

## SINTOMAS PSÍQUICOS E DINÂMICA EMOCIONAL DE PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE

*Isabel Cristina Rodrigues Cartaxo<sup>1</sup>; Jadcelly Rodrigues Vieira<sup>2</sup>; Gislene Farias de Oliveira<sup>3</sup>*

### Resumo

O ser humano é uma unidade que envolve relações muito complexas entre o corpo físico e a mente. O aumento cada vez maior da expectativa de vida, implica também num aumento da morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis, muitas vezes incapacitantes e, que são determinantes da maior parte dos gastos com a saúde nos países desenvolvidos. Dentre essas, as doenças reumáticas. A comorbidade entre doenças físicas e emocionais tem sido demonstrada em diversos trabalhos científicos, que associam à presença de uma patologia orgânica ao aumento do risco de transtornos psiquiátricos. O presente estudo objetiva compreender, através dos discursos dos sujeitos, a relação existente entre artrite reumatóide e problemas mentais, como depressão, ansiedade, alterações significativas do humor, dentre outras. Trata-se de uma pesquisa exploratória e qualitativa, que utilizou como metodologia a história de vida de oito pacientes portadores de artrite reumatóide em tratamento em uma clínica de reumatologia localizada no bairro da Prata na cidade de Campina Grande – PB. Os dados coletados durante a entrevista foram gravados mediante autorização dos participantes e posteriormente submetidos a uma Análise de Conteúdo. Os resultados demonstraram uma clara necessidade de se associar ao tratamento médico-farmacológico, o tratamento psicológico. Os sujeitos demonstraram um grande interesse por serem ouvidos e, através de suas falas, poderem construir mentalmente, mecanismos de enfrentamento para sua nova condição de saúde.

**Palavras-chave:** Artrite Reumatóide, Doença crônica, Sintomas psíquicos.

## PSYCHIC SYMPTOMS AND EMOTIONAL DYNAMICS OF PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

### Abstract

The human being is a unity that involves very complex relationships between the physical body and mind. The continuous increasing in life expectancy, also implies an increase in morbidity from chronic non-communicable diseases, often incapacitating ones, and which are determinant for most health spending in developed countries. Among these, the rheumatic diseases. The comorbidity between physical and emotional illness has been demonstrated in several scientific studies linking the presence of an organic pathology with increased risk of psychiatric disorders. This study aims to understand, through the subjects' discourse, the relationship between rheumatoid arthritis and mental problems like depression, anxiety, significant changes of

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

<sup>2</sup>Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora Adjunta Universidade Estadual de Campina Grande - UEPB, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, Ceará, Brasil.

mood, among others. This is an exploratory and qualitative research, which used as methodology the life's history of eight patients with rheumatoid arthritis being treated in rheumatology clinic located in the neighborhood of Prata in the city of Campina Grande - PB. The data collected during the interview were recorded with permission of the participants and submitted to a content analysis. The results showed a clear need to join the medical-pharmacological treatment: psychological treatment. The participants showed great interest in being heard and, through their speeches, build mentally coping mechanisms for its new health condition.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis, chronic disease, psychiatric symptoms.

## Introdução

O ser humano é uma unidade muito complexa e composta por diversos sistemas biológicos diferentes que se harmonizam entre si, permitindo com a interação, eficácia entre o seu mundo interno e o externo. Para Chiattonne (1996) esta relação do indivíduo não se limita ao seu sistema interno, mas a uma integração que está no âmbito de uma visão total como ser único e existencial que interage com o meio social no qual está inserido. Desta forma é feito um convite para enxergar o indivíduo de forma não fragmentada, pois ele é uma unidade bio-psico-histórico-social substancial indivisível, que atua e sofre influências do processo social com suas atitudes, crenças e valores.

Alexander (1989) aponta que a medicina tem se importado com o paciente indivisível que transcende as limitações de um órgão doente. Acrescenta ainda, que nas décadas de 70 e 80 houve crescente atenção às influências da emoção nas doenças, pois o paciente como ser humano traz consigo preocupações, temores, esperanças e desespero que não estão separados do ser que é o portador de um órgão doente.

A Medicina Psicossomática surge com a proposta de estudar a mente e o corpo, como fatores inseparáveis, e este estudo, afirma Melo Filho (1983), é um tema que vem crescendo no campo médico e repercutindo grande importância no século atual.

O Brasil é um país que envelhece velozmente: a expectativa de vida aumentou de 33 para 68 anos durante o século XX. De acordo com a última *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Pnad), a população de idosos ultrapassa 17 milhões, correspondendo a aproximadamente 10% da população brasileira (IBGE;2004). As projeções para o ano 2020 estimam 32 milhões, o que colocará o Brasil na sexta posição mundial em número de idosos (BRASIL; 1999).

O aumento progressivo na expectativa de vida implica aumento da morbidade por doenças

crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são incapacitantes e que são determinantes da maior parte dos gastos com a saúde nos países desenvolvidos. Como exemplo desse tipo de doenças tem as doenças reumáticas, que são doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, e por vezes de origem psicossomática.

Há mais de uma centena de doenças reumáticas, cada qual com vários subtipos, onde se incluem as doenças inflamatórias do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos, as doenças degenerativas das articulações periféricas e da coluna vertebral, as doenças metabólicas ósseas e articulares, as alterações dos tecidos moles periarticulares e as doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores (RAMOS et al, 1987)

As doenças reumáticas podem ser agudas, recorrentes ou crônicas e atingem pessoas de todas as idades. As mulheres, sobretudo a partir dos 65 anos, são quem mais sofre com as doenças reumáticas. A depressão na população idosa, por exemplo, é um importante problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência, e freqüente associação com doenças crônicas, impacto negativo na qualidade de vida e risco de suicídio. Aproximadamente 15% a 20% dos idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos (KALACHE et al; 2004).

A comorbidade entre doenças físicas e mentais é de grande interesse, sendo geralmente aceito que a presença de uma patologia orgânica aumenta o risco de transtornos psiquiátricos. Doenças clínicas podem contribuir para a patogênese da depressão através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais. Tal associação pode ser vista de modo bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas exacerbando sintomas depressivos. Essa complexa relação tem implicações importantes tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão.

A artrite reumatóide apresenta uma prevalência de transtornos depressivos e ansiosos acima da média habitualmente encontrada na população em geral. Essa grande diferença provavelmente se deve à variedade das populações estudadas e também ao uso de questionários diferentes para determinação da presença de sintomas depressivos ou ansiosos (SALES, 2009).

Não há consenso na literatura sobre a origem da maior prevalência dos sintomas psiquiátricos na artrite reumatóide. Estes poderiam ocorrer em razão de seqüelas de uma doença incapacitante ou da própria atividade clínica de uma doença inflamatória crônica. Porém, é importante ressaltar que as alterações do estado de humor agravam as queixas dos pacientes, dificultando a continuidade do atendimento e, muitas vezes, piorando o quadro evolutivo. Essa sobreposição pode causar distorções em sua avaliação e eventualmente influenciar na condução do tratamento.

## A Psicossomática

Tanto o conceito de saúde e doença quanto a discussão da relação mente e corpo têm sido objeto de interesse ao longo da história. A superstição, a magia e o ato de curar eram mesclados e a figura do médico e sacerdote encontrava-se neste cenário.

Segundo Ramos (1994), o xamã era o mediador entre as forças cósmicas e o doente. Outras civilizações antigas, como a assírio-babilônica, davam conta da associação dos demônios e doenças, como era o caso das doenças oculares, atribuídas ao vento Demônio do Sudoeste.

Na mitologia grega várias divindades estão vinculadas à saúde: Apolo, Esculápio, Higiéia e Panacéia. Já em um período posterior grego, Hipócrates, Platão e Aristóteles já consideravam a unidade indivisível do ser humano. Platão descrevia a alma como preexistente ao corpo e a ele sobrevivente, enquanto Aristóteles postulava que todo o organismo é a síntese de dois princípios: matéria e forma.

A visão popular de doença atribuía as enfermidades aos deuses, como pode ser observado no caso da peste que afligiu os gregos, descrita na *Ilíada* de Homero. Hipócrates de Cós (460 a.C.), que deu à medicina o espírito científico, em uma tentativa de explicar os estados de enfermidade e saúde, postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue; desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio destes elementos. Ele via o homem como

uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização deste estado (VOLICH & FERRAZ, 1997).

Haynal & Pasini (1989) acrescenta que a partir destes conceitos Hipócrates afirmava que os asmáticos deviam se resguardar da raiva. Ressalta ainda que, no período helênico, Demócrito via o corpo como uma *tenda* (*skênos*), habitação natural da alma, tida como a causa da vida e da sensação. A teoria democritiana preconizava que os átomos da alma (que eram finos e arredondados e formados por um elemento não menos precíval que o corpo) insinuavam-se pelos poros, explicando, deste modo, as sensações.

Cláudio Galeno (129-199), revisitou a teoria humoral e ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio.

O conceito de Galeno a respeito de saúde e doença prevaleceu por vários séculos, até o suíço Paracelsus (1493-1541), afirmar que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Ele propôs a cura pelos semelhantes, baseada no princípio de que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos, e passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais.

Ao avaliar o período da modernidade nota-se um interesse crescente pelas ciências naturais. Esta postura dualista teve grande influência no pensamento médico, sendo reforçada no século XIX com o avanço representado pelas descobertas de Pasteur e Virchow e a visão de uma etiologia de causa específica de doença reforçando esta tendência ao reducionismo.

No fim do século 19 Pierre Janet (apud Canova, 2004), através do caso de Marie, levantou a hipótese psicodinâmica para um processo psicossomático. A partir do início do século XX, com o desenvolvimento da teoria psicanalítica, Freud, através do conceito de determinismo psíquico, resgata a importância dos aspectos internos do homem.

Observa-se que desde seu início a psicanálise partiu do corpo, com os estudos de Freud sobre a histeria e sua atenção às conversões (Cataldo, 1991). Como afirmou Freud (1923/1976), o ego é, primitivamente e antes de tudo, um ego corporal. Em 1917, Groddeck, influente psicanalista, inicia o período analítico de sua obra escrita, com a aprovação de Freud, embora afirme sua

independência de espírito. Esse autor publica "Determinação psíquica e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas", sendo este considerado um marco da medicina psicossomática. Nesta obra propõe que o mecanismo psicológico da conversão histérica poderia ser generalizado para outras doenças somáticas, como uma expressão simbólica de desejos inconscientes manifestados no corpo do paciente (HAYNAL & PASINI, 1998).

Groddeck considerava que toda doença tem um sentido e não é fruto do acaso; que é uma solução problemática para os conflitos que pontuam cada ser humano. A saúde seria responsabilidade de cada um e ao médico competiria, não curar, mas tratá-la, criando, em colaboração com o paciente, condições adequadas de saúde (ÉPINAY, 1998).

Um retorno à postura holística é observado quando passamos a avaliar o termo psicossomático, que atualmente é compreendido como a inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos (Ramos, 1994). Classicamente, psicossomático é definido como todo distúrbio somático que comporta em seu determinismo um fator psicológico interveniente, não de modo contingente, como pode ocorrer com qualquer afecção, mas por uma contribuição essencial à gênese da doença (JEAMMET, REYNALD & CONOLI, 1989).

A expressão *psicossomático* foi cunhada pelo psiquiatra alemão Heinroth, em 1908, para tentar explicar a insônia. Esse autor acreditava na influência das paixões sexuais sobre algumas doenças, como tuberculose, epilepsia e câncer; mas o movimento consolidou-se com Alexander e a criação da Escola de Chicago. Outra contribuição de Heinroth foi a definição do termo *somatopsíquico*, em 1828. Segundo Heinroth, o fenômeno somatopsíquico se verificava quando o fator corporal modificava o estado psíquico (Canova, 2004; Haynal, 1993; Mello Filho, 1992; Ramos, 1994).

Volich & Ferraz (1997) afirmam que vários estudiosos começaram a defender a dinâmica psíquica no contexto das patologias somáticas e que em 1926, Ferenzi introduziu o termo neurose de órgão para descrever algumas doenças que se diferenciavam das neuroses clássicas. Neste mesmo ano, F. Deutsch reintroduziu o termo "psicossomática", que havia desaparecido, e defendeu a possibilidade do tratamento psicanalítico nas patologias orgânicas.

O fenômeno psicossomático, dentro da psicanálise, foi abordado de formas diferentes. Groddeck, apud Épinay (1998), por exemplo, pensava ser toda doença orgânica, expressão de um

conflito inconsciente ou uma expressão do inconsciente.

Outro importante estudioso e contribuinte na história da psicossomática psicanalítica foi Franz Alexander, que estudou algumas doenças, às quais atribuiu uma determinação psicossomática, podendo ser possíveis de uma abordagem psicanalítica (VOLICH & FERRAZ, 1997).

Todos os que contribuíram na estruturação da psicossomática, visavam descobrir algo que viesse a acrescentar entendimento da psicossomática. De acordo com Haynal & Pasini (1989) as observações realizadas na fase de construção da psicossomática, induziram aos estudiosos a buscarem traçar o perfil das personalidades que tinham tendência para desencadear uma enfermidade taxada psicossomática.

Alexander (1989), fez o levantamento de seus estudos a partir de um sistema coerente que estabelecia um paralelo entre conflitos específicos e certas modificações fisiológicas. Alexander considerava a musculatura de inervação voluntária como sintoma de inervação do tipo histérico. Para ele, existem dois tipos de doenças psicossomáticas: uma é a expressão de tendências hostis agressivas, luta e fuga, bloqueadas, isto é, não se traduzem no comportamento manifesto, enquanto que a outra é a expressão de tendências inibidas que se manifestam no comportamento ligado à dependência e à busca de apoio.

## Principais doenças psicossomáticas

As doenças psicossomáticas surgem como conseqüência de processos psicológicos e mentais do indivíduo desajustados das funções somáticas e viscerais e vice-versa. Caracterizam-se como as possibilidades de distúrbios de função e de lesão nos órgãos do corpo, devido ao mau uso e ao efeito degenerativo, e descontroles dos processos mentais. Diferencia-se neste ponto das doenças mentais, em que o mau desempenho não é opcional.

Distúrbios emocionais desempenham papel importante, precipitando o início, a recorrência ou o agravamento de sintomas, distinguindo das doenças puramente orgânicas. Porém, elas podem se transformar em doenças crônicas ou ter com um curso fásico. Tendem a associar-se com outros distúrbios psicossomáticos. Isso pode ocorrer numa família, em diferentes períodos da vida de um paciente ou em certos ambientes de trabalho e até de lazer. Mostram grandes diferenças de incidência nos dois sexos.

Literalmente e redutivamente, alguns profissionais de saúde ainda fazem a distinção entre as doenças psicossomáticas e outras de fatores genéticos, acidentais, ambientais ou orgânicos e, neste caso limitam as manifestações psicossomáticas exclusivamente nas alterações com causas de origem psicológicas. Aceitando que a mente, por não conseguir resolver ou conviver com um determinado conflito emocional, passa a produzir mecanismos de defesa com o propósito de deslocar a dificuldade e/ou

"ameaça" psíquica para o corpo. Com isso, acaba drenando, na forma de doença e seus respectivos sintomas, o afeto doloroso.

Neste sentido, de acordo com FONSECA (1997) entre várias doenças aceitas como psicossomáticas pudemos agrupar no quadro abaixo as seguintes perturbações funcionais e psicossomáticas em relação aos vários sistemas do organismo:

SISTEMA	PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS	DOENÇA PSICOSSOMÁTICA
CARDIOVASCULAR	Taquicardia, palpitações, cordialgia pseudoanginosa, opressão torácica, lipotímia, síncope	Hipertensão arterial Doença coronária/ Enfarte do miocárdio
RESPIRATÓRIO	Tosse seca, disfonia, soluços, suspiros, dispneia, hiperventilação	Tuberculose pulmonar Asma
DIGESTIVO	Anorexia, bulimia, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia, aerofagia, cólicas intestinais, dispepsia, discinesia biliar, cólon irritável	Úlcera péptica Colite ulcerosa Anorexia mental Perturbações da função nutritiva
ENDÓCRINO	Variações de peso, hipoglicemia, glicosúria	Obesidade Diabetes Hipertiroidismo
GINECOLÓGICO	Dismenorréia, algias pélvicas, vaginismo	Amenorréia psicogênica Esterilidade psicogênica
CUTÂNEO	Prurido, eritema, anestésias, parestesias	Urticária, Alopecia areata, Dermatite atópica, Psoríase, <i>Acne vulgaris</i>
LOCOMOTOR	Dores (lombalgias, raquialgias), fadiga muscular, espasmos, contracturas	Artrite reumatóide
NEUROMUSCULAR	Cãibras, tics	Cefaléias de tensão Cãibra do escritor

Porém, segundo Volich (2010), o surgimento dos sintomas das doenças psicossomáticas depende e varia de acordo com três fatores interdependentes:

- Qualidade de vida, incluindo hábitos alimentares, atividades físicas, sedentarismo, etc.
- Herança genética, que pode deixar os indivíduos mais predispostos para desenvolverem alguns tipos de doenças.
- Fatores psicoafetivos de acordo com o manejo das emoções, dos traumas e dos

sentimentos de abandono, rejeição, inclusão, culpa, etc.

### Artrite Reumatóide

A Artrite Reumatóide (A.R.) é uma doença crônica, recorrente, que provoca deformação articular e compromete as atividades profissionais, conduzindo a tensões familiares e representando elevados custos de saúde pública. As suas características auto-ímmunes manifestam-se clínica e laboratorialmente, com maior incidência no gênero feminino. Os fatores emocionais relacionados a diferentes estressores são apontados como

relevantes no início, na manutenção e no agravamento da A.R..

A Artrite Reumatóide (A.R.) é uma doença crônica, 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.

Fatores socioeconômicos, estilo de vida, gênero e hormônios sexuais têm sido apontados como responsáveis pelo aumento do risco para a A.R.. Como em outras doenças auto-imunes, a incidência é maior nas mulheres e o papel do estrogênio, embora ainda não completamente esclarecido, pode explicar a indução do início da doença durante a gravidez, o agravamento no pós-parto e a influência protetora da prolactina (QUEIROZ, 1991).

A produção de fatores reumatoides, 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-reatividade 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 (QUEIROZ, 1996), conduzindo à presença articular de células B, células T, macrófagos e sinoviócitos.

Para além do envolvimento sinovial, a imunidade celular reflete e confirma a influência dos fatores genéticos: alteração de subpopulações de células T e sobrestimulação das células T nos órgãos linfóides e sangue periférico (BRENOL, MONTICIELO & XAVIER, 2007).

O único indicador sorológico de diagnóstico é a presença da Imunoglobulina M (IgM), fator reumatóide (FR) produzido por um subtipo de linfócitos B (CD5+) que se localizam na sinovial (QUEIROZ, 1991). 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 ativados por antígenos locais, levando à formação de imunocomplexos. A nível da cartilagem, a produção de anticorpos pode levar à ativação do Complemento e assim estimular a inflamação local; a deposição de complexos de imunoglobulinas e fração 3 do Complemento (C3)

surge em 93% dos doentes com A.R., com um característico padrão granular, e tem provavelmente a capacidade de ativar os macrófagos (LESSA, 1998).

Em resumo, a susceptibilidade genética e a reatividade imunológica dão origem a um conjunto de mecanismos destrutivos que, intercalados com respostas reparadoras, conduzem ao quadro clínico de A.R.

O comprometimento inicial das articulações periféricas, particularmente das mãos e pés, vai determinar ao longo da evolução as limitações características desta doença, influenciando a capacidade de mobilização e prejudicando as atividades 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 afetadas, formas mais graves da doença podem atingir outras articulações, como as dos ombros, cotovelos e coluna vertebral (QUEIROZ, 1991).

Por outro lado, o comprometimento 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. (QUEIROZ, 1996).

O seu perfil evolutivo é imprevisível, e apesar de períodos de remissão poderem ocorrer, a sua evolução quase sistematicamente reflete o progressivo agravamento clínico, com grande frustração para o doente e para o médico (QUEIROZ, 1991).

A artrite reumatóide atinge indivíduos de todas as idades, sendo mais freqüente 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 (BRENOL, MONTICIELO & XAVIER 2007), com tendência a convergir em idades avançadas, com as mulheres e homens mais velhos afetados em proporções iguais.

## Artrite Reumatóide e conseqüências Emocionais

Dentro dos problemas psicossociais que cuminam com a AR, 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 direto nas atividades cotidianas, 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 atividades 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 (QUEIROZ, 1996).

O impacto médico e social torna também a A.R. num importante problema de saúde pública com pesados encargos socio-econômicos. Doentes com artrite reumatóide, atingidos durante a sua vida ativa, são obrigados a afastar-se frequentemente do seu trabalho por períodos que se tornam prolongados e recorrentes, responsáveis por 70% de demissões antecipadas. Os custos econômicos 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 (BRENOL, 2007).

## Artrite Reumatóide e depressão

A associação entre A.R. e Depressão tem sido relatada ao longo do tempo. As dificuldades de avaliação dos quadros depressivos resultam da coexistência de sintomas condicionados pela doença física sobreponíveis aos avaliados instrumentalmente para diagnóstico de depressão (TEIXEIRA et al, 1987) mas, resolvidas as questões metodológicas, a

depressão surge ainda como o transtorno mais frequente dos doentes com A.R..

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 (TEIXEIRA et al, 1987).

Curiosamente, parece haver uma relação entre o início da doença e acontecimentos importantes da vida das pessoas (morte de familiar, divórcio). De fato, aspectos de stress psicossocial (luto, desemprego e divórcio inesperado) parecem poder constituir fatores predisponentes ao aparecimento da A.R. e, juntamente com um deficiente estado socio-econômico e educacional, fragilizantes para a depressão. TEIXEIRA et al. (1987), estudando a influência de fatores 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 estressores 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 tornam-se assim particularmente importante para os doentes que sofrem de perturbações auto-imunitárias como a A.R..

As características etiopatogênicas, clínicas e epidemiológicas da Artrite Reumatóide determinam alterações dramáticas nas atividades 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 diminuição na 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. predispõe 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 fato, as fases iniciais de adaptação a uma doença crônica 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 relaciona com os níveis de adaptação à doença, nas suas diversas vertentes, bem como com a sintomatologia depressiva apresentada.

### Justificativa

As doenças reumáticas são o grupo de enfermidades crônicas mais frequentes no ser humano. A incapacidade funcional e laboral que geram tem um forte impacto econômico-social na vida dos indivíduos portadores de tais doenças tendo em vista que necessitam interromper suas atividades para tratar e não agravar os sintomas das mesmas.

A perda de autonomia gerada pelas doenças reumáticas pode ser responsável pelo surgimento de um quadro de alterações de humor influenciando na ocorrência de quadros de depressão. Para REIS & PEREIRA (2002), a depressão ocorre muitas vezes concomitantemente a uma doença clínica, podendo ser uma complicação da doença, ou de seu tratamento, a sua causa em geral, trata-se de uma relação altamente complexa, algumas vezes mal-interpretada e, frequentemente, negligenciada. A depressão é o mais comum dos distúrbios psicológicos associados à doença clínica e é, ao mesmo tempo, não detectada ou não tratada (BRASIL, 1999).

O presente estudo se propõe, a analisar a situação de pacientes em tratamento em uma clínica de reumatologia, no que se refere ao seu estado mental, bem como saber se a doença em questão, no caso a artrite reumatóide, é produto de alguma desordem de cunho emocional, preexistente nos pacientes pesquisados o que a colocaria num quadro de doença psicossomática, para dessa forma propor a implantação de um serviço psicoterapêutico em conjunto com o serviço de enfermagem contribuindo para a melhoria do tratamento e da qualidade de vida desses indivíduos.

Diante do exposto nos propomos a conhecer, através dos discursos dos sujeitos, a relação existente entre Artrite Reumatóide e a sintomatologia Emocional dos envolvidos. Para isso, foi necessário

também investigar a) se existe a ocorrência de problemas mentais em pacientes portadores de artrite reumatóide; b) Identificar em que momento da vida dos pacientes surgiu os sintomas da doença e; c) Conhecer as alterações do humor nos pacientes em tratamento e se houver, se essas alterações influenciam nos resultados do tratamento.

### Método

Optou-se por um estudo do tipo exploratório e descritivo, por ser uma temática pouco discutida na literatura e, por isso, necessitar de maiores informações sobre o objeto de investigação. Segundo Vieira e Hossne (2001) o estudo descritivo propõe-se a fazer a descrição das características de uma população determinada entendendo que o objeto de estudo está ligado a múltiplos fatores e a um complexo de inter-relações. Além disso, demonstra como os componentes do estudo estão relacionados (POLIT & HUNGLER, 1995).

A população do estudo foi constituída por oito pacientes portadores de artrite reumatóide em tratamento em uma clínica de reumatologia localizada no bairro da Prata na cidade de Campina Grande – PB.

A amostra foi por conveniência uma vez que foram incluídos na pesquisa apenas os indivíduos que se fizeram presentes na referida clínica no período da coleta de dados da pesquisa e que tinham diagnóstico de Artrite Reumatóide..

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico, com o propósito de identificar o perfil de cada participante. E por fim recorreremos ao método da história oral de vida por concordarmos com Albert (1989, p. 52) quando afirma que este método de pesquisa,

[...] privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc.

Levando-se em conta que na história oral de vida o pesquisador deve ser o mais discreto possível, para evitar toda intervenção que possa fazer desviar a



trama narrada pelo sujeito, evitou-se colocações particulares e/ou comentários do pesquisador.

### Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados durante a entrevista foram gravados mediante autorização dos participantes em seguida foram transcritos para o papel na íntegra para só em seguida serem analisados.

Em seguida, os dados colhidos serão submetidos à Análise de Conteúdo que BARDIN (2002, p.34) define como,

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens.*

### Análise e Interpretação dos Dados

Para que possamos compreender a as dinâmicas emocionais envolvidas, foi necessário uma breve apresentação dos sujeitos da pesquisa, a saber:

Com o objetivo de preservar o sigilo sobre a identificação de cada uma das pessoas envolvidas foram identificadas apenas pelo nome fictício. Os nomes de flores, teve como único propósito remeter o leitor a relação de beleza e fragilidade, dado que os sujeitos foram todos do sexo feminino.

COLABORADORA 1: Gardênia, tem 52 anos, é natural de Casserengue, é casada, tem três filhos, mora com o marido, é agricultora, mais não tem conseguido realizar suas atividades, recebe auxílio da previdência social, possui ensino fundamental incompleto, teve a artrite reumatóide diagnosticada há quatro anos.

COLABORADORA 2: Rosa, tem 65 anos, é natural de Souza, é casada, tem cinco filhos, mora com o marido e uma filha, é do lar, possui ensino fundamental incompleto, sendo analfabeta funcional, pois confirma que só consegue assinar o nome mais não consegue ler, não soube informar a quanto tempo teve a artrite reumatóide diagnosticada.

COLABORADORA 3: Margarida, tem 57 anos, é natural de Itatuba, é divorciada, tem três filhos, mora

com uma filha, é professora aposentada, possui ensino superior completo com pós-graduação em educação de jovens e adultos, teve a artrite reumatóide diagnosticada há dez anos.

COLABORADORA 4: Acácia, tem 32 anos, é natural de Pombal, é casada, não tem filhos, mora com o marido, é comerciária atualmente recebendo auxílio doença da previdência social, possui ensino médio completo, teve a artrite reumatóide diagnosticada há mais ou menos dois anos e meio.

COLABORADORA 5: Dália, tem 69 anos, é natural de Cuité, é casada, tem três filhos, mora com o marido, é agricultora, possui ensino fundamental incompleto, teve a artrite reumatóide diagnosticada há cinco anos.

COLABORADORA 6: Hortênsia, tem 62 anos, é natural de Lagoa Seca, é viúva, teve quatro filhos, mais apenas dois estão vivos atualmente, mora com uma irmã, é aposentada, possui ensino fundamental incompleto, teve a artrite reumatóide diagnosticada há três anos.

COLABORADORA 7: Camélia, tem 55 anos, é natural de Campina Grande, é casada, tem dois filhos, mora com o marido, é auxiliar de escritório, possui ensino médio completo, teve a artrite reumatóide diagnosticada há quatro anos e meio.

COLABORADORA 8: Açucena, tem 27 anos, é natural de Campina Grande, é casada, tem um filho, mora com o marido e o filho, é auxiliar de lanchonete, mais atualmente está afastada de suas atividades, possui ensino fundamental completo, teve a artrite reumatóide diagnosticada há dois anos.

A coleta de dados se deu no interior de uma clínica de reumatologia onde as pessoas pesquisadas realizam tratamento da Artrite Reumatóide, antes de participarem da pesquisa as pessoas foram orientadas quanto ao objetivo, a forma como se daria a coleta dos dados, e a total liberdade de deixar a pesquisa caso desistissem de participar da mesma. Foram colhidas as autorizações para o uso das informações através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os depoimentos foram gravados e logo após foram transcritos na íntegra para só ai serem analisados.

As falas das pessoas pesquisadas foram analisadas utilizando-se a análise de conteúdo preconizada por Bardin (2002). Sendo assim a

pesquisa não se deu de um modo rígido, mas configurou-se a partir das narrativas das pessoas.

A análise de conteúdo torna explícitos os elementos não visíveis do processo de viver e adoecer por conseguir evidenciar relações entre o fato objetivo da desordem biofisiológica e algumas dimensões constituídas por valores, símbolos, representações, desejos e comportamentos, somente alcançados por meio de incursões à subjetividade, expressa pela sua enunciação verbal (Rodrigues & Leopardi, 1999).

Dentre as técnicas adequadas à análise de conteúdo, neste estudo, optamos pela análise temática por acreditarmos ser a mais adequada a pesquisa. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo os critérios relativos ao referencial teórico que serve de guia à leitura (BARDIN, 2002).

Como meio de organizar os dados, estes serão agrupados em categorias. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2002). As narrativas originadas das entrevistas são uma fonte riquíssima de dados. Nesta pesquisa, restringimos ao seu objetivo e, portanto, as categorias foram organizadas de modo a responder a esse objetivo. Sabe-se que a pesquisa com outro objetivo e outro referencial teórico, poderiam levar a outras categorizações.

As percepções dos sujeitos das pesquisa eliciaram 04 (quatro) Categorias ou Eixos temáticos:

Categoria 1: A vida antes da Artrite Reumatóide;

Categoria 2: O início dos sintomas;

Categoria 3: A vida com Artrite Reumatóide;

Categoria 4: Um corpo que dói, a mente que sofre.

Os temas foram escolhidos após uma breve leitura das narrativas que nos levaram a sugestão dos mesmos, como uma forma de tentar dividir os momentos vividos pelos envolvidos e que demonstram claramente serem momentos com conotações diversas. Os eixos temáticos foram submetidos a três espertos na temática das Representações sociais, para validarem os mesmos.

A seguir, discute-se cada Categoria separadamente:

### **Categoria 1: A vida antes da Artrite Reumatóide**

As narrativas mostram que para as pessoas pesquisadas a relação com o passado em geral é algo nostálgico que é falado com um sentimento de

saudade de bons momentos, em sua grande maioria as narrativas demonstram uma relação de conforto ao falar sobre o passado, as pesquisadas demonstravam-se bastante saudosas ao lembrar-se dos momentos de infância, adolescência, das relações que tiveram com seus cônjuges.

A infância em geral foi lembrada como uma fase feliz apesar de algumas descreverem que tinham um ambiente com limitações financeiras, em alguns casos também existe a narração de atividade laboral ainda na fase da infância, contudo nada que fosse lembrado com pesar e desconforto.

A fase da infância foi narrada como uma fase tranqüila, sem grandes acontecimentos que marcassem negativamente esse período, todas as participantes têm boas lembranças do período, narram boa convivência com os pais e irmãos, e demonstraram lembrar com bastante satisfação deste período.

Uma pessoa não nasce membro de uma sociedade. Nasce com a predisposição para a socialização e torna-se membro da sociedade em processo dialético entre interiorização e exteriorização. Interiorização no sentido de apreender o mundo como realidade social dotada de sentido e exteriorização ao se colocar no mundo social (BERGER & LUCKMANN, 1976).

Não existe nos relatos a presença de relações conflitantes entre os pais, as narrativas demonstram um ambiente familiar tranqüilo e harmonioso, que com o advir da fase adulta é transferido para os esposos na relação conjugal onde em muitos existe na narrativa a impressão de que o esposo passa a ocupar o lugar que antes era do pai das pesquisadas.

A infância é citada como uma fase tranqüila e sem sobressaltos como expõe Camélia:

*“ Minha infância foi uma infância muito alegre eu sempre me senti muito feliz, brinquei muito, aprontei muito, como toda criança normal.”*

Em geral os relatos sobre a infância foram breves e vagos como se as pesquisadas lembrassem pouco do referido período, o que pode ser entendido também como uma fuga uma vez que a atual situação não traz tantas lembranças boas e lembrar de uma fase boa talvez as fizessem se sentir infelizes agora.

São citações sempre muito curtas sobre a infância como mostra Gardênia: “...eu tive uma vida muito tranqüila quando era menina, fui criada no meio de gente simples...”.

A transição das pesquisadas para a fase adulta se deu de forma bastante semelhante, através da formação de suas famílias, quando casaram e tiveram filhos em geral foi esse o ponto de partida para a vida adulta, suas famílias constituíram-se como a de seus pais, começaram a namorar cedo e logo tiveram filhos. Pode-se perceber o percurso que as pesquisadas foram trilhando pela vida. A maioria possui baixo grau de instrução tendo cursado o ensino fundamental incompleto, apenas uma tem ensino superior completo.

A princípio o perfil relatado pelas pesquisadas sugere que elas não planejaram os acontecimentos em suas vidas os eventos foram acontecendo de forma aleatória em suas vidas, mas de maneira natural, deixando a sensação de que elas passam pela vida, e não vivem de uma forma ativa são levadas pelos costumes sem se posicionar, com exceção de uma das pesquisadas que relatou ter tido um sonho que lutou para alcançar em sua vida conforme diz Margarida:

*“Eu nasci e me criei em uma cidade pequena até que minha vontade de estudar e ser alguém na vida me levou para uma cidade maior foi aqui em Campina que terminei meus estudos e entrei para uma universidade para realizar meu grande sonho que era ser professora...”*

A relação com o cônjuge em geral é narrada como uma relação tranqüila exceto em casos onde a pesquisada relata a relação com certo pesar, como narra Margarida:

*“... meu casamento foi um período que hoje eu lembro com tristeza mais no tempo era tudo as mil maravilhas eu era louca por meu marido, ele dizia que gostava de mim e foi assim por muito tempo, mais hoje vejo que talvez eu gostasse mais dele do que ele de mim.”*

Uma pessoa constitui sua identidade por meio de processos de identificação, ou seja, as experiências cotidianas proporcionam situações que demandam escolhas e posicionamentos em relação a condutas e valores, tanto pessoais quanto alheios. As noções construídas diariamente pelos seres humanos de igualdade e diferença representam o alicerce para a construção da identidades. A cultura proporciona referências a partir dos quais os atores sociais acessam os elementos do cenário de conduta para desempenhar seus papéis (Kemp, 2002).

O período antes da Artrite Reumatóide é lembrado como um período produtivo onde as narrativas demonstram uma vida ativa com as pesquisadas descrevendo suas atividades laborais que eram desenvolvidas sem grandes dificuldades, é um período de vida ativa onde as mesmas se mostram mulheres ativas que se dividiam entre as atividades domésticas e profissionais, seja por meio de trabalho rural ou urbano.

As narrativas trazem esse período de trabalho como um período sem grandes alterações antes do diagnóstico da Artrite Reumatóide como demonstra o trecho da narrativa de Dália:

*“Durante toda minha vida sempre fui de trabalhar no serviço pesado da roça, planto, meu roçado eu mesmo planto eu mesmo colho, tudo junto com meu marido, eu meu velho sempre gostamos de ter um pedacinho de terra para plantar.”*

O que podemos apreender das narrativas é que o período antes do diagnóstico da AR trata-se de um período que para as pesquisadas foi vivido de forma normal com uma rotina que não difere de maneira nenhuma da rotina de uma pessoa sem problemas de saúde, trata-se de um período produtivo para as mesmas, onde puderam desenvolver suas atividades profissionais sem restrições.

O período também é narrado como uma fase onde não havia problemas de saúde aparentes que atrapalhassem a rotina do dia a dia das pesquisadas, em geral as narrativas demonstram que não havia outros problemas crônicos de saúde pré-existentes, talvez por isso elas se refiram a esse período como período de vida normal.

## **Categoria 2: O início dos sintomas**

Foi com a descrição do início dos sintomas que podemos constatar o que a literatura nos refere quando afirma que ainda não é conhecido o fator primário desencadeante da Artrite Reumatóide sabendo-se apenas que há a influência de diferentes fatores para seu aparecimento e que são eles também que interferem no agravamento dos sintomas (FIGUEIREDO et al, 2004).

Ao falar sobre o início dos sintomas as pesquisadas apresentam uma narrativa mais detalhada com componentes que nos permitem identificar quase que de forma linear o desenvolver dos sintomas da Artrite Reumatóide, é visível que esse período é lembrado com pesar pelas pesquisadas, seus olhares

tornam-se mais tristes, os gestos passam a nos transmitir todo desconforto que essas pessoas sentem quando relembram o início dos sintomas da doença.

Ao longo de suas descrições é possível avaliar o quão diferentes são os momentos em que a doença começa a manifestar seus sintomas, as narrativas descrevem momentos bem diferentes para este início que vão desde a vida cotidiana normal da pessoa até fases de profundo estresse emocional como a perda de um ente querido como temos nas falas de Gardênia e Hortêncina respectivamente:

*“Essa doença começou assim sabe com se fosse uma coisinha boba ai eu no inicio nem dei muita importância, aparecia uma dorzinha aqui outra ali ai eu tomava um remédio qualquer pra dor e aliviava e eu ia levando a minha vida...” e “Depois que meu filho se foi eu perdi minha saúde, começou a aparecer doença em mim que todo mundo achava que eu não ia resistir, meus outros filhos ficaram preocupados comigo era uma luta deles comigo porque eu só queria chorar, não tinha vontade de fazer nada tudo perdeu a graça para mim, fui adoecendo aos poucos e cada dia mais...”*

Por não ter conhecimento sobre a doença a grande maioria das pesquisadas relatam uma trajetória muito longa até conseguirem obter um tratamento eficaz e até mesmo o diagnóstico correto, nos chamou muito a atenção o fato relatado nas narrativas onde há muitos anos começaram a surgir os sintomas, no entanto, o problema só foi identificado e diagnosticado há pouco tempo, como temos na narrativa de Acácia:

*“... no início eu ia sempre para o hospital era atendida por um médico geral que me passava um comprimido para dor e me liberava, ai eu ia para casa mais o remédio não me aliviava a dor por muito tempo não, então eu voltava a sentir tudo de novo...”*

Além da falta de conhecimento, a falta de um fator desencadeante conhecido para o início dos sintomas da Artrite Reumatóide também causa o retardamento do diagnóstico, pois de acordo com GONÇALVES, (2008) a etiologia da Artrite Reumatóide continua desconhecida, podendo estar relacionada a fatores ambientais, fatores genéticos e fatores imunológicos.

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 dificultando as atividades do dia a dia. Assim, a incapacidade funcional surge como consequência natural da doença e agrava-se com sua progressão (FIGUEIREDO; et all, 2004).

O início dos sintomas também é descrito como sendo um período de muito estresse emocional por conta das incertezas que o quadro sintomatológico da doença apresenta as pesquisadas narram ter sido momentos de muitas dúvidas e preocupações quanto ao diagnóstico e até mesmo a impossibilidade de cura da doença.

Esse momento pode ser ilustrado pela narrativa de Dália :

*“Eu comecei a adoecer há muitos anos atrás, e olhe é doença grande viu porque dá uma dor nas mãos e nos pés que tem hora que me deixam travada para me mexer, é como se eu estivesse enferrujando, quando me sento que passo um tempo para me levantar é trabalho viu, tem que ter uma pessoa me ajudando ou então eu fico ali até aparecer alguém para me ajudar, é ruim demais... Eu já tomei toda qualidade de remédio que os médicos passaram para mim dizendo que com eles eu ia ficar boa mais nada, eu melhorava um tempo mais depois voltava tudo de novo, já chorei muito de dor em cima da minha cama, perdi até a conta de quantas vezes eu achei que ia morrer da dor que eu sentia de forte que era, olhe é uma dor nos ossos que parece que vai se quebrar tudo.*

*Eu também não sei nem lhe dizer por quantos médicos eu passei mais foram muitos viu, porque toda vez que eu tinha uma crise meus filhos corriam comigo para um médico que me passava uns remédios que me aliviavam a dor por um tempo mais depois voltava tudo de novo.”*

O fato da Artrite Reumatóide não se apresentar inicialmente da mesma forma em diferentes pessoas é outro ponto que também dificulta seu diagnóstico e reconhecimento em sua fase inicial, os relatos nos mostraram que muitas vezes as dores que se apresentavam no início da doença eram atribuídas às atividades laborais cotidianas ou apenas cansaço físico devido à idade :

*“Enquanto eu estava nova agüentava o rojão sem problemas, mais ai os anos vão passando a pessoa vai ficando mais velha e corpo mais cansado, foi quando eu tinha na faixa dos quarenta e cinco que começaram vir os problemas de saúde eu chegava em casa sentindo muita dor de repente as atividades que fazia antes começaram a parecer pesadas demais, eu comecei a me sentir cada vez pior sem poder fazer o que fazia antes no trabalho já não rendia tão bem...”(Margarida).*

Por fim sobre a fase inicial da doença podemos perceber que além das dores e do desconforto o lado emocional dos pacientes acometidos por esta patologia também fica bastante alterado os sentimentos descritos vão desde medo, angústia e tristeza. Todos esses sentimentos se fizeram presentes em algum momento das pesquisadas, conforme Brenol; Monticielo & Xavier (2007), o início dos sintomas da Artrite Reumatóide é marcado por momentos de muitas incertezas e frustrações, pois em grande parte acomete pessoas em seu período produtivo impedindo as pessoas de desenvolverem suas atividades rotineiras de forma brusca devido ao grande desconforto causado pela dor.

Podemos perceber essa situação através das seguintes falas:

*“que a dor começou a aumentar e foi ficando cada vez pior tinha dia que eu nem conseguia sair da cama, chorava de dor mais é uma dor tão grande que você pensa: pronto agora vou morrer mesmo. Meu marido que tinha que me ajudar a levantar da cama até pra ir ao banheiro eu não conseguia mais nem fazer isso...”(Gardênia)*

*“Quando eu tinha na faixa dos quarenta e cinco que começaram vir os problemas de saúde eu chegava em casa sentindo muita dor de repente as atividades que fazia antes começaram a parecer pesadas demais, eu comecei a me sentir cada vez pior sem poder fazer o que fazia antes no trabalho...”(Margarida)*

*“Eu comecei sentir umas dores nas pernas quando tinha que me baixar e me levantar, quando eu chegava em casa meus pés estavam bem inchados, mais eu ficava imaginando que era coisa normal da rotina...”(Acácia)*

Os sintomas iniciais da AR são fadiga inexplicável, rigidez prolongada das articulações pela manhã, além de inchaço e vermelhidão. Esse quadro muitas vezes é confundido com o reumatismo comum, o que retarda o diagnóstico correto e o início precoce do tratamento (BRENOL;MONTICIELO & XAVIER, 2007).

### **Categoria 3: A vida com Artrite Reumatóide**

Após o diagnóstico ser confirmado começa mais uma etapa na vida dos pacientes, que se dá primeiramente com a adaptação à nova condição, adaptação esta que nem sempre se dá de forma tranqüila uma vez que na maioria das vezes o indivíduo se vê forçado a alterar radicalmente sua vida por conta do quadro sintomatológico apresentado.

A Artrite Reumatóide caracteriza-se por intensa inflamação das articulações, provocada por substâncias inflamatórias, dentre elas, a interleucina 6 (IL-6), que destroem progressivamente a cartilagem e os ossos ao redor das articulações, causando dor, prejudicando sua função e limitando os movimentos. Além do comprometimento das articulações, ocorrem sintomas físicos, como cansaço intenso, decorrente da anemia que a doença provoca (QUEIROZ, 1991).

A AR tem um efeito que pode ser devastador na vida diária, quer pelo impacto direto nas atividades cotidianas, 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 atividades diárias ficam comprometidas pela incapacidade de utilização das mãos e pelas dificuldades da marcha, repercutindo na qualidade de vida do doente (REBELO in FIGUEIREDO et all, 2004).

Mas a escuta feita aos sujeitos da pesquisa nos permitiu detectar algo que vai além da etiologia e da sintomatologia da doença, podemos perceber que a vida dos pacientes com AR é norteadada por medos e dificuldades de convivência com a nova condição em que se encontram, é um sentimento que vai além da dor física que estas pessoas sentem e passa a afetá-las psicologicamente, são sentimentos depressivos de perda, uma perda que não chega a ser vivenciada como um luto em grande parte, mas que trás para si esse sentimento de saudade daquilo que se foi e que

não voltará mais, no caso, a rotina normal da pessoa antes do início da doença.

Dentro dos problemas psicossociais, destacam-se a grave deterioração da capacidade de trabalho, associada em grande medida às limitações funcionais, à dor, e as graves implicações da doença nos prestadores de cuidados familiares.

As falas nos revelam esse sentimento, pois trazem em si todo esse contexto de falta e melancolia:

*“quando cheguei aqui cheguei como uma pessoa desenganada pensava que não viveria muito não...”(Gardênia)*

*“...sempre fiz de tudo um pouco já trabalhei em casa de família, já trabalhei em loja do comércio, nunca fui de ficar parada não, acho até que é por isso que sofro tanto com essa doença porque ela acaba deixando agente inutilizada...”(Rosa)*

*“Mais ai o tempo foi passando eu sem saber a quem me socorrer fui piorando, comecei a perceber minhas mãos se entortando, os pés estavam com os dedos também ficando tudo torto, ai eu comecei a me desesperar só pensava que eu ia ficar aleijada...”(Acácia)*

*“Só lhe digo uma coisa viu, é uma doença que lhe tira do sério, se não fosse tanta dor que a pessoa sente até daria para passar mais é tanta dor que as vezes dá vontade de pedir um remédio para agente apagar de vez e só voltar quando a dor aliviar.”(Hortênsia)*

O perfil evolutivo da AR é imprevisível, e apesar de poderem ocorrer períodos de melhoras, a sua evolução quase sistematicamente reflete o progressivo agravamento clínico, com grande frustração para o doente. O impacto psicossocial da AR 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.

A relação com a família foi citada não como conflitante mais como uma relação marcada por incompreensão da família quanto ao quadro de dor e desânimo que os doentes vivenciam, como podemos ver na fala de Margarida

*“Meus filhos se aborreciam diziam que eu não era mais a mesma não ria mais, só que tem um detalhe minha filha, a pessoa que*

*vive com dor perde o motivo para sorrir, eu sempre dizia a eles como é que vocês querem me ver rindo, brincando, conversando se eu não tenho ânimo para levantar de manhã com tanta dor, era muito difícil.”*

E de Hortênsia:

*“Eu ficava sem vontade de me levantar as pernas doíam com se tivesse um peso de uns dez quilos em cada uma custava para eu andar era uma luta e eu fiquei assim lutando com essa situação mais todo mundo achava que era porque eu ainda estava triste por causa dos meus filhos.”*

Para Pimentel (2005), tomar conhecimento de uma doença crônica desancora o sujeito de sua rotina e o faz mergulhar no sofrimento com seus inúmeros significados simbólico. A AR desenterra o fantasma de ser atingido na imagem

Corporal e isso pode provocar além do sofrimento no corpo o sofrimento psíquico que deixa o sujeito imerso no desamparo, medo, culpa, vergonha. A doença é uma ferida no narcisismo humano e o expõe na sua fragilidade e na iminência de não ser mais para o outro.

No contorcido das juntas, as escalas, questionários, entrevistas e exames técnicos não dão conta do total dessa dor que se alonga para o invólucro da subjetividade causando sofrimento, sentimento de inutilidade, auto-estima rebaixada, medo de não ser confirmado pela limitação no corpo. Ecos dessa dor se fazem ouvir:

*“Chorava de dor mais é uma dor tão grande que você pensa: pronto agora vou morrer mesmo.”(Gardênia)*

*“Tudo que tento fazer depois dela acabo tendo que parar porque sinto muita dor”(Rosa)*

*“Se não fosse tanta dor que a pessoa sente até daria para passar” (Hortênsia)*

Nesses relatos percebemos que a dor não é apenas uma referência ao corpo, mas uma ameaça ao eu psíquico. Essa dor que é registrada pelo ego ameaça a integridade funcional do organismo. Freud (1950) já dizia que a dor “deixa atrás de si rastros permanentes nos neurônios as lembranças”. Assim, cada sujeito, com suas lembranças, torna a dor pessoal, tramada com os fios próprios de sua história,

sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento.

A privação de movimentos é um fato que deixa marcas nas pessoas acometidas pela AR, tanto que causa alterações no humor das pessoas e prejudica seu cotidiano e convívio. As pessoas passam a viver em um isolamento que não é só físico mais também psíquico, não poder realizar suas atividades cotidianas seja no trabalho ou em casa é algo que incomoda e deixa marcas negativas na vida dos doentes, a perda da autonomia é um medo que permeia a vida das pessoas com AR. Essa situação se faz presente em sua maioria nos relatos:

*“Meu dia a dia foi ficando cada vez mais difícil no trabalho, os colegas tentavam ajudar como podiam mais cada um tinha suas tarefas não podiam ficar dando assistência a mim, com isso eu fui sempre me esforçando cada vez mais para dar de conta das coisas que eu tinha que fazer.”* (Açucena)

*“Agora depois dessa doença é que eu fiquei sem poder fazer minhas coisas, sem cuidar da minha rocinha que gosto tanto isso me dá uma tristeza danada.”* (Dália)

*“Eu ficava me imaginando sem andar ter que ficar dependente de alguém para fazer tudo para mim eu sofria só de pensar, eu não imaginava nada pior do que isso, para mim era melhor morrer logo do que ficar dando trabalho aos outros e perder o domínio do meu próprio corpo.”* (Acácia)

Nos relatos observamos como as limitações no corpo produzidas pela AR expressam um mundo circunscrito pelo fantasma da locomoção. A imagem corporal fica comprometida e muito suscetível a se romper. Essa imagem, por ser dinâmica, pode ser reconstruída (Pimentel, 2005).

A vida com Artrite Reumatóide causa mais do que sofrimento físico, é o sofrimento psíquico que aparece em diversos momentos que nos chama atenção, uma vez que o acompanhamento multidisciplinar com foco em todas as dimensões do sujeito não é realizado, nos surpreendemos ao perceber que mesmo em momentos de profundo sofrimento mental é apenas a sintomatologia orgânica que figura como foco de tratamento, estas pessoas sofrem caladas de uma angústia não compreendida nem mesmo por aqueles de seu convívio familiar, seus sinais claros de desordem emocional não são

considerados como figurantes no processo de tratamento.

A depressão pode surgir da imprevisibilidade da evolução e da dificuldade de controle da sintomatologia associadas a uma expectativa de não existirem respostas no repertório pessoal capazes de alterar a situação de sofrimento. Depois de um acontecimento aversivo, como o aparecimento de dor, um estado de desânimo 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 AR fornecem assim um terreno facilitador do desenvolvimento da depressão (FIGUEIREDO et al, 2004).

#### **Categoria 4: Um corpo que dói a mente que sofre**

As dificuldades de avaliação dos quadros depressivos resultam da coexistência de sintomas condicionados pela doença física sobreponíveis aos avaliados instrumentalmente para diagnóstico de depressão, mais apesar dessas dificuldades de detecção a depressão surge ainda como o transtorno mais freqüente dos doentes com AR (BRASIL, 1999).

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 (ÉPINAY, 1998).

Quando nos propomos a pesquisar o impacto psicológico dos pacientes com AR não tínhamos a certeza de que encontraríamos dados que nos confirmasse tal ligação, no entanto, ao escutar as pessoas pesquisadas o que surge para nós é algo claramente exposto de que a AR gera uma desordem psicológica nas pessoas que muitas vezes precisa ser tratada porém, devido a seu subdiagnóstico e a falta de conhecimento sobre o problema esse acompanhamento não chega a ser feito causando efeitos muito marcantes na vida dos doentes.

Curiosamente em muitos casos parece haver uma relação entre o início da doença e acontecimentos importantes da vida das pessoas (morte de familiar, divórcio). De fato, aspectos de estresse psicossocial (luto, desemprego e divórcio inesperado) parecem poder constituir fatores predisponentes ao aparecimento da AR e juntamente com um deficiente estado sócio-econômico e educacional, fragilizantes para depressão.

Esta situação pode ser encontrada nos relatos:

*“E quando eu achava que estava ruim me veio uma nova situação que só me deixou mais mal do que eu já estava, foi quando depois de anos casada eu descobri que meu marido tinha uma amante.” (Margarida)*

*“Depois que meu filho se foi eu perdi minha saúde, começou a aparecer doença em mim que todo mundo achava que eu não ia resistir, meus outros filhos ficaram preocupados comigo era uma luta deles comigo porque eu só queria chorar, não tinha vontade de fazer nada tudo perdeu a graça para mim, fui adoecendo aos poucos e cada dia mais.” (Hortência)*

Os acontecimentos de pequena dimensão parecem representar estressores que causam apenas alterações fracas e/ou temporárias no funcionamento imunitário, como por exemplo flutuações nas contagens de células B ou de células T, 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 de vida nos estados fisiológico e clínico torna-se assim particularmente importante para os doentes que sofrem de perturbações auto-imunitárias como a AR (FIGUEIREDO, et al., 2004).

Apesar das diferenças individuais, as situações reais ou imaginárias permeiam a vida psíquica gerando ansiedade. Chiattonne (1996) diz que a doença não é só física, mas diz respeito à pessoa como um todo, às suas emoções e à mente, e que o estado emocional é fortemente relacionado à doença, influenciando na sua recuperação. Na relação com a doença, o sujeito revela o seu sofrimento com vemos nestas marcas do discurso:

*“Eu chorava de dor, era uma coisa terrível eu ficava de cama não conseguia sentir segurança de fazer nada,... eu me olhava e sentia como se faltasse muito pouco para eu parar de andar de vez, isso me assustava de um jeito que não sei nem dizer.” (Acácia)*

*“Eu tive muitos momentos em que não sei o que doía mais se a dor que eu sentia ou o fato de eu não saber o que eu tinha, é uma coisa que mexe muito com agente.” (Camélia)*

Campos (1995) nos ensina que a doença não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, e

sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas outras manifestações, um modo de existir, já que o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando, aparentemente, não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloqüente do que a palavra (Apud Pimentel, 2005).

A doença, assim, desestabiliza o Eu e o faz entrar em crise. Nos relatos dos sujeitos pesquisados, procuramos apreender com seria essa ameaça ao Eu, como é esse bicho-doença que faz limite no corpo e na alma. Às vezes essa representação é mais clara; outras vezes, metido pela linguagem que traz a marca da dor, do afeto reprimido, da dor de não ser mais saudável. Assim temos:

*“Pensava comigo mesma, que se era para eu viver daquele jeito dando trabalho ao povo era melhor morrer logo, não queria ser um peso pra ninguém não.” (Gardênia)*

*“Minhas filhas, que andavam muito comigo chegavam me chamando para passear e eu sempre dizia que não queria ir, aí elas ficavam estranhando porque eu sempre gostei muito de passear mais doente agente não tem gosto para nada.” (Rosa)*

*“Não sabia o que fazer para me ver livre de tanta dor vivia triste, meus filhos se aborreciam diziam que eu não era mais a mesma não ria mais, só que tem um detalhe minha filha, a pessoa que vive com dor perde o motivo para sorrir.” (Margarida)*

Ao nos depararmos com uma pessoa com AR muitas vezes nem imaginamos o quanto ela já sofreu, não apenas fisicamente, mas psicologicamente, a convivência com uma doença crônica é algo que marca um desafio diário para quem necessita conviver com ela, é uma realidade difícil ter que tratar de uma doença da qual se sabe não haverá cura, assim os doentes vivenciam um processo que seria mais facilmente superado se houvesse apoio psicológico que no entanto, não é feito na maioria das vezes porque não existe de fato a preocupação em tratar em o indivíduo em todas as suas dimensões a cura do corpo é vista apenas pelo viés do tratamento da dor.

A falta de conhecimento sobre terapias e acompanhamentos psicológicos é outro ponto que



leva essas pessoas a sofrerem caladas, as angústias que enfrentam não são compreendidas como passíveis de tratamento, em sua maioria a mente que sofre não é vista como a extensão do corpo que dói, o doente passa a só perceber sua dor, sendo necessária a intervenção de uma orientação de terceiros para que possa procurar ajuda e acompanhamento psicológico, é o que vemos no relato de Acácia:

*“Minhas amigas preocupadas comigo me sugeriram que eu procurasse ajuda psicológica, eu procurei uma psicóloga e passei a fazer acompanhamento com ela duas vezes por semana, isso me ajudou muito.”*

É este olhar voltado para o psíquico que gostaríamos de ressaltar, os relatos a que tivemos acesso nos mostram que este pode ser o caminho mais exitoso na busca de uma assistência de qualidade para os portadores de AR, o desconforto causado pela dor, as alterações relativas a imagem corporal dessas pessoas podem levar a desordens psíquicas como ansiedade e depressão quadro que só tende a piorar o enfrentamento e tratamento da doença.

Trabalhos teóricos a respeito do comportamento dos indivíduos frente à AR dizem que estes podem apresentar sentimentos e manifestações afetivas pessoais negativas, isolando-se socialmente por terem sua mobilidade reduzida, limitando-se em seus afazeres, despertando insegurança e sensação de incapacidade, afastando o indivíduo do convívio com os outros.

Segundo Decesaro (2002), o suporte emocional é de extrema importância para os indivíduos com este tipo de patologia, devido às suas conseqüências no dia-a-dia. Além de causar dor crônica, causa muitas deformidades ou perda da movimentação, o que pode impedir ou dificultar que o indivíduo realize determinadas tarefas, refletindo em sua vida nos aspectos socioeconômicos e além disso, pode desencadear ansiedade, depressão e diminuição da auto-estima.

Este olhar diferenciado nos leva a pensar episódios de piora ou falta de resposta ao tratamento já iniciado como episódios psicossomáticos onde a literatura nos mostra a necessidade de um enfrentamento mais integral uma vez que os episódios psicossomáticos, muitas vezes, são tratados por especialidades médicas que terminam por não apreender as múltiplas determinações e seus complexos sentidos, já que partem do olhar

biomédico centrado na noção de organismo e de patologia (VOLICH, 2000).

Ainda de acordo com Volich (2000), por acometerem os sujeitos em sua economia psíquica, as manifestações psicossomáticas demandam alternativas de apreensão teórica que não se limitem à leitura do corpo como organismo. O quadro clínico de tais afecções apresenta-se de modo complexo, não se conformando facilmente às explicações etiológicas reducionistas e, conseqüentemente, tampouco aos esquemas de tratamento nelas baseados.

Não é raro, nos casos de doenças psicossomáticas, que as pessoas enfrentem dificuldades no diagnóstico e insucesso dos tratamentos propostos, gerando uma perambulação por vários médicos especialistas em busca de cura ou alívio. Geralmente, o aconselhável é um atendimento psicológico associado, que possibilite auxiliar o sujeito a nomear os sofrimentos que vivencia, para além do real do seu corpo (CANOVA, 2004).

Nos relatos podemos identificar esses momentos de busca por respostas terapêuticas eficazes e as angústias vivenciadas nesse processo:

*“Comecei a perambular por médicos, no início eu ia sempre para o hospital era atendida por um médico geral que me passava um comprimido para dor e me liberava, ai eu ia para casa mais o remédio não me aliviava a dor por muito tempo não, então eu voltava a sentir tudo de novo.”* (Acácia)

*“Eu já tomei toda qualidade de remédio que os médicos passaram para mim dizendo que com eles eu ia ficar boa mais nada, eu melhorava um tempo mais depois voltava tudo de novo, já chorei muito de dor em cima da minha cama.”* (Dália)

Em suma o que podemos apreender de todos os relatos analisados na pesquisa é o fato de existir a necessidade latente de um olhar mais voltado ao cuidado holístico do paciente portador de AR com objetivo não de apenas aliviar sua dor física mais tratar também seus sintomas psíquicos, a abordagem e orientação quanto a essa necessidade é extremamente importante, afinal é direito do paciente ter informações a respeito de sua terapêutica, e a inclusão deste tipo de informação só aumentaria as chances de sucesso do tratamento.

## Considerações Finais

Após a realização da pesquisa podemos afirmar que os conhecimentos acerca do impacto psicológico em pacientes portadores de Artrite Reumatóide constitui-se em um campo ainda pouco explorado no meio científico, muito se fala do seu contexto orgânico e sintomatologia no entanto ainda ha muito a ser aprofundado quando se trata de conhecer o aspecto psicológico envolto na vida das pessoas que vivem com AR.

Abriu-se para nós através dos relatos um mundo que só quem presencia a dor e a limitação de aprender a conviver com a doença é capaz de conseguir expressar, essas pessoas muitas vezes clamam por uma escuta e qualidade que além de buscar tratar seu corpo trate também sua mente.

O homem sempre lutou com sua doença, lutou para manter a vida, enfrentando as manifestações do adoecer próprias a cada época e cultura. Se a doença é um inimigo a ser enfrentado, a linguagem, entendemos, é um suporte para ouvir a dor que o adoecer provoca no sujeito. Assim introduzir a dimensão do ouvir no tratamento é alargar os horizontes desse espaço e trazer o psiquismo do doente para se reunir com o corpo que porta o sintoma.

Identificamos sim a necessidade de junto do tratamento médico, farmacológico ser associado também o tratamento psicológico a essas pessoas que clamam por serem ouvidas e poderem falando construir mecanismos de enfrentamento para sua nova condição de saúde.

## Referências

- ALBERT, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989.p.52.
- ALEXANDER, Franz. **Medicina Psicossomática: princípios e aplicação**. Trad. Célia Beatriz Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BRASIL, M. A. **Comorbidade – Depressão e Doenças Clínicas**. Revista Depressão e Comorbidades. São Paulo: Edição Única, 1999.
- BRENOL, Claiton Viegas; MONTICIELO, Odirlei André; XAVIER, Ricardo Machado. **Artrite Reumatóide e aterosclerose**. Revista da Associação Médica Brasileira, vol.53, nº 5, setembro/ outubro, São Paulo, 2007.
- BERGER P.; LUCKMANN T. A. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1976.
- CATALDO, M.. Hipocondria: revisão. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**,13(3), 185-90, 1991.
- CANOVA, C.. **O que é psicossomática**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004. Disponível: <<http://psicopatologia.tripod.com/>>. (Acesso em 27/07/2010).
- CHIATTONE, Heloísa Benevides de Carvalho. **Uma vida para o câncer**. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami & Colaboradores. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3ª Edição atualizada. São Paulo: Pioneira; 1996.
- ÉPINAY, M.. **Groddeck: a doença como linguagem**. São Paulo: Papyrus,1998.
- FONSECA A. Fernandes da; **Psiquiatria e psicopatologia**.Volume I. 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.
- FIGUEIREDO Margarida; SOARES Vera; Cardoso Rui Mota; JOÃO Maria Alves; DIAS Sandra; **Artrite reumatóide: um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença**. Revista Portuguesa de Psicossomática. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Nº/Vol. 06, Janeiro- Junho, Porto, Portugal, 2004.
- GONÇALVES; Laura; **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatóide submetidos à cinesioterapia**. Tese de mestrado em ciências ambientais e saúde, Universidade Católica de Goiás, 2008.
- KEMP K. **A identidade cultural**. In: Guerreiros S., organizador. *Antropos e psique: o outro e sua subjetividade*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Olho d'Água, 2002.
- HAYNAL, A; PASINI, W.; ARCHINARD, M.. **Medicina psicossomática:perspectivas psicossociais**. Lisboa: Climepsi, 3ª Ed. 1998.

- HAYNAL, André; PASINI, Willy. **Manual de medicina psicossomática**. Trad. Maria Cristina Ribeiro Barbosa, Roberto Lauro e Ruth Rissin Josef. São Paulo: Editora Masson, 1989.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios 2004**. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 30/07/2010).
- JEAMMET, P.; REYNALD, M.; CONOLI, S.. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Massom, 1989.
- KALACHE, A, Veras R. P, Ramos L. R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. Revista Saúde Pública, 2004.
- LESSA, I. **Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- MELO FILHO, Julio de. **Concepção psicossomática: visão atual**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1983.
- MELLO FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre. Artes Médicas; 1995.
- PIMENTEL, Lenice. **O discurso do paciente portador de artrite reumatóide: ecos da dor**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jun. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582005000100005&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100005&lng=es&nrm=iso). Acessado em 09 de junho de 2011.
- QUEIROZ, M. V. **Clínica da artrite reumatóide**. Cadernos de Reumatologia; nº 2, 1991.
- QUEIROZ, M. V. **Reumatologia Clínica**. Edições técnicas. Lidel. Lisboa, 1996.
- REIS, Fátima; PEREIRA, M. Graça. **Ajustamento psicossocial em adultos com artrite reumatóide**. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2, 2002.
- RAMOS, L.R; VERAS R. P; KALACHE A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. Revista Saúde Pública, 1987.
- RAMOS, D.. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica do corpo**. São Paulo: Summus, 1994.
- RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método da análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- SALES, Daniel; **A depressão qualidade de vida e doenças crônicas**. Criado em:22/06/2009.Disponível em:<<http://www.novasemente.org/site/vivamelhor/depressao-qualidade-de-vida-e-doencas-cronicas>>Acesso em : 22/06/2010.
- TEIXEIRA, J. C.; et all. **Aspectos Psicológicos da Artrite Reumatóide**. Acta Reumatológica Portuguesa, I, 1987.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciência sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VERAS, R. P; RAMOS L. R; KALACHE, A. **Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade**. Revista Saúde Pública,1987.
- VERAS, R. P. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura**. Cadernos de Saúde Pública, 2002.
- VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2001.
- VOLICH, R. M.. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho. **Psicossoma: Psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VOLICH, R.M., **Psicossomática, de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000 ,7a edição, ampliada, 2010.



