

Estado de humor na Artrite Reumatoide

Mood state in Rheumatoid Arthritis

Iasmin Sontag¹; Deise de Sousa²; Amabile Borges Dario³; Giovana Gomes Ribeiro⁴; Susana Cristina Domenech⁵; Noé Gomes Borges Junior⁵; Monique da Silva Gevaerd⁵

¹Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC. Florianópolis, SC - Brasil.

²Graduada como Bacharel em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC. Fisioterapeuta da Prefeitura Municipal de Biguaçu. Florianópolis, SC - Brasil.

³Doutoranda no Programa de Ciências da Saúde da Universidade de Sidney. Sidney - Austrália.

⁴Doutora em Reumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Médica Reumatologista do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - HU-UFSC. Florianópolis, SC - Brasil.

⁵Doutor (a), Professor (a) do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC. Florianópolis, SC - Brasil.

Endereço de Correspondência:

Monique da Silva Gevaerd

Universidade de Estado de Santa Catarina – UDESC / Centro de Ciências da Saúde e do Esporte CEFID / Laboratório de Análises Multissetorial - MULTILAB

Rua: Pascoal Simone, 358 - Coqueiros
88080-350 - Florianópolis – SC [Brasil]
moniquegevaerd@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune de caráter progressivo e incapacitante, associada a perturbações de humor. Contudo, constata-se pouca atenção aos potenciais efeitos das alterações emocionais. **Objetivos:** Caracterizar e comparar o estado de humor de pacientes com AR, com base no nível de atividade da doença. **Métodos:** Foram avaliados 80 indivíduos com AR, com $52,72 \pm 15,14$ anos. Para avaliação do nível de atividade de doença, foi utilizado o *Disease Activity Score-28* (DAS-28). A avaliação do Estado de Humor foi realizada com a Escala de Humor Brasileira (BRAMS). **Resultados:** Foram observadas alterações de humor nos domínios raiva, tensão e vigor sendo que o grupo classificado em alta atividade da doença apresentou os piores quadros de humor. **Conclusão:** Estes dados ressaltam a importância de um tratamento multidisciplinar, visando melhora do estado de humor e da qualidade de vida desses indivíduos, conduzindo a uma melhor gestão terapêutica da AR.

Descritores: Artrite Reumatoide; Transtorno de Humor; Progressão da Doença.

Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a progressive and disabling autoimmune disease associated with mood disorders. However, little attention is paid to the potential effects on the emotional alterations. **Objectives:** To characterize and compare the mood state of patients with RA, based on the level of disease activity. **Methods:** 80 subjects were evaluated with RA, with 52.72 ± 15.14 years. The Disease Activity Score-28 (DAS-28) was used to assess the level of the disease activity. The evaluation of the Mood State was performed with the Brazilian Humor Scale (BRAMS). **Results:** Mood alterations were observed in the anger, tension and vigor domains, of which the group classified as having a high disease activity had the worst mood pictures. **Conclusion:** These data highlight the importance of a multidisciplinary treatment aiming to improve the mood and quality of life of these individuals, leading to a better therapeutic management of RA.

Key words: Rheumatoid Arthritis; Mood Disorders; Disease Progression.

Introdução

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença de origem autoimune, sistêmica, crônica degenerativa, que leva à deformidade e destruição das articulações em virtude de erosões ósseas e da cartilagem^{1,2}. No Brasil, a prevalência de AR em adultos varia entre 0,5 a 1% da população em geral, com taxa de incidência duas a três vezes maior em mulheres, principalmente acima de 40 anos^{3,4}. Adicionalmente, a AR acomete os pacientes em idade produtiva, desenvolvendo incapacidade para realizar suas atividades profissionais, acarretando em aposentadoria por invalidez^{3,5,6}.

Segundo De Santana *et al.*⁷, com a cronicidade da doença, ocorre um aumento da perda musculoesquelética e funcional, limitando a realização das atividades de vida diárias desses indivíduos, tornando-os mais dependentes. Consequentemente, aumenta a suscetibilidade aos desgastes, distúrbios e perturbações do estado mental^{7,8}. Esse fato pode ser evidenciado por uma maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em pacientes com AR, quando comparados à população em geral^{7,8}.

Estudos ressaltam que o apoio social pode ser particularmente significativo no ajustamento à AR^{7,8}. Além disso, como observou Silva *et al.*⁹ as intervenções clínicas que têm se mostrado eficazes para a AR muitas vezes dependem da integridade psicológica e cognitiva do indivíduo, sendo fundamentais para a realização de muitas atividades do cotidiano, incluindo a aderência aos tratamentos¹⁰.

Desta forma, buscam-se novas abordagens terapêuticas que visem a reabilitação funcional e a melhora da qualidade de vida dos acometidos, bem como a diminuição dos custos e o impacto social da doença^{11,12}.

Neste sentido, considerando que a AR é uma doença crônica de alta prevalência e que resulta em alterações físicas e emocionais significativas, constata-se que pouca atenção tem sido dada aos potenciais efeitos das alterações emocionais geradas pela progressão da doen-

ça^{11,12}. Portanto, tornam-se necessárias pesquisas que estudem e caracterizem o estado de humor de pacientes portadores de AR. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar e comparar o estado de humor de pacientes com AR, com base no nível de atividade da doença.

Materiais e métodos

Sujeitos do estudo

Foram avaliados 80 voluntários diagnosticados com AR, segundo os critérios do *American College of Rheumatology*, distribuídos em grupos de acordo com o nível de atividade da doença. Para participar do estudo cada indivíduo foi solicitado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da UDESC (protocolo nº 69/2010). Foram excluídos do estudo os pacientes que: não concordaram em assinar o termo de consentimento, apresentavam diagnóstico de outras doenças psiquiátricas além de depressão e transtornos de ansiedade, bem como aqueles que apresentavam distúrbios de compreensão para responder o questionário.

Instrumentos de avaliações e medidas

Ficha de avaliação

A Ficha de Avaliação foi utilizada para a coleta dos dados de identificação e características clínicas como: nome, sexo, endereço, tempo de diagnóstico e tratamento.

Nível de Atividade da Doença

O nível de atividade de doença foi verificado através do *Disease Activity Score (DAS-28)* que utiliza a avaliação por palpação de 28 articulações (ombros, cotovelos, punhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e joelhos, bilateralmente). Nesta avaliação foram contados os números de articulações dolorosas e edemaciadas sem ponderar a intensidade da

dor. Considerou-se como dolorosa uma articulação que apresentasse algum grau de desconforto, não necessariamente dor intensa, quando avaliada por dígito pressão de sua interlinha ou por sua mobilização passiva. Além disso, foi obtida uma nota da percepção do paciente em relação à atividade da AR, nos últimos 7 dias, por meio de uma escala visual analógica com escores de 0 a 100¹³.

Somado aos parâmetros citados anteriormente, o valor do resultado do exame sanguíneo de Proteína C-Reativa (PCR) foi empregado no cálculo final do escore da escala, para a obtenção de valores quantitativos, facilitando a interpretação clínica e o acompanhamento laboratorial de cada indivíduo. A PCR é um marcador de ativação relacionada a inflamação que pode refletir a extensão do processo inflamatório ou da atividade clínica da doença, sendo mais comumente utilizado como preditor de alterações inflamatórias em pacientes com AR¹⁴.

O resultado obtido a partir da aplicação do DAS-28 pode variar em uma amplitude de 0,96 a 9,31 e a partir destes valores é feita a classificação do nível de atividade da doença da seguinte forma: abaixo de 3,2 baixa atividade da doença; de 3,2 a 5,1 atividade moderada da doença; acima de 5,1 alta atividade da doença¹³.

Proteína C Reativa (PCR)

A dosagem da PCR foi realizada após o procedimento de coleta de amostra de sangue venoso, o qual foi submetido ao procedimento de coagulação e posterior centrifugação para obtenção do soro. A análise foi feita por meio de método turbidimétrico, utilizando kit específico para medida da PCR (PCR turbilátex-Biotécnica). A leitura das reações foi efetuada em um espectrofotômetro modelo CONCEPT *Bioplus* 2000®(Biotécnica), com comprimento de onda 540 nm. Os resultados foram expressos em mg/L.

Estado de Humor

A avaliação do Estado de Humor foi realizada por meio da Escala de Humor Brasileira (BRAMS). Esta escala corresponde à versão bra-

sileira da Escala de Humor de Brunel (BRUMS), desenvolvida para permitir uma rápida mensuração do estado de humor de populações compostas por adultos e adolescentes. Os avaliados respondiam como se sentiam em relação às sensações questionadas, de acordo com uma escala de 5 pontos (de 0 = nada, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = bastante e 4 = extremamente). A forma colocada na pergunta foi “Como você se sente agora”. Os 24 itens da escala compõem seis subescalas: raiva, confusão, depressão, fadiga, tensão e vigor. Cada subescala contém quatro itens, que podem variar de 0 a 16 pontos. Altos valores de vigor e baixos valores de tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão mental caracterizam o que foi denominado de Perfil Iceberg ou Perfil de Saúde Mental Positiva¹⁴.

Coleta de dados

A partir da lista de pacientes encaminhada por um reumatologista do Sistema Único de Saúde (SUS), foi realizado contato telefônico com os pacientes de AR. Neste primeiro contato foi feita a exposição dos objetivos e dos procedimentos do presente estudo, seguida da assinatura do TCLE. Os indivíduos interessados em participar do estudo foram agendados para uma avaliação, onde inicialmente responderam um formulário de identificação. Na sequência, foram submetidos à coleta de sangue para análise da PCR, seguida da aplicação do protocolo do DAS28 para a determinação do nível de atividade da doença. Por fim, para determinar o estado de humor, os participantes responderam, em forma de entrevista, a escala de BRAMS.

Tratamento estatístico

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, utilizando o cálculo de média, desvio padrão e percentual, para as variáveis quantitativas. Foi utilizada mediana, primeiro e terceiro quartil, para as variáveis qualitativas, sendo que os indivíduos foram distribuídos em grupos conforme o nível de ati-

vidade da doença. A comparação entre os grupos, em cada domínio da escala de humor, foi feita pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn. Para tanto, foi utilizado o *Software Bioestat* (Versão 5.3 for Windows). Para todos os resultados foi adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 80 indivíduos com idade média de 52,72 (Desvio Padrão 15,14 anos), sendo que 69 (86,25%) dos participantes eram do sexo feminino e 11 (13,75%) do sexo masculino. A figura 1 apresenta a divisão dos grupos conforme o nível de atividade da doença, indicando um maior número de indivíduos com moderada atividade da doença (55%), e uma menor frequência entre os indivíduos com baixa (22,5%) e alta (22,5%) atividade da doença.

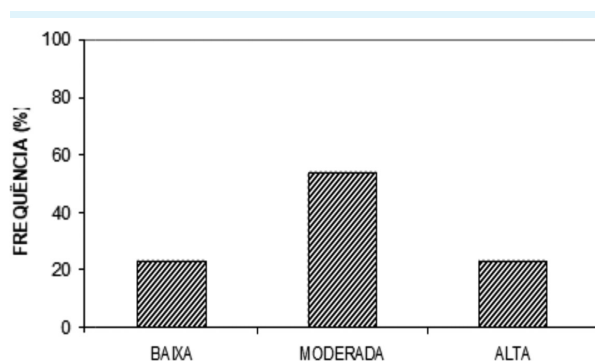


Figura 1: Distribuição de frequências em função do nível de atividade da doença DAS-28

A seguir, a figura 2 apresenta os dados para cada domínio da escala de BRAMS, classificados conforme o nível de atividade da doença. Observa-se que nos domínios negativos (raiva, confusão, depressão, fadiga e tensão) houve uma tendência de cerca de 50% dos indivíduos com baixa, moderada e alta atividade da doença, indicarem a ausência (0 = nada) desses sintomas, representando um padrão de humor positivo. Entretanto, os demais indivíduos apresentaram uma distribuição ao longo dos demais escores

da escala, merecendo uma avaliação mais específica destes dados.

Para o domínio raiva o grupo em alta atividade da doença apresentou uma distribuição nos escores mais elevados deste domínio. O grupo em baixa e moderada atividade apresentou uma distribuição constante nos escores mais baixos para o domínio raiva. Sendo verificada significância estatística na comparação entre os grupos.

No domínio confusão, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, apresentando uma distribuição equivalente entre os grupos, com predomínio entre os escores mais baixos de confusão.

Na avaliação do domínio depressão e fadiga, observou-se que a distribuição dos indivíduos do grupo em alta atividade ocorreu em todos os escores da escala, porém com maior frequência nos escores mais elevados dos domínios em questão. A distribuição do grupo em baixa atividade se concentrou entre os escores mais baixos, tanto para depressão quanto para fadiga. O grupo em atividade moderada se distribuiu ao longo de todos os escores em ambos os domínios. Entretanto, a comparação entre os grupos não evidenciou diferença significativa nos domínios depressão e fadiga.

A análise estatística do domínio tensão evidenciou diferença significativa entre o grupo classificado em alta atividade em comparação aos grupos baixa e moderada atividade da doença, indicando que este domínio pode ser afetado pelo nível de atividade doença.

Já no domínio vigor, categoria positiva do BRAMS, houve uma distribuição mais uniforme ao longo dos escores, sendo que o grupo classificado em alta atividade da doença apresentou maior frequência de distribuição nos escores inferiores da escala de vigor. O grupo classificado em baixa atividade apresentou maior frequência de distribuição nos escores mais elevados da escala. O grupo de atividade moderada da doença teve sua distribuição de frequência concentrada entre os escores intermediário da escala. Os resultados apresentaram significância estatística

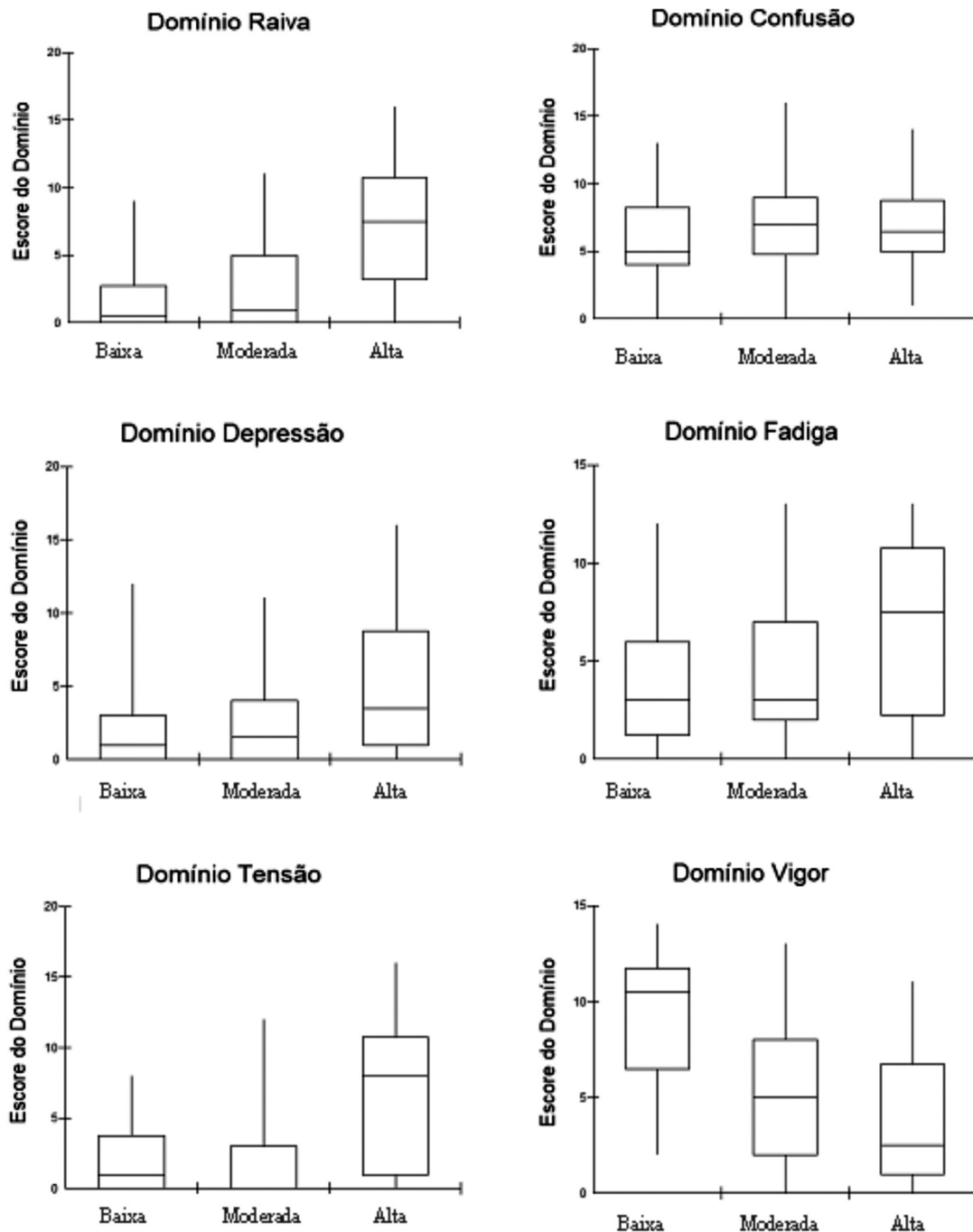


Figura 2: Box-Plot dos escores indicadores de cada domínio da escala de BRAMS (Raiva, Confusão, Depressão, Fadiga, Tensão e Vigor) em relação ao nível de atividade da doença DAS-28 (baixa, moderada e alta atividade da doença)

ca na comparação entre os grupos, mostrando que este domínio também pode ser influenciado pelo nível de atividade da doença.

De forma geral, podemos dizer que nos indivíduos com alta atividade da doença foi obser-

vada uma dispersão dos dados nos escores mais elevados na maioria dos domínios negativos, refletindo em um pior perfil de humor nestes sujeitos e demonstrando que o nível de atividade da doença pode influenciar nas alterações nes-

ses domínios. Conforme apresentado na tabela 1, os dados evidenciaram que o grupo em alta atividade da doença apresentou maior nível de raiva, tensão e menor nível de vigor

| DAS-28 | Baixa | Moderada | Alta | p-valor |
|------------------|-----------|----------|-----------|---------|
| n(%) | 18(22,5%) | 44(55%) | 18(22,5%) | |
| RAIVA | | | | |
| Mediana | 0,5 | 1,0 | 7,5 | 0,0002* |
| Primeiro quartil | 0,00 | 0,00 | 3,25 | |
| Terceiro quartil | 2,75 | 5,00 | 10,75 | |
| CONFUSÃO | | | | |
| Mediana | 5,0 | 7,0 | 6,5 | 0,4901 |
| Primeiro quartil | 4,00 | 4,75 | 5,00 | |
| Terceiro quartil | 8,25 | 9,00 | 8,75 | |
| DEPRESSÃO | | | | |
| Mediana | 1,0 | 1,5 | 3,5 | 0,0927 |
| Primeiro quartil | 0,00 | 0,00 | 1,00 | |
| Terceiro quartil | 3,00 | 4,00 | 8,75 | |
| FADIGA | | | | |
| Mediana | 3,0 | 3,0 | 7,5 | 0,179 |
| Primeiro quartil | 1,25 | 2,00 | 2,25 | |
| Terceiro quartil | 6,00 | 7,00 | 10,75 | |
| TENSÃO | | | | |
| Mediana | 1,0 | 0,0 | 8,0 | 0,0053* |
| Primeiro quartil | 0,00 | 0,00 | 1,00 | |
| Terceiro quartil | 3,75 | 3,00 | 10,75 | |
| VIGOR | | | | |
| Mediana | 10,5 | 5,0 | 2,5 | 0,0002* |
| Primeiro quartil | 6,50 | 2,00 | 1,00 | |
| Terceiro quartil | 11,75 | 8,00 | 6,75 | |

Tabela 1: Mediana, 1º e 3º quartil dos domínios do Estado de Humor (BRAMS) distribuídos pelo nível de atividade da doença (DAS-28)

* $p \leq 0,05$, na comparação entre os grupos Alta x Moderada e Alta x Baixa atividade da doença - teste de Kruskal Wallis, seguido pelo pós teste de Dunn.

Discussão

A visão de que a AR é multicausal e apresenta alterações emocionais vem gradualmente ganhando espaço e exposição, buscando respostas às alterações de âmbito emocional e estudos mais concretos sobre a psicogênese desses pacientes, levando a abordagens mais abrangentes no tratamento dos mesmos^{3,4,15}. O bem-estar psicológico de pacientes com AR é uma questão importante e o advento de ferramentas de medição tem levado a uma melhor compreensão dos aspectos mentais associados a esta doença crônica. Tais aspectos precisam ser melhor estudados

buscando uma abordagem multidisciplinar para o tratamento de distúrbios psicológicos juntamente com o tratamento convencional, envolvendo terapias adaptadas às necessidades psicológicas de cada paciente^{15,16}.

Sendo assim, este estudo representa uma iniciativa de estudar e caracterizar o estado de humor desta população através de uma escala breve e facilmente aplicável por profissionais de diversas áreas da saúde, podendo auxiliar na busca da melhor terapêutica e favorecendo a coleta de dados em âmbito de pesquisa^{6,9,11}.

Os resultados aqui apresentados estão de acordo com estudos encontrados na literatura onde se observam alterações emocionais à medida que se eleva o grau e a severidade da doença, havendo, portanto, uma ligação entre alterações de humor e estado clínico da AR^{15,16}. Ainda que estudos acerca das alterações emocionais de caráter negativo (depressão, fadiga e tensão) sejam encontradas de forma escassa na literatura, autores corroboram a associação entre alteração de humor e AR^{17,19,20}.

Conforme encontrado na literatura^{8,15} a AR parece estar diretamente associada às síndromes psicológicas e estados alterados de humor, sendo que o estresse e o isolamento social, aparecem como fatores desencadeantes para o desenvolvimento da depressão em pacientes com níveis mais brandos da doença. Alguns autores também apontam para a associação entre valores mais elevados de ansiedade e depressão e índices mais altos de DAS^{11,20}. Além disso, as tensões sociais são reconhecidas como causas potentes de depressão na população em geral e nos últimos anos têm sido diretamente associadas com a depressão na AR, indicando que as dificuldades nas relações interpessoais se tornam um reflexo do estado mental do indivíduo^{10,11,12}.

Sendo a fadiga uma queixa comum entre os pacientes com AR, pouca atenção tem sido dada pelas equipes de profissionais de saúde a cerca de sua natureza multidimensional e seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Ao contrário do cansaço normal, a fadiga é crônica e apresenta alta prevalência, com vários componentes rela-

cionados como preditores, sendo que o estresse social foi identificado como uma variável modificável e com alto potencial de associação à fadiga na AR, sendo estreitamente associada a fatores psicossociais^{11,19,20}. O apoio social parece ser particularmente significativo no ajustamento à doença, apresentando benefícios e efeitos tanto sobre a saúde psicológica, quanto física dos artríticos^{8,10}.

Conforme observado por De Santana *et al.*¹⁵, as intervenções clínicas que têm se mostrado eficazes para a AR muitas vezes dependem da integridade psicológica e cognitiva do indivíduo. Portanto, como a AR apresenta muitas implicações psicológicas é importante considerá-las para a elaboração de um programa de intervenção clínica e terapêutica, visando sempre a melhoria do bem estar psicológico e funcional do paciente. Ou seja, deve-se perceber o impacto da doença na vida dos pacientes, tanto nos aspectos físicos quanto psicossociais^{11,12,17}.

Neste sentido, é importante incentivar a participação efetiva do paciente em seu próprio tratamento, a fim de que ele desenvolva a capacidade de lidar com seus problemas fazendo escolhas conscientes e pensando nas consequências de suas próprias atitudes, podendo adquirir sua própria percepção sobre o efeito da patologia e a influência das alterações psicológicas na mesma^{12,17,18}.

Contudo, para que o paciente aprenda a lidar com a sua doença ele precisa adquirir novas habilidades e conhecimentos. Portanto, cabe aos profissionais de saúde a função de colaborar com o paciente neste processo, oferecendo orientações e informações específicas para suas necessidades individuais levando-o ao autocontrole^{1,12,17,18}. Consequentemente, as intervenções que estimulam o comportamento de autocontrole e funcionalidade sadia devem visar o fortalecimento das expectativas de eficiências pessoais⁷.

Para alcançar o bem-estar físico e psicossocial dos pacientes, devemos explorar todas as possibilidades e não nos restringirmos ao sistema de assistência médico-hospitalar. Os indivíduos reagem e lidam com sua doença de maneiras bastante diferentes. É importante reconhecer

essas diferenças e decidir qual a melhor forma de orientar e repassar informações aos pacientes, de modo que ele obtenha o máximo de benefício^{1,2,3}.

Esta forma de intervenção está de acordo com os princípios doutrinários do SUS principalmente no que diz respeito à integralidade das ações, a qual supõe a ampliação e o desenvolvimento da dimensão de cuidados no trabalho dos profissionais de saúde, para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e vínculo com os usuários das ações e dos serviços de saúde, bem como mais sensíveis às dimensões do processo saúde doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da terapêutica^{2,4,8}. Ou seja, significa considerar o paciente como um todo, procurando atender a todas as suas necessidades^{2,4}. Diante do exposto, constata-se que a elevada prevalência de doenças crônicas, como a AR, cria uma situação na qual as ações de saúde precisam concentrar-se não apenas na prevenção e tratamento da doença, mas também na minimização de suas consequências e na maximização da capacidade para uma vida independente e com qualidade^{7,9,11,12}. Para tanto, faz-se necessário uma maior troca de informações os profissionais de saúde e os pacientes.

Entretanto, salientamos que em função do pequeno tamanho de amostra e do grupo avaliado não ser tão homogêneo (nos fatores idade e sexo); bem como, pelo fato de não dispormos dos dados de funcionalidade (HAQ), não foi feita uma análise simultânea e, isto constituiu uma limitação do estudo. Adicionalmente, reconhecemos que novos trabalhos devem ser realizados com um número maior de sujeitos e maior tempo de acompanhamento para estudar e caracterizar a relação entre o perfil de humor e a progressão da patologia, bem como verificar a influência do estado de humor no resultado terapêutico. Estas informações contribuirão para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, ressaltando a importância e relevância do tratamento multidisciplinar, conduzindo a uma melhor gestão e terapêutica da patologia.

Conclusão

Embora seja necessária uma avaliação mais profunda de cada aspecto avaliado, pode-se concluir que os pacientes avaliados apresentaram perfis alterados de raiva, tensão e vigor sendo que aqueles com níveis mais elevados de atividade de doença apresentaram os piores quadros de humor.

Referências

1. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2013;53(2): 158-183.
2. Da Mota LMH, Cruz BA, Brenol C V, Pereira IA, Fronza LLR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2012 para o tratamento de artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52(2):152-74.
3. Brasil – Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da artrite reumatoide. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;(5):1-51.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde R. Portaria no 710, de 27 de junho de 2013 [Internet]. Diário Oficial da União. 2013. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_artrite_reumatoide_2013_.pdf
5. Martinez MC, PARAGUAY, Bezerra AIB, Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Psicologia Social do Trabalho* 2013 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172003000200005&lng=pt&nrm=iso>. [Acessado em abril 2017].
6. Dixon KE, Keefe FJ, Scipio CD, Perri LM, Abernethy AP. Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2007; 26(3): 241–50.
7. De Santana FS, Nascimento D, De Freitas JPM, Miranda RF, Muniz LF, Santos Neto L, Avaliação da capacidade funcional em pacientes com artrite reumatoide: implicações para a recomendação de exercícios físicos. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54(5):378-385.
8. Heather LR, Hardin TB, Plaza SLO, Durán MAS, Altamar MLP Sintomas depressivos e de ansiedade e apoio social estão associados de modo independente à qualidade de vida específica da doença em pacientes colombianos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(5): 406-413.
9. Silva CR, Costa TF, De Oliveira TTV, Muniz LF, Da Mota LMH. Prática de atividade física entre pacientes da Coorte Brasília de artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol.* 2013;55(5) :394-399.
10. Neugebauer A, Katz PP. Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004; 51(4): 586–92.
11. Kreitler S, Niv D. Cognitive impairment in chronic pain. *Pain Clinical Updates.* 2007; 15(4): 1–4.
12. Roma I, De Almeida ML, Mansano NS, Viani GA, De Assis MR, Barbosa PMK. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54(4):279-286.
13. Heijde DM, Hof M, Riel PL, Putte LB. Validity of single variables and indices to measure disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1993; 20(3): 538-41.
14. Rohlfs ICPM, Rota TM, Luft CDB, Andrade A, Krebs RJ, Carvalho T. A escala de humor de Brunel (Brums): Instrumento para Detecção Precoce da Síndrome do Excesso de Treinamento. *Rev Bras Med Esport.* 2008; 14(3): 176-81.
15. Wolfe F, Hawley DJ. The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1993; 20(12): 2032-37.
16. Lok EY, Mok CC, Cheng CW, Cheung EF . Prevalence and Determinants of Psychiatric Disorders in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics.* 2010. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318210707052>. [Acessado em Maio 2017].
17. Cormier BM, Wittkower ED. Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Can Med Assoc J.* 1957; 77(6):533-41.
18. Hagel S, Petersson I.F, Bremander A, . Lindqvist E, Bergknut C, Englund M. Trends in the first decade of 21st century healthcare utilisation in a rheumatoid arthritis cohort compared with the general population. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(2):1212-1216.
19. Methiniti D, Coulson E, Kelly C. Fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatol.* 2009; 48(9):1166-80.
20. Lapčević M, Branislav MV, Mijoljević G, Marjanović VS Influência de fatores socioeconômicos e de tratamento sobre a fadiga, ansiedade e depressão autorrelatadas em pacientes com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2017; 57(6):545-556.