a associação entre doenças crônicas e TP (com nexos causal ou concomitância). Esta correlação é discutida e aceita, como confirmam vários trabalhos,<sup>50, 45, 52, 51</sup> além dos trabalhos sobre Qualidade de Vida em pacientes com EA<sup>74</sup> entre outros.

Dos pacientes que foram “indicados” pelo QMPA como prováveis doentes mentais, após avaliação clínica psiquiátrica houve a confirmação em 95%, o que sugere que este instrumento se constitui em uma ferramenta valiosa e de considerável confiança a ser usada nos serviços de tratamento de doenças crônicas, dolorosas e incapacitantes, como triagem antes de se realizar avaliação clínica por especialista, com critérios do DSM-IV R.

## **5.5 Doenças Crônicas e Dor**

A associação entre as doenças citadas e as doenças que cursam com dor tem sido alvo de pesquisas e especulações no sentido de serem identificados os fatores causais ou concomitantes, quando se comparam os mecanismos neurofisiopatológicos, considerando a Fibromialgia como paradigma.<sup>52</sup>

Também buscando a explicação dos mecanismos de associação entre dor e Transtornos Psiquiátricos, estudos tentam definir conexões entre a medula

espinhal e o cérebro, buscando a confirmação desta associação com nexos causais ou coincidentes.<sup>51</sup>

São muitas as dificuldades de compreensão entre associação da dor crônica e TP.

Os estudos realizados com dor crônica ressaltam que a dor é um dos elementos que interferem na relação médico-paciente, considerando a presença de fatores psicológicos na percepção e intensificação das dores crônicas, e, apontam os medicamentos mais indicados para o tratamento, como antidepressivos ou os estabilizadores de humor que apresentam ação efetiva na dor.<sup>105</sup>

Desta forma, facilmente verifica-se a associação das EpA com as doenças psiquiátricas, como pode ser verificado nos resultados e na revisão de literatura a este respeito.

Em estudo com artrite reumatóide (doença inflamatória crônica), em comparação com um grupo controle com osteoartrite (doença crônico-degenerativa não inflamatória), concluiu-se que, embora ambas as doenças reumatológicas sejam similares em termos de dor e incapacidade funcional, uma prevalência significativamente maior de sintomas depressivos na artrite reumatóide foi encontrada. Essa diferença poderia ser explicada pela hipótese de um mecanismo neuroimunobiológico relacionado às citocinas nas doenças inflamatórias, o qual vem sendo considerado candidato para o desenvolvimento de sintomas depressivos.<sup>107</sup>

A dor é parte integrante da vida de um ser humano e tem a função de proteger a integridade física do indivíduo, contudo, ela pode ser incontrolável e, assim, capaz de comprometer a qualidade de vida, como ocorre nos portadores de EA e, por ser um sintoma complexo, individual e subjetivo, envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais. Nota-se ainda que indivíduos mais vulneráveis encarem com dificuldade os eventos que podem desenvolver a resposta da dor.<sup>108</sup>

Uma das consequências diretas da realização deste trabalho é que, durante o seu desenvolvimento, os pacientes identificados como portadores das doenças mentais foram orientados para que se submetessem ao tratamento psiquiátrico, concomitante ao reumatológico. Destes, vários concordaram com o diagnóstico e se encontram em tratamento, referindo melhora, seja do quadro psiquiátrico ou do quadro algico, e que deverão ser alvo de relatórios posteriores.

Observa-se que a não-consideração das necessidades individuais e a imposição de restrições que se opõem à constituição de cada paciente, são fontes

de sofrimento contra a qual o organismo reage dando origem a ocorrências tais como Ansiedade, Depressão, bem como a outras ocorrências potencializadas pelo próprio indivíduo. Os resultados indicaram que os pacientes do grupo com Diagnóstico de EpA apresentam estes fatores.

O QMPA é um instrumento importante e que se mostrou de boa sensibilidade para a confecção dos resultados obtidos. Este trabalho demonstrou também a necessidade da avaliação psiquiátrica e tratamento, quando necessário, bem como o acompanhamento psicológico para que o tratamento das EpA tenha maior e melhor eficácia, e o paciente consiga ter melhor qualidade de vida, como mostram outras pesquisas.<sup>56</sup>

É desejável a implantação de programas que busquem a comorbidade entre as doenças reumáticas e as doenças psiquiátricas nos Serviços de Referência.

## 6 CONCLUSÃO

Na população estudada a média de idade foi de 41 anos, com maior prevalência das Espondiloartrite no sexo masculino (72,6%). A pesquisa demonstrou predomínio de baixa escolaridade dos pacientes (53,2%) e baixa renda familiar (66,0%). Entre os diagnosticados com EpA, 31,3% apresentaram, em média, 5,4 anos de evolução da doença e 79% apresentaram QMPA positivo. Já no grupo Não EpA, o QMPA foi positivo em apenas 35% dos indivíduos.

Quanto ao instrumento QMPA, este se mostrou útil para triagem populacional, porém, não para diagnóstico individual.

Depressão e Depressão/Ansiedade foram os Transtornos Psiquiátricos mais encontrados nestes pacientes e, com menor frequência a Ansiedade (isolada). Verificou-se ainda que, entre os pacientes com Espondiloartrites, a Espondiloartrite Psoriásica foi a que, proporcionalmente, mais apresentou TP (91%).

Este estudo sugere que os pacientes com EpA são predispostos às Doenças Psiquiátricas, principalmente Depressão e Ansiedade em maior proporção que nas populações estudadas que não apresentavam esse grupo de doenças, bem como na população geral.

Torna-se necessária a continuidade de estudos que busquem alcançar o reconhecimento das pessoas assim indicadas, para subsidiar programas terapêuticos mais efetivos, o que deverá favorecer não apenas o reconhecimento das EpA como também dos Transtornos Psiquiátricos.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Carvalho M.A.P., Lanna C.C.D., Bertolo M.B., Azevedo A.B.C., Ciconelli R.M., Ferraz M.B. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 109, 2008.
- <sup>2</sup> Cunha-Miranda L., Cristóvam T. – Doenças Reumáticas e Trabalho: A Actividade do Doente Versus a Actividade da Doença. Artigo de Revisão. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Acta Reumatol Port. 2009, 34: 465-474.
- <sup>3</sup> Sato E.I., Bonfá E.D.; Costallat L.T. L., Silva N.A., Brenol J.C.T; Santiago M.B. - Consenso Brasileiro para o tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico. In: Revista Brasileira de Reumatologia. v.42, n. 6, p. 362-369, dez/2002.
- <sup>4</sup> Queiróz, M.V. Doenças Reumáticas. Manual para doentes. Lisboa. Edições Técnicas Lidel. 2003.
- <sup>5</sup> Carvalho M. A. P., Lanna C. C. D., Bertolo M. B., Martins J. M. C.; Kaminski M. S. Reumatologia: diagnóstico e tratamento. 3.Ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.33, 2008.
- <sup>6</sup> Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X., Brandt J., Braun J., Burgos-Vargas R.- The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases 2009; 68 (Suppl II): ii1 – ii44. Doi: 10.1136/ard.2008.104018.
- <sup>7</sup> Edmunds L. Elswood J., Kennedy L.G., Calin A.: Primary ankylosing spondylitis, psoriadic and enteropathic spondyloarthropathy: a controlled analysis. J. Rheumatol v.18, 696-698, 1991.
- <sup>8</sup> Queiroz, M.V., Seda H. História da Reumatologia. 2.Ed.Porto Alegre: Kalligráphos, p.186-209, 2007.

<sup>9</sup> Sampaio-Barros P.D., Gonçalves C.R., Silva J.A.B., Ximenes A.C., Azevedo V.F., Bianchi W.A. *et al.* Reumatologia Clínica. Espondiloartritis em Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis. Brasil: Elsevier Doyma, v. 4, p. 31, dec. 2008, (extraordinário 4).

<sup>10</sup> Kennedy L.G., Will R., Calin A.: Sex ratio in the spondyloarthropathies and its relationship to phenotypic expression, mode of inheritance and age at onset. *Journal of Rheumatology*, v.20, 1900-1904, 1993.

<sup>11</sup> Gran J.T., Skomsvoll J.F. The outcome of ankylosing spondylitis: a study of 100 patients. *Br. Journal of Rheumatology*, v.36, p.766-771, 1997.

<sup>12</sup> Kaipainen-Seppanen O., Aho K. Incidence of chronic inflammatory joint diseases in Finland in 1995. *Journal of Rheumatology*, v.27, p. 94-100, 2000.

<sup>13</sup> Bomtempo C.A.S., Lage R.C., Ferreira G.A., Carvalho M.A.P. – Avaliação clínica, laboratorial e radiográfica de brasileiros com espondiloartropatias. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n 4. São Paulo, jul./ago., 2006.

<sup>14</sup> Bellomio, V., Berman A., Sueldo R. R. Molina M.J., Spindler A., Lucero E. *et al.* Reumatologia Clínica. Espondiloartritis em Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis. Argentina: Elsevier Doyma, p.23, 2008.

<sup>15</sup> Castro, R.S. Reumatologia Clínica. *Espondiloartritis em Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis*. Costa Rica: Elsevier Doyma, 2008. p. 37, v. 4, (Extraordinário 4).

<sup>16</sup> Gutiérrez M. A., Pérez C., Saavedra J., Silva F., Fuentealba C. Pozo P. *et al.* *Reumatologia Clínica. Espondiloartritis em Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis*. Chile: Ed Elsevier Doyma, 2008. v. 4. (Extraordinário 4).

<sup>17</sup> Harris, E.D.J., Budd R.C., Firestein G.S. Genovese M.C., Sergent J.S., Ruddy S., et al. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. In: VAN DER LINDEN S., VAN DER HEIJDE D., BRAUN J. **Ankylosing Spondylitis**. 7<sup>a</sup> ed. Philadelphia, Pennsylvania, Elsevier Saunders, v. 2., p.1125-1173, 2005.

<sup>18</sup> Anderson J.J., Baron G., Van der Heijde D., Felson D.T., Dougados M. *Ankylosing Spondylitis Assessment Group Preliminary Definition of Short-Term Improvement in Ankylosing Spondylitis*. *Arthritis Rheum*, v.44, n. 8, p.1876-1886, 2001.

<sup>19</sup> Kelley, W.N., Harris J.R. Ruddy S. , Sledge C.B. *Textbook of Rheumatology*. 5<sup>th</sup> ed., Philadelphia, Pennsylvania, W.B. Saunders Company, p.1015-1054, 1997.

<sup>20</sup> Gonçalves C.R., Sampaio-Barros P.D., Carvalho M.A.P., Azevedo V.F., Campos W.R., Carneiro S.C.S., et al. *Espondiloartropatias: outras artropatias*. Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004.  
[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/050.pdf\(30-12-10\)](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/050.pdf(30-12-10))

<sup>21</sup> Sieper J., Braun J. *Manual Médico sobre Espondilite Anquilosante*. Brasil : Garilli Gráfica e Editora, cap. 2, 2010.

<sup>22</sup> Naranjo L.A.G., Londono J.D., Valle R.R. *Diagnóstico temprano de las espondiloartropatias*. *Revista Colombiana de Reumatologia*. v. 12 n. 3, p. 241-262, Septiembre, 2005.

<sup>23</sup> Amor B. Reiter's. Sampaio-Barros P.D., Carvalho M.A.P., Azevedo V.F., Campos W.R., Carneiro S.C.S., *Syndrome: diagnosis and clinical features*. *Rheum Dis Clin North Am*, v.24, p. 677-95, 1998.

<sup>24</sup> Carneiro, C.S. *Avaliação da fadiga em pacientes com artrite psoriásica e sua correlação com índice de qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão*

atividade de doença. 2010. 99f.:Il. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

<sup>25</sup> Sampaio – Barros P. D., Azevedo V. F., Bonfiglioli R., Campos W. R., Carneiro S. C. S., Carvalho M. A. P., *et al* . Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica: diagnóstico e tratamento – Primeira revisão. *Temas de Reumatologia Clínica*. v. 9., Ed. Moreira Júnior, n. 5, p. 150-157, dez. 2008.

<sup>26</sup> Detanico T., Sabrito A. C., Keiserman M., Chies J. A. B., Bonorino C. Um modelo para estudo da imunomodulação em pacientes com artrite reativa. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.42, n.5, set/out. 2002.

<sup>27</sup> Meirelles E.S., Azevedo V. F. Espondilite Anquilosante. Curitiba: Unificado Artes Gráficas Editora, p 52-53, 2009.

<sup>28</sup> Araújo, G. Depressão no Paciente Reumático. *Rev. Bras Reumatol*, v. 44, out., 2004. (Suplemento1).

<sup>29</sup> Ballone G.J. - *Doença de Crohn e Colite Ulcerativa* - in. *PsiquWeb*, <http://sites.uol.com.br/gballonepsicossomáticaintestinal.html> em revisto em 2005 (acesso em 30-12-10).

<sup>30</sup> Zeiter H: Undifferentiated arthritis and spondyloarthropathies as challenge for prospective studies. *Clin Rheumatolgy*, v. 6, p. 112-120, 1987. (Suppl.)

<sup>31</sup> Zeitter H., Mau W., Khan M.A. *Undifferentiated spondyloarthropathies*. *Rheum Dis Clin North Am* 18 (1): 187-202, 1992.

<sup>32</sup> Dougados M., Van der Linden S., Juhlin R., Huitfeldt B., Amor B., Calin A. *The European Spondyloarthropathy Study Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondyloarthropathies*. *Arthritis Rheum*, v.34, n.10, p. 1218-1227, 2001.

- <sup>33</sup> Sieper J., Braun J. Manual médico sobre Espondilite Anquilosante. Brasil : Garilli Gráfica e Editora, cap. 1, 2010.
- <sup>34</sup> Bombardier C., Gladman D.D., Urowitz M.B., Caron D., Chang C.H. *Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. The Committee on prognosis Studies in SLE. Arthritis and Rheumatism.* v. 35, p .630-640, 1992.
- <sup>35</sup> Calin A., Garretts S., Whitelock H., Kenedy L.G., O’Hea J., Mallorie P., *et al.* *A new approach to defining functional ability in Ankylosing Spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Function Index.* J. Rheumatology; v.21: 2281-2285, 1994.
- <sup>36</sup> *Caracterización de la espondiloartropatías y determinación de factores de mal pronóstico en unapoblación de pacientes colombianos.* Revista Colombiana de Reumatología, v.3, n.3, p.181-198, sept. 2004.
- <sup>37</sup> *Diagnóstico temprano de las espondiloartropatías.* Revista Colombiana de Reumatología, v.12, n.3, p.195-207, sept. 2005.
- <sup>38</sup> Sampaio-Barros P.D., Bertolo M.B., Kramer M.H., Marques-Neto J.F., Samara A.M.: *Primary ankylosing spondylitis: patterns of disease in a Brazilian population of 147 patients.* J. Rheumatology, v. 28, p. 560-565, 2001.
- <sup>39</sup> Sieper J., Braun J. Manual Médico sobre Espondilite Anquilosante. Brasil : Garilli Gráfica e Editora, cap. 7, 2010.
- <sup>40</sup> Goering P., Cochrane J., Durbin J. - *Structures for co-coordinating mental health care in Toronto.* Toronto: Metropolitan Toronto District Health Council, v.31, 1996.

- <sup>41</sup> Antony C., Krueger G. G., Vlam K. *et al* Infliximabe melhora os sinais e sintomas da artrite psoriática: resultados do estudo IMPACT 2. *Ann Rheum Dis* 2005; 000:1-8.doi:10.1136/ard.2004.032268.
- <sup>42</sup> Ballone G.J., - Psicossomática: Doenças Intestinais Crônicas - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/intestinal.html>> revisto em 2003 (acesso em 10/02/07).
- <sup>43</sup> Boonen A: Towards a better understanding of the role of psychological variables in arthritis outcome research. *Arthritis Research & Therapy*, 2010, v.12, p.106.
- <sup>44</sup> Carvalho M.A.P., Lanna C.C.D., Bértolo M.B. Reumatologia: diagnóstico e tratamento- 3ª ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.109, 2008.
- <sup>45</sup> Horimoto F. C., Ayache D. C. G., Souza J. A. – Depressão: Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico. São Paulo: Rocca, cap. 7, 2005.
- <sup>46</sup> Nice – Clinical Guidelines 91. – *Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management. Nacional Institute for Health and Clinical Excellence*, 2009.
- <sup>47</sup> Goldenberg, D.L. Interface of pain and mood disturbances in the rheumatic diseases. Elsevier, 2009. (Article in press).
- <sup>48</sup> Croft P., Schollum J.,e Silman, A.– *Population study of tender points counts and pain as evidence of fibromyalgia*. *BMJ*, v. 309, p. 696-699, 1994.
- <sup>49</sup> McBeth J., Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatology*, v.1, n. 21, p. 403-425, 2007.

- <sup>50</sup> Moreno M. J. R., Ferrando L. L.F. *Actividad Laboral y Nivel de Estudios en la Espondilitis Anquilosante (EA): Relación Com Síntomas de Ansiedad y Depresión*. XXIX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA, 26., Bilbao, *Rev. Esp. Reumatology*, v. 30, n.5, p. 185-321, 2003.
- <sup>51</sup> Raselli C, Joan E. Broderick J.E. The association of depression and neuroticism with pain reports: A comparison of momentary and recalled pain assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 62, p. 313– 320, 2007.
- <sup>52</sup> Dilek D., Gamze A. Erhan C., Ferhan C. - Effects of a home-based exercise program on quality of life, fatigue, and depression in patients with ankylosing Spondylitis. *Reumatology International*, v. 29, n.6, p.673-677, 2008. (Original article).
- <sup>53</sup> Rezzan Günaydin R., Karatepe A. G., Çeşmeli N., KayaT. - Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: relationships with disease-specific variables, depression, and sleep disturban*Clinical Rheumatology*, v. 28, n.9, p. 1045-1051, 2009.
- <sup>54</sup> Segui J., Ramos-Casals M., Garcia-Carrasco M., Flores T. de; Cervera R., Valdes M. - Psychiatric and psychosocial disorders in patients with Systemic Lupus Erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease, v. 9, n. 8, p.584-588, 2000.
- <sup>55</sup> Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merinkangas K.R. – *The epidemiology of major disorder: results from de National Comorbity Survey Replication (NCS-R)*. *JAMA*,v. 289, p. 3095-3105, 2003.
- <sup>56</sup> McWilliams L.A., Goodwin R.D., Cox B.J. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, v.111, p. 77-83, 2004.
- <sup>57</sup> Bair M.J., Robinson R.J., Katon W., Kroenke k. *Depression and pain comorbidity: a literature review*. *Ach Intern. Méd*. v.163, p. 2433-2445, 2003.

<sup>58</sup> Waterloo K., Omdal R.; Husby G., Mellgren S. - *Emotional status in Systemic Lupus Erythematosus. Scand J Rheumatology*, v.27, 410-414, 1998.

<sup>59</sup> Russel I. J., Larson A. A.– *Neurophysiopathogenesis of Fibromyalgia Syndrome: A Unified Hypothesis. Rheum Dis Clin N. Am.*, v.35, 421–435, 2009.

<sup>60</sup> Villano L.B. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátrica: o ambulatório de clínica geral.– (Tese de Doutorado).São Paulo : UNIFESP, 1993.

<sup>61</sup> Ishikura R., Morimoto N., Tanaka K., Kinukawa N., Yoshizawa S., Horiuchi T. - Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatology*, v. 20, n. 6, p. 394-400, 2001.

<sup>62</sup> Martindale J, J Smith , Sutton CJ , Grennan D , L Goodacre , JA Goodacre . Doença e estado psicológico em espondilite anquilosante. *Rheumatology (Oxford)*. Out 2006; 45 (10) :1288-93. Epub 2006 04 de abril. Ashton Wigan, e Leigh Trust Cuidados de Saúde Primários, Lancashire, no Reino Unido. Pg 16

<sup>63</sup> Sarinas,GuilleminaultC.Monitorização clínica do sono Distúrbios Center, Grupo de Medicina Camino, Palo Alto Fundação de Medicina, EUA. vcabad@gmail.com PMID: 18486034 [PubMed - indexado para o MEDLINE]

<sup>64</sup> Baysal O, B Durmus, Ersoy Y, Z Altay, Senel K, *Rheumatol Int*. Relação entre o estado psicológico e atividade da doença e qualidade de vida em espondilite anquilosante. Departamento de Medicina Física e Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade İnönü, 44315, Malatya, Turquia, ozlemb@inonu.edu.tr. 2010 10 de março. [Epub ahead of print]

<sup>65</sup> Callis K Duffin, Wong B, Horn GG, EJ Krueger. A artrite psoriásica é um forte preditor de interferência do sono em pacientes com psoríase. *J Am Acad Dermatol*. Departamento de Dermatologia da Universidade de Utah, Salt Lake City, Utah

84132,EUA. 2009 Abr; 60 (4) :604-8. Epub 2009 24 de janeiro. PMID: 19167780  
[PubMed - indexado para o MEDLINE]

<sup>66</sup> Yuko M., Takeshi S., Yumiko A., Toru H., Shigeru H. *Psychological profiles and health status in Japanese female patients with Systemic Lupus Erythematosus: the Miyagi Lupus Collaborative Study. Journal of Epidemiology*, v.2, p. 53-55, mar., 2002.

<sup>67</sup> Ayache D. C. G., Costa I.P. Alterações da Personalidade no Lupus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*, SP, v.45, n.5, p.313-318, 2005.

<sup>68</sup> Tung T. C. Enigma Bipolar: Conseqüências, Diagnóstico e Tratamento do Transtorno Bipolar. São Paulo: MG Editores, p. 67, 2007.

<sup>69</sup> Ewing J. A., Rouse B.A. Identifying the hidden alcoholic. Apresentado no 29<sup>th</sup> International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Sidney, Austrália, 1970.

<sup>70</sup> Mari J.J., Willians P. – A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatric*, v.148, p. 23-26, 1986.

<sup>71</sup> Santana V., S. *et al*, Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia*, 1997.

<sup>72</sup> Botega N.J., Bio M.R., Zomignani M.A., Garcia C.J., Pereira W.A.B. – Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista. Saúde Pública*, v. 29, n.5, p.355-363, 1995.

<sup>73</sup> Buss P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.63-117, 2000.

<sup>74</sup> Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 9MINI: validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Saúde Pública*, v. 22, n. 3, 2000.

<sup>75</sup> Dohrenwend P., Shrout P.E., Gladys E., Mendenhall F.S. *Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology*. *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 37, n. 11, p.1229-1236, 1980.

<sup>76</sup> Doward L.C., Spoorenberg A., Cook A.S., Whalley D., Helliwell P., Kay L., *et al.* *Development of the ASOoL: a quality of life instrument to ankylosing spondylitis*. *Ann Rheum Dis*, v. 62, n.1, p. 20-26, 2003.

<sup>77</sup> Patrício Z.M. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? – *Texto & Contexto Enfermagem*. V.3, n.1, p. 58-74, 1994.

<sup>78</sup> Minayo M.C.S., Hartz Z.M.Z., Buss P.M. – Qualidade de vida e saúde um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

<sup>79</sup> Seidl E.M.F., Zannon C.M.L. – Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n.2, ma-abr, 2004.

<sup>80</sup> Laurenti R.A. A mensuração da qualidade de vida, *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 49, n.4, 2003.

<sup>81</sup> Reis M.G., Glashan R.Q.; - Adultos hipertensos hospitalizados: percepção da gravidade da doença e da qualidade de vida. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 51-57, 2001.

<sup>82</sup> Reis M.G.; Glashan R.Q. Hipertensos Adultos Hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida mensurada por instrumento genérico. In: IVO M.L., NUNES C.B., ZALESK E. G. F., BARBOSA M.A.M., PÁDUA S.R.

de.(coords.). Dimensões do processo de cuidar em enfermagem, Campo Grande: UFMS, p. 481, 2004.

<sup>83</sup> Martins L.M., França A.P.D., Kimura M. - Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. V.4, n.(3): 5-18, 1996.

<sup>84</sup> Gonzalez P.U. *El concept de calidad de vida y la evolucion de los paradigmas de las ciências de la salud*. *Revista Cubana Salud Publica*. v. 8, n.2, jul-dic, 2002.

<sup>85</sup> Barreto M.L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev. Bras. Epidemiologia*. São Paulo, v. 1, n. 2, p.104-22, ago.1998.

<sup>86</sup> Carvalho M. A. P., Lanna C. C. D., Bertolo M. B., Martins J. M. C.; Kaminski M. S. *Reumatologia: diagnóstico e tratamento*. 3.Ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.32-33, 2008.

<sup>87</sup> Bittencourt Z. Z. *Qualidade de vida em portadores de patologias crônicas: Importância do preparo técnico e humanista das equipes multiprofissionais*. Tese (Doutorado): Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

<sup>88</sup> Mendonça G. A. S. *Tendências na investigação epidemiológica em doenças crônicas*. *Cad. Saúde Pública*, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, mai. /jun. 2001.

<sup>89</sup> Pereira M.G. *Epidemiologia-teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.596, 2005.

<sup>90</sup> Santana V.S. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. Série de estudos em saúde, (nº 3). Instituto de Saúde do Estado da Bahia, 1982.*

- <sup>91</sup> Almeida-Filho N., Mari J.de, Coutinho E., Franca J.F., fernandes J., Andreolli S.B., *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br. J. Psychiatry*, n. 171, p. 524- 529, 1997.
- <sup>92</sup> Guimarães L.A.M. - Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro. 1992. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1992.
- <sup>93</sup> Guimarães L.A.M., Freire H.B.G. Sobre estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). Série saúde mental e trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, v.3, p.29-49, 2004b.
- <sup>94</sup> Schiotis R.E., Niembro F. R., Burgos-Vargas R., Collantes-Estévez E. Reumatologia Clínica. Espondiloartritis em Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis , Brasil. Ed Elsevier Doyma, v. 4, dec. 2008, p.11. (Extraordinário 4).
- <sup>95</sup> Guimarães L.A.M. Martins D. A., Grubits S., Caetano D. Prevalência de Transtornos Mentais em Trabalhadores de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.31, n. 113, p. 07-18, 2006.
- <sup>96</sup> Soares K., Almeida-Filho N. Coutinho E.S.F., Mari J.J. Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise do “Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica”. *Rev. Psiq Clin*; 26 (5), 1999.
- <sup>97</sup> Pinheiro S.M., Laprega M.R., Furtao E.F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Universal de Saúde. *Saúde Pública*, v.39, n.4, p. 593-598, 2005.

- <sup>98</sup> Andreoli S.B., Blay S.L. Mari J.J. Escalas de rastreamento de psicopatologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, 219-233, 1998. Edição especial.
- <sup>99</sup> Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. Capítulo 2. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. pp 52-98.
- <sup>100</sup> Schiotis R.E., Niembro F. R., Burgos-Vargas R., Collantes-Estévez E. *Reumatologia Clínica. Espondiloartritis em Iberoamérica* Registro Iberoamericano de Espondiloartritis , Brasil. Ed Elsevier Doyma, v. 4, dec. 2008, p.11. (Extraordinário 4).
- <sup>101</sup> Rodrigues Filho, apud ABP. *Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para uma Política de Saúde Mental*. Não publicado, 2007.
- <sup>102</sup> Moreno-Giménez, J.C., Jiménez-Puya R., Salán-Gutiérrez M. Comorbidities in Psoriasis. *Actas Dermo- Sifiliográficas*. Elsevier. V.101, (suppl 1), p. 55-61. 2010.
- <sup>103</sup> Miranda-Sá L.S. *Compendio de Psicopatologia & Semiologia Psiquiátrica*. Porto Alegre : Artmed. Cap. 9, 2001.
- <sup>104</sup> Karapolat H., Akkoc Y. Sarı J., Eyigor S., Akar S., Kirazlı Y., Akkoc N. Comparison of group-based exercise versus home-based exercise in patients with ankylosing spondylitis: effects on Bath Ankylosing Spondylitis Indices, quality of life and depression. *Clinical Rheumatology*, v.7, n.6, p.695-700, jun. 2008.
- <sup>105</sup> Crofford ,L. J. *Pain management in fibromyalgia. Current opinion in Rheumatology*, v.20, p.246-250, 2008.
- <sup>106</sup> Camargo P.S., Moser A.D.L., Bastos L.C. Abordagem dos métodos avaliativos em fibromilagias e dor crônica aplicada à tecnologia da informação: revisão da literatura em periódicos, entre 1998 e 2008. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v.49, n.4, p.431-446, 2009.

<sup>107</sup> Mella L.F.B., Bertolo M.B., Dalgalarondo P. Sintomas depressivos em pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.32, n.3, p. 257-263, 2010.

<sup>108</sup> Goldenstein-Schainberg c. Ranza E.R. Artrite psoriásica. Atualização e novos conceitos. *Revista Latinoamericana de psoriasis y artritis Psoriásica*, 2010, vol. 1, p.65-75.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. A leitura das informações, a seguir colocadas, é importante para sua decisão de participação.

Este estudo está sendo coordenado por Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa, Professor Associado e Chefe do Serviço de Reumatologia da UFMS/UFMS, e realizado pela Prof<sup>a</sup> Vania Maria Mayer, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento do Centro Oeste.

#### I -DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do Protocolo de Pesquisa: **Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite atendidos em NHU de Campo Grande/Mato Grosso do sul.**

Coordenador/Responsável: Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa.

Avaliação de risco da pesquisa (probabilidade do indivíduo sofrer algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo):

Sem risco ( ) risco mínimo ( ) risco baixo ( ) risco médio ( ) risco alto ( )

Duração da pesquisa: 12 meses

#### II- REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO ENTREVISTADO

a) Justificativa e os objetivos da pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo principal identificar quais são as doenças chamadas de Espondiloartrites e quantos são os pacientes que tem a mesma doença que você.

b) Procedimentos e propósitos.

Você será examinado (a) pela equipe de médicos e acadêmicos de medicina de Serviço de Reumatologia da UFMS, para verificarmos se realmente tem uma das doenças ditas Espondiloartrites.

Será colhido sangue no Laboratório de Análises Clínicas do HU e realizados Raio-x, Tomografia, RM ou Cintilografia Óssea, se for necessário, para

melhor caracterizar a sua doença. Todos os procedimentos diagnósticos e serviços médicos não serão pagos.

c) Desconfortos e riscos esperados: O desconforto maior será sentido com a picada de agulha para colher sangue. Não terá risco de nenhum tipo de radiação.

d) Benefícios que poderão ser esperados. Os benefícios que você terá são decorrentes do conhecimento do diagnóstico preciso da sua doença, o acompanhamento neste serviço, posteriormente ao estudo e o tratamento adequado para o seu caso. Além disto, será verificado também se você possui alguma doença psiquiátrica e indicado tratamento específico.

### III - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

- Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir dúvidas.
- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
- Os dados serão confidenciais, com sigilo e privacidade.

### IV - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA (1) E/OU DE SEU RESPONSÁVEL LEGAL (2)

Nº PRONTUÁRIO.....

Sexo:.....fem.( )                      Masc.( )

Data de nascimento:.....

Endereço:.....

Bairro:.....

Cidade:.....

CEP:.....Telefone:.....

#### 1- Responsável legal

Grau de Parentesco:.....

Data de nascimento:.....

Endereço:.....

Bairro:.....

Cidade:.....

CEP:.....Telefone:.....

VI-INFORMAÇÃO DE TELEFONE DO RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa Telefones – 3351-3387 celular – 9985 7208

VI - CONSENTIMENTO DO ENTREVISTADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Declaro, após esclarecimento do pesquisador e com entendimento do que me foi explicado, que consinto em participar do presente protocolo de Pesquisa.

.....,de.....de 2009.

.....

Assinatura do entrevistado ou do representante legal

.....

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ concordo em participar do estudo sobre **“Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite Atendidos em Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande / Mato Grosso do Sul”**.

Autorizo a utilização dos dados coletados para a realização do estudo. Tenho conhecimento do seu caráter científico, dos objetivos, método de coleta de dados (entrevista, exame clínico e laboratorial, preenchimento de questionário) e condições de segurança, sendo minha participação estritamente voluntária, não pagando e nem recebendo qualquer valor financeiro. Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma anônima e sigilosa e de que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso me recuse a participar.

Assinatura

Campo Grande, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Testemunhas:

**APÊNDICE C****UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL PRÓ -  
REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO CURSO DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO  
CENTRO-OESTE – NÍVEL DOUTORADO**

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Bancos de Dados ou de Prontuários em Projeto de Pesquisa

**PESQUISADORA: VANIA MARIA MAYER.**

**ORIENTADOR: Prof. Dr. IZAÍAS PEREIRA DA COSTA.**

**Título da Pesquisa: “Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite Atendidos em Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande/Mato Grosso do Sul”.**

Nome:

Matrícula:

Como pesquisador (a) acima qualificado (a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes da Reumatologia/NHU/UFMS, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III. 3.i e III. 3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CONEP 196/96) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

VANIA MARIA MAYER

---

Prof. DR. IZAÍAS PEREIRA DA COSTA

**APÊNDICE D**

Campo Grande, MS, 10 de janeiro de 2009.

ILMO.SR.

Prof. Dr. Izaias Pereira da Costa

Professor do Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento e Saúde do Centro Oeste

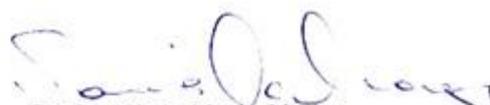
Assunto: Apreciação de projeto

(submete)

Senhor Professor:

Submeto a V.Sa. para apreciação o Projeto de Pesquisa com o título de Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartropatias, e, caso V.Sa. aprove o referido projeto solicito que manifeste o seu aceite como orientador para o início do projeto.

Atenciosamente



Prof. Vânia Maria Mayer

Aluna do Programa de Doutorado em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste



Izaias Pereira da Costa  
Reumatologista  
CRM 761

**APÊNDICE E**

Campo Grande, MS, 10 de janeiro de 2009.

ILMO.SR.

Prof. Dr. Izaias Pereira da Costa

MD Chefe do Serviço de Reumatologia do NHU/UFMS

Assunto: Frequência no Serviço de Reumatologia

(solicita)

Senhor Professor

Solicito vossa autorização para que eu possa frequentar o Serviço de Reumatologia do NHU/UFMS, entrevistar, avaliar pacientes e consultar seus prontuários na busca de informações clínicas.

Esclareço, igualmente, que tal pedido se deve ao fato de estar matriculada no Programa de Doutorado em Ciências da Saúde nesta Universidade e ter como um dos requisitos o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa versando sobre os Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartropatias.

Certo de sua compreensão aguardo sua aprovação,

Grata

  
Prof. Vânia Maria Mayer

Aluna do Programa de Doutorado em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste

  
Izaias Pereira da Costa  
Reumatologista  
CRM 761  
20/1/09

**APÊNDICE F**

ILMO SR.  
Dr. Wilson Cantero  
MD Diretor Clínico do HU/UFMS  
Assunto: Consulta a prontuários  
(solicita)

Senhor Diretor

Solicito vossa autorização para que eu possa consultar os prontuários dos pacientes com espondiloartropatias e atendidos no NHU/UFMS.

Tal solicitação se deve pelo fato de ser aluna do Programa de Doutorado em Ciências da Saúde desta Universidade e ter como Projeto de Pesquisa verificar os Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartropatias.

Esclareço ainda que todas as exigências éticas em vigor estejam sendo seguidas.

Certa de sua atenção aguarda de sua autorização.

Grata

  
Prof. Vânia Maria Mayer

Aluna do Programa de Doutorado em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste

*De acordo*  
  
30/11/19  
Prof. Wilson de Barros Cantero  
Diretor Clínico HU/UFMS

**APÊNDICE G**

Campo Grande, MS, 10 de janeiro de 2009.

ILMO.SR.

Dr. Gualberto Lelis de Oliveira

MD Diretor Geral do NHU/UFMS

Assunto: Pesquisa de prontuários

(solicita)

Senhor Diretor

Solicito vossa autorização para que eu possa consultar os prontuários dos pacientes com espondiloartropatias e em tratamento no Serviço de Reumatologia neste hospital.

Tal solicitação se deve pelo fato de ser aluna do Programa de Doutorado em Ciências da Saúde desta Universidade e ter como Projeto de Pesquisa verificar os Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartropatias atendidos no NHU/UFMS. Esclareço ainda que todas as exigências éticas em vigor estejam sendo seguidas.

Certa de sua compreensão, aguardo ser atendida.

Grata

  
Profa. Vânia Maria Mayer

Aluna do Programa de Doutorado em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste

## APÊNDICE H

Campo Grande, 10 de janeiro de 2009.

ILMO.SR.

Dr. Juberty Antonio de Souza

MD Coordenador do Ambulatório de Saúde Mental do NHU/UFMS

Assunto: Avaliação psiquiátrica

(solicita)

Senhor Coordenador

Solicito de V.Sa. a sua participação ou de outro psiquiatra do serviço para que submeta à avaliação psiquiátrica os pacientes com espondiloartropatias atendidos no Serviço de Reumatologia e que responderam de forma positiva a mais de sete questões do QMPA.

Informo que tal solicitação se deve ao fato de estar no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste e coordenar neste momento da pesquisa de "Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartropatias atendidos no Serviço de Reumatologia do NHU/UFMS".

*Ciente e o Sr. Sr.*

*prestará o atendimento*

Certa de ser atendida, sou-lhe.

Grata

Juberty Antonio de Souza  
Chefe do Serviço de Psiquiatria  
NHU - UFMS  
BR 245 936

*10.01.09*

*Vânia Maria Mayer*  
Prof. Vânia Maria Mayer

Aluna do Programa de Doutorado em Desenvolvimento em Saúde do Centro Oeste

## APÊNDICE I



**Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**  
**Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS**



*Carta de Aprovação*

*A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1400 da Pesquisadora Vânia Maria Mayer intitulado “Avaliação de transtornos psiquiátricos em pacientes com Espondiloartropatias – Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 07 de maio de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.*

*Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos*  
*Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS*

*Campo Grande, 08 de maio de 2009.*

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>  
[bioetica@propp.ufms.br](mailto:bioetica@propp.ufms.br)  
fone 0XX67 345-7187

## ANEXO A

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

#### **Crítérios do *ASsessment in Ankylosing Spondylitis (ASAS) international Society e European Spondyloarthritis Study Group (ESSG)***

Grupo A: 1. Dor vertebral inflamatória. (\*)

2. Sinovite assimétrica (atual ou anterior). (\*\*)

3. Sinovite predominante em membros inferiores. (\*\*)

Grupo B: 1. Familiares de 1º ou 2º grau com EA, psoríase, uveíte anterior, artrite reativa ou DII.

2. Psoríase atual ou anterior, diagnosticada por médico.

3. Doença de Crohn ou colite ulcerativa atual ou anterior, diagnosticada por médico e confirmada por exame de imagem ou endoscopia.

4. Uretrite não gonocócica ou cervicite no mês anterior à artrite.

5. Diarréia aguda no mês anterior à artrite.

6. Dor alternante em nádega (atual ou anterior).

7. Entesopatia (dor espontânea - atual ou anterior- ou à palpação em inserção do tendão de Aquiles ou fáschia plantar).

8. Sacroiliite: bilateral grau 2-4 ou unilateral grau 3-4 segundo convenção 0 = normal, 1 = possível, 2 = mínima, 3 = moderada, 4 = anquilose.

---

**(\*) Dor vertebral inflamatória: história ou presença de dor em região lombar, dorsal ou cervical, com pelo menos 4 das seguintes características:**

**(a) idade de início da dor antes dos 45 anos de idade.**

**(b) início insidioso.**

**(c) melhora com exercício.**

**(d) rigidez matinal.**

**(e) duração mínima de 3 meses.**

**(\*\*) Dactilite pode ser considerada artrite, e mono artrite pode ser considerada artrite assimétrica (segundo comunicação pessoal de Dougados – 30/01/04).**

**O paciente cumpre os critérios se apresenta: 1 ou mais critérios do grupo A E 1 ou mais critérios do grupo B.**

[Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Amor B, Calin A, Cats A, Dijkmans B, Olivieri I, Pasero G, Veys E, Zeidler H. The European Spondyloarthritis Study Group Preliminary Criteria for the Classification of Spondyloarthritis. *Arthritis Rheum* 1991; 34 (10): 1218-27].

## ANEXO B

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO- OESTE.

**Pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite  
Atendidos em Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande/Mato Grosso  
do Sul.**

**Pesquisadora: Vânia Maria Mayer.**

**Orientador : Profº Dr. Izaías Pereira da Costa.**

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nº Pront \_\_\_\_\_

**Parte I: Caracterização da Amostra - variáveis sócio-demográficas:**

- 1- Idade? \_\_\_\_\_
- 2- Situação conjugal:  
 casado(a)  solteiro(a)  viúvo(a)  divorciado(a)  separado(a)  amasiado(a)
- 3- Seu grau de escolaridade:  
 sem escolaridade  Ensino Fundamental incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_  
 Ensino Fundamental completo  Ensino Médio incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_  
 Ensino Médio completo  Curso Superior
- 4- Sua procedência é de:  
 Campo Grande. Endereço \_\_\_\_\_  
 interior de MS. Qual município? \_\_\_\_\_  
 outro. Estado. Qual? \_\_\_\_\_  
 Outro. País. Qual? \_\_\_\_\_
- 5- Sua profissão/ocupação é: \_\_\_\_\_
- 6- Atualmente sua situação de trabalho é:  
 autônomo(a)  com vínculo empregatício  sem vínculo empregatício  desempregado(a)
- 7- Sua renda familiar (em salários mínimos) é:  
 menor ou igual a um.  mais de um, até dois.  mais de dois, até três.  
 mais de três, até quatro.  mais de quatro.  sem renda
- 8- Atualmente com quem você mora?  
 esposo(a)  companheiro(a)  mãe  pai  filhos(as).  
 outro parente. Qual? \_\_\_\_\_  
 amigo  sozinho (a)
- 9- Você tem filhos menores de idade?  
 Sim. Idade \_\_\_\_\_  Não.

- 10- Quando precisa de atendimento de saúde, você procura:  
 Unidade de Saúde  Hospital Universitário  
 Outro. Qual \_\_\_\_\_
- 11- Você utiliza algum convênio para atendimento à saúde?  
 Sim. Qual \_\_\_\_\_  Não
- 12- Você costuma consumir bebidas alcoólicas?  
 sim. Com que freqüência \_\_\_\_\_  não
- 13- Você está acostumado (a) a fumar?  
 sim. Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_  
 não.
- 14- Qual a sua cor? \_\_\_\_\_

**Parte II - Variáveis Clínicas:**

- 15- Há quanto tempo você sabe que tem EpA?  
 Menos de 01 ano  01 a 05 anos  05 a 10 anos  10 a 15 anos  
 15 a 20 anos  Mais de 20 anos
- 16- Qual era a sua idade quando descobriu que tinha EpA?  
 menos ou igual a 15 anos de idade  16 a 20 anos  21 a 25 anos  
 26 a 30 anos  31 a 35 anos  36 a 40 anos  41 a 45 anos  
 45 a 50 anos  Mais de 50 anos
- 17- Que medicamentos você toma atualmente? (**Completar com dados do prontuário**)  
 Sim  Não  
 Se a resposta foi sim: Qual/Posologia \_\_\_\_\_  
 com: Medicamentos/dose/freqüência \_\_\_\_\_  
 Outro. Nome/Posologia \_\_\_\_\_
- 18- Que outros cuidados você tem observado como parte do seu tratamento?  
  
 Outros \_\_\_\_\_
- 19- Quantas vezes você ficou internado no último ano (últimos 12 meses)?  
 Nenhuma  01 vez  02 vezes  03 vezes  mais de 03 vezes
- 20- Você acha que sua qualidade de vida se modificou com o aparecimento da doença?  
 Sim  Não
- 21- **Se a resposta anterior foi SIM:** Quais as modificações que você acha que teve em sua qualidade de vida?

---



---



---

## ANEXO C

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO- OESTE.

**Pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite  
Atendidos em Núcleo do Hospital Universitário de Campo Grande/Mato Grosso  
do Sul.**

**Pesquisadora: Vânia Maria Mayer.**

**Orientador : Prof<sup>o</sup> Dr. Izaías Pereira da Costa.**

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Variáveis sócio-demográficas:**

1. Idade \_\_\_\_\_(anos)
2. Situação conjugal:  
( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) divorciado(a) ( ) separado(a) ( ) amasiado(a)
3. Seu grau de escolaridade:  
( ) sem escolaridade ( ) Ensino Fundamental incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_  
( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Médio incompleto. Até que série? \_\_\_\_\_  
( ) Ensino Médio completo ( ) Curso Superior
4. Sua procedência é de:  
( ) Campo Grande. Endereço \_\_\_\_\_  
( ) interior de MS. Qual município? \_\_\_\_\_  
( ) outro. Estado. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) Outro. País. Qual? \_\_\_\_\_
5. Sua profissão/ocupação é: \_\_\_\_\_
6. Atualmente sua situação de trabalho é:  
( ) autônomo(a) ( ) com vínculo empregatício  
( ) sem vínculo empregatício ( ) desempregado(a)
7. Sua renda familiar (em salários mínimos) é:  
( ) menor ou igual a um. ( ) mais de um, até dois. ( ) mais de dois, até três.  
( ) mais de três, até quatro. ( ) mais de quatro. ( ) sem renda
8. Atualmente com quem você mora?  
( ) esposo(a) ( ) companheiro(a) ( ) mãe ( ) pai ( ) filhos(as).  
( ) outro parente. Qual? \_\_\_\_\_  
( ) amigo ( ) sozinho (a)

9. Você tem filhos menores de idade?  
( ) Sim. Idade \_\_\_\_\_ ( ) Não.
10. Quando precisa de atendimento de saúde, você procura:  
( ) Unidade de Saúde ( ) Hospital Universitário  
( ) Outro. Qual \_\_\_\_\_
11. Você utiliza algum convênio para atendimento à saúde?  
( ) Sim. Qual \_\_\_\_\_ ( ) Não
12. Você costuma consumir bebidas alcoólicas?  
( ) sim. Com que frequência \_\_\_\_\_ ( ) não
13. Você está acostumado (a) a fumar?  
( ) sim. Quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_  
( ) não.
14. Qual a sua cor?

## ANEXO D

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE.

**Pesquisa: Transtornos Psiquiátricos em Pacientes com Espondiloartrite Atendidos em Núcleo do Hospital Universitário em Campo Grande / Mato Grosso do Sul.**

**Pesquisadora: Vânia Maria Mayer**

**Orientador: Prof. Dr. Izaías Pereira da Costa**

GRUPO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Nº Pront. \_\_\_\_\_

**QMPA (QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DO ADULTO)**

Você deve responder ao questionário com sim(S) ou não (N) considerando os últimos 12 meses de sua vida.

#### **QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA DE ADULTOS - VERSÃO II (1992)**

O SENHOR, (A SENHORA), OU ALGUÉM (ADULTO) DE SUA FAMÍLIA RESIDENTE NO DOMICÍLIO.

Responda as questões abaixo considerando o tempo dos últimos 12 meses, com Sim ou Não.

		Sim	Não
1	Sofre de falta de apetite?		
2	Tem dificuldade para dormir?		
3	Queixa-se de zumbido nos ouvidos, agonia na cabeça?		
4	Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça?		
5	Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?		

6	Fica agressivo, explode com facilidade?		
7	Fica período triste, com desânimo?		
8	Sente um bolo na garganta, queimor ou empaxamento no estômago?		
9	Sente tremores ou frieza nas mãos?		
10	Tem com freqüência crises de irritação?		
11	Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender as coisas?		
12	Bebe exageradamente?		
13	Às vezes fica parado, chorando muito?		
14	Já pensou em dar fim na vida?		
15	Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?		
16	Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?		
17	Já ficou sem poder falar ou enxergar?		
18	Fica chorando no quarto sem querer ver ninguém?		
19	Embriaga-se pelo menos uma vez por semana?		
20	Bebe diariamente?		
21	Queixa-se de "baticum" ou aperto no coração?		
22	Sofre de nervosismo ou está sempre intranqüilo?		
23	Preocupa-se muito com doenças? Queixa-se sempre?		
24	Já sofreu algum ataque depois de um susto ou contrariedade?		
25	Tem medo excessivo de certas coisas, ou de alguns bichos, ou de lugares fechados, ou de escuro?		
26	Tem mania de limpeza ou de arrumação?...Exageradamente?		

27	Antes de sair ou dormir verifica sempre se as portas estão bem fechadas?...Exageradamente?		
28	Queixa-se de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem?		
29	Fala coisas sem sentido, bobagens?		
30	Fala ou ri sozinho?		
31	Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal?		
32	Sente que esta sendo controlado por telepatia, por rádio ou espíritos?		
33	Às vezes fica muito tempo numa posição estranha?		
34	Fica períodos exageradamente alegre sem saber por quê?		
35	Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?		
36	Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos?		
	(Qual?.....)		
37	Não consegue freqüentar a escola?		
38	Sofre de acessos de loucura?		
39	Apresenta Deficiência mental?		
40	Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?		
41	Sofre de ataques, caindo no chão e se debatendo?		
42	Usa algum tipo de drogas? (Qual?...)		
	Alguém de sua família?...		
43	Não sabe se vestir, urina e obra nas roupas?		
44	Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?		