

Ana Isabel de Almeida Ribeiro Fernandes da Rocha

Ansiedade, Depressão e Stress em Pessoas com Artrite Reumatóide

Relatório Final

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientado por:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Professora Doutora Suzana Matias Fernandes Serrano André



Novembro de 2014

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço e dedico este relatório final à minha querida família, que nestes momentos de extenuante trabalho e dedicação contou com a chegada de mais um elemento que me acompanhou em grande parte deste curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Embora uma dissertação seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos às minhas orientadoras, a Professora Doutora Madalena Cunha e Suzana André, pois o trabalho reflete a constante disponibilidade, exigência e rigor que me transmitiram. Não me posso esquecer, similarmente, de agradecer ao Dr. Paulo Monteiro pelo apoio dispensado, sempre constante.

Mais importante, e porque esta dissertação é para eles, aos meus utentes da Consulta de Reumatologia, que tão prontamente responderam às minhas chamadas, mostrando-se sempre disponíveis para me ajudar.

A todos os que me acompanharam durante este ano de desafios profissionais e pessoais.

O meu Muito Obrigada!!

Resumo

INTRODUÇÃO: As doenças reumáticas acarretam impacto físico, psicológico e social, sendo pertinente uma avaliação multidimensional da pessoa, o que justifica este estudo. Este teve como principal objetivo identificar a prevalência de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com artrite reumatoide.

MÉTODOS: O estudo descritivo e transversal, foi realizado com 80 participantes, 82.5% do sexo feminino, com uma média de idades de 58.16 anos.

Aplicou-se o “Health Assessment Questionnaire” (Fries, 1978, validada por Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa & Queiroz, 1996); “Escala de Ansiedade, Depressão e Stress” (P.F. Lovibond & S.H. Lovibond, 1995, adaptada por Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

RESULTADOS: O valor médio de dor foi de 50mm e de atividade da doença 50,12mm, sendo mais elevados nas mulheres. A incapacidade funcional leve (60%), agrava-se com o aumento da dor, pior estado geral da doença e inatividade profissional. A ansiedade moderada/elevada afeta 37,5% da amostra e a sintomatologia depressiva grave 35%, sendo superior nas mulheres (♀40,9%; ♂39,4%). O stress, apresentou-se elevado em 42,5% dos sujeitos.

A ansiedade e a depressão são mais elevados nas mulheres (42.98%, 43.39%), com baixo rendimento (45.67%, 43.33%), com aumento da dor ($p=.005$), agravamento da doença ($p=.000$) e maior incapacidade funcional ($p=.023$, $p=.002$). O stress aumenta com o baixo rendimento (44.69%) e agravamento do estado geral ($p=.005$).

CONCLUSÕES: A assistência de enfermagem a estas pessoas deve incluir intervenções dirigidas ao despiste e tratamento destes focos clínicos. Estas entidades nosológicas devem ainda ser consideradas no planeamento de ações educativas/formativas dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; Ansiedade, Stress, Depressão.

Abstract

INTRODUCTION: Rheumatic diseases carries a high physical, psychological and social impact, with relevant multi-dimensional assessment of psychosocial functioning of these rheumatic patients. These have in our population worse quality of life indicators, when compared with the general population, reasons for carrying out the present study. This aimed to identify the prevalence of anxiety, depression and stress in people with rheumatoid arthritis.

METHODS: The study of quantitative observational nature, with descriptive analysis, cross-sectional was conducted with 80 participants, 82.5% were female, aged between 21 and 80 years, with an average of 58.16 years.

Was applied "Health Assessment Questionnaire" (Fries, 197, validated by Santos Reis, Rebelo, Days, Pink & Queiroz, 1996); "Anxiety Scale, Depression and Stress" (PF Lovibond and Lovibond SH, 1995, adapted by Ribeiro, Honored and Leal, 2004).

RESULTS: It was found that 50% of people with RA does biological medication, 65% for the first time. The mean value for pain was 50mm and 50,12mm for disease activity, being higher in women. The mild functional impairment, in 60% of participants, worsens with increasing pain, worse overall disease status and professional inactivity. Moderate and high anxiety was found in 37.5% of the sample and severe depressive symptoms in 35%, which are higher in women (♀40,9%; ♂39,4%). Stress presented high in 42.5% of subjects.

The results suggest that anxiety and depression are higher in the females participants (42.98%, 43.39%) without practice of religion (73.5%, 80%), low monthly income (45.67%, 43.33%), with increased pain ($p = .005$, $p = .005$) increase of the overall condition of the disease ($p = .000$, $p = .000$) and superior functional impairment ($p = .023$, $p = .002$). Stress increases with the low income (44.69%) and worsening of health status ($p = .005$).

CONCLUSIONS: Nursing care to these people should include interventions aimed at screening, referral and treatment of these clinical outbreaks. These nosological entities should also be considered when planning educational activities / training of future health professionals.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Anxiety, Stress, Depression.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE QUADROS	13
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	15
ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	17
1. INTRODUÇÃO	21
1. METODOLOGIA	31
1.1. MATERIAIS E MÉTODOS	31
1.1.1. Questões de Investigação	32
1.1.2. Objetivos da investigação	32
1.1.3. Hipóteses de Investigação	33
1.1.4. Tipo de Estudo Conceptualizado na Investigação	34
1.2. PARTICIPANTES E TIPO DE AMOSTRA	36
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	36
1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	38
1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS, ÉTICOS E ESTATÍSTICOS	42
2. RESULTADOS	45
2.1. PERFIL CLINICO	45
2.2. CAPACIDADE FUNCIONAL	50
2.3. ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	57
2.4. ANÁLISE INFERENCIAL	61

3. DISCUSSÃO	73
3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	73
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
4. CONCLUSÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO 1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	91
ANEXO 2. ESTATÍSTICAS E CONSISTÊNCIA INTERNA RELATIVAS À ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (RIBEIRO, HONRADO E LEAL, 2004), E DA ESCALA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL ADAPTAÇÃO PORTUGUESA (SANTOS, REIS, REBELO, DIAS, ROSA & QUEIROZ, 1996).	99
ANEXO 3. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSV	105
ANEXO 4. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA COLHEITA DE DADOS DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHTV	109
ANEXO 5. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHTV	113
ANEXO 6. PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA “HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE”	117
ANEXO 7. PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA “ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS”	123

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À IDADE DAS PESSOAS COM AR.....	36
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PESSOAS COM AR	37
TABELA 3 - ANÁLISE DA PROFISSÃO DAS PESSOAS COM AR.....	38
TABELA 4 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À PCR E À VS DAS PESSOAS COM AR	45
TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO DA PCR E VS NAS PESSOAS COM AR (POR GRUPOS)	46
TABELA 6 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS ÀS ARTICULAÇÕES DOLOROSAS E TUMEFACTAS	46
TABELA 7 - CARACTERIZAÇÃO DA TOMA DE MEDICAÇÃO BIOLÓGICA POR PARTE DAS PESSOAS COM AR	48
TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES DOLOROSAS E TUMEFACTAS (POR GRUPOS)VS TOMA DE MEDICAÇÃO BIOLOGICA	49
TABELA 9 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À DOR E À ATIVIDADE GERAL DA DOENÇA DAS PESSOAS COM AR	50
TABELA 10 - CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA CAPACIDADE FUNCIONAL.....	51
TABELA 11 - CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES COM APOIO E DOS INSTRUMENTOS USADOS PELAS PESSOAS COM AR.....	52
TABELA 12 – ESTATÍSTICAS RELATIVAS À CAPACIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS COM AR	53
TABELA 13 - CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL POR GRUPOS EM FUNÇÃO DO SEXO E DA TOMA DE MEDICAÇÃO BIOLÓGICA	54
TABELA 14 - ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A IDADE, A DOR E A ATIVIDADE GERAL DA DOENÇA DAS PESSOAS COM AR E A INCAPACIDADE FUNCIONAL	54
TABELA 15 – REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA ATRAVÉS DO MÉTODO <i>STEPWISE</i> , COM A VARIÁVEL CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ).....	55
TABELA 16 – CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL POR GRUPOS EM FUNÇÃO DA PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE ARTICULAÇÕES DOLOROSAS E TUMEFACTAS	56
TABELA 17 - CARACTERÍSTICAS DA CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ) EM FUNÇÃO DA ZONA DE RESIDÊNCIA.....	56
TABELA 18 - RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ), HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL.....	57
TABELA 19 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS DAS PESSOAS COM AR EM FUNÇÃO DO SEXO	58
TABELA 20 - CARACTERIZAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS.....	59
TABELA 21 - ESTATÍSTICAS RELATIVAS À ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (POR GRUPOS) DAS PESSOAS COM AR.....	61
TABELA 22 – RESULTADOS U MANN WHITNEY PARA A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM FUNÇÃO DO SEXO, ZONA DE RESIDÊNCIA, ATIVIDADE PROFISSIONAL E RELIGIÃO	63
TABELA 23 – RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A IDADE, A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO E O STRESS.....	63
TABELA 24 - RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS E O DO ESTADO CIVIL, HABILITAÇÕES LITERÁRIAS E RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL	65
TABELA 25 – RESULTADO DA REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A PCR, A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O STRESS	66
TABELA 26 - ANÁLISE REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A VS, A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E O STRESS.....	66
TABELA 27 – RESULTADOS U MANN WHITNEY ENTRE A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM FUNÇÃO DA PRESENÇA DE ARTICULAÇÃO DOLOROSA E TUMEFACTAS.....	67

TABELA 28 - RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A DOR , A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO E O STRESS	67
TABELA 29 – RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE O ESTADO GERAL DA DOENÇA E A ANSIEDADE, A DEPRESSÃO E O STRESS	68
TABELA 30 – RESULTADOS DO U MANN WHITNEY ENTRE A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS E A TOMA DE MEDICAÇÃO BIOLÓGICA	68
TABELA 31 – RESULTADOS DA REGRESSÃO LINEAR SIMPLES ENTRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	69

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1— REGRESSÃO LINEAR MÚTIPLA ATRAVÉS DO MÉTODO <i>STEPWISE</i> , COM A VARIÁVEL ANSIEDADE	70
QUADRO 2 — REGRESSÃO LINEAR MÚTIPLA ATRAVÉS DO MÉTODO <i>STEPWISE</i> , COM A VARIÁVEL DEPRESSÃO	71
QUADRO 3 — REGRESSÃO LINEAR MÚTIPLA ATRAVÉS DO MÉTODO <i>STEPWISE</i> , COM A VARIÁVEL STRESS	71

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA RELAÇÃO PREVISTA ENTRE AS VARIÁVEIS ESTUDADAS NA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA (DESENHO DE INVESTIGAÇÃO).	35
FIGURA 2 – MODELO FINAL DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA CAPACIDADE FUNCIONAL (HAQ)	55
FIGURA 3 - MODELO FINAL DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS	72

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

\bar{x}	Média
ρ	Significância
%	Porcentagem
<	Menor
=	Igual
>	Maior
\leq	Inferior ou igual
\geq	Superior ou igual
AR	Artrite Reumatóide
CHTV	Centro Hospitalar Tondela-Viseu
CMEC	Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
CSSRS	<i>Columbia Suicidal Severity Rate Scale</i>
CV	Coefficiente de variação
DGS	Direção Geral de Saúde
DMARD's	Fármacos Modificadores da Doença
DP	Desvio padrão
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
EADS	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
F	Feminino
HAQ*	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
ID	Índice de Deficiência
KW	Kruskal Wallis
M	Masculino
mg/dl	Miligramas por Decilitro
Mm	Milímetro
mm/h	Milímetro por Hora
N	Número
PCR	Proteína C Reativa
UMW	U-Mann Whitney
VS	Velocidade de Sedimentação
vs	Versus
χ^2	Qui-quadrado

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

A artrite reumatóide (AR) é uma doença crónica, sistémica, de etiologia desconhecida, que atinge principalmente as articulações. Traduz-se por uma inflamação crónica da sinovial, que conduz, com o tempo, a destruição articular e incapacidade marcada. Pode ocorrer envolvimento de múltiplos órgãos e sistemas extra articulares, mas, em regra, as manifestações articulares dominam a apresentação clínica (Silva, 2005; Goldman, 2012). Esta entidade nosológica causa dor e deformidades, podendo progredir para limitações graves, forçando as pessoas a dependerem de ajudas técnicas e/ou de terceiros para realização das suas atividades diárias (Ribeiro, Schier, Ornelas, Oliveira, Nardi e Silva, 2013).

As doenças reumáticas são um dos grupos de doenças mais frequentes nos países desenvolvidos. Em Portugal, segundo a DGS (2013), constituem a primeira causa de consulta médica, a principal causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho, a primeira causa de reforma antecipada por doença e estão entre as principais responsáveis pelos gastos com a saúde, quer diretos, quer indiretos (DGS, 2013).

Na maioria dos casos, têm em comum a associação com a dor e a incapacidade funcional, com consequentes disfunções orgânicas, limitações na atividade e restrições na participação social (Lucas e Monjardino, 2010).

As doenças reumáticas acarretam, assim, um elevado impacto, a nível físico, psicológico e social, sendo pertinente uma avaliação multidimensional no que diz respeito à qualidade de vida destes doentes (Monjardino, Lucas e Barros, 2013).

Os doentes reumáticos têm na nossa população piores indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde e bem-estar psicossocial, quando comparados com a população em geral (Monjardino, Lucas e Barros, 2013). Apesar de tudo, na última década, o panorama do tratamento da AR mudou drasticamente graças, ao diagnóstico precoce e às terapias atuais, que resultam num benefício clínico substancial para a maioria dos doentes, podendo, 50% das pessoas, atingir a remissão (Goldman, 2012).

A AR é uma doença global, com uma prevalência de 0,5 a 0,8% da população adulta, e com algumas diferenças em certos grupos da população, sendo que a prevalência em mulheres é duas ou três vezes maior do que nos homens (Silva, 2005; Goldman, 2012, DGS, 2013).

Embora possa surgir em qualquer idade, o seu início é mais frequente entre os 35 e os 50 anos de idade (Goldman, 2012).

“A prevalência de AR em Portugal foi estimada em cerca de 0,8% em 2001 e a incidência a variar entre 2 a 4 casos por 10 000 pessoas em cada ano” (Lucas e Monjardino, 2010, p. 112).

O seu tratamento visa diminuir o impacto da doença limitando os sintomas, reduzir a inflamação e a incapacidade e melhorar a qualidade de vida, sendo o principal objetivo da terapêutica farmacológica administrada a redução da tumefação e a remissão da doença (Mcbain, Shipley e Newman, 2013; DGS, 2011), pois a persistência de inflamação articular é causadora de dano estrutural, de impotência funcional, de incapacidade e de redução da esperança de vida (DGS, 2011).

A remissão clínica é definida de acordo com uma pontuação de 28 articulações (DAS28) e atividade da doença. Este índice composto é baseado na contagem das articulações dolorosas e tumefactas, na avaliação da saúde global pelo paciente e num marcador de inflamação, VS ou PCR. Assim, para se considerar que foi atingida a remissão o valor deste índice deve ser $<2,6$, quando $<3,2$ e $>2,6$ estamos perante um índice de atividade da doença baixo (Fechtenbaum, Nam e Emery, 2014).

Com uma remissão duradoura é possível travar a lesão estrutural, normalizar a função e manter a participação social e laboral, o que se traduz em menores custos para o próprio e para a sociedade, sendo esta hoje uma realidade possível de alcançar com um seguimento e tratamento adequados (DGS, 2011).

O tratamento farmacológico da AR pode incluir analgésicos, anti-inflamatórios, corticosteroides e fármacos modificadores da doença (DMARD's), nos quais estão incluídos os tradicionais, como é o caso do metotrexato e os agentes biológicos. Os DMARD's tradicionais são responsáveis por apenas 20 a 25% de remissões obtidos e estão associadas com toxicidade elevada e perda de eficácia ao longo do tempo. Estas taxas de remissão aumentam significativamente com a utilização de agentes biológicos (Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva, 2013).

A norma emitida pela DGS (2011) sobre a prescrição de agentes biológicos nas doenças reumáticas diz que os doentes elegíveis para o tratamento com biológicos são os que apresentam um $DAS\ 28 \geq 3,2$ ou $2,6 < DAS < 3,2$ e evidência de agravamento funcional (aumento do HAQ $> 0,22$ em 6 meses) ou estrutural (aumento do índice de Larsen > 6 ou do índice de Sharp van der Heijde > 5 em 12 meses) e que falham, ou apresentam resposta inadequada, à terapia convencional (DGS, 2011).

Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva (2013), realizaram um estudo da ansiedade, depressão e ideação suicida em doentes sob terapia convencional e terapia com biológicos, encontrando os índices mais elevados nestes últimos, com scores médios de ansiedade, depressão e ideação suicida de, respetivamente, 12.91, 14.91 e 25.73). Referem, contudo, que esta situação pode ocorrer devido ao estado avançado da doença ou à falta de adaptação ao tratamento, que implica um *switch* de medicação, o que leva, conseqüentemente, à incredibilidade do doente no que respeita à melhoria (Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva, 2013).

Dadas as características de cronicidade, dor, incapacidade funcional e deformidade pela doença, são significativas as implicações psicossociais que tem na vida das pessoas e famílias, podendo provocar sinais e sintomas psiquiátricos, especialmente ansiedade e depressão (Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva, 2013; McBain, Shipley e Newman, 2013).

Níveis mais elevados de atividade da doença, dor e incapacidade funcional podem levar a mais comportamentos de depressão, ansiedade e stress, levando, conseqüentemente a um aumentado risco de suicídio (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011).

Atualmente, graças aos dados epidemiológicos recolhidos na última década, é notório que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, sobretudo no que aos países ocidentais industrializados diz respeito (DGS, 2012). Tem ainda um efeito indireto no aumento da carga global das doenças mediado pela existência de uma interação com outras situações clínicas e estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças reumáticas, os consumos de substâncias, os acidentes de viação, os acidentes laborais, entre outros (DGS, 2013).

A artrite reumatóide tem profundas conseqüências psicológicas e sociais, incluindo interrupções na capacidade de trabalho, papéis sociais, independência, funcionamento familiar, atividades de vida diária, autoconceito, humor e sofrimento psíquico (Monjardino, Lucas e Barros, 2013). A prevalência da depressão a somar ao início tardio do tratamento ou à parca acessibilidade aos cuidados adequados aumenta a magnitude deste impacto (Monjardino, Lucas e Barros, 2013).

As perdas originadas pela artrite representam um impacto estrondoso na vida destes doentes. Segundo Figueiredo, Soares, Cardoso, Alves, & Dias (2004) é de salientar, no que respeita aos problemas psicossociais, a grave deterioração da capacidade de trabalho, associada à incapacidade funcional e à dor, o reflexo na vida sexual, na

relação conjugal, nas atividades quotidianas, profissionais, familiares e sociais, levando à possibilidade de desenvolver depressão.

Facto este reiterado por Dirik & Karanci (2010), quando referem que as doenças físicas crónicas, podem ser tomadas como eventos de vida stressantes, devido às perdas pessoais e luta contínua com problemas relacionados ao tratamento.

A ansiedade e a depressão têm sido objeto de estudo em diversas investigações em pessoas com AR, chegando os autores à conclusão da sua presença bastante significativa, embora alguns apontem uma maior prevalência de ansiedade (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011 e kekow, Moots, Khandker, Melin, Freundlich e Singh, 2011) e outros de depressão (Covic et al, 2012, McBain, Shipley e Newman, 2013). Estas entidades, embora claramente distintas do ponto de vista fenomenológico, empiricamente, têm sido difíceis de separar (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004; Covic et al, 2012).

Estudos recentes indicam que existe uma maior prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes com AR, que vão de 13% a 47%, quando comparados com os dados obtidos na população em geral. Quem tem AR e depressão e ansiedade como co morbilidades, apresentam frequentemente sintomas que levam a ataques de pânico, baixa autoestima e tendências suicidas (Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva, 2013).

A ansiedade pode ser explicada como uma sensação desagradável e vaga, comparável ao medo e apreensão de antecipação de situações ameaçadoras, perigosas ou desconhecidas. Pode ser considerada patológica quando interfere diretamente com a vida do indivíduo, que pode apresentar comportamentos exagerados, disfuncionais e desproporcionados em relação ao estímulo. É associada com a redução da qualidade de vida e diminuição do desempenho das atividades diárias (Ribeiro, Schiera, Ornelasa, Oliveira, Nardia e Silva, 2013).

As implicações psicossociais da AR são claras, com níveis de auto relato de depressão clínica e ansiedade muito maiores do que as da população em geral. Uma série de estudos têm sido realizados para identificar a variável psicossocial que pode exacerbar a depressão e ansiedade em artrite inflamatória, com construções examinadas como otimismo e apoio social. Ao identificar os fatores que prejudicam o sofrimento psicológico, intervenções específicas podem ser desenvolvidas para minimizar o impacto psicológico da doença (McBain, Shipley, Newman, 2013).

Denota-se um destaque significativo de ansiedade na AR (21% a 70%), enquanto há uma considerável sobreposição entre ansiedade e depressão (69% da variância

compartilhada), sendo que os níveis de ansiedade são maiores quando a depressão está presente (Covic et al, 2012).

Existe, claramente, um número de variáveis clínicas, psicossociais e sociodemográficas implicadas na depressão e ansiedade em pessoas com AR, contudo, até o momento, os estudos que abordam questões de síntese são escassos (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011), daí a dificuldade na sua avaliação.

Assim, enquanto Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011, referem que o DAS-28, o número de medicações e o fator reumatóide afetam positivamente os níveis de ansiedade ($p=0.009$; $p=0.004$; $p=0.043$), o rendimento, o suporte social auto percebido, a saúde física e a saúde mental, estão negativamente associados com os mesmos ($p=0.022$; $p=0.04$; $p<0.001$; $p<0.001$) (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011). Já McBain, Shipley e Newman, 2013, referem encontrar menores níveis de ansiedade na população masculina ($p=0.01$) e nos mais otimistas ($p<0.001$), contudo, quando falamos em incapacidade funcional, os níveis de ansiedade aumentam ($p=0.03$).

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

A depressão na AR está associada a níveis mais altos de mal-estar, dor, fadiga, incapacidade para o trabalho, o uso de serviços de saúde, mas menor adesão ao tratamento e aumento do risco de suicídio e mortalidade (Covicl et al, 2012).

A depressão, através da ausência de prazer, pode aumentar a vulnerabilidade à dor em momentos de stress particularmente entre aqueles com episódios repetidos de depressão (Covic1 et al, 2012).

A conexão entre depressão ou ansiedade, e dor, fadiga e deficiência, parece ser bidirecional. Embora tenha sido demonstrado que a fadiga, dor e incapacidade física previu a depressão, esta última foi considerado um forte indicador de dor em pessoas com artrite inflamatória precoce, enquanto a ansiedade foi fortemente associada com o curso da dor para pessoas com AR recente (Kekow, Moots, Khandker, Melin, Freundlich e Singh, 2011).

Existem vários estudos, de diferentes anos que relacionam a depressão e a AR, nomeadamente: Smedstad, Vaglum, Kvien & Moum (1996) verificaram a prevalência de 20% da depressão em doentes com AR e num grupo controlo de 6%; também Abdel-

Nasser et al (1998) com um estudo semelhante verificam que 23% de doentes com AR tinham depressão contra 10% grupo controlo (osteoartrite); em 1999, Walsh et al, apuraram que 35,7% de doentes com AR tinham depressão contra 23% grupo controlo e Soderlin, Hakala & Nieminem (2000) verificaram uma prevalência de 20% de depressão em doentes com AR (Citados por Dirik & Karanci, 2010).

Estudos recentes revelam-nos que a depressão ocorre na AR cerca de 13 a 20%, apesar de, nalguns estudos em que existe autorrelato de sintomas depressivos surgirem taxas mais elevadas, na ordem dos 40% (Covic1 et al, 2012).

Estudos longitudinais sugerem risco cumulativo para a depressão e recorrência intermitente ao longo do tempo (40% em 9 anos) (Covic1 et al, 2012). O mesmo autor defende que as taxas de prevalência de depressão na AR estão bem acima dos relatos na comunidade em geral ou de cuidados de saúde primários, mas semelhante a outras condições crónicas (Covic1 et al, 2012).

A análise bibliográfica efetuada corrobora a conclusão a que chegam Jain & Bhadauria (2013), apontando a dor, o grau de incapacidade física, a duração da doença, algumas características demográficas dos pacientes e a atividade da doença como importantes fatores etiológicos da depressão em pessoas com artrite.

Acrescentamos outros fatores condicionantes dos níveis de depressão como é o caso da idade, do DAS-28, e do “número de medicações” e o fator reumatóide, associados positivamente à severidade da depressão ($p=0.039$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$), enquanto o rendimento, a educação, o suporte social auto percebido, a saúde física e a saúde mental, estão negativamente ligadas a esta patologia ($p=0.001$; $p=0.029$; $p=0.007$; $p<0.001$; $p<0.001$) (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011). McBain, Shipley e Newman, 2013, aditam a estes fatores a incapacidade funcional, que quanto mais elevada, mais aumentam os níveis de depressão ($p<0.001$), acontecendo o mesmo com a desfiguração ($p<0.001$) e os valores de DAS-28 ($p=0.02$). Como protetores indicam-nos o viver-se com um companheiro/a ($p=0.03$), o otimismo ($p<0.001$), a aceitação social ($p=0.001$) e o suporte social ($p=0.001$) (McBain, Shipley e Newman, 2013).

Mediante os factos expostos podemos, seguramente, afirmar que a AR e a depressão se influenciam mutuamente, constituindo fatores de risco para ambas, envolvendo os doentes num círculo vicioso, do qual resultam consequências graves, no pior dos casos, suicídio (Kekow, Moots, Khandker, Melin, Freundlich e Singh, 2011).

É comum a ansiedade ocorrer antes da depressão. Identificar sintomas de ansiedade nas pessoas com AR pode facilitar o diagnóstico à antecipação do diagnóstico de depressão, advertindo futuras complicações (Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak, 2011)

As pessoas com AR que sofrem de depressão muitas vezes descuram o tratamento e subestimam a sua eficácia, podendo também alterar a sua percepção e atitude em relação a possíveis efeitos colaterais do tratamento. Também a utilização de recursos de saúde é maior entre as pessoas com AR que sofrem de depressão, bem como a diminuição da produtividade no trabalho e o recurso a licenças médicas por doença (Kekow, Moots, Khandker, Melin, Freundlich e Singh, 2011).

Da mesma forma o stress representa aqui um papel preponderante, uma vez que alguns estudos, apesar de escassos, o relacionarem também à artrite reumatóide.

Curiosamente, o stress é uma questão muito subjetiva e pessoal que pode surgir em praticamente todas as áreas da vida.

Fisiologicamente é uma reação bioquímica do nosso corpo para situações excepcionais. O stress psicológico pode alterar a função imune, ativando vias fisiológicas de stress, tais como o sistema nervoso autónomo (SNA) e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), que por sua vez interagem com o sistema imunitário. Consequentemente, o estresse poderia ter efeitos negativos sobre a saúde, particularmente em populações com disfunção imune, tais como doentes com AR. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no estresse e exacerbação da doença ainda não foram elucidados. (Malysheva, Pierer, Wagner e Baerwald, 2010; Brouwer, Middendorp, Kraaimaat, Radstake, Joosten, Donders, e Evers, 2013).

Quando falamos em stress na AR é mais provável estarmo-nos a referir ao stress crónico, que pode aumentar a atividade da doença. A maioria dos estudos tem mostrado que os sintomas de stress e atividade inflamatória podem desencadear surtos da doença (Malysheva, Pierer, Wagner e Baerwald, 2010).

Da pesquisa bibliográfica efetuada aferimos que, apesar de existir uma forte correlação entre stress e AR, não existe nenhuma clara associação com o curso da AR

Pelo elevado impacto físico, psicológico e social que estas doenças carregam considerámos importante uma abordagem multidimensional da problemática da vivência psicológica das pessoas com AR.

Daí surgir a questão: em que medida as pessoas com AR manifestam ansiedade, depressão e stress, por forma a responder ao principal objetivo do presente estudo: identificar a prevalência de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com AR.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas grandes partes, a primeira integra a introdução /estado da arte, em que descrevemos a artrite reumatóide e a ansiedade, depressão e stress, o modo como influenciam a AR e por ela são influenciados. Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico propriamente dito. Esta é constituída pelo capítulo materiais e métodos, onde são enunciados os objetivos da investigação, o tipo de estudo, as hipóteses de investigação, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos estatísticos e os aspetos formais e éticos. Num segundo capítulo segue-se a apresentação dos resultados, onde está incluído o perfil sociodemográfico, o perfil clínico, a análise dos resultados relativos às variáveis capacidade funcional, ansiedade, depressão e stress, avaliados, respetivamente, pelas escalas “Health Assessment Questionnaire (HAQ)” e “Escala Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)”. Por fim apresenta-se a análise inferencial. Segue-se o terceiro capítulo, onde se realizou a discussão metodológica e dos resultados e no final são apresentadas as conclusões.

PARTE II

1. METODOLOGIA

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do projeto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, (Fortin, 2009).

1.1. MATERIAIS E MÉTODOS

A AR é uma doença incapacitante, geradora de deformações físicas e limitações dolorosas, que acontece na fase mais produtiva da vida, prejudicando a realização de atividades profissionais, sociais e de vida diária, amplificando o impacto da doença sobre a qualidade de vida e saúde mental das pessoas, podendo levar a mudanças negativas nos parâmetros psicológicos (Salaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia, & Grassi, 2009, citados por Dario, Kùlkamp, Faraco, Gevaerd e Domenech, 2010), tendo sido verificado, em vários estudos, um aumento da ocorrência de algumas desordens na saúde mental, principalmente ansiedade e depressão, em pessoas diagnosticadas com AR, com uma frequência cima da média da habitualmente encontrada na população em geral (Isik, Koca, Ozturk, & Mermi, 2007, Costa, Brasil, Papi, & Azevedo, 2008, citados por Dario, Kùlkamp, Faraco, Gevaerd e Domenech, 2010).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual. O presente estudo tem como objetivo a avaliação da *Ansiedade, Depressão e Stress em pessoas com Artrite Reumatoide*.

1.1.1. Questões de Investigação

Equacionam-se as seguintes questões de investigação:

Em que medida as pessoas com AR manifestam ansiedade, depressão e stress?

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, profissão/situação profissional, rendimento familiar, prática de religião) no nível de ansiedade, depressão e stress em pessoas com artrite reumatoide?
- Que parâmetros clínicos (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença e capacidade funcional) têm influência nos níveis de ansiedade, depressão e stress em pessoas com artrite reumatoide?
- Quais os níveis de ansiedade, depressão e stress das pessoas com artrite reumatoide que fazem medicação biológica comparativamente aos manifestados pelas pessoas que não fazem este tipo de terapêutica?
- Que variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (PCR, VS, dor, atividade geral da doença e capacidade funcional) são preditoras da ansiedade, depressão e stress?

1.1.2. Objetivos da investigação

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, é um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, Fortin, 2009). O principal objetivo deste estudo consiste, como já foi referido em avaliar a *Ansiedade, Depressão e Stress em pessoas com Artrite Reumatoide*. Na procura de respostas globais, delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

Identificar a prevalência de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com AR.

- Caracterizar as variáveis clínicas (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença e capacidade funcional) das pessoas com AR;
- Classificar a capacidade funcional nas pessoas com AR;
- Identificar o nível de ansiedade, depressão e stress manifestado pelas pessoas com AR;
- Determinar a influência do sexo e da idade na ansiedade, depressão e stress das pessoas com AR;
- Analisar se os parâmetros clínicos (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença, segundo o doente e capacidade funcional) exercem influência nos níveis de ansiedade, depressão e stress;
- Analisar se a toma de medicação biológica se relaciona com os níveis de ansiedade, depressão e stress;
- Verificar se as variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (PCR, VS, dor, atividade geral da doença e capacidade funcional) são preditoras da ansiedade, depressão e stress.

1.1.3. Hipóteses de Investigação

Huot (2002, p.53) refere que a “hipótese é uma proposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema. É uma suposição que antecede a constatação dos factos e tem como característica uma formulação provisória; deve ser testada para determinar a sua validade”.

A formulação das hipóteses contidas neste trabalho teve a sua origem no pensamento/método indutivo. Este método consiste em observações precisas que evoluem para a generalização, (Fortin, 2009).

Face aos objetivos descritos, e as questões de investigação equacionaram-se as seguintes hipóteses:

- **Hipótese 1** – *As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, profissão/situação profissional, rendimento familiar, prática de religião) guardam relação estatisticamente significativa com a ansiedade, depressão e stress nas pessoas com artrite reumatóide.*
- **Hipótese 2** – *Os parâmetros clínicos (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença, segundo o doente e capacidade funcional) das pessoas com artrite reumatóide influenciam os níveis de ansiedade, depressão e stress por elas vivenciados.*
- **Hipótese 3** – *Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com artrite reumatóide que tomam de medicação biológica, quando comparadas com os que não tomam esta terapêutica.*
- **Hipótese 4** – *A capacidade funcional determina os níveis de ansiedade, depressão e stress das pessoas com artrite reumatóide.*
- **Hipótese 5** – *As variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (PCR, VS, dor, atividade geral da doença e capacidade funcional) predizem a ansiedade, depressão e stress.*

1.1.4. Tipo de Estudo Conceptualizado na Investigação

Este estudo é de natureza quantitativa, com análise descritiva-correlacional, de corte transversal. Uma das vantagens dos estudos retrospectivos é a aplicação dos questionários autoadministrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Alguns autores (Hill & Hill, 2001) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário autoadministrado, não existem intermediários, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

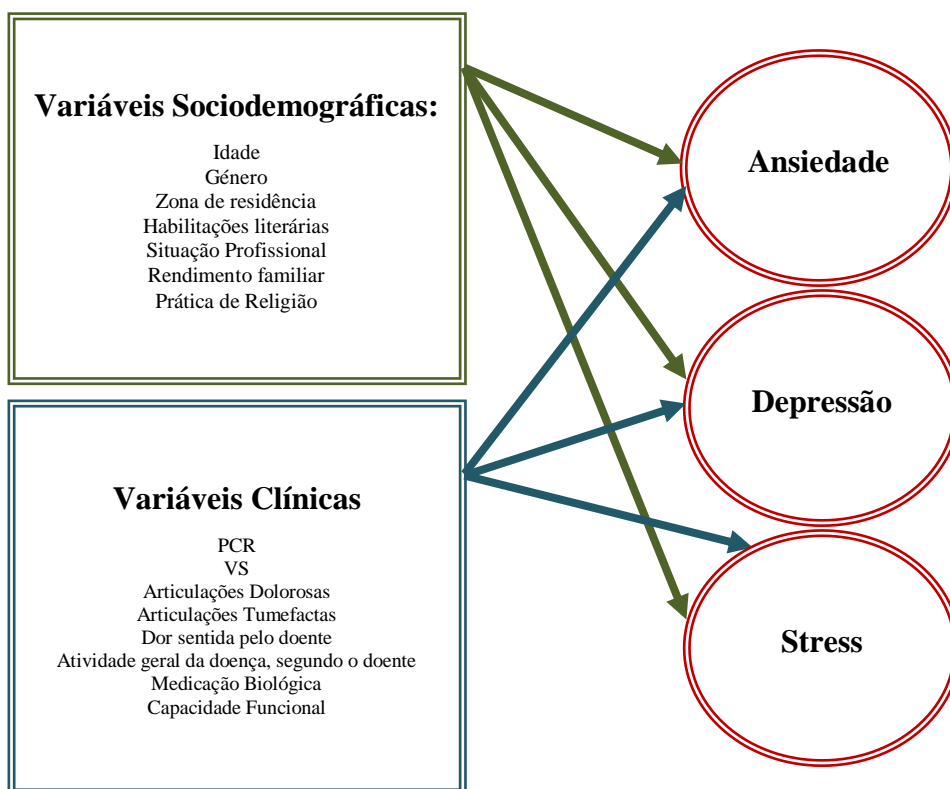
De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação segue métodos do estudo de análise quantitativa, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir

desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Hout, 2002)

Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri et al, 2006), ou como refere Fortin, (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis.

Assim, e reportando-nos à revisão teórica realizada, os objetivos e hipóteses da presente investigação, elaborámos a representação esquemática, que ambiciona dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estudar entre as variáveis (cf. Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação).



Legenda: Influência das variáveis independentes (à esquerda) sobre as variáveis dependentes (à direita).

1.2. PARTICIPANTES E TIPO DE AMOSTRA

Amostragem é o método de seleção dos sujeitos que cooperam num estudo, sendo a amostra o conjunto de sujeitos de quem se irão recolher os dados, devendo estes ter as mesmas características das da população de onde foram extraídos (Coutinho, 2013).

Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência, sendo esta formada por 40 pessoas com AR a fazer medicação biológica e 40 pessoas com AR sem medicação biológica, ou seja medicados com terapêuticas convencionais selecionados na consulta de Reumatologia do CHTV, EPE.

Todos os utentes abordados se mostraram recetivos ao estudo, com uma taxa de adesão de 100%, revelando-se, segundo Bowling (1997) cit. por Gomes (2003), uma percentagem de adesão muito boa, uma vez que é superior a 75%, sendo, por sua vez, valores entre 50% e 75% considerados como boa adesão.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo **feminino (82.5%)**, com **idades entre os 21 e os 80 anos**, com uma **idade média de 58.16** anos (DP=11.347), com uma dispersão moderada em torno da média (CV=19.2%). Os homens são mais velhos face às mulheres, contudo as diferenças não são significativas (U=392.55; Z=-.881; p=0.378), (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade das pessoas com AR

	N	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	14	46	71	60.71	7.829	-.604	-.528	12.9	45.46	U=392.5; Z=-.881; p=.378
Feminino	66	21	80	57.62	11.939	-2.343	1.801	20.7	39.45	
Total	80	21	80	58.16	11.347	-2.799	2.400	19.2		

Observamos que **maioritariamente** a amostra de pessoas com artrite reumatoide era **casada ou vivia em união de facto (81.3%)**, residindo em **meio rural (65.0%)**, com **prática de uma religião (98.8%)**.

Relativamente as habilitações literárias\ Académicas a maioria tem o **1º Ciclo\ 4º Classe\ 4º Ano (53.8%)**, 21.3% possui o 2º ou 3º ciclo e 11.35% da amostra é analfabeta

ou sabe ler e escrever, os resultados entre homens e mulheres e semelhante, não se diferenciando.

Constatamos que **53.8%** das pessoas com AR possui um rendimento familiar mensal semelhante ao **ordenado mínimo nacional**, 26.2% tem um rendimento duas vezes superior e 20.0% recebe três vezes ou mais que o ordenado mínimo nacional.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas com AR

Variáveis	Sexo		Feminino		Total			
	n (14)	% (17.5)	n (66)	% (82.5)	N (80)	% (100,0)	Masc	Fem
Estado Civil							Valores Residuais	
Solteiro	0	.0	4	6.1	4	5.0	Não aplicável	
Casado \ União de facto	14	100.0	51	77.3	65	81.3	2.0	-2.0
Divorciado\ Separado\ Viúvo	0	.0	11	16.6	11	13.7	Não aplicável	
Zona de Residência							Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.004$; p=.951	
Rural	9	64.3	43	65.2	52	65.0		
Urbana	5	35.7	23	34.8	28	35.0		
Habilitações Literárias\ Académicas							Valores Residuais	
Analfabeto\ Sabe ler e escrever	0	.0	9	13.6	9	11.3	Não aplicável	
1º Ciclo\ 4º Classe\ 4º Ano	9	64.3	34	51.5	43	53.8	.9	-.9
Do 2º ciclo ao 3º ciclo	3	21.4	14	21.2	17	21.3	.0	.0
Secundário	2	14.3	4	6.1	6	7.3	1.1	-1.1
Licenciatura	0	.0	5	7.6	5	6.3	Não aplicável	
Rendimento familiar mensal							Valores Residuais	
Semelhante ao ordenado mínimo nacional	7	50.0	36	54.5	43	53.8	-.3	.3
Duas vezes superior ao Semelhante ao ordenado mínimo nacional	3	21.4	18	27.3	18	26.2	-.5	.5
Três vezes ou mais do que o Semelhante ao ordenado mínimo nacional	4	28.6	12	18.2	12	20.0	.9	-.9
Prática alguma religião							Teste de Fisher p=.999	
Sim	14	100.0	65	98.5	79	98.8		
Não	0	.0	1	1.5	1	1.2		
Atividade Profissional							Teste de Fisher p=.016	
Ativo	3	21.4	37	56.1	40	50.0		
Não Ativo (reformado ou desempregado)	11	78.6	29	43.9	40	50.0		

Observamos na tabela 3 que a maioria das pessoas se encontra **reformada (42.6%)**, 23.9% é doméstica, 7.6% está desempregado e 6.4% trabalha na agricultura. Ao agruparmos as pessoas ativas profissionalmente e as não ativas (desempregada e reformados), verificamos uma **percentagem mais elevada de pessoas ativas no sexo feminino (56.1% vs 21.4%)**, revelando o teste de Fisher diferenças significativas ($p=.016$), (cf. Tabela 2).

Tabela 3 - Análise da Profissão das pessoas com AR

	N	%
	80	100,0
Domestica	19	23.9
Reformada	34	42.6
Encarregada de serviços de apoio domiciliário	1	1.3
Professora	2	2.4
Agricultor	5	6.4
Desempregada	6	7.6
Ajudante de Lar	3	3.9
Camionista	1	1.3
Ajudante de cozinha	1	1.3
Encarregado de Construção Civil	1	1.3
Costureira	1	1.3
Assistente Social	1	1.3
Empregado de Escritório	1	1.3
Desenhador Técnico	1	1.3
Empregado lavandaria	1	1.3
Rececionista	1	1.3

1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a conceptualização da problemática, das variáveis, e seleção da amostra e definição das hipóteses, o passo seguinte no processo de investigação, seja ela quantitativa, qualitativa ou metodológica, reporta à recolha de dados empíricos (Coutinho, 2013).

O instrumento de colheita de dados por nós escolhido foi um questionário sócio – demográfico (cf. Anexo 1), e um conjunto de escalas que permitem avaliar, entre outros

aspectos, a dor sentida pelo doente, a atividade geral da doença segundo o doente, a capacidade funcional, a ansiedade, depressão e stress.

Foi aplicado no âmbito da consulta de Reumatologia do CHTV, EE, pelo investigador, de Setembro a Outubro de 2013. Todos os utentes abordados anuíram participar, constatando-se uma adesão de 100%.

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em cinco partes.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

É formada por questões relativas a variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, estado civil, zona de residência, habilitações literárias\académicas, situação profissional e o rendimento familiar mensal e ainda a prática de alguma religião.

Parte II – Variáveis Clínicas

É constituído por um conjunto de itens que pretendem avaliar os parâmetros clínicos, nomeadamente:

1) A **Proteína C Reativa (PCR)** é produzida no fígado, a sua concentração sanguínea é muito baixa nos indivíduos saudáveis (inferior a 0.5 mg/dL) quando há um processo inflamatório (comum na artrite reumatoide), o fígado aumenta a produção da proteína C reativa e o valor da sua concentração sanguínea eleva-se e costumam corresponder a inflamações com relevância clínica frequentemente associadas a infeções bacterianas agudas (PCR superior a 1,0 mg/dL). Segundo os valores de referência do laboratório do CHTV, EPE, quando a PCR é <0,50 infere-se não existir atividade inflamatória, no caso de $\geq 0,50$ existe atividade inflamatória.

2) A **Velocidade de Sedimentação (VS)** é um teste simples que mede a velocidade de sedimentação do sangue num tubo de vidro graduado (pipeta Westergren) num determinado período de tempo (1h). É um teste inespecífico na deteção de processos inflamatório, infeccioso ou neoplásico (Silva, Lavor, e Rocha, 2013). Este teste, atualmente, já é reproduzido em máquinas aparelhos próprios, como o existente no laboratório do CHTV, EPE. Segundo este, os seus valores normais vão de um intervalo de 0.0 e 20.0 mm. Quando os valores se encontram dentro deste intervalo não existe atividade inflamatória, quando em presença de valores superiores a 20mm/h estamos perante atividade inflamatória.

3) **Articulações Dolorosas**, articulação que os utentes manifestam dores, motivada ou não pelo processo inflamatório, as articulações usualmente avaliadas são 28.

4) **Articulações Tumefactas**, As articulações devem ser zero (0), quando há articulações tumefactas quer dizer que há inflamação, as articulações usualmente avaliadas são 28, ou seja os valores oscilam entre zero e 28.

Foi ainda avaliada a dor através da **Escala Visual Analógica da Dor**, que vai de um mínimo de 0 mm (muito bem sem dores) a um máximo de 100 mm (dor intensa). E foi **avaliada a atividade geral da doença segundo o doente** através de uma Escala Visual analógica com os valores a oscilarem entre 0 mm (muito bem) e 100mm (muito mal).

Procuramos ainda determinar se as pessoas com Artrite Reumatoide fazem medicação biológica e qual o tipo de medicação que fazem.

Parte III – Capacidade Funcional - Health Assessment Questionnaire

A versão curta do "Health Assessment. Questionnaire" (HAQ-c) desenvolvida por Fries na década de 80 é o mais utilizado internacionalmente. As razões que justificam esta preferência são: a) foi concebido especificamente para avaliar doentes reumáticos; b) além da dor, avalia a capacidade funcional; c) a sua validade e fiabilidade já estão demonstradas; d) é de preenchimento rápido e foi concebido para ser aplicado como auto questionário.

Dos vários instrumentos de medição que se têm vindo a desenvolver, o "Health Assessment Questionnaire" (HAQ) ou, mais precisamente, a sua versão curta (HAQ-c), é aquele que maior utilização tem tido a nível internacional - mais de 100 artigos publicados até 1992 e mais de 100 000 aplicações em doentes - razão pela qual tem sido selecionado para adaptação e validação para muitas línguas.

Foi criado e desenvolvido por J . F. Fries e colaboradores da Universidade de Stanford (E.U.A.) e inclui um questionário de avaliação funcional baseado em oito categorias de atividades (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar e outras atividades). Existem já adaptações para francês, castelhano, holandês, sueco, inglês (Grã-Bretanha) e português (Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa & Queiroz, 1996).

O Índice de Incapacidade (ID) que a escala proporciona é avaliado por oito categorias, para cada uma dessas categorias, o paciente indica o grau de dificuldade em

quatro possíveis respostas que vão de "nenhuma dificuldade = 0" até "incapaz de fazê-lo = 3". Inclui, também, um questionário sobre o uso de dispositivos de ajuda ou de suporte a terceiros para as atividades das oito categorias. A pontuação de cada categoria aparece no número mais alto de qualquer um dos seus itens. A pontuação final do HAQ é a média das pontuações das oito categorias, sendo posteriormente avaliada o ID leve (HAQ 0 a 1), ID moderado (HAQ >1 a 2) e ID elevado (HAQ >2 a 3).

A consistência interna da referida escala revela uma muito boa consistência interna com um alfa de Cronbach de .934, e um *split half* bom quer na primeira metade da escala ($\alpha=.880$) como na segunda metade ($\alpha=.881$), (cf. Anexo 1).

Parte IV – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens (cf. Anexo 4). Segundo Lovibond e Lovibond (1995), citados por Ribeiro, Honrado e Leal (2004), as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas em termos empíricos nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial.

As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos, (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

A consistência interna foi inspecionada com recurso ao Alfa de Cronbach¹. Os resultados encontrados para a EADS foram prospectivamente de 0,85 para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stress, (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Na presente investigação obtivemos valores de consistência interna razoáveis na subescala da Ansiedade ($\alpha=.769$) e bons nas subescalas da Depressão ($\alpha=.885$) e Stress ($\alpha=.825$), (cf. Anexo 2).

1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS, ÉTICOS E ESTATÍSTICOS

A execução de que qualquer investigação efetuada junto de seres humanos obriga ao levantamento de questões morais e éticas parece ser de tal ordem aceite quase universalmente, que se tem vindo a “andar de boca em boca” sob inúmeros contextos quotidianos e não científicos. Sublinhe-se no entanto, que ser corriqueira não é sinónimo de irrelevante ou não fundamentada, não deixando de ser verdadeira. Fortin (2009), concordantemente, acrescenta que “a própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar”.

Tal como esclarece Fortin (2009), foram determinados pelos códigos de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

No decurso deste trabalho e tendo em consideração não só estar-se a lidar com seres humanos, mas também, especialmente, conscientes da delicadeza da temática a investigar, todos estes direitos foram cuidadosamente respeitados.

Foi feito jus ao direito à autodeterminação dos indivíduos, pelo que a população alvo foi convidada a participar no estudo, e coube a cada um decidir livremente sobre a sua participação na investigação.

¹ Os valores de referência do alfa de Cronbach, indicam que valores inferiores a 0,6 são inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 são fracos, 0,7 e 0,8 são razoáveis, entre 0,8 e 0,9 são classificados como bons e superiores a 0,9 são muito bons (Pestana & Gageiro, 2005)

O direito à intimidade parte do pressuposto que qualquer investigação junto de seres humanos estabelece uma feição intrusiva à vida pessoal dos indivíduos em causa. Isto implica que o sujeito decida livremente de que forma e em que extensão aceita partilhar informações íntimas e privadas com o investigador. Perante este direito, procurou-se proteger o anonimato da pessoa, tal como a confidencialidade dos dados fornecidos.

Uma vez que o instrumento de colheita de dados é o questionário, os dados não foram colhidos sem o conhecimento do sujeito. Posto isto e assegurando que a informação privada colhida não seria fornecida a terceiros, assegurou-se o respeito pelo direito à intimidade.

O direito ao anonimato e à confidencialidade foi prezado rigorosamente, através da atribuição de um número, ao questionário, que substitui a identidade da mesma. Em nenhum momento, a identidade do sujeito é passível de ser associada às suas respostas individuais, mesmo pelos investigadores. Considerou-se que a quebra do anonimato e confidencialidade poderia significar o prejuízo psicológico e social dos sujeitos identificados.

Assim, após parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo 3), procedeu-se ao envio de pedido de parecer a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela Viseu e, pedido de autorização para realização da colheita de dados dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu após parecer favorável para aplicação de questionários iniciámos a distribuição e recolha dos questionários na Consulta de Reumatologia (cf. Anexo 5).

Não podemos deixar de salientar também o pedido e a autorização tão prontamente dada pelos respetivos autores, para a utilização das Escalas “Health Assessment Questionnaire – HAQ, versão Portuguesa” (cf. Anexo 6) e “Escala de Ansiedade, Depressão e Stress” (cf. Anexo 7).

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica e estatística não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa

possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007), tendo sido utilizados os testes t-student, regressão linear e regressão multivariada.

Assim, da não paramétrica foi utilizado o teste de U-Mann Whitney (UMW), e o teste Kruskal Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa.

Foi utilizado ainda o Teste de Qui Quadrado (χ^2), para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador, (Pestana & Gageiro, 2008). O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96 o comportamento dessa célula é semelhante ao esperado, à média, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado, (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste de Fisher é um teste não paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando um dos valores for inferior a 5, (Maroco, 2007, p.112).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

2. RESULTADOS

De seguida será realizada a análise descritiva do perfil clínico das pessoas com AR, e determinar que variáveis influenciam no perfil clínico das pessoas. De seguida será feita a caracterização da capacidade funcional e da ideação suicida e procurar-se-á determinar que variáveis as influenciam.

2.1. PERFIL CLINICO

- **PCR e VS nas pessoas com AR**

Os valores da **Proteína C Reativa (PCR)** oscilaram entre .01 e um máximo de 5.66, com um valor **médio de .87**, o que indica uma dispersão elevada em torno da média (CV=130.0%). Sendo nos homens mais elevados face às mulheres (OM=45.21 vs OM=39.50), revelando contudo o teste U Mann Whintey não existirem diferenças significativas (U=396.0; p=.403).

Quando ao estudo da **velocidade de sedimentação (VS)**, os valores oscilaram entre 2 e 55, o que indica uma variação elevada face à média (CV=99.1%). O valor médio da VS foi de 10.6 (DP=10.505), nas mulheres são mais altos face aos homens contudo sem diferenciação estatística significativa (p=.480) (cf. Tabela 4).

Conclui-se desta forma que a PCR e a VS são independentes do sexo das pessoas com artrite reumatoide.

Tabela 4 - Estatísticas relativas à PCR e à VS das pessoas com AR

	n	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
PCR										
Masculino	14	.10	2.60	.91	.841	1.565	-.311	92.4	45.21	U=396.0; Z=-.836; p=.403
Feminino	66	.01	5.66	.87	1.189	8.335	10.687	114.9	39.50	
Total	80	.01	5.66	.87	1.131	8.851	11.633	130.0		
VS										
Masculino	14	2	38	9.21	9.838	3.644	4.694	106.8	36.54	U=406.5; Z=-.707; p=.480
Feminino	66	2	55	10.89	10.690	7.729	11.521	98.2	41.34	
Total	80	2	55	10.6	10.505	8.319	11.902	99.1		

O estudo da PCR e da VS, tendo por base os valores de referência do laboratório do CHTV, indica que de acordo com a **PCR 58.8%** das pessoas com AR **não apresentam atividade inflamatória**, e **90.0%** apresenta resultados de **VS** que oscilam entre zero e 20, indicando **não existir atividade inflamatória**. Os valores nos homens e nas mulheres são semelhantes, não se diferenciando, (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da PCR e VS nas pessoas com AR (por grupos)

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		
		n (14)	% (17.5)	n (66)	% (82.5)	N (80)	% (100.0)	
PCR (grupos)								Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.536$; p=.464
Sem atividade inflamatória (≤ 0.5)		7	50.0	40	60.6	47	58.8	
Com atividade inflamatória ($>.5$)		7	50.0	26	39.4	33	41.2	
VS (grupos)								Teste Fisher p=.999
Sem atividade inflamatório (0 - 20)		13	92.9	59	89.4	72	90.0	
Com atividade inflamatória (>20)		1	7.1	7	10.6	8	10.0	

• Articulações Dolorosas e Tumefactas nas pessoas com AR

A observação clínica das articulações dolorosas patenteou que o seu número variou entre zero (0) e um máximo de 25, com um valor médio de 2.48 (Dp=2.679) articulações dolorosas, com uma dispersão elevada (CV= 108.2). Os valores médios indicam que os homens detêm maior presença de articulações dolorosas do que as mulheres, (U=457.0; p=.945), sem significado estatístico, (cf. Tabela 6).

Quanto às articulações tumefactas, os valores oscilaram entre zero e 15 com um valor médio de 2.14 (Dp=2.854), apresentando as mulheres em média mais articulações com tumefações (U=458.0; p=.958), mas as diferenças não são significativas, (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas relativas às articulações dolorosas e tumefactas

	N	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
ARTICULAÇÕES DOLOROSAS										
Masculino	14	0	11	2.71	3.950	2.143	2.113	145.7	40.86	U=457.0; Z=-.069; p= .945
Feminino	66	0	25	2.43	4.378	9.857	18.546	180.2	40.42	
Total	80	0	25	2.48	2.679	9.959	17.755	108.2		
ARTICULAÇÕES TUMEFECTAS										
Masculino	14	0	6	2.0	2.320	.938	-1.273	116	40.21	U=458.0; Z=-.053; p= .958
Feminino	66	0	15	2.17	2.969	7.345	9.754	136.7	40.56	
Total	80	0	15	2.14	2.854	7.614	10.234	133.4		

A variável articulações dolorosas e tumefactas, foi ainda recodificada em dois grupos, um constituído pelos indivíduos sem qualquer articulação dolorosa ou tumefacta, e outro referente às pessoas com pelo menos uma articulação que manifesta dor ou tem tumefação. Constatou-se pela contagem articular que **47,5%** da nossa amostra apresentava **uma ou mais articulações dolorosas** e **58,7%** **uma ou mais articulações tumefactas** (cf. tabela 8).

- **Toma de medicação biológica nas pessoas com AR**

A análise feita à toma de medicação biológica pelas pessoas com AR revela que **50% dos participantes toma medicação biológica**, destes, 30.0% faz *Embrel*, 25% *Humira*, 20% *Simponi*, e 12.5% Rituximab.

Verificamos que **65% está a fazer medicação biológica pela primeira vez** e **35% já fez alguma medicação biológica** antes da que faz atualmente. Das pessoas que já tomaram outra medicação biológica 33.3% tomou *Infliximab*, 20% *Embrel*, 13.3% *Humira* e associação de *Embrel* e *Humira*. A maioria das pessoas **mudou de medicação biológica por falência da medicação (93.3%)** e 6.7% devido a alergia ao medicamento, (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da toma de medicação biológica por parte das pessoas com AR

Variáveis	Sexo		Total				
	n (14)	% (17.5)	n (66)	% (82.5)	N (80)	% (100,0)	
Toma medicação biológica							Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.004$; p=.951
Sim	5	35.7	35	53.0	40	50.0	
Não	9	64.3	31	47.0	40	50.0	
Se sim, Qual?							Valores Residuais
Embrel	2	40.0	10	28.6	12	30.0	Masc .5 Fem -.5
Humira	0	.0	10	28.6	10	25.0	Não aplicável
Simponi	1	20.0	7	20.0	8	20.0	-1.4 1.4
Infliximab	1	20.0	2	5.7	3	7.5	.0 .0
Rituximab	1	20.0	4	11.4	5	12.5	1.1 -1.1
Tocilizumab	0	.0	2	5.7	2	5.0	Não aplicável
Fez alguma medicação biológica anterior							Teste Fisher p=.143
Sim	0	.0	14	40.0	14	35.0	
Não	5	100	21	60.0	26	65.0	
Se sim, Qual?							
Embrel					3	20.0	
Humira					2	13.3	
Simponi					1	6.7	
Infliximab					5	33.3	
Embrel e Humira					2	13.3	
Humira e Simponi					1	6.7	
Embrel, Infliximab e Tocilizumab					1	6.7	
Motivo pelo qual descontinuou							
Falencia	0	.0	14	93.3	14	93.3	
Alergia	0	.0	1	6.7	1	6.7	

Verificámos que, dos doentes que fazem medicação biológica, 52.5% não tem qualquer articulação dolorosa, igual percentagem apresentam as pessoas que não fazem medicação biológica, não se diferenciando (p=.999).

Relativamente às articulações tumefactas, as pessoas com AR que **fazem medicação biológica são os que estão mais representados no grupo de uma ou mais articulações tumefactas (70.0% vs 47.5%)**, revelando o teste Qui-Quadrado diferenças significativas ($\chi^2=4.178$; p=.041), (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização das articulações dolorosas e tumefactas (por grupos)vs toma de medicação biológica

Toma de medicação Biológica	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Variáveis	(40)	(40.0)	(40)	(50.0)	(80)	(100,0)	
ARTICULAÇÕES							
DOLOROSAS							
Nenhuma (zero)	21	52.5	21	52.5	42	52.5	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0.001$; p=.999
Uma ou mais articulações dolorosas	19	47.5	19	47.5	38	47.5	
Toma de medicação Biológica	Sim		Não		Sim		
Variáveis	n	%	n	%	N	%	
	(40)	(40.0)	(40)	(40.0)	(80)	(100,0)	
ARTICULAÇÕES							
TUMEFECTAS							
Nenhuma (zero)	12	30.0	21	52.5	33	41.3	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4.178$; p=.041*
Uma ou mais articulações tumefactas	28	70.0	19	47.5	47	58.7	

- **Dor e atividade geral da doença nas pessoas com AR**

O estudo da dor através da escala visual revela que os valores variaram entre 0 mm e 90 mm, com um **valor médio de 50.0 mm** (Dp=23.194). As mulheres pontuaram em media com scores mais elevados no nível de dor do que os homens (Média=51.06 vs Média=45.0), contudo o teste UMW indica que as diferenças encontradas não são significativas (U=388.0; p=.344), (cf. Tabela 9).

Quanto à avaliação dos doentes da sua atividade geral da doença, o mínimo foi zero (muito bem) e o máximo 100 mm (muito mal), com uma oscilação elevada em torno da média (CV=47.8%). O **valor médio** foi de **50.12 mm** (Dp=23.972), o que indica uma atividade geral de doença razoável, com as mulheres a apresentaram uma pior atividade geral da doença no entanto sem evidência estatística (U=386.5; p=.333), (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas à Dor e à Atividade geral da doença das pessoas com AR

	n	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
ESCALA VISUAL DA DOR										
Masculino	14	0	90	45.0	25.344	.055	-.282	56.3	35.21	U=388.0; Z=-.947; p= .344
Feminino	66	0	85	51.06	22.778	-2.030	-.686	44.6	41.62	
Total	80	0	90	50.0	23.194	-1.777	-.885	46.4		
ESCALA VISUAL DA ATIVIDADE GERAL DA DOENÇA										
Masculino	14	0	90.0	43.21	29.974	.120	-1.094	69.4	35.11	U=386.5; Z=-.968; p= .333
Feminino	66	0	100.0	51.59	22.500	-1.535	-.175	43.6	41.64	
Total	80	0	100.0	50.12	23.972	-1.420	-.843	47.8		

2.2. CAPACIDADE FUNCIONAL

O estudo da Capacidade Funcional, suportado no Health Assessment Questionnaire (HAQ), revela que os itens onde as pessoas com AR manifestam incapacidade para realizar determinada atividade são “Alcançar e trazer ate si um objecto de 2.5Kg colocado numa prateleira acima da sua cabeça” (8.8%), seguido dos itens relativos a atividade “Cortar a carne” e “Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão” com 5.0%.

Na atividade “Fazer a lida da casa (p.ex. aspirar a casa, varrer fazer jardinagem...)” 20% das pessoas com AR manifestam muita dificuldade em realizá-la.

Em sentido oposto verificamos que os itens “Levar à boca um copo ou chávena cheios” e “Abrir as portas de um carro” são os itens em que as pessoas com AR não manifestaram dificuldade em realizar estas atividades com valores percentuais de 73.8% e 70.0%, respetivamente, (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização das atividades da Capacidade Funcional

Variáveis	Sem qualquer dificuldade		Com alguma dificuldade		Com muita dificuldade		Incapaz de o fazer	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Vestir-se								
Vestir-se incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos	37	46.2	37	46.2	5	6.3	1	1.3
Lavar o cabelo	52	65.0	24	30.0	4	5.0	0	0.0
Levantar-se								
Erguer-se de uma cadeira	37	46.2	36	45.0	7	8.8	0	0.0
Deitar-se e levantar-se da cama	32	40.0	40	50.0	8	10.0	0	0.0
Comer								
Cortar a carne	26	32.5	41	51.3	11	13.2	4	5.0
Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão	44	55.0	21	26.2	11	13.8	4	5.0
Levar a boca um copo ou chávena cheios	59	73.8	20	25.0	1	1.2	0	0.0
Caminhar								
Caminhar fora de casa em terreno plano	46	57.5	30	37.5	4	5.0	0	0.0
Subir 5 degraus	35	43.8	36	45.0	9	11.2	0	0.0
Higiene								
Lavar e limpar todo o corpo	41	51.3	32	40.0	7	8.7	0	0.0
Tomar banho	44	55.0	30	37.5	6	7.5	0	0.0
Sentar-se e levantar-se da sanita	42	52.5	30	37.5	8	10.0	0	0.0
Alcançar								
Alcançar e trazer até si um objecto de 2.5Kg colocado numa prateleira acima da sua cabeça	21	26.2	35	43.8	17	21.2	7	8.8
Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão	26	32.5	45	56.3	9	11.2	0	0.0
Preensão								
Abrir as portas de um carro	56	70.0	23	28.8	1	1.3	0	0.0
Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos	36	45.0	37	46.3	4	5.0	3	3.7
Abrir e fechar torneiras	53	65.0	25	31.3	3	3.7	0	0.0
Atividades								
Fazer compras e recados	41	51.3	32	40.0	5	6.2	2	2.5
Entrar e sair de um carro	37	46.2	35	43.8	8	10.0	0	0.0
Fazer a lida da casa (p.ex. aspirar a casa, varrer fazer jardinagem...)	22	27.5	41	51.3	16	20.0	1	1.2

Quando analisamos as atividades que as pessoas com AR realizam com apoio, verificamos que a atividade “*Agarrar e Abrir objetos*” é aquela que as pessoas realizam

com mais apoio (25.0%), seguida da “*Lida domestica e compras*” com 23.7% e da atividade “*Alcançar objectos*” (15.0%), (cf. Tabela 10).

Os apoios ou instrumentos mais utilizados são *muletas ou canadianas* e *sanita mais alta* com 5%, e 2.5% utilizam *bengala, banco para tomar banho e adaptações com pegadas longas para a higiene pessoal*, (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização das atividades com apoio e dos instrumentos usados pelas pessoas com AR

	Não		Sim	
	N	%	N	%
ATIVIDADES COM APOIO				
Vestir-se ou arranjar-se	76	95.0	4	5.0
Levantar-se	76	95.0	4	5.0
Higiene Pessoal	74	92.5	6	7.5
Alcançar objectos	68	85.0	12	15.0
Comer	78	97.5	2	2.5
Caminhar	76	95.0	4	5.0
Agarrar e abrir objectos	60	75.0	20	25.0
Lida domestica e compras	61	76.3	19	23.7
	Não		Sim	
	n	%	N	%
APOIOS OU INSTRUMENTOS USADOS HABITUALMENTE				
Bengala	78	97.5	2	2.5
Andarilho	80.0	100.0	0	0.0
Muletas ou canadianas	76	95.0	4	5.0
Cadeira de rodas	80.0	100.0	0	0.0
Sanita mais alta	76	95.0	4	5.0
Banco para tomar banho	78	97.5	2	2.5
Pegadas na banheira	80.0	100.0	0	0.0
Auxiliares para se vestir	79	98.8	1	1.2
Adaptações na casa ou seus utensílios	79	98.8	1	1.2
Cadeiras especiais	80.0	100.0	0	0.0
Abre boiões	79	98.8	1	1.2
Pinças de preensão	80.0	100.0	0	0.0
Adaptação com pegadas longas para a higiene pessoal	78	97.5	2	2.5
Outros	80.0	100.0	0	0.0

O estudo da Capacidade Funcional via *Health Assessment Questionnaire* revela que os valores variaram entre 0 e um máximo de 2.25, com um **valor médio de .93** (Dp=.609), as mulheres apresentam ordenações médias que indicam uma maior

deficiência no seu estado de saúde face aos homens (OM=41.26 vs OM=36.93), contudo o teste UMW indica que as diferenças encontradas não são significativas (U=412.0; p=.525), (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Estatísticas relativas à capacidade funcional das pessoas com AR

	N	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	14	0	2.25	.88	.640	1.135	.169	72.7	36.93	U=412.0; Z=-.635; p=.525
Feminino	66	0	2.0	.95	.607	-.244	1.843	63.9	41.26	
Total	80	0	2.25	.93	.609	.197	-1.787	65.5		

A variável Capacidade Funcional, foi recodificada em dois grupos (índice de ligeira incapacidade e índice de moderada a elevada incapacidade), inferindo-se que a **maioria dos participantes pontuou com um índice de ligeira incapacidade (60.0%), 40.0% apresenta moderada a elevada incapacidade** no seu estado de saúde. O estudo pelos grupos revela que 42.4% das mulheres face a 21.4% dos homens com incapacidade moderada a elevada, não se observando diferenças significativas (Fisher: p=.385), (cf. Tabela 13).

A análise tendo por base a toma de medicação biológica indica que **os doentes que tomam medicação biológica estão mais representados na ligeira incapacidade (62.5%), por sua vez as pessoas que não fazem medicação biológica estão mais representadas no índice de moderada a elevada incapacidade (42.5%),** contudo sem evidência estatística significativa (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização da capacidade funcional por grupos em função do sexo e da toma de medicação biológica

Sexo	Masculino		Feminino		Total		
	n (14)	% (17.5)	n (66)	% (82.5)	N (80)	% (100,0)	
Variáveis							
Índice de Ligeira Incapacidade	10	71.4	38	56.7	48	60.0	Teste de Fisher; p=.385
Índice de Moderada a Elevada Incapacidade	4	28.6	28	42.4	32	40.0	
Medicação biológica	Sim		Não		Total		
	n (40)	% (50.0)	n (40)	% (50.0)	N (80)	% (100,0)	
Variáveis							
Índice de Ligeira Incapacidade	25	62.5	23	57.5	48	60.0	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.208$; p=.648
Índice de Moderada a Elevada Incapacidade	15	37.5	17	42.5	32	40.0	

Verificámos que a *idade*, a *dor* e a *atividade geral da doença* se associaram de **forma positiva com a incapacidade funcional**, ou seja, quando há um aumento da idade ($r=.320$; $p=.004$), da dor ($r=.417$; $p=.000$) e da “atividade da doença” ($r=.506$; $p=.000$), o índice de deficiência do estado de saúde também aumenta. O teste t da regressão linear simples revelou diferenças significativas, inferindo-se que a idade é responsável por 10.24% da variância da Capacidade Funcional, a dor e a atividade geral da doença são responsáveis por 17.4% e 25.6% da variância da Capacidade Funcional (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Análise de regressão linear simples entre a idade, a dor e a atividade geral da doença das pessoas com AR e a incapacidade funcional

	r	r2(%)	p	t	p
Idade	.320	10.2	.004**	2.986	.004**
Escala Visual da Dor	.417	17.4	.000***	4.055	.000***
Escala Visual da Atividade geral da doença	.506	25.6	.000***	5.175	.000***

Os valores descritos na Tabela 15, permitem considerar que dos três fatores que entraram no modelo de predição utilizando a regressão linear múltipla pelo método stepwise, apenas o Escala Visual da Atividade geral da doença predizem a capacidade funcional explicando 24.6% da sua variância.

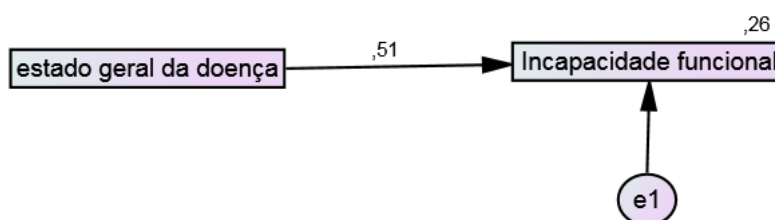
A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que as variáveis se associam de forma positiva, ou seja, os utentes com maior incapacidade funcional, avaliam de forma mais negativa a saúde global da saúde que possuem, (cf. Quadro 40).

Tabela 15 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável capacidade funcional (HAQ)

VARIÁVEL DEPENDENTE = Capacidade funcional (HAQ)						
R Múltiplo = 0,506						
R ² = 0,256						
R ² Ajustado = 0,246						
Erro padrão da estimativa = .529						
F= 26.777						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	.209	---	---	2.101	.039	
Escala Visual da Atividade geral da doença	.506	.256	.246	5.175	.000	1.000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	7.507	1	7.507			
Residual	21.867	78	.280	26.777	0,000***	
Total	29.374	79	---			

O modelo final de predição das variáveis independentes na capacidade funcional resume-se a figura 2, onde se observa a influência apenas do estado geral da doença, responsável por cerca de 26% da variância da capacidade funcional das pessoas com artrite reumatoide.

Figura 2 – Modelo final da influência das variáveis independentes na capacidade funcional (HAQ)



A análise da relação entre a Capacidade Funcional e as articulações dolorosas e tumefactas revela pela análise da tabela 16 que as pessoas que têm uma ou mais articulações dolorosas se encontram mais representadas no índice de incapacidade moderado a elevado (50.0% vs 31.0%). Concluimos que **a capacidade funcional (HAQ)**

das pessoas com AR não sofre influência da existência de articulações dolorosas e tumefactas, (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Caracterização da capacidade funcional por grupos em função da presença ou ausência de articulações dolorosas e tumefactas

Grupos de Articulações dolorosas	Nenhuma		Uma ou mais articulações		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Variáveis	(42)	(52.5)	(38)	(47.5)	(80)	(100,0)	
Índice de Ligeira Incapacidade	29	69.0	19	50.0	48	60.0	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=3.016$; p=.082
Índice de Moderada a Elevada Incapacidade	13	31.0	19	50.0	32	40.0	
Grupos de Articulações tumefactas	Nenhuma		Uma ou mais articulações		Total		
Variáveis	n	%	n	%	N	%	
	(33)	(41.3)	(47)	(58.7)	(80)	(100,0)	
Índice de Ligeira Incapacidade	20	60.6	28	59.6	48	60.0	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=.009$; p=.926
Índice de Moderada a Elevada Incapacidade	13	39.4	19	40.4	32	40.0	

Verificámos que a **capacidade funcional é melhor nas pessoas que residem em meio rural** (OM=39.46), e nos **que ainda se encontram ativos profissionalmente** (Média=1.10). O teste t Student revela diferenças estatisticamente significativas na variável atividade profissional (t=-2.510; p=.014), ou seja, a **incapacidade funcional é mais elevada nos não ativos** (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Características da capacidade funcional (HAQ) em função da Zona de Residência

Zona de Residência	Rural (n=52)	Urbano (n=28)	UMW	P
	OM	OM		
Capacidade Funcional (nota global)	39.46	42.43	674.0	.585
Atividade Profissional	Ativo (n=40)	Não Ativo (n=40)	t	P
	Média (Dp)	Média (Dp)		
Capacidade Funcional (nota global)	.77 (.615)	1.10 (.564)	-2.510	.014*

Quanto à análise das habilitações literárias das pessoa com AR, conclui-se pela tabela 18 que as pessoas **Analfabeto\ Sabe ler e escrever são as que pior capacidade funcional apresentam** (OM=50.72) (UMW=8.030; p=.090).

Relativamente ao rendimento familiar mensal, verificou-se que as pessoas com **maior rendimento são as que melhor capacidade funcional possuem** (OM=31.84), no

entanto não existem diferenças estatisticamente significativas (UMW=2.821; p=244), (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis entre a capacidade funcional (HAQ), habilitações literárias e rendimento familiar mensal

Habilitações literárias	Analfabeto\ Sabe ler e escrever (N=9) OM	1º Ciclo\ 4º Classe\ 4º Ano (N=43) OM	Do 2º ciclo ao 3º ciclo (N=17) OM	Secundário (N=6) OM	Licenciatura (N=5) OM	KW	p
Capacidade Funcional (nota global)	50.72	42.80	39.29	19.00	32.20	8.030	.090
Rendimento familiar mensal	Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=43) OM	Duas vezes superior ao Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=21) OM	Três vezes ou mais do que o Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=16) OM			KW	p
Capacidade Funcional (nota global)	43.01	41.95	31.84			2.821	.244

Em síntese inferiu-se que a maioria das pessoas com AR (**60%**) **tem um índice de ligeiro de incapacidade** no que se refere à capacidade funcional (HAQ). A capacidade funcional (HAQ) **agrava-se com o aumento da idade, da dor, e com o aumento do estado geral da doença**, e é mais elevado não pessoas que estão **inativas profissionalmente** (reformados, desempregados).

2.3. ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

O estudo de cada dimensão considerando como variável continuada revelou que em cada uma os valores podem oscilar entre zero (0) e vinte e um (21). As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Quanto à *Ansiedade*, observámos que os itens variam entre mínimo de zero e um máximo de 9, com uma oscilação elevada em torno da média (CV=92.3%), com um valor médio de 2.91 (Dp=2.687). A *Depressão* variou entre zero e 13, com um valor médio de 3.48 (Dp=3.218), dispersão elevada em torno da média (CV=92.4%), e uma curva assimétrica e mesocurtica. O *Stress* oscilou entre zero e 11, com uma distribuição elevada em torno da média (CV=131.1%), e com um valor médio de 1.7 (Dp=6.427). Verificámos que na

Depressão, Ansiedade e Stress as mulheres apresentaram valores médios mais elevados face aos homens, (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Estatísticas relativas à Ansiedade, Depressão e Stress das pessoas com AR em função do sexo

	n	Min	Max	M	DP	Sk/erro	K/erro	CV (%)
ANSIEDADE								
Masculino	14	0	6	1.64	2.097	1.796	-.191	127.9
Feminino	66	0	9	3.18	2.733	1.701	-1.668	85.9
Total	80	0	9	2.91	2.687	2.234	-1.560	92.3
DEPRESSÃO								
Masculino	14	0	9	1.71	2.614	3.284	3.483	152.8
Feminino	66	0	13	3.84	3.226	2.207	-.132	84.0
Total	80	0	13	3.48	3.218	2.873	-0.30	92.4
STRESS								
Masculino	14	0	3	.78	1.188	1.876	-.357	152.3
Feminino	66	0	11	2.11	2.591	5.308	3.969	122.8
Total	80	0	11	1.87	2.451	6.427	5.798	131.1

Como foi abordado na metodologia, a escala Ansiedade, Depressão e Stress não possui nota global, sendo as diferentes dimensões analisadas individualmente.

O estudo da Ansiedade (item 1 ao 7), evidencia que os itens que menos pontuam as pessoas com AR são o item 4 – “*Senti dificuldade em respirar*” (85%), e o item 3 – “*Não consigo senti nenhum pensamento positivo*” (76.3%). 17.4% das pessoas referem que “*Tive dificuldades em me acalmar*” aplicou-se às pessoas muitas vezes, e 3.6% “*Sentiu a boca seca*” a maior parte das vezes.

Já na dimensão Depressão (itens 8 a 14), no item 9 “*Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula*” 86.3% das pessoas indicam que este item não se aplica, 43.7% das pessoas refere que em algumas vezes sente dificuldade em relaxar (item 12), e 21.2% sente que muitas vezes está a utilizar muita energia nervosa.

Na dimensão Stress (itens 15 a 21), 91.3% das pessoas nunca se sentiu assustado sem ter tido uma boa razão para isso (item 20), 37.5% das pessoas com AR sentiu-se sensível algumas vezes e 11.3% das pessoas sentiu-se sensível a muitas vezes. De referir que face ao item 21 “*Senti que a vida não tinha sentido*” 78.8% entende que esta afirmação

não se aplica, para 16.2% aplicou-se algumas vezes para 3.8% esta afirmação aplicou-se muitas vezes e para 1.2% a maior parte das vezes, (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Caracterização da Ansiedade, Depressão e Stress

	Itens	Não se aplica a mim		Aplicou-se a mim algumas vezes		Aplicou-se a mim muitas vezes		Aplicou-se a mim a maior parte das vezes	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedade	1. Tive dificuldades em me acalmar	29	36.3	37	46.3	14	17.4	-	-
	2. Senti a minha boca seca	41	51.3	29	36.3	7	8.8	3	3.6
	3. Não consigo senti nenhum pensamento positivo	61	76.3	15	18.7	4	5.0	-	-
	4. Senti dificuldade em respirar	68	85.0	12	15.0	-	-	-	-
	5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	54	67.5	21	26.3	5	6.2	-	-
	6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	54	67.5	25	31.3	1	1.2	-	-
Depressão	7. Senti tremores (por ex. nas mãos)	59	73.8	19	23.8	2	2.4	-	-
	8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	29	36.3	34	42.5	17	21.2	-	-
	9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	69	86.3	11	13.7	-	-	-	-
	10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	61	76.3	18	22.5	1	1.2	-	-
	11. Dei por mim a ficar agitado	34	42.5	34	42.5	12	15.0	-	-
	12. Senti dificuldade em me relaxar	33	41.3	35	43.7	12	15.0	-	-
Stress	13. Senti-me desanimado e melancólico	40	50.0	33	41.3	7	8.7	-	-
	14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	66	82.5	13	16.3	1	1.2	-	-
	15. Senti-me quase a entrar em pânico	70	87.5	10	12.5	-	-	-	-
	16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	63	78.8	15	18.8	2	2.4	-	-
	17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	61	76.3	18	22.5	1	1.2	-	-
	18. Senti que por vezes estava sensível	40	50.0	30	37.5	9	11.3	1	1.2
Stress	19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	60	75.0	20	25.0	-	-	-	-
	20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	73	91.3	6	7.5	1	1.2	-	-
	21. Senti que a vida não tinha sentido	63	78.8	13	16.2	3	3.8	1	1.2

A fim de aprofundar o estudo sobre a **Ansiedade, Depressão e Stress**, esta variável foi recodificada em três grupos, tendo por base a pela fórmula Mediana \pm 0,25x Amplitude Interquartil (Pestana & Gageiro, 2008), dado que os valores de assimetria e curtose revelaram curvas assimétricas.

Do resultado obtido adotar-se-á a seguinte classificação face à Ansiedade:

- **Ansiedade Leve** $]0 < .81$
- **Ansiedade Moderada** $\geq .81 > M > 3.19$
- **Ansiedade Elevada** ≥ 3.19

A classificação face à Depressão é:

- **Depressão Leve** $\leq 1,75$
- **Depressão Moderada** $> 1,75 > M > 4,25$
- **Depressão Elevada** $\geq 4,25$

Os níveis de Stress são agrupados em:

- **Stress Leve** $\leq .25$
- **Stress Moderada** $> .25 > M > 1.25$
- **Stress Elevada** ≥ 1.25

A análise dos grupos formados anteriormente revela que face à ansiedade, **37.5% da amostra apresenta uma ansiedade moderada e elevada**, e **25% ansiedade leve**, constatando-se que **os homens se apresentam mais representadas na ansiedade leve face as mulheres (50.0% vs 19.7%)**, revelando os valores residuais ajustados diferenças significativas (res=2.4), (cf. Tabela 21)

Observámos que a **maioria das pessoas com AR apresenta elevados índices de depressão elevada (35%) e 33.8% depressão leve**, sendo que **os homens apresentam menor depressão face as mulheres (64.3% vs 27.3%)**, com diferenças significativas (res=2.7), (cf. Tabela 21).

Quanto ao stress, **45% das pessoas com AR apresentam um nível de stress elevado, 42.5% um nível leve e 12.5% moderado**. Os homens pontuaram com menor scores de stress (64.3%) e as mulheres com stress mais elevado (48.5%), contudo sem diferenças significativas (cf. Tabela 21).

Constatámos que 25% das pessoas com AR não manifestam ansiedade, 27.5% não apresenta depressão e 42.5% stress. O estudo em função do sexo evidencia que os homens estão mais representados no grupo da ausência de ansiedade (50% vs 19.7%), depressão (50% vs 22.7%) e stress (64.3% vs 37.9%), sendo as diferenças significativas na ansiedade ($\chi^2=5.657$; $p=.017$), e depressão ($\chi^2=4.309$; $p=.038$) e não significativas no stress ($\chi^2=3.296$; $p=.069$), (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Estatísticas relativas à Ansiedade, Depressão e Stress (por grupos) das pessoas com AR

	Sexo	Masculino		Feminino		Total		
		n	%	n	%	N	%	
Ansiedade		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
Ausência		7	50.0	13	19.7	20	25.0	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=5.657$; p=.017*
Presença		7	50.0	53	80.3	60	75.0	
Depressão		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
Ausência		7	50.0	15	22.7	22	27.5	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4.309$; p=.038*
Presença		7	50.0	51	77.3	58	72.5	
Stress		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
Ausência		9	64.3	25	37.9	34	42.5	Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=3.296$; p=.069
Presença		5	35.7	41	62.1	46	57.5	
	Sexo	Masculino		Feminino		Total		
	Variáveis	n	%	n	%	N	%	
		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
								Valores Residuais
								Masc Fem
	Ansiedade Leve	7	50.0	13	19.7	20	25.0	2.4 -2.4
	Ansiedade Moderada	4	28.6	26	39.4	30	37.5	-.8 .8
	Ansiedade Elevada	3	21.4	27	40.9	30	37.5	-1.4 1.4
	Sexo	Masculino		Feminino		Total		
	Variáveis	n	%	n	%	N	%	
		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
								Valores Residuais
								Masc Fem
	Depressão Leve	9	64.3	18	27.3	27	33.8	2.7 -2.7
	Depressão Moderada	3	21.4	22	33.3	25	31.2	-.9 .9
	Depressão Elevada	2	14.3	26	39.4	28	35.0	-1.8 1.8
	Sexo	Masculino		Feminino		Total		
	Variáveis	n	%	n	%	N	%	
		(14)	(17.5)	(66)	(82.5)	(80)	(100,0)	
								Valores Residuais
								Masc Fem
	Stress Leve	9	64.3	25	37.9	34	42.5	1.8 -1.8
	Stress Moderado	1	7.1	9	13.6	10	12.5	-.7 .7
	Stress Elevado	4	28.6	32	48.5	36	45.0	-1.4 1.4

2.4. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos resultados, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestans e Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e a Ansiedade, Depressão e Stress das pessoas com Artrite reumatoide, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação.

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, profissão/situação profissional, rendimento familiar, prática de religião) guardam relação estatisticamente significativa com a ansiedade, depressão e stress nas pessoas com artrite reumatóide.

- ***Sexo influencia os estados de Ansiedade, Depressão e Stress***

Observámos através dos resultados do teste de U Mann Whitney expresso na tabela 26, relativa ao estudo da Ansiedade, Depressão e Stress, que **as mulheres apresentam valores de ordenações médias que indicam maior Ansiedade** (OM=42.98 vs OM=28.82), **Depressão** (OM=43.39 vs OM=26.89) e Stress (OM=42.64 vs OM=30.43), sendo as diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da Ansiedade (U=298.5; p=.036) e da Depressão (U=271.5; p=.014) e não significativas no Stress (U=321.0; p=.062).

- ***A Zona de Residência influencia a Ansiedade, Depressão e Stress***

As pessoas que residem em meio rural apresentam estados afetivos negativos nas subescalas Ansiedade e Depressão e valores mais elevados na subescala Stress. Contudo o teste UMW indica que as diferenças encontradas não são significativas (p>.05), ou seja, **a zona de residência não influencia a ansiedade, depressão e stress**, (cf. Tabela 22).

- ***A Atividade Profissional influencia a Ansiedade, Depressão e Stress***

Quanto à influência da Atividade Profissional, observamos através dos resultados do teste de U Mann Whitney na tabela 22, que as pessoas não ativas profissionalmente são as que têm menos afetos negativos nas subescalas Ansiedade, Depressão e Stress, contudo as diferenças encontradas não são significativas nas três subescalas (Ansiedade: U=762.5; p=.715; Depressão: U=738.5; p=.548; Stress: U=649.0; p=.129). **Concluindo-**

se que a atividade profissional não influencia os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress.

Tabela 22 – Resultados U Mann Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress em função do Sexo, Zona de Residência, Atividade profissional e Religião

Sexo	Masculino (N=14)	Feminino (N=66)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	28.82	42.98	298.5	.036*
DEPRESSÃO	26.89	43.39	271.5	.014*
STRESS	30.43	42.64	321.0	.062
Zona de Residência	Rural (N=52)	Urbano (N=28)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	40.19	41.07	712.0	.870
DEPRESSÃO	40.01	41.41	702.5	.794
STRESS	41.27	39.07	688.0	.673
Atividade Profissional	Ativo (N=40)	Não Ativo (N=40)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	41.44	39.56	762.5	.715
DEPRESSÃO	42.02	38.96	738.5	.548
STRESS	44.28	36.73	649.0	.129

- *A Idade prediz a Ansiedade, Depressão e Stress das pessoas com AR*

A idade associou-se positivamente com a Ansiedade ($r=.010$; $p=.927$) e Depressão ($r=.047$; $p=.678$) e negativa com o Stress ($r=-.061$; $p=.590$), ou seja quando aumenta a idade das pessoas aumentam os sentimentos de ansiedade e depressão e diminui o stress. Através dos resultados da análise da regressão linear simples da tabela 23, **inferimos que os níveis de ansiedade, depressão e stress são independentes da idade ($p>.05$)**.

Tabela 23 – Resultados da regressão linear simples entre a idade, a Ansiedade, a Depressão e o Stress

	r	r2(%)	t	P
Ansiedade	.010	.01	.092	.927
Depressão	.047	.22	.416	.678
Stress	-.061	.37	-.541	.590

- ***O Estado civil influencia a Ansiedade, Depressão e Stress***

O estudo da relação entre o estado civil nas subescalas Ansiedade, Depressão e Stress, mostrou que as pessoas divorciadas, viúvas ou separadas são as que apresentam valor médios que indicam maiores atitudes de ansiedade, depressão e stress, em sentido oposto são as pessoas solteiras a apresentarem menor ansiedade, depressão e stress. O teste Kruskal-Wallis revelou que as diferenças não são estatisticamente significativas (Ansiedade: $H=2.095$; $p=.341$; Depressão: $H=1.910$; $p=.385$; Stress: $H=2.164$; $p=.474$), ou seja **o estado civil não influencia a Ansiedade, Depressão e Stress** (cf. Tabela 24).

- ***As Habilitações literárias influencia a Ansiedade, Depressão e Stress***

Observou-se através dos resultados do teste de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 24) que **as pessoas com AR com nível literário mais baixo, Analfabeto ou Sabe ler e escrever pontuaram com mais afetos negativos** nas três subescalas Ansiedade (PM=49.39), Depressão (PM=47.78) e no Stress (PM=49.28), por sua vez os participantes detentores do Ensino *Secundário* apresentam menos ansiedade, depressão e stress. Contudo as diferenças não são estatisticamente significativas na Ansiedade ($H=5.451$; $p=.244$), Depressão ($H=3.242$; $p=.518$) e no Stress ($H=3.528$; $p=.474$), **aceitando-se que as habilitações literárias não têm influência interferem nos valores das variáveis dependentes.**

- ***O Rendimento Familiar mensal influencia a Ansiedade, Depressão e Stress***

Quanto à influência do rendimento familiar mensal das pessoas com AR, constatou-se que as pessoas que em média auferem de um rendimento *três vezes ou mais do que o ordenado mínimo nacional*, são as que têm menos afetos negativos de Ansiedade (PM=23.69), Depressão (PM=26.38) e Stress (PM=26.66). Por sua vez as pessoas que têm um **rendimento semelhante ao ordenado mínimo nacional são as que detêm maior índice de Ansiedade (PM=45.67) e Stress (PM=44.69), já a Depressão é mais elevada nas pessoas que tem um rendimento duas vezes superior ao ordenado mínimo (PM=42.48)**. O teste KW indica que as diferenças são estatisticamente significativas nas três subescalas Ansiedade ($H=10.972$; $p=.004$), Depressão ($H=7.722$; $p=.021$) e Stress ($H=7.905$; $p=.019$), inferindo-se assim que, **o rendimento familiar mensal, influencia os níveis de ansiedade, depressão e stress**, (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis entre a Ansiedade, Depressão e Stress e o do estado civil, habilitações literárias e rendimento familiar mensal

Estado Civil	Solteiro (N=4) PM	Casado ou viver em união de facto (N=65) PM	Divorciado, Viúvo, Separado (N=11) PM	KW	p
Ansiedade	25.75	40.63	45.09	2.095	.351
Depressão	25.88	40.79	44.09	1.910	.385
Stress	26.13	40.59	45.18	2.164	.339

Habilitações literárias	Analfabeto\ Sabe ler e escrever (N=9) PM	1º Ciclo\ 4º Classe (N=43) PM	Do 2º ciclo ao 3º ciclo (N=17) PM	Secundário (N=6) PM	Licenciatura (N=5) PM	KW	p
Ansiedade	49.39	41.85	40.79	23.42	32.40	5.451	.244
Depressão	47.78	42.20	37.65	28.17	37.30	3.242	.518
Stress	49.28	39.15	41.71	29.00	46.00	3.528	.474

Rendimento familiar mensal	Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=43) PM	Dois vezes superior ao Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=21) PM	Três vezes ou mais do que o Semelhante ao ordenado mínimo nacional (N=16) PM	KW	p
Ansiedade	45.67	42.71	23.69	10.972	.004**
Depressão	43.33	45.48	26.38	7.722	.021*
Stress	44.69	42.48	26.66	7.905	.019*

Em síntese, considerando os resultados estatísticos, infere-se que as variáveis sociodemográficas influenciam os níveis de *Ansiedade* (sexo e rendimento familiar mensal), de *Depressão* (sexo, prática de religião e rendimento familiar mensal), e de *Stress* (rendimento familiar mensal).

Hipótese 2 – Os parâmetros clínicos (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença, segundo o doente e capacidade funcional) das pessoas com artrite reumatóide influenciam os níveis de ansiedade, depressão e stress por elas vivenciados.

- ***A PCR e VS prediz a Ansiedade, Depressão e Stress***

A análise da relação entre os valores da PCR e da VS com a escala da Ansiedade, Depressão e Stress foi estudada através da regressão linear simples (cf. Tabela 25 e 26). Verificámos que a PCR e a VS se associaram de forma inversa com a Ansiedade e

Depressão e de forma positiva com o Stress. Contudo o teste da regressão indica que a associação não é significativa ($p > .05$), ou seja **os valores da PCR e da VS não predizem as subescalas Ansiedade, Depressão e Stress das pessoas com AR.**

Tabela 25 – Resultado da Regressão linear simples entre a PCR, a Ansiedade, Depressão e o Stress

	r	r2(%)	t	p
Ansiedade	-.029	.08	-.260	.796
Depressão	-.080	.64	-.706	.482
Stress	.001	.001	.010	.992

Tabela 26 - Análise Regressão linear simples entre a VS, a Ansiedade, Depressão e o Stress

	r	r2(%)	t	p
Ansiedade	-.074	.54	-.54	.515
Depressão	-.133	1.76	-1.187	.239
Stress	.027	.07	.234	.815

- *As Articulações dolorosas e tumefactas influenciam a Ansiedade, Depressão e Stress*

O estudo da relação entre as articulações dolorosas e a escala da Ansiedade, Depressão e Stress foi realizada através do teste U Mann Whitney que, indica que as pessoas com AR com **uma ou mais articulações dolorosas** são as que apresentam valor de ordenação media mais elevada nas três subescalas, ou seja **mais comportamento que indicam maior ansiedade, depressão e stress**. Apesar destes valores a análise estatística indica que as diferenças encontradas não são significativas na Ansiedade ($U=711.5$; $p=.399$), Depressão ($U=674.0$; $p=.226$) e no Stress ($U=724.5$; $p=.459$) (cf. Tabela 27).

Quanto ao estudo das **articulações tumefactas**, apurou-se, pelos dados na tabela 27, que a variável em análise **não influencia a Ansiedade, Depressão e Stress** das pessoas com AR.

Tabela 27 – Resultados U Mann Whitney entre a Ansiedade, Depressão e Stress em função da presença de articulação dolorosa e tumefactas

Articulações dolorosas	Nenhuma (N=42)	Uma ou mais (N=38)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	38.44	42.78	711.5	.399
DEPRESSÃO	37.55	43.76	674.0	.226
STRESS	38.75	42.43	724.5	.459

Articulações tumefactas	Nenhuma (N=42)	Uma ou mais (N=38)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	39.82	40.98	753.0	.824
DEPRESSÃO	40.33	40.62	770.0	.957
STRESS	40.91	40.21	762.0	.890

- *A Dor influencia a Ansiedade, Depressão e Stress*

A dor das pessoas com AR associou-se de forma positiva com as três subescalas em estudo, aceitando-se que quando aumenta a dor das pessoas com AR aumenta também a sua ansiedade ($r=.323$; $p=.003$), a depressão ($r=.310$; $p=.005$) e o stress ($r=.197$; $p=.080$). A análise de regressão linear simples revela que a dor é responsável por 10.3% da variância da Ansiedade e por 9.6% da variância da depressão das pessoas com artrite reumatoide, por sua vez o stress não sofre efeito significativo da dor sentida pelas pessoas com AR, (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Resultados da Regressão linear simples entre a Dor , a Ansiedade, a Depressão e o Stress

	r	r2(%)	p	t	p
Ansiedade	.323	10.3	.003**	3.014	.003**
Depressão	.310	9.6	.005**	2.884	.005**
Stress	.197	3.9	.080	1.775	.080

- *O Estado geral da doença influencia a Ansiedade, Depressão e Stress*

O estudo da relação entre as variáveis em análise foi realizado através da regressão linear simples, revelando que **quando o valor da variável percepção do estado geral da doença aumenta, a ansiedade ($r=.446$; $p=.000$), a depressão ($r=.462$; $p=.000$) e o stress ($r=.312$; $p=.005$) aumentam, o que traduz pior estado de saúde.** O valor de t

revela que o estado geral da doença prediz em 19.9%, 21.3% e 9.7% o valor da variabilidade da ansiedade, depressão e stress, respetivamente, (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Resultados da Regressão linear simples entre o Estado geral da doença e a Ansiedade, a Depressão e o Stress

	r	r2(%)	t	p
Ansiedade	.446	19.9	4.404	.000***
Depressão	.462	21.3	4.601	.000***
Stress	.312	9.7	2.895	.005**

Em síntese, os parâmetros clínicos: dor e a perceção do estado geral da doença exercem efeito nos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress, embora nesta última apenas o estado geral da doença tenha impacto significativo.

Hipótese 3 – Existem diferenças significativas nos níveis de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com artrite reumatoide que tomam de medicação biológica, quando comparadas com os que não tomam esta terapêutica.

A análise da tabela 30 indica que **as pessoas que fazem medicação biológica apresentam valores de ordenação média mais baixos na Ansiedade (OM=40.25 vs OM=40.75), Depressão (OM=39.76 vs 41.24) e Stress (39.79 vs 41.21)**, tradutor de menos comportamentos de ansiedade, depressão e stress. Contudo o teste U Mann Whitney revela que as diferenças não são estatisticamente significativas em todas as variáveis (Ansiedade: $p=.922$), (Depressão: $p=.773$) (Stress: $p=.774$), ou seja **os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress que as pessoas com artrite reumatoide apresentam, são independentes da toma de medicação biológica**

Tabela 30 – Resultados do U Mann Whitney entre a Ansiedade, Depressão e Stress e a toma de medicação biológica

Medicação Biológica	Sim (N=40)	Não (N=40)	UMW	p
	OM	OM		
ANSIEDADE	40.25	40.75	790.0	.922
DEPRESSÃO	39.76	41.24	770.5	.773
STRESS	39.79	41.21	771.5	.774

Hipótese 4 – A capacidade funcional determina os níveis de ansiedade, depressão e stress das pessoas com artrite reumatoide.

A capacidade funcional (HAQ) das pessoas com AR associou-se de forma positiva com as variáveis dependentes, ou seja quando aumenta a incapacidade das pessoas em realizar algumas atividades aumentam também os comportamentos ansiosos ($r=.253$; $p=.023$), depressivos ($r=.337$; $p=.002$) e de stress ($r=.046$; $p=.683$). A análise de regressão linear simples revela que a capacidade funcional é responsável por 6.4% da variância da Ansiedade e por 11.4% da variância da Depressão das pessoas com artrite reumatoide, e .2% do stress, (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Resultados da Regressão linear simples entre a capacidade funcional e a Ansiedade, Depressão e Stress

	r	r2(%)	p	t	p
Ansiedade	.253	6.4	.023*	2.313	.023*
Depressão	.337	11.4	.002**	3.162	.002**
Stress	.046	.2	.683	.409	.683

Hipótese 5 – As variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (PCR, VS, dor, atividade geral da doença e capacidade funcional) predizem a ansiedade, depressão e stress.

Para completar o nosso estudo foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (idade, PCR, VS, dor, atividade geral da doença, e capacidade funcional) em relação à variável dependente nível de ansiedade, stress e depressão, (cf. Quadro 32, 33 e 34) investigando-se desta forma se os mesmos se constituem como fatores preditores. Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditores.

O erro padrão da estimativa nas três análise de regressão linear múltipla variou entre 2.419 e 2.872 neste modelo de regressão e o valor da “*variance inflation factor*” (VIF)² permite concluir que não existem variáveis com efeito colineares, uma vez que o valor de VIF foi de 1.000.

Os valores descritos no Quadro 1, 2 e 3 permitem considerar que **dos seis fatores** (idade, PCR, VS, dor, atividade geral da doença, e capacidade funcional) que entraram no modelo de predição, apenas a *atividade geral da doença*, predizem a Ansiedade dos doentes com artrite reumatóide explicando 18.9% da sua variância, a Depressão explicando 20.3% da sua variância e é responsável por 8.3% da variância do Stress dos doentes com Artrite reumatoide. A análise comparativa dos coeficientes de beta sugere-nos que as variáveis se associam de forma positiva, ou seja, os utentes com um estado geral de saúde mais agravado, são os que maior nível de ansiedade, depressão e stress apresentam.

Quadro 1– Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Ansiedade

VARIÁVEL DEPENDENTE = Ansiedade						
R Múltiplo = 0,446						
R ² = 0,199						
R ² Ajustado = 0,189						
Erro padrão da estimativa = 2.419						
F= 19.396						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	.405	---	---	.643	.522	
Atividade geral da doença	.446	.050	.189	4.404	.000	1.000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	113.591	1	113.591			
Residual	456.797	78	5.856	19.396	0,000***	
Total	570.387	79	---			

Quadro

² Utilizamos o valor de *variance inflation factor* para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2007).

Quadro 2 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável Depressão

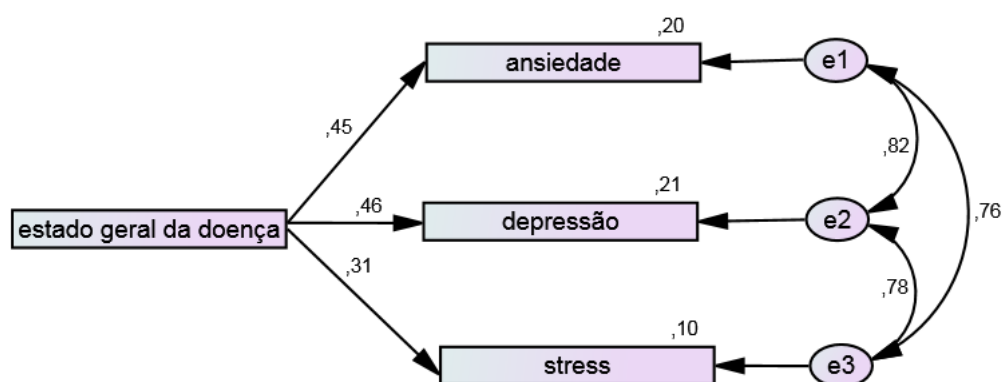
VARIÁVEL DEPENDENTE = Depressão						
R Múltiplo = 0,462						
R ² = 0,213						
R ² Ajustado = 0,203						
Erro padrão da estimativa = 2.872						
F= 21.165						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	.367	---	---	.490	625	
Atividade geral da doença	.062	.462	.203	.601	.000	1.000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	174.578	1	174.547			
Residual	643.372	78	8.248	21.165	0,000***	
Total	817.950	79	---			

Quadro 3 – Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável stress

VARIÁVEL DEPENDENTE = Stress						
R Múltiplo = 0,312						
R ² = 0,097						
R ² Ajustado = 0,085						
Erro padrão da estimativa = 2.344						
F= 8.383						
p= 0,005						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	.278	---	---	.456	650	
Atividade geral da doença	.032	.312	.085	.895	.005	1.000
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	46.073	1	46.073			
Residual	428.677	78	5.496	8.383	0,005**	
Total	474.750	79	---			

Num segundo momento, o estudo de predição considerou como variáveis independentes a idade, o sexo, a dor, o estado geral da doença, a PCR, a VS, a medicação biológica e a capacidade funcional, constatando-se no modelo final de predição ilustrado pelo modelo AMOS presente na figura 3 a influência apenas do estado geral da doença, como responsável pela variância em cerca de 20% da ansiedade, 21% da depressão e 10% do stress das pessoas com artrite reumatóide.

Figura 3 - Modelo final da influência das variáveis independentes na Ansiedade, depressão e Stress



3. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados destina-se, segundo Coutinho (2013), a uma reflexão sobre os dados encontrados, por referência às questões empíricas, hipóteses ou previsões iniciais, bem como a consideração da sua validade e legitimidade de possíveis generalizações.

Assim, optou-se por dividir este capítulo na discussão metodológica, na qual serão abordadas algumas limitações e dificuldades sentidas e na discussão dos resultados propriamente dita.

3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Quando se planeou estudar a “Ansiedade, Depressão e Stress em Pessoas com Artrite Reumatóide”, sabia-se que nos iriam surgir algumas dificuldades. A escolha deste tema em particular prendeu-se com a necessidade por nós sentida, enquanto Enfermeira da Consulta de Reumatologia do CHTV, no sentido do aprofundamento desta problemática, dado que, ao longo do tempo, se tem verificado que grande parte dos utentes nos abordava referia sentir-se “em baixo” e “deprimido”.

Apesar do empenho na condução da investigação, uma primeira limitação deste estudo prendeu-se com a morosidade na obtenção do parecer sobre o estudo por parte da comissão de ética do CHTV, o que motivou um significativo atraso para a autorização para a colheita de dados, dificultando o cumprimento dos prazos académicos. Consequentemente houve uma redução do N da amostra pois, se no que respeita às pessoas com AR a fazer medicação biológica temos um N de 40 que corresponde a 100% da população, no que concerne às pessoas com AR sem medicação biológica apresentamos um N também de 40, mas que corresponde apenas a 16,5% da população, escolhida aleatoriamente.

Como aspeto positivo salientamos a elevada taxa de adesão (100%), uma vez que todos os utentes convidados se mostraram recetivos a participar no estudo, demonstrando interesse pelo mesmo.

Na escolha do instrumento de colheita de dados foram tidas em consideração algumas características da população, os objetivos do estudo e a preservação da confidencialidade e anonimato da informação recolhida. No entanto, também aqui

surgiram algumas dificuldades, pelo conteúdo das perguntas, que se prendem com áreas muito sensíveis da vida de cada pessoa.

À parte disto, o facto de ser Enfermeira da equipa que habitualmente segue estes utentes, permitiu que os mesmos se sentissem mais à vontade para o esclarecimento de dúvidas, mas também para falarem mais abertamente de determinados assuntos que usualmente não eram questionados na consulta.

No referente às variáveis dependentes, se por um lado a depressão é amplamente estudada em associação com a AR, o mesmo não acontece com a ansiedade e o stress, este último que apenas aparece referenciado em alguns estudos mais recentes, o que constituiu uma limitação, pois não foi viável comparar os nossos resultados com os valores obtidos noutras investigações.

Como aspeto positivo e de ressaltar, a análise efetuada às características psicométricas da “Escala de Ansiedade, Depressão e Stress” (EADS) permitiu apurar, no presente estudo, que a consistência interna na subescala da ansiedade foi razoável ($\alpha=.769$) e boa nas subescalas da depressão ($\alpha=.885$) e stress ($\alpha=.825$).

Superadas algumas adversidades, considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao estudo desenvolvido, dado que, com base nos resultados obtidos, foram atingidos os objetivos propostos, uma vez que foi possível realizar a caracterização sociodemográfica e clínica da nossa amostra, avaliar a capacidade funcional, determinar o nível de ansiedade, depressão e stress das pessoas com AR, determinar a presença de ideação suicida, desde a última consulta e como evento da vida e quais as variáveis estudadas que as influenciam.

Atendendo ao estudo realizado e às características dos dados obtidos, considera-se que os resultados evidenciados pela análise estatística merecem, por si só, reflexão, e confrontação com a revisão da literatura.

3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos pressupostos enunciados e, não perdendo de vista os objetivos do estudo, discute-se seguidamente proceder os resultados. Optou-se por estruturar este ponto enumerando cada questão de investigação proposta, facilitando a discussão e a consulta.

Relativamente à amostra sobre a qual incidiu o estudo, constatou-se que é maioritariamente constituída por mulheres (82,5%), com idades entre os 21 e os 80 anos, com uma média de 58,16 anos, quadro este consistente com Goldman (2012) que diz que a AR é duas a três vezes superior nas mulheres que nos homens e que, apesar de poder surgir em qualquer idade, o seu início mais frequente é entre os 35 e os 50 anos.

Em que medida as pessoas com AR manifestam ansiedade, depressão e stress?

Para determinar o nível de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com AR utilizou-se a EADS, apurando-se uma prevalência de ansiedade moderada e elevada é de 75%, no caso da depressão é de 72,5% e do stress 57,5%.

Existe assim, maior prevalência de ansiedade, facto este conducente com a literatura científica, que refere valores de 21% a 70% de ansiedade (Covic et al., 2012). Verificou-se, contudo, que os valores relativos à depressão são mais elevados do que os relatados noutros estudos em que os autores obtiveram valores entre 6% e 35,7% (Dirik & Karanci, 2010), facto que poderá dever-se ao uso de diferentes escalas para mensuração da variável.

Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo e idade) no nível de ansiedade, depressão e stress em pessoas com artrite reumatoide?

Conferimos que os valores da ansiedade variam entre zero e 9, com um valor médio de 2.91, os valores de depressão variam entre zero e 13, com um valor médio de 3.48 e os valores referentes ao stress oscilaram entre zero e 11, com um valor médio de 1.7, apresentando as mulheres, em todas as dimensões, valores médios mais elevados face

aos homens, estatisticamente significativa nas duas primeiras subescalas. Esta situação é frequente na maioria dos estudos pesquisados, encontrando-se relato da existência de depressão e ansiedade em mais de 70% das mulheres, segundo Kekow, Moots, Kandker, Melin, Freundlich e Singh (2011), reiterado por McBain, Shipley e Newman (2013).

Quanto à idade, verificou-se que quando esta aumenta, aumentam também os sentimentos de depressão e ansiedade e diminuem os níveis de stress, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos. Se para o stress e para a ansiedade não encontramos pesquisa bibliográfica que validasse o nosso valor, no caso da depressão Hu, Fu, Chua, Cheak e Mak (2011), chegaram à mesma conclusão.

Que parâmetros clínicos (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor sentida pelo doente, atividade geral da doença e capacidade funcional) têm influência nos níveis de ansiedade, depressão e stress em pessoas com artrite reumatoide?

O estudo dos valores de PCR revelou que estes oscilaram entre 0.01 e 5.66, com um valor médio de 0.87. Quanto à VS, os valores oscilaram entre 22 e 55, com um valor médio de 10.6.

A análise dos valores analíticos da PCR e VS vs ansiedade, depressão e stress revelou que quando os primeiros aumentam diminuem os afetos negativos de ansiedade e depressão e aumentam os de stress, contudo não os influenciando significativamente.

Este é um resultado surpreendente, uma vez que, segundo os valores de referência do laboratório do CHTV valores de PCR ≥ 0.50 e VS > 20.0 , indicam a presença de atividade inflamatória, logo maior progressão da doença, o que teoricamente levaria ao aumento do nível de dor, o que por sua vez influenciaria os níveis de ansiedade, depressão e stress, mas tal não foi verificado.

Dentro das variáveis clínicas foi ainda avaliada a presença de articulações dolorosas e tumefactas, verificando-se que os homens manifestam maior presença de articulações dolorosas face as mulheres, enquanto as mulheres apresentam, em média, mais articulações com tumefações face aos homens. Segundo Queiroz (2011) são fatores de pior prognóstico o elevado número de articulações dolorosas e tumefactas, bem como o aparecimento precoce de erosões ósseas. Bértolo (2008) refere que, no início da doença há rigidez, rubor, edema e tumefação das pequenas articulações das mãos. Por isso, torna-

se importante reconhecer os estados de atividade para que se evite ao máximo o dano articular e se direcione melhor o tratamento a implementar.

Quando cruzadas com a ansiedade, depressão e stress apurámos que a presença de uma ou mais articulações dolorosas e tumefactas, aumentam os níveis de ansiedade, depressão e stress, apesar desse efeito não significativo. Pensamos que este facto se deve ao aumento da dor e do estado geral da doença, que se encontram pior nestes casos e, como constatado, são fatores que se associaram de forma positiva à ansiedade, depressão e stress, conclusões a que também chegaram Hu, Fu, Chua, Cheak e Mak (2011) e Mcbain, Shipley e Newman (2013).

O estudo da dor revela um valor médio de 50.0 mm (valores entre 0mm e 100mm), apresentando as mulheres mais dor face aos homens. Níveis elevados de dor parecem ser correlacionáveis com incapacidade, o que contribui significativamente para a redução da qualidade de vida em doentes com AR (Pollard, 2005, cit. por Duarte e Simões, 2010).

A redução e o controle dos sintomas da dor e inflamação articular minimizam a perda e a redução de dano e incapacidade (ASIF, 2005, cit. por Duarte e Simões, 2010).

O estudo da capacidade funcional mostrou que os valores variaram entre 0 e um máximo de 2.25, com um valor médio de .93, apresentando a maioria da amostra um índice de deficiência leve (60.0%), 38.8% moderada e 1.2% elevada. A achados diferentes chegaram Corbacho e Dapuetto (2010), em que a sua análise mostrou uma média de 1,56, em que 77,3% dos pacientes apresentavam uma afeção moderada ou grave.

Verificou-se que a idade, a dor e a atividade geral da doença das pessoas com AR se associaram de forma positiva com a capacidade funcional, ou seja, quando aumenta a idade, a dor e a atividade da doença, o índice de deficiência também aumenta, revelando diferenças significativas ($p=.004$; $p=.000$; $p=.000$). A resultados semelhantes chegaram Novaes, Perez, Beraldo, Pinto e Gianini (2011) em relação à dor e à atividade geral da doença.

No que à idade diz respeito, considera-se que, sendo o HAQ um instrumento para avaliação do índice de dependência, calculando a capacidade funcional de cada um, é natural que o seu valor apareça aumentado dada a natureza das atividades estudadas, dificultadas pelo próprio envelhecimento, como referem Rosa, Benicio, Latore e Ramos (2003) e Nogueira, Ribeiro, Rosado, Franceschini, Ribeiro e Pereira (2010). No entanto, também foram encontrados estudos em que não foram encontradas diferenças na capacidade funcional com ligação à idade (Corbacho e Dapuetto, 2010), não existindo consenso nos resultados da investigação.

Outras das variáveis que influenciam, significativamente, a capacidade funcional é a atividade profissional ($p=.014$), sendo este mais elevado nas pessoas reformadas e desempregadas. Há estudos que relatam que as pessoas com AR deixam de trabalhar 20 anos antes do expectável, apresentando grandes prejuízos na sua qualidade de vida (Corbacho e Dapuetto, 2010).

Também as habilitações literárias são significativas em relação à capacidade funcional, constatando-se que as pessoas com as habilitações mais baixas são as que pior nível de saúde apresentam ($p=.090$), o que contraria Corbacho e Dapuetto (2010) que no estudo que realizaram não encontraram diferenças significativas quanto ao nível cultural.

A capacidade funcional associou-se de forma positiva com as variáveis dependentes, ou seja, quando aumenta a incapacidade das pessoas em realizar algumas atividades, aumentam também os níveis de ansiedade, depressão e stress, o que vem reiterar os achados de Hu, Fu, Chua, Cheak e Mak (2011) e McBain, Shipley e Newman (2013).

Quais os níveis de ansiedade, depressão e stress das pessoas com artrite reumatoide que fazem medicação biológica comparativamente aos manifestados pelas pessoas que não fazem este tipo de terapêutica?

Verificou-se, que, dos utentes que fazem medicação biológica, 70% apresentam mais articulações tumefactas do que os utentes que não fazem medicação biológica (47,5%), sendo estas diferenças significativas, o mesmo não acontecendo com a presença de articulações dolorosas, que não apresentam diferenças significativas entre quem faz ou não medicação biológica, opina-se que este resultado se deve ao facto dos doentes candidatos a terapêutica biológica representarem o extremo mais grave do espectro destas doenças, sendo elegíveis para tratamento com agentes biológicos os doentes com DAS $28 \geq 3,2$, evidência de agravamento funcional ou estrutural e que falham, ou apresentam resposta inadequada, a fármacos modificadores da doença (DMARD's) convencionais (DGS, 2011).

Pretende-se com o tratamento com agentes biológicos que exista uma melhoria significativa em todos os parâmetros de atividade de doença e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos doentes, pois estes, ao permitirem a supressão da atividade inflamatória, reduzem a intensidade da AR (Duarte e Simões, 2010).

Constatou-se que as pessoas que fazem medicação biológica apresentam níveis mais baixos de ansiedade, depressão e stress, apesar de não se distinguirem de forma significativa.

Aceita-se que tal se deve a uma melhoria dos parâmetros da atividade da AR, apontada por Duarte e Simões, 2010, como resultante da toma de medicação biológica.

Em síntese, enunciam-se algumas variáveis passíveis de serem preditoras da ansiedade, depressão e stress.

Assim, inferiu-se que a ansiedade, a depressão e o stress sofrem influências do rendimento familiar mensal, numa relação inversa, ou seja, quanto mais baixo o rendimento mais ansiedade, depressão e stress existem, dor, estado geral da doença e capacidade funcional, estas numa relação proporcional às primeiras. Também se verificou que as pessoas que têm ou já tiveram ideação suicida eram aquelas que apresentavam níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress.

A ansiedade e a depressão, no presente estudo são ainda influenciadas pelo sexo, encontrando-se em maior predomínio nas mulheres e a prática de alguma religião diminui a prevalência de depressão.

Ho, Fu, Chua, Cheak e Mak (2011) identificaram como preditores da ansiedade e depressão a idade, o número de medicações, o rendimento familiar, o nível educacional e o suporte social auto percebido. Já McBain, Shipley e Newman (2013) falam da desfiguração naturalmente provocada pela AR.

A influência do rendimento familiar e do nível educacional são facilmente justificados pelo acesso aos cuidados de saúde, que, por via destas duas variáveis se encontra dificultado.

A dor, o estado geral da doença e a capacidade funcional encontram-se aumentadas numa doença crónica como é o caso da AR, não havendo uma possibilidade de cura ao longo do tempo e, sendo as melhoras em muitos casos difíceis de alcançar, até porque, inevitavelmente, vão estar influenciadas, como referem McBain, Shipley e Newman (2013), pela desfiguração própria desta doença. Neste sentido, naturalmente encontram-se nestes doentes níveis aumentados de ansiedade, depressão e stress.

Todos os resultados encontrados corroboram outros estudos efetuados, sendo de extrema importância o seu conhecimento para uma efetiva aposta na prevenção para a obtenção de ganhos em saúde.

4. CONCLUSÕES

A AR é frequentemente associada a sintomas de ansiedade e depressão, que agravam a severidade da dor, da atividade da doença e do risco de suicídio (Ribeiro, Schier, Ornelas, Oliveira, Nardi e Silva, 2013).

O presente estudo procurou analisar o nível de Ansiedade, Depressão e Stress nas pessoas com Artrite Reumatoide e identificar os seus preditores, ficando evidente que a ansiedade, a depressão e o stress têm um impacto significativo nas pessoas com AR.

Esta problemática foi estudada numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 80 utentes da consulta de Reumatologia, com diagnóstico de AR, 40 sob medicação biológica e 40 com esquema terapêutico convencional.

Com o objetivo de melhor compreender os fatores preditores de ansiedade, depressão e stress nas pessoas com AR, estudámos as variáveis sociodemográfica, as variáveis clínicas (PCR, VS, articulações dolorosas, articulações tumefactas, dor e estado geral da doença), a capacidade funcional e a ideação suicida.

Como preditores da ansiedade, depressão e stress emergiram o rendimento familiar, dor, estado geral da doença e capacidade funcional. Também a ideação suicida aqui se encontra latente, uma vez que nas pessoas em que existem piores níveis de ansiedade, depressão e stress, foi também verificada ideação suicida. A ansiedade e a depressão são ainda influenciadas pelo sexo. Os resultados a que chegámos são conducentes com a maioria dos estudos pesquisados, validando os mesmos.

Apesar de todas as limitações descritas, considera-se ser este estudo um contributo, ainda que humilde, para melhor compreender o funcionamento psicossocial das pessoas com AR.

Durante a fase de colheita de dados, como investigadora aprendiz, fui também Enfermeira, estabelecendo relação terapêutica com os participantes, o que permitiu aferir muito mais particularmente as condições de cada um, bem como o respetivo encaminhamento na identificação de dois casos mais graves quanto à ideação suicida, o que permitiu concretizar e fazer coincidir o objeto de estudo com o objeto terapêutico de trabalho que foi o que se pretendia, que não ficasse apenas confinado ao meio académico, mas que aportasse contributos para a prática clínica, colmatando algumas necessidades sentidas no exercício profissional.

Quanto à escolha das escalas, atualmente optaríamos, no caso da EDAS, por outra mais objetiva, como é o caso da Escala de Depressão de Beck, que permite a rápida identificação da presença de sintomatologia de depressão e dos restantes preditores para a mesma e, dessa forma, poder-se-ia proceder a um célere e eficaz encaminhamento do utente, contribuindo para uma gestão integrada da doença.

Considera-se também importante, a aposta na prevenção da ansiedade, depressão e stress, por forma a diminuir a gravidade da doença, reduzir a incapacidade funcional e melhorar a qualidade de vida, por isso o presente estudo pode assumir-se como um supore ao permitir a identificação dos preditores da ansiedade, depressão e stress, e servir de guia para a formação e orientação de profissionais e utentes.

Finalmente, é importante acentuar a necessidade de em futuras investigações serem estudadas outras variáveis designadamente a “desfiguração”, o coping e o autoconceito, para que se possam encontrar estratégias para atenuar/erradicar os comportamentos de ansiedade, depressão e stress, evitando uma piora no estado de saúde das pessoas com AR, contribuindo, também, para uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bértolo, M. (2008) – Como diagnosticar e tratar a artrite reumatóide Retirado de: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=R003&id_materia=3949, consultado a 30 de Setembro de 2014.
- Brito, M.; Goes, L.; Costa, V.; Gurgel, M.; Alves M.; Timbó, M; Bezerra Filho, J. (2013). Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança. Revista Brasileira Queimaduras. 2013, 12 (1): 30-36. Retirado de: http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=141, consultado a 10 de Novembro de 2014.
- Brouwer, S. M., van Middendorp, H., Kraaimaat, F. W., Radstake, T. J., Joosten, I., Donders, A. T., & Evers, A. M. (2013). Immune responses to stress after stress management training in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*. 15(6). Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=24&sid=ee16b3c8-f03e-46d3-9cea-55f89e63fcf2%40sessionmgr110&hid=105>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- Corbacho, M.I., Dapuetto, J.J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol* 2010;50(1):31-43. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v50n1/v50n1a04.pdf>, consultado a 14 de Novembro de 2014.
- Coutinho, C. P. (2013). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática. 2ª edição. Coimbra. Almedina.

- Covic, T., Cumming, S., Pallant, J., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). Retirado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/6>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- Dario, A.B., Kulkamp, W., Faraco, H.C., Gevaerd, M.S., & Domenech, S.C.. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade*, 6(3), 21-30. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2010000300004&lng=pt&tlng=pt, consultado a 30 de Março de 2015.
- DGS (2005). Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Retirado de: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas.aspx>, consultado a 11 de Novembro de 2013.
- DGS (2011). Prescrição de Agentes Biológicos nas Doenças Reumáticas. Retirado de: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0672011-de-30122011.aspx>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- DGS (2012). Programa Nacional para as Doenças Reumáticas: Orientações Programáticas. Retirado de: <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>, consultado a 10 de Novembro de 2013.
- DGS (2013). Portugal: Saúde Mental em números – 2013. Retirado de: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/publicacoes-estatisticas.aspx>, consultado a 10 de Novembro de 2013.

- DGS (2013). Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia. Retirado de: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006184.pdf>, consultado a 09 de Novembro de 2013.
- Dirik, G., & Karanci, A. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology & Health*, 617-632.
- Duarte, C. , Simões, S. (2010). Atividade de doença e qualidade de vida em doentes com Artrite Reumatóide. *Revista Referência II Série - n.º12 - Mar. 2010. Pp 35-44.* Retirado de: file:///C:/Users/Ana/Downloads/3.%C2%BA_Classificado.pdf, consultado a 28 de Dezembro de 2014.
- Fechtenbaum, M., Nam, J. L., & Emery, P. (2014). *Biologics in rheumatoid arthritis: where are we going?* Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=73f41158-c6df-4d7e-851c-ca275fc48d44%40sessionmgr4003&vid=22&hid=4112>, consultado a 28 de Dezembro de 2014.
- Ferri (2014). *Major Depression*. Copyright. Pp 325-326. Retirado de: www.clinicalkey.com, consultado a 11 de Novembro de 2013.
- Figueiredo, M.; Soares, V.; Cardoso, M.; Alves, J.; Dias, S. (2004). Artrite reumatóide: um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Janeiro-junho, 13-25. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760102>, consultado a 10 de Novembro de 2013.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação: da conceção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

- Goldman, C. (2012). Rheumatoid Arthritis. Copyright. Pp 1981-1689. Retirado de: www.clinicalkey.com, consultado a 11 de Novembro de 2013.
- Gomes, E. (2003). A influência dos modelos de gestão hospitalar no papel e satisfação profissional do Enfermeiro gestor operacional em Portugal. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.
- Guerra, J.; Nicolau, V.; Escoval, A. (2013). Gestão da doença: O caso das doenças reumáticas. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas. Retirado de: <http://ondor.med.up.pt/uploads/cap3.pdf>, consultado a 09 de Novembro de 2013
- Hill & Hill (2001). Investigação por Questionário. Lisboa Edições Sílabo.
- Ho, R. M., Fu, E. Y., Chua, A. C., Cheak, A. C., & Mak, A. (2011). Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. *International Journal Of Rheumatic Diseases*, 14 (1), 37-47. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=ee16b3c8-f03e-46d3-9cea-55f89e63fcf2%40sessionmgr110&hid=105>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- Huot, R. (2002). Métodos quantitativos para as ciências humanas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Jain, A.; Bhadauria, D. (2013). Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of Rheumatoid Arthritis. Retirado de: [http://www.indianjrheumatol.com/article/S0973-3698\(13\)00106-4/fulltext](http://www.indianjrheumatol.com/article/S0973-3698(13)00106-4/fulltext), consultado a 10 de Novembro de 2013.

- Kekow, J., Moots, R., Khandker, R., Melin, J., Freundlich, B., & Singh, A. (2011). Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 50 (2), 401-409. Retirado de:
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/50/2/401.full.pdf>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- Lucas, R. & Monjardino, T (2010). O Estado da Reumatologia em Portugal. Retirado de:
http://ondor.med.up.pt/uploads/pdf/ONDOR_Estado_Reumatologia_Portugal-1.pdf, consultado a 09 de Novembro de 2013.
- Malysheva, O., Pierer, M., Wagner, U., & Baerwald, C. O. (2010). [Stress and rheumatoid arthritis]. *Zeitschrift Für Rheumatologie*, 69(6), 539-543. Retirado de:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=20652573&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Maroco, J. – Análise Estatística: Com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.
- McBain, H., Shipley, M., & Newman, S. (2013). The impact of appearance concerns on depression and anxiety in rheumatoid arthritis. Retirado de:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22711333&lang=pt-br&site=ehost-live>, consultado a 22 de Outubro de 2014.
- Monjardino, T; Lucas, R.; Barros, H (2013). Dez anos de observatório nacional da Doenças Reumáticas: 2003-2013. Retirado de:
<http://ondor.med.up.pt/uploads/cap1.pdf>, consultado a 11 de Novembro de 2013.

- Nogueira, S., Ribeiro, R., Rosado, L., Franceschini, S., Ribeiro, A., Pereira, E. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf, consultado a 14 de Novembro de 2014.
- Novaes, G.S., Perez, M.O., Beraldo, M.B., Pinto, C.R., Gianini, R.J. (2011). Correlação de fadiga com dor e incapacidade na artrite reumatoide e na osteoartrite, respetivamente. *Rev Bras Reumatol* 2011;51(5):447-455. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n5/v51n5a05.pdf>, consultado a 14 de Novembro de 2014.
- Pereira da Silva, J. (2005). *Reumatologia Prática*. Diagnóstico, Lda. Coimbra
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Queiroz, M. V. (2011). *Doenças Reumáticas. Guia e exercícios para doentes*. Lisboa. Lidel.
- Ribeiro, J. P., Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Loviond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2), 229-239. Retirado de: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>, consultado a 05 de Janeiro de 2014.
- Ribeiro, N., Schier, A., Ornelas, A. C., Oliveira, C. M., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8). Retirado de: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/0010440X>, consultado a 22 de Outubro de 2014.

- Rosa, T.E., Benicio, M.H., Latore, M.R., Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2003, vol.37, n.1, pp. 40-48. Retirado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100008&script=sci_arttext, consultado a 24 de Novembro de 2014.
- Santos, R. A., Reis, P., Rebelo, L., Dias, F., Rosa, C.M., Queiroz, M.V. (1996). “Health Assessment Questionnaire” (versão curta): Adaptação para a língua portuguesa e estudo da sua aplicabilidade. *Ata Reumatológica Portuguesa* 1996;76:15-20. Retirado de:
http://www.actareumatologica.pt/repositorio/pdf/1996_Vol%20XXI_n%2076_Jan-Mar.pdf, consultado a 5 de Janeiro de 2014.
- Silva, A.L., Lavor, L.M., Rocha, K.S., Tavares, S.M. (2013). Anais da V Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte. Retirado de:
<http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/?cat=9>, consultado a 27 de Novembro de 2014.
- Werlang, B.; Borges, V., Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2005, Vol. 39, Num. 2 pp. 259-26. Retirado de:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>, consultado a 10 de Novembro de 2014.

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Departamento: Enfermagem

Investigadores Principais: Madalena Cunha

Investigadores Colaboradores: Ana Ribeiro

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2ªed.

Ano: 2014

Estudo:

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre o *“Ansiedade, Depressão e Stress em pessoas com Artrite Reumatóide”*, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter **anónimo** e de participação **voluntária**. As respostas são **confidenciais** e todas são válidas pois traduzem a **sua opinião**.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que **não deixe nenhuma questão por responder**.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

(Não preencher este quadrado)

Nº Quest.

--	--	--	--

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1 – Idade: _____ anos	2- Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 – Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de Facto <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciado/ Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	
4- Zona de Residência: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	
5- Habilitações Literárias/Académicas:	
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> 3º Ciclo/ 9º ano <input type="checkbox"/> Curso de Formação de Pós-Graduação
<input type="checkbox"/> Saber Ler e Escrever	<input type="checkbox"/> Secundário / 12º ano <input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> 1º Ciclo / 4ª classe /4º Ano	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> 2º Ciclo / Ciclo preparatório /(6º ano)	
6 – Profissão/Situação Profissional: _____	
7 – Rendimento familiar mensal corresponde:	
<input type="checkbox"/> Ao ordenado mínimo Nacional	<input type="checkbox"/> Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional
<input type="checkbox"/> Duas vezes o ordenado mínimo Nacional	<input type="checkbox"/> Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional
<input type="checkbox"/> Três vezes o ordenado mínimo Nacional	
8 – Pratica alguma Religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Parâmetros Clínicos

9. PCR _____ mg/dl

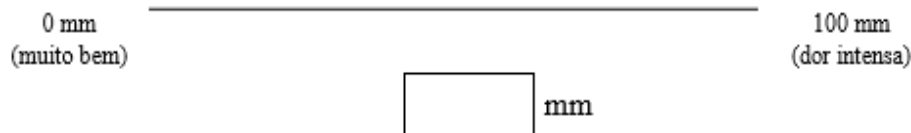
10. VS _____ mm/h

11. Articulações Dolorosas _____

12. Articulações Tumefactas _____

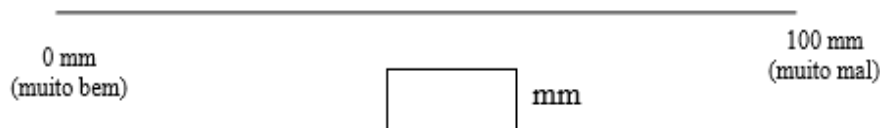
13. Escala Visual Analógica da dor (100 mm)

Relativamente à intensidade da dor, como se sentiu na última semana?



14. Escala Visual Analógica da atividade geral da doença, segundo o doente (100mm)

Relativamente à forma como a doença o perturba, como se sentiu na última semana?



15. Encontra-se a fazer alguma medicação biológica? (se respondeu não, passe à pergunta 17)

Sim Não

15.1. Se sim, qual?

Embrel Humira Simponi Infliximab Rituximab Tocilizumab Outra _____

16. Fez alguma medicação biológica anterior a esta? (se respondeu não, passe à pergunta 17)

Sim Não

16.1. Se sim, qual?

Embrel Humira Simponi Infliximab Rituximab Tocilizumab Outra _____

16.2 Motivo pelo qual descontinuou:

Falência à medicação Alergia Não sabe Outro _____

17. Health Assessment Questionnaire –HAQ (Fries, 1978), versão portuguesa (traduzida e validada por Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa & Queiroz, 1996)

Para cada questão assinale a resposta que, no seu entender, melhor descreve as suas capacidades médias na semana que passou.

Você é capaz de...	Sem qualquer dificuldade 0	Com alguma dificuldade 1	Com muita dificuldade 2	Incapaz de o fazer 3
1. Vestir-se, incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos?				
2. Lavar o Cabelo?				
3. Erguer-se de uma cadeira?				
4. Deitar-se e levantar-se da cama?				
5. Cortar a carne?				
6. Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?				
7. Levar à boca um copo ou chávena cheios?				
8. Caminhar fora de casa em terreno plano?				
9. Subir 5 degraus?				
10. Lavar e limpar todo o corpo?				
11. Tomar banho?				
12. Sentar-se e levantar-se da sanita?				
13. Alcançar e trazer até si um objeto de 2,5kg colocado numa prateleira acima da sua cabeça?				
14. Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão?				
15. Abrir as portas de um carro?				
16. Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos?				
17. Abrir e fechar torneiras?				
18. Fazer compras e recados?				
19. Entrar e sair de um carro?				
20. Fazer a lida da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)?				

Atividades com apoio

Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestir-se e arranjar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcançar objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agarrar e abrir objetos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Levantar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lida Doméstica e compras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminhar			

Apoios ou instrumentos usados habitualmente

Não	Sim		Não	Sim	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bengala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auxiliares para se vestir (calçadeira comprida, fecho éclair especial, enfiador de botões, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andarilho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adaptação na casa ou seus utensílios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muleta ou canadiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadeiras especiais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abre boiões (para boiões que tenham sido já abertos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sanita mais alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pinças de preensão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Banco para tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adaptação com pegas longas para a higiene pessoal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pegas na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros

Pontuação Total: _____

18. Escala de Ansiedade. Depressão e Stress (de P.F. Lovibond e S.H. Lovibond, 1995, traduzida e adaptada por Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto

Você é capaz de...	Não se aplicou a mim 0	Aplicou-se a mim algumas vezes 1	Aplicou-se a mim muitas vezes 2	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes 3
1. Tive dificuldade em me acalmar				
2. Senti a minha boca seca				
3. Não consegui sentir nenhum pensamento positivo				
4. Senti dificuldades em respirar				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
11. Dei por mim a ficar agitado				
12. Senti dificuldade em me relaxar				
13. Senti-me desanimado e melancólico				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				
15. Senti-me quase a entrar em pânico				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18. Senti que por vezes estava sensível				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso				
21. Senti que a vida não tinha sentido				

Pontuação Total: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a),

No âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem Comunitária a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo sobre “Artrite Reumatóide e Depressão” e cujos objetivos principais são determinar a prevalência da depressão em doentes com artrite reumatóide e determinar a relação da depressão com a atividade da doença.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Viseu, ___ / ___ / 2014.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do orientador: Professora Doutora Madalena Cunha

Nome do investigador: Ana Isabel de Almeida Ribeiro Fernandes da Rocha

Assinatura: _____

ANEXO 2. ESTATÍSTICAS E CONSISTÊNCIA INTERNA RELATIVAS À ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (RIBEIRO, HONRADO E LEAL, 2004), E DA ESCALA DE INCAPACIDADE FUNCIONAL ADAPTAÇÃO PORTUGUESA (SANTOS, REIS, REBELO, DIAS, ROSA & QUEIROZ, 1996).

Estatísticas e Consistência interna relativas à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004), no presente estudo

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Tive dificuldades em me acalmar	.81	.713	.517	.737
2	Senti a minha boca seca	.65	.797	.527	.740
3	Não consigo senti nenhum pensamento positivo	.29	.555	.607	.718
4	Senti dificuldade em respirar	.15	.359	.374	.764
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.39	.605	.550	.728
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.34	.501	.546	.733
7	Senti tremores (por ex. nas mãos)	.29	.508	.382	.761
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.85	.748	.754	.859
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.14	.346	.536	.886
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.25	.464	.655	.872
11	Dei por mim a ficar agitado	.72	.711	.814	.849
12	Senti dificuldade em me relaxar	.74	.706	.785	.853
13	Senti-me desanimado e melancólico	.59	.650	.752	.858
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	.19	.332	.508	.886
15	Senti-me quase a entrar em panico	.12	.438	.585	.807
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.24	.463	.629	.792
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.25	.463	.648	.790
18	Senti que por vezes estava sensível	.64	.733	.530	.827
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	.25	.435	.494	.814
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.10	.341	.595	.805
21	Senti que a vida não tinha sentido	.28	.594	.701	.778
Alpha Cronbach da Ansiedade (nota global)				.769	
Alpha Cronbach da Depressão (nota global)				.885	
Alpha Cronbach da Stress (nota global)				.825	

Estatísticas e Consistência interna relativas à Escala de Incapacidade Funcional adaptação portuguesa (Santos, Reis, Rebelo, Dias, Rosa & Queiroz, 1996).

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Vestir-se, incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos?	.625	.663	.527	.933
2	Lavar o Cabelo?	.400	.586	.680	.930
3	Erguer-se de uma cadeira?	.625	.643	.755	.929
4	Deitar-se e levantar-se da cama?	.700	.644	.658	.930
5	Cortar a carne?	.887	.795	.532	.933
6	Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão?	.687	.894	.510	.934
7	Levar à boca um copo ou chávena cheios?	.275	.476	.631	.931
8	Caminhar fora de casa em terreno plano?	.475	.595	.620	.931
9	Subir 5 degraus?	.675	.671	.663	.930
10	Lavar e limpar todo o corpo?	.575	.651	.720	.929
11	Tomar banho?	.525	.635	.718	.929
12	Sentar-se e levantar-se da sanita?	.575	.671	.758	.928
13	Alcançar e trazer até si um objeto de 2,5kg colocado numa prateleira acima da sua cabeça?	1.125	.905	.607	.932
14	Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão?	.787	.630	.645	.931
15	Abrir as portas de um carro?	.325	.545	.615	.931
16	Abrir a tampa de frascos que já tenham sido abertos?	.675	.742	.491	.934
17	Abrir e fechar torneiras?	.387	.562	.531	.932
18	Fazer compras e recados?	.600	.722	.632	.931
19	Entrar e sair de um carro?	.637	.661	.669	.930
20	Fazer a lida da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)?	.950	.727	.705	.929
Alpha Cronbach				.934	

ANEXO 3. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSV



PARECER

Nº 18/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "ANSIEDADE, STRESS E DEPRESSÃO EM PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE"

Tendo a estudante Ana Isabel de Almeida Ribeiro Fernandes da Rocha sob a orientação da Profª Doutora Madalena Cunha, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os utentes da Consulta de Reumatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu - EPE, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que os participantes a incluir no estudo são doentes com artrite reumatóide e que se pretende colher dados pessoais sensíveis tais como os dados clínicos e de saúde;
- Considerando que o estudo inclui a Escala de Avaliação da Gravidade de Atitudes Suicidas, que ressalva "destina-se a ser utilizada por clínicos treinados";

Consideramos que deve ser solicitado parecer à Comissão de Ética da instituição onde vai ser realizado o estudo.

Viseu, 10 de abril de 2014

Freda Fátima Ana V. Santos Sá

A presidente da CE da ESSV

*As inativadas
10/04/2014
[assinatura]*

**ANEXO 4. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA COLHEITA
DE DADOS DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO DO CHTV**



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

João Paulo de Almeida
Documento, 2014
28.04.2014

As D. Paulo de Almeida
para análise e parecer
18/15/2014
A Comissão de Ética para
Análise e parecer
18/15/2014

Dr. Ermida Rebelo
Presidente
do Conselho de Administração

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
CHTV, EPE
Av. Rei D. Duarte
3500-401 VISEU

VOBSA REFERÊNCIA:

VOBSA DATA:

VOBSA REFERÊNCIA:

ESSV 0433 24-APR-'14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Ana Isabel de Almeida Ribeiro Fernandes da Rocha, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, 2ª edição, a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Anxiedade, Stress e Depressão em Pessoas com Artrite Reumatóide".

Neste âmbito, a população alvo será constituída pelos utentes da Consulta de Reumatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (Viseu), portadores de Artrite Reumatóide.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15 de Abril a 15 de Maio de 2015.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Madalena Cunha é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os

melhores cumprimentos.

Hospital de São Teotónio - Viseu
Secretariado de Administração
Documento n.º 842
Entrada 24/04/2014 - Aguiar
Saída 28/04/2014 - Aguiar
Serviço
MICAL

O Presidente da ESSV
Professor Doutor Carlos Pereira

Na resposta indicar a cross referências. Em cada ofício tratar só de um assunto

ANEXO 5. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CHTV

Exmo Senhor:

Prof. Doutor Carlos Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102

3500-843 Viseu

Sua Referência
433

Sua Comunicação de

Nossa Referência
Conselho de Administração

Data
24-09-2014

ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados.

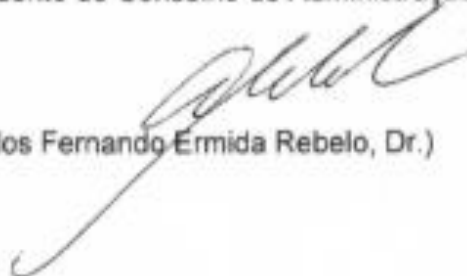
De acordo com o solicitado somos a informar V^ª. Ex^ª. que foi autorizado, após submissão à Comissão de Ética Local, com parecer favorável, o estudo subordinado ao tema "Ansiedade, Stress e Depressão em Pessoas com Artrite Reumatóide" à aluna Ana Isabel Almeida Ribeiro Fernandes da Rocha.

Com os melhores cumprimentos,



O Presidente do Conselho de Administração

(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)



Ao Presidente
pela Investigação

29.9.2014

A/c: Prof^ª Doutora
Madelena Cunha
i/c.

**ANEXO 6. PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA
“HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE”**

[Imprimir](#)[Fechar](#)

Fwd: Ao Cuidado do Doutor Rui André Santos - Serviço de Reumatologia

De: **Madalena Cunha** (madalenacunhanunes@gmail.com)

Enviada: quinta-feira, 3 de abril de 2014 16:59:13

Para: anaalmeidaribeiro@hotmail.com

1 anexo

Doc. Rui Santos.pdf(1325,7 KB)

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Madalena Cunha** <madalenacunhanunes@gmail.com>

Data: 3 de Abril de 2014 às 17:57

Assunto: Ao Cuidado do Doutor Rui André Santos - Serviço de Reumatologia

Para: geral.his@jmellosaude.pt

Ex. Sr. Doutor Rui Santos,

Assunto:Solicitação para Aplicação de Escala

Ex. mo Sr. Doutor Rui Santos,

Madalena Cunha, na qualidade de Investigadora Principal e Ana Ribeiro, na qualidade de Investigadora Colaboradora, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, encontram -se interessadas em desenvolver uma investigação sobre a “*Ansiedade, Stress e Depressão em Pessoas com Artrite Reumatóide*”.

Neste contexto, solicitamos a vossa autorização para a aplicação do “*Health Assesment Questionnaire – Versão Portuguesa*”, traduzida e validada por vós para a população portuguesa.

Aguardamos resposta. Mais informamos que qualquer esclarecimento adicional poderá ser obtido através dos contactos abaixo mencionados:

Madalena Cunha: madalenacunhanunes@gmail.com (Telf(+351)232419100 / Fax(+351)232428343).

Salientamos ainda que a investigação tem cariz académico, não sendo objetivo das investigadoras obter qualquer lucro.

Gratas pela disponibilidade.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

Viseu, 3 de Abril de 2014,

Madalena Cunha

Ana Ribeiro

[Imprimir](#)[Fechar](#)

Fwd: HAQ

De: **Madalena Cunha** (madalenacunhanunes@gmail.com)

Enviada: segunda-feira, 5 de maio de 2014 12:55:14

Para: anaalmeidaribeiro@hotmail.com

Ana,

Segue a autorização para aplicação do HAQ.

Votos de excelente trabalho.

Um abraço,

Madalena Cunha

----- Mensagem encaminhada -----

De: **rui andre** <rui.andre@netcabo.pt>

Data: 24 de Abril de 2014 às 12:25

Assunto: HAQ

Para: "madalenacunhanunes@gmail.com" <madalenacunhanunes@gmail.com>

Dra. Madalena Nunes,

Está obviamente autorizada a utilizar a versão portuguesa do HAQ sem qualquer restrição. Nós é que ficamos muito satisfeitos com o seu uso.

Aproveito para lhe desejar felicidades no trabalho e me colocar ao dispor para qualquer esclarecimento de que necessite.

Com os meus melhores cumprimentos,

Rui André

ANEXO 7. PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA “ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS”

[Imprimir](#)[Fechar](#)

Fwd: Solicitação pra utilização de Escala

De: **Madalena Cunha** (madalenacunhanunes@gmail.com)

Enviada: sexta-feira, 4 de abril de 2014 17:16:56

Para: anaalmeidaribeiro@hotmail.com

----- Mensagem encaminhada -----

De: **José Luis Pais Ribeiro** <jlpr@fpce.up.pt>

Data: 4 de Abril de 2014 às 17:25

Assunto: RE: Solicitação pra utilização de Escala

Para: Madalena Cunha <madalenacunhanunes@gmail.com>

Autorizo a utilização da EADS

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

De: Madalena Cunha [madalenacunhanunes@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 3 de Abril de 2014 17:50

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Solicitação pra utilização de Escala

Ex. mo Sr. Prof. José Luís Pais Ribeiro,

Madalena Cunha, na qualidade de Investigadora Principal e Ana Ribeiro, na qualidade de Investigadora Colaboradora, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, encontram-se interessadas em desenvolver uma investigação sobre a “**Ansiedade, Stress e Depressão em Pessoas com Artrite Reumatóide**”.

Neste contexto, solicitamos a vossa autorização para a aplicação da “Escala de ansiedade, depressão e stress de P.F. Lovibond e S.H. Lovibond, 1995, traduzida e adaptada por V^a Ex^a e Colaboradores (Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Aguardamos resposta. Mais informamos que qualquer esclarecimento adicional poderá ser obtido através dos contactos abaixo mencionados:

Madalena Cunha: madalenacunhanunes@gmail.com (Telf.(+351)232419100 / Fax.(+351)232428343).

Salientamos ainda que a investigação tem cariz académico, não sendo objetivo das investigadoras obter qualquer lucro.

Gratas pela disponibilidade.

Com os mais respeitosos cumprimentos.

Viseu, 03 de Abril de 2014,

Madalena Cunha

Ana Ribeiro

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.