



Revista Portuguesa de Psicossomática

ISSN: 0874-4696

revista@sppsicossomatica.org

Sociedade Portuguesa de Psicossomática  
Portugal

Figueiredo, Margarida; Soares, Vera; Cardoso Mota, Rui; Alves João, Maria; Dias, Sandra  
Artrite reumatóide: um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do  
ajustamento psicossocial à doença

Revista Portuguesa de Psicossomática, vol. 6, núm. 1, janeiro-junho, 2004, pp. 13-25

Sociedade Portuguesa de Psicossomática

Porto, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760102>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# ARTRITE REUMATÓIDE:

## UM ESTUDO SOBRE A IMPORTÂNCIA NA ARTRITE REUMATÓIDE DA DEPRESSÃO E DO AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA

Margarida Figueiredo\*, Vera Soares\*\*, Rui Mota Cardoso\*\*\*, Maria João Alves\*\*\*\*, Sandra Dias\*\*\*\*

### Resumo

A Artrite Reumatóide (A.R.) é uma doença crónica, recorrente, que provoca deformação articular e compromete as actividades profissionais, conduzindo a tensões familiares e representando elevados custos de saúde pública. As suas características auto-imunes manifestam-se clínica e laboratorialmente, com maior incidência no género feminino. Os factores emocionais reactivos a diferentes stressores são apontados como relevantes no início, manutenção e agravamento da A.R.. Face à evidência da relação entre dor crónica, característica deste quadro clínico, e depressão, estudos recentes vieram acrescentar a possibilidade de mecanismos de activação imunitária se constituírem como mediadores dos quadros depressivos em doenças auto-imunes. Este estudo pretende explorar a relação entre estágio clínico e ajustamento psicossocial à doença, identificar a prevalência de depressão major na amostra estudada, bem como a relação entre a presença ou ausência de depressão e o ajustamento psicossocial à doença. Foram utilizados procedimentos clínicos e instrumentais de avaliação – definição de estádios utilizando os critérios de progressão como padrão clínico e imagiológico,

o estado funcional global de acordo com a limitação funcional do sujeito; a versão Portuguesa da DIGS (Diagnostical Interview for Genetic Studies), e a Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença. Utilizando uma metodologia descritiva e correlacional, com um momento de avaliação, encontramos uma percentagem superior a 50% dos sujeitos da nossa amostra com sintomatologia indicativa de depressão major, que no entanto não se mostrou sensível ao estágio da A.R..

**Palavras-chave:** Artrite reumatóide; Depressão; Ajustamento psicossocial.

### INTRODUÇÃO

1. A Artrite Reumatóide (A.R.) é uma doença crónica, incurável e ainda sem causa primária conhecida, mas para a qual provavelmente contribuem influências genéticas e ambientais. Estes múltiplos elementos fornecem o terreno para a inflamação e vão modular os acontecimentos que levam à destruição articular.

Factores socioeconómicos, estilo de vida, género e hormonas sexuais têm sido apontados como aumentando o risco para a A.R.. Como noutras doenças auto-imunes, a incidência é maior nas mulheres e o papel dos estrogénios, embora ainda não completamente clarificado, pode explicar a indução da remissão da doença durante a gravidez, o agravamento no pós-parto e a influência protectora da prolactina (Hazes *et al.*, 1990) e da terapêutica hormonal de substituição.

Inicialmente e apesar de não completamente confirmada, a hipótese de uma infecção poder ser o factor desencadeante da A.R. atraiu

\* Psiquiatra. Assistente de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

\*\* Psicóloga; Mestre em Psicologia da Saúde.

\*\*\* Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Serviço de Psicologia Médica).

\*\*\*\* Estagiárias da licenciatura em Psicologia.

numerosos investigadores. Dos estudos efectuados, ressalta o papel do vírus Epstein-Barr, potencial activador das células B (Alspaugh *et al.*, 1978), e dos retrovírus como responsáveis pelo aparecimento da doença em algumas populações.

A produção de factores reumatóides – auto-anticorpos com especificidade para a porção Fc da Imunoglobulina G (IgG) – forneceu a base para o modelo de A.R. como doença auto-imune. A alteração da capacidade de auto-reconhecimento pode ter tido a sua origem na mimetização de uma infecção pré-existente, na generalização da auto-reactividade a novos antígenos, ou no reconhecimento de auto-antígenos.

As alterações imunológicas detectadas envolvem proteínas de fase aguda, produção de auto-anticorpos, alterações das subpopulações linfocitárias e, a nível histomorfológico, o aparecimento de tecido linfóide ectópico capaz de produzir auto-anticorpos de elevada afinidade (Kelsoe, 1996), conduzindo à presença articular de células B, células T, macrófagos e sinoviócitos (Kurosaka e Ziff, 1983).

Para além do envolvimento sinovial, a imunidade celular reflecte e confirma a influência dos factores genéticos: alteração de subpopulações de células T e sobrestimulação das células T nos órgãos linfóides e sangue periférico (DerSimonian *et al.*, 1993; Goronzy *et al.*, 1994; Fitzgerald *et al.*, 1995).

O único indicador serológico de diagnóstico é a presença de Imunoglobulina M (IgM), factor reumatóide (FR) produzido por um subtipo de linfócitos B (CD5<sup>+</sup>) que se localizam na sinovial (Williams, 1994). Histologicamente, a sinovial assemelha-se a um órgão linfóide, e a presença de componentes da imunidade celular e humoral sugere que os linfócitos sinoviais são activados por antígenos locais, levando à formação de imunocomplexos. A nível da cartilagem, a produção de anticorpos pode levar à activação do Complemento e assim estimular a inflamação local; a deposição de complexos de imunoglobulinas e fracção 3 do Complemento (C3) surge em 93% dos doentes com A.R. (Cooke *et al.*, 1975), com um característico padrão granular, e tem provavelmente a capacidade de activar os macrófagos (Shiozawa e Jasin, 1980).

Agentes ambientais, de origem bacteriana ou vírica, estão envolvidos no desencadear da sinovite na A.R.; as respostas imunitárias a estes componentes antigénicos podem ser perpetuadas por reactividade cruzada, envolvendo auto-antígenos da sinovial e conduzindo ao *breakdown* da tolerância imunológica e a uma auto-imunidade destrutiva (Wordsworth, 1992).

Em resumo, a susceptibilidade genética e a reactividade imunológica dão origem a um conjunto de mecanismos destrutivos que, intercalados com respostas reparadoras, conduzem ao quadro clínico de A.R. (Weyland e Goronzy, 2000).

O comprometimento inicial das articulações periféricas, particularmente as mãos e pés, vai determinar ao longo da evolução as limitações características desta doença, influenciando a capacidade de mobilização e perturbando as actividades do dia-a-dia. Assim, a incapacidade funcional surge como consequência natural da doença e agrava-se com a sua progressão.

O depósito de células inflamatórias na sinovial conduz à destruição irreversível de tendões, cartilagem e osso, e origina deformidade das articulações atingidas, frequentemente simétricas. Os sinais inflamatórios locais constituem os sintomas mais precoces, nomeadamente a dor articular e o edema. Embora as mãos, pulsos, joelhos e pés sejam usualmente as articulações mais afectadas, formas mais graves da doença podem atingir outras articulações, como as dos ombros, cotovelos e coluna vertebral (Thompson, 1987).

Por outro lado, o compromisso de outros órgãos, raro no início da A.R., pode vir a definir uma síndrome extra-articular com lesões características, a nível pulmonar, hepático, cardíaco, renal, vascular, etc., responsável por um risco mais elevado de morbilidade e mortalidade.

Cerca de um terço dos doentes pode apresentar nódulos reumatóides, constituídos por granulomas, que surgem em áreas de pressão ou ao longo dos tendões extensores. Noutras situações, surge uma síndrome de Sicca, com manifestações oculares do tipo queratoconjuntivite e da orofaringe, secundárias a produção diminuída de saliva e lágrimas (Weyland *et al.*, 1998).

A pneumonia intersticial, que pode conduzir a fibrose, é predominantemente uma com-

plicação dos doentes do sexo masculino (Weyand *et al.*, 1998); reflectindo a natureza sistémica da A.R., a vasculite reumatóide caracteriza-se por uma vasculopatia inflamatória que afecta artérias de pequeno e médio calibre (Weyland e Goronzy, 2000) e pode levar à sua oclusão com posterior gangrena ou a lesão visceral. A formação de neovasos parece relacionada com o tráfico linfocitário, e as lesões arteriais agudas são mediadas por complexos imunes que conduzem ao aparecimento de infiltrado inflamatório e necrose fibrinóide (Bywaters, 1975).

O seu perfil evolutivo é imprevisível, e apesar de períodos de remissão poderem ocorrer, a sua evolução quase sistematicamente reflecte o progressivo agravamento clínico, com grande frustração para o doente e para o médico (Barlow *et al.*, 1996).

Em múltiplos estudos transversais, a prevalência numa população europeia caucasiana com mais de 15 anos de idade foi avaliada em 1% (Weyland e Goronzy, 2000). No geral, calcula-se que 20 homens e 60 mulheres por 100.000 indivíduos desenvolvem A.R. por ano, tendendo este número a aumentar com a idade (Linos, *et al.*, 1980; Chan, *et al.*, 1993). Numa revisão de estudos a nível internacional, concluiu-se que em ambulatório as doenças reumáticas são o segundo motivo de consulta, representando cerca de 10% de todas as doenças observadas em cuidados de saúde primários, sendo um dos mais importantes grupos de diagnóstico.

A artrite reumatóide atinge indivíduos de todas as idades, sendo mais frequente o seu início entre os 40 e os 50 anos; de prevalência mais elevada nas mulheres, a maior incidência verifica-se após a menopausa. Estima-se que a relação entre o sexo feminino e o masculino varie entre 2:1 a 4:1 (Harris, 1997), com tendência a convergir em idades avançadas, com as mulheres e homens mais velhos afectados em proporções iguais.

Na população portuguesa, a prevalência desta doença não é conhecida, embora se suponha que seja relativamente elevada e semelhante aos outros países europeus. Afecta os adultos no auge da sua vida activa, e, por isso, o seu impacto sobre a actividade laboral é muito significativo.

Dentro dos problemas psicossociais, salientam-se a grave deterioração da capacidade de trabalho, associada em grande medida às limitações funcionais e à dor, o reflexo na vida sexual e na relação conjugal e as graves implicações da doença nos prestadores de cuidados familiares.

A A.R. tem um efeito que pode ser devastador na vida diária, quer pelo impacto directo nas actividades quotidianas, profissionais, familiares e sociais, quer pelo impacto psicológico gerado pela incapacidade, frustração e depressão. A limitação funcional que acarreta, com dificuldade na utilização das várias articulações envolvidas, a dor inflamatória que de tão intensa impede o repouso, ou mesmo se agrava durante a noite, podem tornar muito difícil o dia a dia dos doentes. As actividades diárias ficam comprometidas pela incapacidade de utilização das mãos e pelas dificuldades da marcha, repercutindo-se na qualidade de vida do doente e na diminuição da esperança de vida (Rebelo, 1996).

O impacto médico e social torna também a A.R. num importante problema de saúde pública com pesados encargos socio-económicos. Doentes com artrite reumatóide, atingidos durante a sua vida activa, são obrigados a afastar-se frequentemente do seu trabalho por períodos que se tornam prolongados e recorrentes, responsáveis por 70% de reformas antecipadas. Os custos económicos e sociais desta doença são, de entre o leque de doenças altamente incapacitantes, dos mais elevados: 72% dos doentes com artrite reumatóide estão referidos como incapacitados para o trabalho 5 anos após o diagnóstico. A perda de produtividade representa 63% do custo total da artrite reumatóide. Os custos aumentam substancialmente à medida que a doença progride e 50% dos doentes com A.R. não serão capazes de trabalhar num período de 10 anos após o diagnóstico inicial (A.N.D.A.R., 2002).

Ao analisar os efeitos do *stress* no curso da A.R., três grupos de investigadores concluíram que os doentes com um suporte adequado tendem a ter uma melhor evolução (DeVillis *et al.*, 1993; McFarlane *et al.*, 1987; Moos e Solomon, 1965, cit. por Whitacre *et al.*, 1994).

Um modelo de vulnerabilidade, no qual os pequenos *stressores* crónicos teriam um papel im-

portante, defende que a ocorrência de pequenos acontecimentos *stressantes* pode significar *stress* adicional suficiente, numa pessoa já fragilizada, para provocar um episódio de doença (Depue e Monroe, 1986; Kessler *et al.*, 1985; Zautra *et al.*, 1986, cit. por Zautra *et al.*, 1994). A investigação encontrou apoio inicial para este modelo, ao demonstrar a associação entre os *stressores* diários e a susceptibilidade à doença (Delongis *et al.*, 1988).

Existem vários tipos de *stressores* diários, alguns deles mais provavelmente associadas com o sofrimento psicológico e disrupção da homeostasia interna que outros. Entre os indivíduos cronicamente doentes, a tensão decorrente de um casamento problemático e outras tensões interpessoais podem provavelmente causar um aumento de transtornos psicológicos e biológicos. Por exemplo, os conflitos familiares têm sido associados a um pobre ajustamento à doença crónica e especificamente à A.R. (Coyne *et al.*, 1988, cit. por Zautra *et al.*, 1994), assim como a uma disfunção do sistema imunitário (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1983, 1997).

A relação entre tensões interpessoais e depressão foi estudada num grupo de doentes com osteoartrite e noutro com A.R., apresentando estes últimos a variação mais dramática. Embora os níveis médios de conflito interpessoal e depressão não diferissem entre os dois grupos, a relação entre estes diferiu (Manne & Zautra, 1989, Revenson & Felton 1989, Felton & Revenson, 1984). Aqueles com interações sociais *stressantes* no último mês desenvolvem maior depressão, e aqueles com acontecimentos sociais positivo apresentam menor probabilidade de evidenciar sintomas depressivos. As diferenças individuais na frequência de outros acontecimentos *stressantes* parecem ter pouco ou nenhum efeito na depressão, em comparação com os efeitos dos acontecimentos interpessoais observados. Porque serão os doentes com A.R. mais reactivos aos acontecimentos interpessoais *stressantes* que os doentes com osteoartrite? Os autores suspeitam que o risco de incapacidade de manter ligações com os prestadores de cuidados, quando essas relações são conflituosas, e a expectativa de dependência futura podem contribuir para as diferenças obtidas. Dado que a

A.R. é uma perturbação progressiva, os doentes esperam um declínio do seu funcionamento autónomo, o que pode aumentar a sua preocupação com uma relação estável e apoiante, maiores exigências interpessoais, aumento da depressão e redução do sentido de eficácia.

Estes factores, contribuindo possivelmente para enfatizar o esquema de *helplessness* aprendido (Smith e Waliston 1992), conduziriam a um estado *stressante* crónico, com elevação dos níveis de prolactina e estrogénio. Estas hormonas são conhecidas pelo seu efeito estimulador das células imunitárias activadoras dos mecanismos imunológicos associados a uma acentuada resposta inflamatória, conduzindo a um surto da doença.

A associação entre A.R. e Depressão tem sido relatada ao longo do tempo. Uma extensa revisão sobre a prevalência de depressão na A.R. revela que esta pode ser de 7,5% a 17%, dependendo dos critérios utilizados ou das características da amostra (Stevens *et al.*, 1995). Frank *et al.*, em 1988, (*in* Stevens *et al.*, 1995), usando critérios de diagnóstico reconhecidos, encontraram uma prevalência de depressão *major* de 17%.

As dificuldades de avaliação dos quadros depressivos resultam da coexistência de sintomas condicionados pela doença física sobreponíveis aos avaliados instrumentalmente para diagnóstico de depressão (Creed, 1990) mas, resolvidas as questões metodológicas, a depressão surge ainda como o transtorno mais frequente dos doentes com A.R.. Assim, num grupo de doentes com A.R. avaliados numa perspectiva longitudinal, foi detectada tanto a existência de psicopatologia em registos de base (Rimon e Laaso, 1984), como, no decurso de 15 anos, de doença psiquiátrica suficientemente grave para necessitar tratamento, em 46% dos doentes.

Estes dados foram confirmados por Parker e Wright (1997) que, numa percentagem significativa de doentes com A.R., detectaram perturbações emocionais secundárias a múltiplos *stressores*, como dor, perdas económicas, disrupção de papéis sociais e restrições nas actividades diárias, confirmando a associação de depressão e dor, muito frequente em indivíduos com quadros de dor crónica (Romano e Turner, 1985; Flor *et al.*, 1988). No modelo de *helplessness*

aprendido, a depressão pode surgir da imprevisibilidade da evolução e da dificuldade de controlo da sintomatologia, associadas a uma expectativa de não existirem respostas no repertório pessoal capazes de alterar a situação de sofrimento (Abramson *et al.*, 1987; Peterson, 1982). Esta teoria prevê que depois de um acontecimento aversivo, como o aparecimento de dor, um estado de desânimo (*helplessness*) conduziria a uma perspectiva deste acontecimento como algo impossível de ser controlado, propiciando um conjunto de atribuições incontroláveis, internas, estáveis e globais. As características clínicas e evolutivas da A.R. fornecem assim um terreno facilitador do desenvolvimento da depressão.

Por outro lado, a presença de depressão tem implicações no funcionamento físico e os doentes que apresentam as duas condições são susceptíveis de referir níveis mais elevados de dor e um estado clínico mais deteriorado (Wells *et al.*, 1989; Katz e Yelin, 1993).

Curiosamente, parece haver uma relação entre o início da doença e acontecimentos importantes da vida das pessoas (morte de familiar, divórcio). De facto, aspectos de *stress* psicossocial (luto, desemprego e divórcio inesperado) parecem poder constituir factores predisponentes ao aparecimento da A.R. e, juntamente com um deficiente estado socio-económico e educacional, fragilizantes para a depressão.

Zautra *et al.* (1986), estudando a influência de factores de *stress* no funcionamento imunitário, detectaram que acontecimentos de vida de grande dimensão e acontecimentos de pequena dimensão influenciavam diferentes elementos no sistema imunitário. Os acontecimentos de pequena dimensão parecem representar *stressores* que causam apenas alterações fracas e/ou temporárias no funcionamento imunitário, como por exemplo flutuações nas contagens de células B ou de células T. Se, por exemplo, as alterações da relação entre as células T "helpers" e "supressers" geralmente não ocorrem antes de alguns dias de *stress* moderado, já os acontecimentos de grande dimensão podem ter um efeito prolongado na regulação imunitária, porque apresentam desafios mais extensos à capacidade de ajustamento. O impacto dos acontecimentos

de vida nos estados fisiológico e clínico torna-se assim particularmente importante para os doentes que sofrem de perturbações auto-imunitárias como a A.R..

As características etiopatogénicas, clínicas e epidemiológicas da Artrite Reumatóide determinam alterações dramáticas nas actividades dos doentes, dificultam o relacionamento interpessoal e conduzem ao afastamento precoce da vida profissional. O impacto psicossocial da A.R. encontra-se relacionado com: a postura do doente face aos cuidados de saúde, as alterações sofridas no desempenho profissional, as dificuldades de adaptação à doença, o reflexo destas na vida pessoal, familiar e social e as mudanças no desempenho sexual.

Na Artrite Reumatóide, a dor surge como um dos principais sintomas que acarreta limitações funcionais e diminui a qualidade de vida, parâmetros que podem ser considerados como mediadores da relação estabelecida entre estágio da doença e sintomatologia depressiva. O agravamento da condição clínica da A.R. prediz maiores níveis de limitação e menores níveis de qualidade de vida, logo aumenta o risco de depressão. Torna-se também necessário introduzir nesta análise a variável tempo. De facto, as fases iniciais de adaptação a uma doença crónica como a A.R., podem ser caracterizadas por sintomas mistos de ansiedade e depressão, que se reduzem com o tempo – a adaptação à doença torna-se uma realidade imprescindível ao equilíbrio emocional do sujeito. Assim, este estudo pretendeu investigar em que medida o estágio clínico da doença se relacionava com os níveis de adaptação à doença, nas suas diversas vertentes, bem como com a sintomatologia depressiva apresentada.

A investigação que apresentamos orienta-se por algumas questões e análises exploratórias:

1. Qual a relação estabelecida entre a fase do estágio da doença, precoce a moderada *versus* grave a terminal e o ajustamento psicossocial, nas suas diferentes dimensões?
2. Qual a relação estabelecida entre estágio da A.R. e a presença ou ausência de um quadro sintomatológico depressivo?

3. Qual a relação entre a presença ou ausência de depressão e o ajustamento psicossocial à doença?

Finalmente, considerando as diversas variáveis estudadas, investigámos, através de análises exploratórias prévias, a que melhor diferenciava a amostra. Assim, neste trabalho, analisamos as diferenças dos níveis do "Ajustamento Psicossocial à Doença" em função do estado civil.

## METODOLOGIA

### 1. Variáveis Estudadas

As variáveis de estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação e hipóteses formuladas.

As principais variáveis clínicas deste estudo são:

- a) Início da doença.
- b) Estádio: para avaliar esta variável foram utilizados os critérios de progressão (estádios da doença) como padrão clínico e imagiológico (Branco, 2000).
- c) Estado funcional global – classe 1 a 4 de acordo com a limitação funcional do sujeito, segundo os critérios do *American College of Rheumatology* de 1992.
- d) Tratamento cirúrgico.
- e) Tratamento farmacológico.
- f) Episódios de agudização de sintomas.

As variáveis psicossociais são:

- a) Ajustamento psicossocial à doença.
- b) Sintomatologia psicológica.

As variáveis sócio-demográficas são:

- a) Idade.
- b) Estado civil.
- c) Anos de escolaridade.
- d) Categoria profissional.

### 2. Amostra

A amostra foi retirada de um universo constituído por doentes com A.R. que frequentam a Consulta Externa de Medicina de um Hospital Central da Zona Norte do país.

Os critérios de inclusão dos doentes no estudo foram os seguintes:

1. Estar inscrito na Consulta Externa de Medicina.

2. Ter o diagnóstico de A.R., de acordo com os critérios da Associação Americana de Reumatologia (ARA), revistos em 1987.
3. Assinatura de consentimento informado autorizando a sua entrada no estudo.
4. Não apresentar alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico.

### 2.1. Caracterização Geral da Amostra

As principais características sócio-demográficas estão apresentadas no Quadro 1.

A amostra é constituída por 16 mulheres, cuja média de idades é de 47 anos ( $M = 47,00$ ; Mínimo = 16 e Máximo = 75; D.P. = 15,93). No que se refere aos anos de escolaridade a maioria dos sujeitos (56,3%) frequentou a escola por um período de tempo de 4-8 anos, 3 frequentaram a escola por um período de tempo inferior a 4 anos (18,8%), 3 referiram frequentar por um período de 9-11 anos (18,8); apenas 1 sujeito referiu frequentar a escola por um período de 12-16 anos

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DA AMOSTRA SEGUNDO AS SUAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (N=16)

<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i> <i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>
16	17	75	47,00	15,93
<i>Variáveis</i>			<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Estado Civil</b>				
Solteira		3		18,8
Casada		11		68,8
Viúva		2		12,5
<b>Anos de escolaridade</b>				
< 4 anos		3		18,8
4-8 anos		9		56,3
9-11 anos		3		18,8
12-16 anos		1		6,3
<b>Categoria profissional</b>				
Reformada		8		50,0
Empregada a tempo inteiro		4		25,0
Desempregada		2		12,5
Incapacidade provisória		2		12,5



(6,3%). A grande maioria da amostra (68,8%) referiu ser *casada*. Dos restantes sujeitos, 3 são *solteiros* (18,8%) e 2 são *viúvos* (12,5%).

Em relação à categoria profissional, a grande maioria dos sujeitos (50%) está *reformada*. Este dado é compreensível, considerando o elevado grau de incapacidade funcional que esta doença implica. Na categoria *trabalho a tempo inteiro* encontra-se 25% da amostra, e na categoria *desempregada e incapacidade provisória por doença* encontra-se igual percentagem de sujeitos (12,5%).

As principais características clínicas estão apresentadas no Quadro 2. Em termos do tempo de evolução da doença, dos 16 sujeitos que constituem a amostra, 4 inserem-se nos intervalos 6-10 anos, 11-15 e 16-20 (25% em cada); 13,3% integram-se no intervalo 1-5 anos (2 sujeitos), e 6,7% enquadram-se no intervalo 21-25 (1 sujeito).

No que respeita ao estágio da doença, 37,5% inserem-se no estágio moderado, 31,3% no grave, 3 sujeitos da amostra integram-se no estágio terminal (18,8%), e apenas 2 se inserem no estágio precoce (12,5%).

No que concerne ao estado funcional global, a maioria dos sujeitos que constitui a amostra (37,5%) experimenta limitação nas actividades profissionais e não profissionais, 4 apresentam limitação em todos os tipos de actividades – cuidados pessoais, profissionais e não profissionais (25%) e 3 apresentam aptidão completa para as actividades do dia a dia (18,8%). Igual número apresenta limitação nas actividades não profissionais (18,8%).

### 3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos:

- Versão portuguesa da DIGS (Diagnostical Interview for Genetic Studies) (Williams, Farmer *et al.*, 1996; Azevedo *et al.*, 1993, 1999, 2000; Soares, 1997);
- Escala de ajustamento Psicossocial à doença (Derogatis, 1983, adaptação portuguesa C. Teixeira, 1993 in Monteiro, 1999).

A escolha dos instrumentos foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estu-

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS ELEMENTOS DA AMOSTRA SEGUNDO AS SUAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (N=16)

VARIÁVEIS	N	%
<b>Tempo da doença (em anos)</b>		
1-5	2	13,3
6-10	4	26,7
11-15	4	26,7
16-20	4	26,7
21-25	1	6,7
<b>Estádio da doença</b>		
Precoce	2	12,5
Moderada	6	37,5
Severa	5	31,3
Terminal	3	18,8
<b>Estado funcional geral</b>		
Aptidão completa	3	18,8
Limitação nas actividades não-profissionais	3	18,8
Limitação nas actividades profissionais e não-profissionais	6	37,5
Limitação em todas as actividades (incluindo cuidados pessoais)	4	25,0



dar e nas qualidades psicométricas destes. A DIGS, fornecendo uma avaliação polidiagnóstica, conveniente, fiável e rápida (Craddock *et al.*, 1996) permite uma definição psicopatológica e informação histórica. Tem sido usada numa larga variedade de investigações clínicas, biológicas e epidemiológicas (Castle *et al.*, 1991 in Craddock *et al.*, 1996) com recurso ao OPCRIT – Operational Criteria Diagnostic System. Esta estratégia permite contornar a existência de múltiplos sistemas de diagnóstico que competem na prática da investigação psiquiátrica (Valente *et al.*, 1994).

#### 4. Procedimentos

##### 4.1. Recolha de dados

Este projecto de investigação constituiu-se como um estudo piloto com carácter exploratório de doentes de Artrite Reumatóide.

Uma vez que a recolha de dados implicou a utilização de instrumentos muito específicos, primeiro procedeu-se à formação dos membros da equipa de investigação na implementação destes instrumentos e somente depois se iniciou a recolha de dados.

Os sujeitos da amostra foram recrutados na consulta de Medicina I de um Hospital Central da Zona Norte. De um total de 27 sujeitos seleccionados aleatoriamente, 16 (59,26%) aceitaram participar (assinando a ficha de consentimento informado), 5 (18,5%) foram excluídos por não cumprirem os critérios da Associação Americana para A.R., 3 (11,11%) foram excluídos por estarem num estado muito avançado da doença, 2 (7,40%) porque tinham falecido, e 1 (3,70%) foi excluído devido à idade (4 anos).

Os doentes seleccionados foram avaliados durante a consulta pelo seu médico, nas seguintes áreas: início da doença; estágio da doença; estado funcional geral; tratamento farmacológico; tratamento cirúrgico; episódios de agudização.

Após a consulta realizou-se uma colheita sequencial e normalizada de dados, pela seguinte ordem: (1) Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos (DIGS); (2) Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença (PAIS-SR).

Procedeu-se à recolha de dados entre Abril e Julho de 2002. A distribuição dos sujeitos pelos entrevistadores ocorreu de forma aleatória.

##### 4.2. Análise de dados

Após a colheita dos dados, estes foram introduzidos e trabalhados numa base de dados informatizada e processada no programa estatístico SPSS – versão 11 (*Statistical Program for Social Sciences*).

Para a caracterização da amostra utilizaram-se as frequências e, para responder aos objectivos do estudo, testes estatísticos não paramétricos. Concretamente, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes, tendo como factores a presença ou ausência de depressão actual e como variáveis dependentes as subescalas do instrumento utilizado (PAIS-SR). Utilizou-se também o teste não paramétrico de *Spearman* para as correlações entre as referidas variáveis.

## RESULTADOS

*Questão 1-* Qual a relação estabelecida entre a fase do estágio da doença, precoce a moderada versus grave a terminal, e o ajustamento psicossocial nas suas diferentes dimensões.

Para testar esta primeira questão, a amostra foi dividida em duas, um grupo de oito sujeitos num estágio da doença precoce a moderado e um grupo com o mesmo número num estágio da doença grave a terminal. Assim, esta nova variável estágio foi utilizada como variável independente e as diversas subescalas da PAIS-SR foram utilizadas como variáveis dependentes. Da descrição dos instrumentos não podemos esquecer que, nas subescalas do PAIS-SR, quanto maior for o resultado obtido piores são os resultados.

Os resultados encontram-se no Quadro 3 e, apesar de não se encontrarem resultados estatisticamente significativos, parecem revelar-se algumas tendências. Assim observam-se piores resultados nas subescalas "Contexto Doméstico", "Relacionamento Sexual", "Relacionamento Familiar", "Contexto Social" e "Distress Psicológico" para os sujeitos que se encontram nas fases precoce a moderada da doença. Este padrão parece inverter-se nas subescalas que avaliam o "Contexto Vocacional" e a "Orientação dos Cuidados de Saúde", onde se observam piores resultados para os doentes que se encontram num estágio da doença grave a terminal.

QUADRO 3 – RESULTADOS DO TESTE ESTATÍSTICO U DE MANN-WHITNEY COM O ESTÁDIO DA DOENÇA COMO FACTOR E AS SUBESCALAS DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES (N=16)

Variáveis	Precoce a Moderada (Estádio 1 e 2) (n=8)	Grave a Terminal (Estádio 3 e 4) (n=8)	Z	P
	Mediana	Mediana		
Orientação dos Cuidados de Saúde	0,81	1,12	-0,376	0,721
Contexto Vocacional	1,00	1,58	-1,472	0,161
Contexto Doméstico	1,25	1,00	-0,269	0,798
Relacionamento Sexual	0,91	0,50	-1,500	0,161
Relacionamento Familiar	1,3	0,40	-1,344	0,195
Contexto Social	1,5	0,74	-0,900	0,382
Distress Psicológico	1,14	0,92	-0,740	0,505

*Questão 1* – A análise das diferenças encontradas entre o grupo de sujeitos casados e não casados, quanto aos resultados obtidos nas subescalas do PAIS-SR, é apresentada no Quadro 6.

*Questão 2* – Qual a relação estabelecida entre estágio da A.R. e presença ou ausência de um quadro sintomatológico depressivo (Quadro 4).

Os resultados indicam não haver distinção entre estágio da doença e presença de depressão. No entanto observa-se que há, nesta amostra, uma maior percentagem de sujeitos deprimidos, no estágio 1 da doença do que no estágio 2.

*Questão 3* – Qual a relação entre presença ou ausência de depressão e ajustamento psicossocial à doença.

Para testar esta terceira questão a amostra foi dividida em pacientes que apresentam depressão actualmente (n=9) e aqueles que não

apresentam depressão (n=7) de acordo com as normas da DIGGS.

Os resultados encontram-se no Quadro 5. Observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre grupo de pacientes com depressão e sem depressão para a variável "Distress Psicológico", com piores resultados para os sujeitos deprimidos (Mediana ND=0,86; Mediana Deprimidos=1,43; p=0,016). Mais do que indicar algum resultado surpreendente, este dado contribui para a creditação de ambos os instrumentos (validade externa).

#### Análise exploratória

Mais uma vez os resultados não evidenciam uma diferença entre grupos, estatisticamente significativa. Contudo, e se olharmos apenas para as medianas, verificamos que: no grupo dos

QUADRO 4 – RESULTADOS DO TESTE DE QUI-QUADRADO ( <sup>2</sup> ) PARA A PRESENÇA E AUSÊNCIA DE DEPRESSÃO NOS DIFERENTES ESTÁDIOS DA DOENÇA (N=16)

Variáveis	Estádio 1 precoce a moderada (n = 8) (%)	Estádio 2 grave a terminal (n = 8) (%)	<sup>2</sup>	p
Depressão				
· Ausente (n=7)	18,8	25		
· Presente (n=9)	31,3	25	0,614	1,00

TABELA 5 – RESULTADOS DO TESTE ESTATÍSTICO U DE MANN WHITNEY COM A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE DEPRESSÃO COMO FACTOR E AS SUBESCALAS DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES (N=16)

<i>Variáveis</i>	<i>Ausência de Depressão (n=7) Mediana</i>	<i>Presença de Depressão (n=9) Mediana</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Orientação dos cuidados de Saúde	,75	1,12	-,570	,142
Contexto Vocacional	1,5	1,16	-,373	,758
Contexto Doméstico	1,0	1,12	-,373	,758
Relacionamento sexual	,83	0,83	-,108	,918
Relacionamento Familiar	,40	0,80	-,108	,918
Contexto Social	,16	1,33	-,800	,470
<i>Distress Psicológico</i>	,86	1,43	-2,343	<b>,016</b>

TABELA 6 – RESULTADOS DO TESTE ESTATÍSTICO U DE MANN WHITNEY COM A IDADE COMO FACTOR E AS SUBESCALAS DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA COMO VARIÁVEIS DEPENDENTES (N=16)

<i>Variáveis</i>	<i>Não Casado Mediana</i>	<i>Casado Mediana</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Orientação dos Cuidados de Saúde	,75	1,12	-1,56	,145
Contexto Vocacional	1,00	1,5	-1,37	,180
Contexto Doméstico	1,37	1,00	-1,31	,221
Relacionamento Sexual	1,00	,833	-1,73	,090
Relacionamento Familiar	1,40	,60	-,98	,377
Contexto Social	1,00	1,33	-,343	,743
<i>Distress Psicológico</i>	1,00	1,14	-,664	,510

sujeitos casados a "Orientação dos Cuidados de Saúde", o "Contexto Vocacional", o "Contexto Social" e o "Distress Psicológico" apresentam piores resultados de ajustamento; enquanto no grupo dos não casados são o "Contexto Doméstico", o "Relacionamento Sexual" e o "Relacionamento Familiar", os que apresentam resultados mais desfavoráveis.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Quanto à primeira hipótese formulada, verificamos que as fases precoces e moderadas da doença parecem conferir deterioração do contexto domé-

tico, relacionamento familiar e sexual, da vida social e promover níveis mais elevados de *distress* psicológico. Quanto à importância do relacionamento conjugal no ajustamento psicossocial à doença, os resultados parecem indicar uma tendência para um pior ajustamento a nível sexual, familiar e doméstico nos sujeitos não casados, enquanto que os sujeitos casados mostram maior vulnerabilidade a nível social, vocacional, na relação com os cuidados de saúde e níveis mais elevados de *distress* psicológico.

Com a evolução deste quadro de A.R., o doente vê-se perante a baixa eficácia da terapêutica e a imprevisibilidade dos surtos. Estes factores condicionam uma perspectiva face aos cuidados de saúde mais negativa, bem como uma maior deterio-

ração a nível do desempenho e satisfação profissional, desvalorizando o papel da vida laboral.

Não verificamos alterações da incidência da depressão de acordo com o estágio da A.R.. O que parece afastar, pelo menos nesta amostra, a hipótese da depressão como resposta a fenómenos de adaptação à doença.

Como já referido foi utilizada a DIGS, para diagnóstico de episódio depressivo *major*, uma entrevista concebida para reunir informação clínica relevante e proporcionar a estrutura necessária para uma definição cuidadosa dos sintomas (Azevedo *et al.*, 1993; Valente *et al.*, 1994). É um instrumento polidiagnóstico semi-estruturado que produz diagnósticos por computador de acordo com 12 sistemas operacionais de diagnóstico, entre os quais o ICD-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992); o DSM-III (Associação Psiquiátrica Americana, 1980); o DSM-III-R (Associação Psiquiátrica Americana, 1997); e o DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994). Um dado de particular relevância na nossa amostra foi a percentagem de doentes com o diagnóstico de depressão (56,25%). Esta percentagem é superior às incidências referidas pela literatura da especialidade nos doentes com A.R. A base de dados da DIGS está concebida para que se possa reunir com alguma flexibilidade toda a informação clínica conhecida de um sujeito, incluindo a história completa da doença. Adicionalmente esta entrevista proporciona a estrutura necessária para uma definição cuidadosa dos sintomas actuais e dos que se foram desenvolvendo ao longo da vida, do curso da doença e da informação relativa aos estados co-mórbidos (Azevedo *et al.*, 1993, 2000). O OPCRIT proporciona uma abordagem fidedigna, rápida e válida para a avaliação polidiagnóstica de perturbações psicóticas e afectivas e, ainda que tenha sido desenvolvido para a investigação da genética molecular, tem também vindo a ser designado por vários grupos para investigação clínica, epidemiológica e biológica (Craddock *et al.*, 1996). Foi testada a *interrater reliability* da versão portuguesa da DIGS e na maior parte dos casos o nível de concordância foi de 100%, com alguma variabilidade nas escalas de somatização (96% de concordância), esquizotipia (95% de concordância) e comportamento suicida (96,4%) (Azevedo *et al.*, 1999, Soares *et al.*, 1997).

O acordo entre os diagnósticos dos entrevistadores e o consenso de diagnósticos apresentou um valor de Kappa de 0,83 para o DSM-III-R e um valor de Kappa de 0,81 para o ICD-10. Também se constatou uma concordância excelente entre o diagnóstico dos entrevistadores e o diagnóstico final (DSM-III-R:  $k=0,88$ ; ICD-10 ( $k=0,88$ ), e quando comparado com o consenso de diagnósticos (DSM-III-R:  $k=0,89$ ; ICD-10:  $k=0,92$ ).

Dos dados fornecidos pela entrevista apresentamos, neste artigo, o diagnóstico de episódio depressivo *major* (DSM-III-R) que se refere ao momento de avaliação. Um dado de particular relevância na nossa amostra foi a percentagem de doentes com o diagnóstico de depressão (56,25%), valor superior a incidências referidas pela literatura da especialidade nos doentes com A.R..

#### Agradecimentos

Agradecemos à Prof<sup>a</sup>. Maria Helena Azevedo e à equipa que dirige na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a utilização da DIGS – *Diagnostic Interview for Genetic Studies* – e o treino na sua aplicação.

#### Abstract

*Rheumatoid Arthritis (RA) is a recurrent chronic disease that implicates joint inflammatory damage and compromises professional activities, leading to family stress and representing high public health costs. This autoimmune disease is more prevalent in women. It's assumed that emotional factors are relevant for the onset, maintenance and worsening of RA. Considering the evidence on the relationship established between chronic pain, most common complaint reported by RA patients, and depression, recent studies highlighted the possibility that the activation of immunity mechanisms could mediate depressive syndromes in autoimmune diseases. This study aimed to explore the relationship between clinical stadium and psychosocial adjustment to disease, to identify the prevalence of major depression in this sample of patients and the relationship*

between depression and psychosocial adjustment to disease in patients with RA. Different clinical and instrumental procedures were used to evaluate the functional state of the disease – clinical definition of stadium, progression and global functioning was used: Portuguese version of the Diagnostical Interview for Genetic Studies (DIGS) and the Portuguese version of the Derogatis Psychosocial Adjustment Scale. The methodology used followed a cohort model, with one moment of evaluation. Results show a percentage of major depression superior to 50. Apparently, disease progression, as reflected in the form of stadiums, is not related to major depression.

**Key-words:** Rheumatoid arthritis; Depression; Psychosocial Adjustment.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson LY, Seligman MEP & Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* 1978; 87: 49-74.
- Alsbaugh MA, Jensen FC, Rabin H, Tan EM. Lymphocyte transformed by Epstein-Barr virus. Induction of nuclear antigen reactive with antibody in rheumatoid arthritis. *J Exp Med* 1978; 147: 1018.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- Artrite Reumatóide Situação actual em Portugal, Boletim da A.N.D.A.R – Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide 2002.
- Azevedo M, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares M. Grupo de Estudos de Genética Psiquiátrica: Uma Década de Actividades. *Psiquiatria Clínica* 2000; 21(1): 13-22.
- Azevedo M, Soares M, Coelho I, Dourado A, Valente J, Macedo A, Pato M, Pato C. Using consensus OPCRIT diagnoses: An efficient procedure for best-estimate lifetime diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 154-157.
- Azevedo M, Valente J, Macedo A, Dourado A, Coelho I, Pato M, Pato C. Versão Portuguesa da "Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos". *Psiquiatria Clínica* 1993; 14(4): 213-217.
- Badley E, Rasooly I, Webster G. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilization. Findings from 1990 Ontario Health Survey. *Journal of Rheumatology* 1994; 21: 401-409.
- Badley E. The impact of disabling arthritis. *Arthritis Care Res* 1995; 8(4): 221-228.
- Barlow J, Williams B, Wright C. The generalised self-efficacy scale in people with arthritis. *Arthritis Care and Research* 1996; 9(3): 189-196.
- Bywaters EGL. Peripheral vascular obstruction in RA and its relationship to other vascular lesions. *Ann Rheum Dis* 1975; 16: 84.
- Branco JC. *Avaliação Diagnóstica em Reumatologia*. Permanyer: Portugal, 2000.
- Callahan LF, Rao J, Boutaug M. Arthritis and women's health: Prevalence, impact and prevention. *American Journal of Preventive Medicine* 1996; 12: 401-409.
- Chan KW, Fenson DT, Yood RA, Walker AM. Incidence of rheumatoid arthritis in Massachusetts. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 1691-1696.
- Cooke TD, Hurd ER, Jasiri HE, Bienenstock J, Ziff M. Identification of immunoglobulins and complement in rheumatoid articular collagenous tissues. *Arthritis Rheum* 1975; 18: 541-551.
- Craddock N, Asherson P, Owen M, Williams J, McGuffin P, Farmer A. Concurrent validity of the OPCRIT Diagnostic System. Comparison of OPCRIT Diagnosis with Consensus Best-Estimate Life-time Diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 58-63.
- Creed F. Psychological disorders in Rheumatoid arthritis: a growing consensus. In *Annals Rheuma Diseases* 1990; 49: 808-812.
- Delongis A, Folkman S, Lazarus RS. The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54: 486-495.
- DeVellis BM. Depression in Rheumatologic diseases. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 1993; 7: 241-158.
- Depue RA, SM Monroe. Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research. *Psychol Bull* 1986; 99: 36-51.
- Derogatis L. *Psychological Adjustment to Illness Scale: Scoring, Procedures and Administration Manual*. Baltimore: PCR, 1983.
- DerSimonian H, Sugita M, Glass DN, et al. Clonal Va12.1\* T cell expansions in the peripheral blood of reumatoid arthritis. *J Exp Med* 1993; 177: 1623-1631.
- Felton BJ, Revenson TA. Coping with Chronic Illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984; 52: 343-353.
- Felts W, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *Journal of Rheumatology* 1989; 16: 867-884.
- Fitzgerald JE, Ricartton NS, Maeyer A-C, et al. Analysis of clonal CD8\* T cell expansions in normal individuals and patients with reumatoid arthritis. *J Immunol* 1995; 154: 3538-3547.
- Flor H, Turk DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine* 1988; 11: 251-265.
- Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliot TR, Haut AE, Atwood C, Brownlee-Duffeck M, Kay DR. Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 1988; 15(6): 920-925.
- Garcia FB, Mejia RH, Lascuevas PM, Santana JF, Espinar AC. Epidemiology of musculoskeletal complaints and the use of health services in Asturias Spain. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1994; 23: 134-141.
- Glaser R, Lafuse WP, Bonneau RH, Atkinson C, Kiecolt-Glaser JK. Stress associated modulation of pro-oncogene expression in human peripheral blood leukocytes. *Behavioural Neuroscience* 1973; 107: 525-529.
- Goronzy JJ, Bartz-Bazzanella P, Hu W, et al. Dominant clonotypes in the repertoire of peripheral CD4\* T cells in reumatoid arthritis. *J Clin Invest* 1994; 94: 2068-2076.
- Harris ED. *Rheumatoid Arthritis*. 3 WB Saunders Co, Philadelphia, 1997.
- Hazes JMW, Dijkmans BAC, Vandenbroucke JP, et al. Pregnancy and the risk of developing reumatoid arthritis. *Arthritis Reum* 1990; 33: 1770-1775.
- Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressed symptoms among persons with reumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20(5): 790-796.
- Kelsoe G. Life and death in germinal centers (redux). *Immunity* 1996; 4: 107-111.
- Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. *Annual Reviews of Psychology* 1985; 36: 531-572.
- Kiecolt-Glaser, J, Greden JR, Dembinski S, Gardner R, Carrol B. Marital quality, Marital Disruption and Immune Function. *Psychosomatic Medicine* 1983; 49: 13-33.
- Kiecolt-Glaser, Glaser R, Cacioppo JT et al. Marital conflict in older adults: Endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59: 339-349.
- Kurosaka M, Ziff M. Immunoelectron microscopic study of the distribution of T cell subset in reumatoid synovium. *J Exp Med* 1983; 158: 1191-1210.
- Linos A, Worthington JW, O'Fallon WM, Kurland LT. The epidemiology of reumatoid arthritis in Rochester, Minnesota: a study of incidence, prevalence and mortality. *Am J Epidemiol* 1980; 111: 87-98.
- Manne SL, Zautra AJ. Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56(4): 608-617.

- McFarlane AC, Kalucy RS, Brooks PM. Psychological Predictors of Disease Course in Rheumatoid Arthritis. In *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 6: 757-764.
- Monteiro MF. Variáveis Psicossociais em Adultos com Artrite Reumatóide em fase Crônica. *Dissertação de Mestrado: Universidade do Minho*, 1999.
- Moos RH, Solomon GF. Psychologic comparisons between women with rheumatoid arthritis and their non arthritic sisters. I. Personality and interview data. *Psychosomatic Medicine* 1965; 27: 135-149.
- Nepom GT, Nepom BS. Prediction of susceptibility to rheumatoid arthritis by human leukocyte antigen genotyping. *Rheum Dis Clin North Am* 1992; 18: 785-792.
- Parker JC, Wright GE. Depression in arthritis and musculoskeletal disorders. In *Depression and Physical Illness*, MM Robertson and CLE Katona (Eds), chp 19, John Wiley & Sons: Chichester, 1997.
- Peterson C. Learned helplessness and health psychology. *Health Psychology* 1982; 1: 153-168.
- Rebelo LMHS (1996). O doente com artrite reumatóide e o seu contexto familiar. *Dissertação de Doutoramento: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*, 1996.
- Revenson TA, Felton BJ. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *J Con Clin Psychol* 1989; 57: 344-8.
- Rimon R, Lasso R. Overt psychopathology in rheumatoid arthritis: a fifteen-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1984; 13: 324-328.
- Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin* 1985; 97: 18-35.
- Shiozawa S, Jasin HE, Ziff M. Absence of immunoglobulins in rheumatoid cartilage-pannus junctions. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 816-821.
- Smith CA, Wallston KA. Adaptation in patients with Chronic Rheumatoid Arthritis: Applications of a general model. *Health Psychology* 1992; 11(3): 151-162.
- Soares M, Dourado A, Macedo A, Valente J, Coelho I, Azevedo H. Estudo de Fidelidade da Lista de Critérios Para Doenças Psicóticas. *Psiquiatria Clínica* 1997; 18(1): 11-24.
- Stevens DE, Merikangas KR, Merikangas JR. Comorbidity of Depression and other Medical Conditions. *Handbook of Depression*, EBeckham and W Leber (Eds), chp 6. The Guilford Press: New York, 1995.
- Spitzer WO, Harth M, Goldsmith CH, et al. The arthritic complaint in primary care: Prevalence, related disability and costs. *Journal of Rheumatology* 1976; 3: 88-99.
- Thompson PW, Silmar AJ, Kirwan JR, Currey HLF. Articular indices of joint inflammation in rheumatoid arthritis. Correlation with the acute phase response. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 618-623.
- Valente J, Macedo A, Dourado A, Coelho I, Azevedo MH. Disgnóstico Psiquiátrico na Investigação: Abordagem Polidiagnóstica. *Psiquiatria Clínica* 1994; 15(3): 131-135.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniel M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989; 262(7): 914-919.
- Weyand CM, Schmidt D, Wagner U, Goronzy JJ. The influence of sex in the phenotype of rheumatoid arthritis. *Arthritis Reum* 1998; 41: 817-822.
- Weyland M, Goronzy J. Rheumatoid Arthritis, In *Textbook of the Autoimmune Diseases*, R Lahita (Ed.) and N Chiorazzi, W Reeves (Ass Eds), chp 30. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2000.
- Williams DG. Autoimmunity in rheumatoid arthritis, sec 3. *Rheumatoid Arthritis and spondyloarthropathy* in Maini & Zvaifler Rheumatology, Klippel JH, Dieppe PA (eds). Mosby, 1994.
- Williams J, Farmer A, Ackenheil M, Kaufmann C, McGuffin P. The Opcrit Reliability Research Group. *Psychological Medicine* 1996; 26: 775-783.
- Whitacre CC, Cummings SO, Griffin AC. The Effects of Stress on Autoimmune Disease. In R. Glaser, J. Kiecolt-Glaser (Eds). *Handbook of Human and Immunity* (pp.77-79). Academic Press, 1994.
- Wordsworth BP, Bell JL. The immunogenetics of rheumatoid arthritis. In: McDevitt HO, ed. *Seminars in Immunopathology* 1992; Berlin: Springer; 14: 59-78.
- Zautra AJ, Guarnaccia CA, Dohrenwend BP. Measuring small life events. *Am J Comm Psychol* 1986; 14: 629-655.
- Zautra AJ, Burleson MH, Matt KS, Roth S, Burrows L. Interpersonal stress, depression and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol* 1994; 13: 139-148.