

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR-MG
CURSO DE BIOMEDICINA
DAYANE ALMEIDA FARIA

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
ESONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG**

FORMIGA – MG

2017

DAYANE ALMEIDA FARIA

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
ESPONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Biomedicina do UNIFOR-MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Biomedicina.

Orientador: Prof. Me. Diequison Rite da Cunha

FORMIGA – MG

2017

F224 Faria, Dayane Almeida.
Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com espondilite anquilosante no município de Formiga-MG / Dayane Almeida Faria. – 2017.
50 f.

Orientador: Diequison Rite da Cunha.
Trabalho de Conclusão de Curso (Biomedicina)-Centro Universitário de Formiga-UNIFOR, Formiga, 2017.

1. Espondilite Anquilosante. 2. Ansiedade. 3. Depressão. I. Título.

CDD 616.723

Dayane Almeida Faria

PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM
ESPONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Biomedicina do UNIFOR-MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Biomedicina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Diequison Rite da Cunha
Orientador

Prof.^a. Ma. Neiva Maria Rodrigues Silva
UNIFOR-MG

Prof.^a. Dra. Daniela Rodrigues de Faria Barbosa
UNIFOR-MG

Formiga, 13 de novembro de 2017.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de profunda alegria gostaria de agradecer a todos que me incentivaram durante esta jornada.

Agradeço primeiramente à Deus por me permitir servir ao próximo nos momentos de enfermidade, peço que nunca deixe que meu coração se torne insensível a dor do próximo.

A Nossa Senhora Aparecida por mais esta graça alcançada.

Aos meus pais e irmã pelo apoio incondicional e por não permitirem que desistisse dos meus sonhos.

Ao meu noivo Mateus, meu grande incentivador, obrigada pelo amor e compreensão.
Amo você!

Aos meus amigos Douglas, Sarah Santos, Gabriella Oliveira, Mirelly Silva, Lorena Costa, Camila Teixeira e Rosielle Oliveira, pelo companheirismo e apoio. Em especial a Leila Alves, diria que sua amizade é inenarrável e um grande privilégio.

Aos professores que se empenharam para transmitir seus conhecimentos, em especial ao Prof. Me. Diequison Rite da Cunha por me orientar com profissionalismo e competência.

Aos participantes da pesquisa pela confiança.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática crônica que acomete 0,1 a 0,2% da população, sendo que homens e indivíduos da cor branca com HLA-B27 positivo são os principais acometidos. A EA causa inflamação da coluna vertebral, articulações sacroilíacas e periféricas, podendo ocasionar a fusão total da coluna. Devido aos diversos sintomas a qualidade de vida é reduzida, podendo ocorrer prejuízos psicológicos como a depressão e ansiedade. O estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com EA no município de Formiga-MG. Trata-se de um estudo observacional retrospectivo quantitativo transversal com 13 pacientes entre 18 e 60 anos recrutados na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR-MG (CLIFOR) e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Formiga-MG. Foram aplicadas a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), Questionário Socioeconômico-demográfico. Os participantes têm em média 47,73 anos, 54% pertence ao sexo masculino, 69,2% brancos, 61,5% casados, 46,2% possuem ensino fundamental incompleto, 30,8% aposentados e 30,8% afastados de suas atividades laborais, foram diagnosticados em média a 12,71 anos. Ao se avaliar os participantes de acordo com a HAM 61% dos participantes obtiveram escore de ansiedade normal, 31% de ansiedade severa e 8% de ansiedade leve. Ao se aplicar a HAM-D 54% foram classificados como normais, 23% com depressão leve, 15% com depressão moderada e 8% com depressão muito grave. Constatou-se que a grande maioria dos pacientes apresentam um quadro de ansiedade dentro da expectativa habitual e que a maior parte dos pacientes não apresentaram quadro de depressão. O estudo de maneira específica fornece dados sobre a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com EA no município de Formiga-MG possibilitando a realização de novos estudos a fim de adoção de novas metodologias para o tratamento deste grupo, visando uma melhoria da qualidade de vida destes.

Palavras-chaves: Espondilite Anquilosante. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

Ankylosing spondylitis (EA) is a chronic rheumatic disease that affects 0.1 to 0.2% of the population, and white men and individuals with HLA-B27 positive are the main affected. EA causes inflammation of the spine, sacroiliac and peripheral joints, which can lead to total spinal fusion. Due to the various symptoms, the quality of life is reduced, and psychological damages such as depression and anxiety can occur. The study aims to evaluate the prevalence of anxiety and depression in patients with AD in the city of Formiga-MG. This is a cross-sectional retrospective observational study with 13 patients between 18 and 60 years of age enrolled in the Clinical School of Health of UNIFOR-MG (CLIFOR) and in the Units of Primary Health Care of Formiga-MG. The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), and the Socioeconomic-Demographic Questionnaire were applied. Participants have a mean age of 47.73, 54% are male, 69.2% are white, 61.5% are married, 46.2% are incomplete elementary school, 30.8% are retired and 30.8% are their work activities, were diagnosed on average to 12.71 years. When evaluating the participants according to HAM, 61% of participants had normal anxiety, 31% severe anxiety and 8% mild anxiety. When applied to HAM-D, 54% were classified as normal, 23% with mild depression, 15% with moderate depression and 8% with very severe depression. It was observed that the great majority of the patients presented an anxiety picture within the habitual expectation and that the majority of the patients did not present display picture of depression. The study specifically provides data on the prevalence of anxiety and depression in patients with AD in the city of Formiga-MG making it possible to carry out new studies in order to adopt new methodologies for the treatment of this group, aiming to improve the quality of life of these.

Key-words: Ankylosing Spondylitis. Anxiety. Depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE - Anti-inflamatórios não-esteroides
AINH - Anti-inflamatório não hormonal
ANTI- TNF - Agentes Bloqueadores do Fator de Necrose Tumoral
BASDAI - Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
CEPH - Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Humanos
CLIFOR - Clínica Escola de Saúde do UNIFOR-MG
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DMCD - Antirreumáticos Modificadores do Curso da Doença
EA - Espondilite Anquilosante
FC - Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória
HAM-A - Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton
HAM-D - Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton
HLA-B27 - Antígeno Leucocitário Humano B27
MEEM - Mini Exame do Estado Mental
PA - Pressão Arterial
PCR - Proteína C reativa
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF- α - Fator de Necrose Tumoral alfa
UNIFOR/MG - Centro Universitário de Formiga
VHS - Velocidade de Hemossedimentação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização socioeconômica-demográfica da amostra.....	26
-----------------	--	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Retificação da lordose cervical e ampliação da cifose torácica em paciente com EA.....	15
Figura 2	Radiografia da bacia em anteroposterior demonstrando sacroiliíte bilateral em um paciente com EA.....	16
Gráfico 1	Distribuição dos participantes de acordo com os escores da HAM-A...	27
Gráfico 2	Distribuição dos participantes de acordo com os escores da HAM-D...	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	Conceito e aspectos históricos.....	13
2.2	Epidemiologia.....	13
2.3	Etiologia.....	14
2.4	Patogenia.....	14
2.5	Manifestações.....	15
2.6	Critérios de diagnóstico.....	15
2.7	Tratamento.....	17
2.7.1	Tratamento conservador.....	18
2.7.1.1	Tratamento farmacológico.....	18
2.7.1.2	Tratamento fisioterápico.....	18
2.7.2	Tratamento não conservador.....	19
2.8	Complicações da EA.....	19
2.8.1	Ansiedade.....	20
2.8.2	Depressão.....	20
3	METODOLOGIA.....	22
3.1	Tipo de estudo.....	22
3.2	Amostra.....	22
3.3	Critérios de inclusão.....	22
3.4	Critérios de exclusão.....	22
3.5	Instrumentos.....	22
3.5.1	Esfigmomanômetro.....	23
3.5.2	Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	23
3.5.3	Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A).....	23
3.5.4	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D).....	23
3.5.5	Questionário Socioeconômico-demográfico.....	24
3.6	Procedimentos.....	24
3.7	Análises dos dados.....	25
4	RESULTADOS.....	26
5	DISCUSSÃO.....	28

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	ANEXO A - MEEM.....	38
	ANEXO B - HAM-A.....	39
	ANEXO C - HAM-D.....	40
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	43
	APÊNDICE A - CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA.....	45
	APÊNDICE B - TCLE.....	47
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFI- CO.....	50

1 INTRODUÇÃO

Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática crônica que causa inflamação da coluna vertebral, articulações sacroilíacas e periféricas, provocando de maneira ascendente a retificação da lordose lombar e ampliação da cifose dorsal, provocando a projeção da cabeça para a frente; com a evolução da doença pode haver fusão completa da coluna vertebral (POKHAI; BANDAGI; ABRUDESCU, 2014; RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014; SAMPAIO-BARROS et al., 2004).

A EA acomete de 0,1% a 0,2% da população, sendo os homens na proporção de 3:1 e brancos os principais grupos acometidos pela doença, contudo, o maior acometimento em brancos é devido a maior incidência de HLA-B27 (Antígeno Leucocitário Humano – B27) nesta população, uma vez que aqueles que possuam este gene estão mais propensos a desenvolver EA, entretanto, outros fatores podem ser desencadeantes como os ambientais relacionados aos aspectos comportamentais ou também devido ao contato com microrganismos (RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014; ZIERKE, 2010).

Os primeiros sintomas surgem geralmente na faixa etária de 20 a 40 anos, de maneira que quando a doença se manifesta após os dezesseis anos de idade o indivíduo apresenta a lombalgia inflamatória, rigidez matinal por um longo período e sintomas relacionados com o esqueleto axial, ao passo que os quadris geralmente são afetados quando a doença surge em indivíduos com idade inferior a dezesseis anos (SAMPALIO-BARROS et al., 2004; VAN DER LINDEN; VAN DER HEIJDE, 1998).

A EA é diagnosticada por meio dos instrumentos de avaliação, manifestações clínicas, manifestações laboratoriais e radiográficas, contudo por se tratar de uma doença de evolução lenta pode levar vários anos para que seu diagnóstico seja efetivamente realizado (MAIA, 2016; RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014;).

O tratamento tem por objetivo o controle da enfermidade, redução das dores, da fadiga e da rigidez, maximizando a função física, psicológica, social e conseqüentemente a qualidade de vida, sendo empregados para estas finalidades os tratamentos conservadores (como atividades física, fisioterapia e psicoterapia) e não conservadores por meio de cirurgias (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, 2005; O'DWYER et al., 2017).

Os indivíduos acometidos têm a qualidade de vida reduzida devido ao fato da dor se tornar diária à medida que a doença evolui, apresentarem rigidez matinal, insônia e diminuição da mobilidade da coluna lombar; sendo estes fatores acarretadores de prejuízo na saúde

psicológica do indivíduo, proporcionando insatisfação, depressão e fadiga (RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014; WARD, 1998).

A depressão é um estado caracterizado pelas sensações de desamparo e inutilidade, humor reduzido, em que o indivíduo passa a ter suas ações mais lentas, suas ideias se tornam pessimistas, ocorre a perda do prazer e redução da autoestima, energia e concentração; deste modo, a doença pode ocasionar incapacitação do trabalhador quanto a realização de suas atividades laborais e também torná-lo resistente ao tratamento de doenças (BOING et al., 2012; DELFINI; ROQUE; PERES, 2009; GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002; SAMPAIO-BARROS et al., 2004).

A ansiedade, assim, como a depressão são as queixas psicológicas mais comuns em pacientes atendidos na atenção primária, sendo que a ansiedade é a sensação que surge quando há uma ameaça, contudo, a ansiedade se torna patológica ao passo que se torna desproporcional quanto ao risco e por um tempo além do normal (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

O biomédico a partir de suas habilitações profissionais pode atuar na atenção à saúde de diversas maneiras, entre elas: promover a saúde, prevenir doenças e restabelecer a saúde (BRASIL, 2006). Além disso, segundo Barbalho (2009), este profissional possui competência para atuar na imagenologia, análises laboratoriais e como pesquisador. Portanto, cabe ao biomédico proceder na realização de exames que irão auxiliar no diagnóstico da EA por meio de operação de equipamentos de radiodiagnóstico, na realização de análises laboratoriais, no desenvolvimento de pesquisas com a finalidade de elucidar fatores desconhecidos quanto a doença, bem como na sua relação com outras enfermidades.

Sabe-se que a EA é causadora de imobilidade e disfunção, que influencia diretamente na percepção da qualidade de vida dos pacientes que a possuem, podendo ainda estar relacionado com quadro de ansiedade e depressão (MARTINDALE et al, 2006; SOUZA et al., 2008). Este estudo busca avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com EA no município de Formiga-MG.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Conceito e aspectos históricos

A EA é uma moléstia inflamatória crônica, progressiva e altamente debilitante devido ao acometimento do esqueleto axial, articulações sacroilíacas e periféricas (quadril, ombro, joelho, metacarpo e metatarso falangiano), que pode evoluir para uma anquilose articular; provocando dor, imobilidade, fadiga, comprometimento das capacidades funcionais e distúrbios psicológicos e do sono (AYDIN et al., 2015; CARDOSO, 2006; GASPAR, 2014). Seu nome deriva das palavras gregas “spondylos” que significa vértebra e “ankylos” que significa enrijecimento (DZIEDZIC, 2001).

A EA foi descrita como entidade patológica após Bernhard O’Connor em 1693 observar um esqueleto humano com todos os ossos unidos formando uma única peça, porém foi descrita como entidade clínica por Adolfo Strumpell, Wladimir Von Becheterew e por Pierre Marie nos anos 1884, 1893 e 1898, respectivamente, por sua vez, apenas na década de 30 foi possível afirmar que a EA não era uma variante da artrite reumatoide graças a radiografia (BYWATERS, 1983; CONDE, 2004; COSTA, 2006; TAUROG, 2002).

2.2 Epidemiologia

A EA acomete cerca de 0,1 a 0,2% da população geral, sendo indivíduos de raça branca os mais acometidos devido ao fato destes terem mais o gene HLA-B27 positivo do que a população negra que é raramente acometida (BAKLAND; NOSSENT, 2013). No Brasil cerca de 69,5% dos indivíduos diagnosticados com EA possuem esse gene, porém possui menos indivíduos com este gene positivo quando comparado as outras nações devido ao fato de ser uma população miscigenada (GALLINARO et al., 2010).

O sexo masculino é seis vezes mais acometido do que o feminino, havendo neste grupo maior comprometimento da coluna vertebral e da pelve, probabilidade aumentada de desenvolvimento de câncer de osso e próstata e de doenças hematológicas malignas quando comparado a outros homens; enquanto no sexo feminino há principalmente acometimento das articulações periféricas e maior probabilidade de câncer do cólon e neoplasias hematológicas (CHANG et al., 2017).

2.3 Etiologia

A EA não possui etiologia conhecida, contudo os alelos B*2702, B*2704, B2705 e B*2707 do gene HLA-B27 estão diretamente associados a doença, no entanto, acredita-se em predisposição genética, pois parentes de primeiro grau de espondilíticos possuem vinte vezes mais chances de desenvolver a doença do que aqueles que não possuem casos na família (CONDE, 2004; EMERY, 1961).

“Devido a notável associação com o HLA-B27, acredita-se que a EA ocorre em consequência a uma resposta imunológica, geneticamente determinada, a algum fator ambiental” (RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014, p. 337). De maneira geral, supõe-se que um indivíduo com determinada genética exposto a fatores ambientais (como a infecção por *Klebsiella pneumoniae*) ocasionaria uma resposta imune cruzada quanto ao gene HLA-B27 e hábitos comportamentais (alterações neuroendócrinas decorrentes de adaptação ao ambiente) podem desencadear a EA (RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014; TORRES; CICONELLI, 2006). Segundo Tarugo (2014), é sugerido que a EA surja devido a artrite reativa e a doença inflamatórias intestinais, assim sendo as bactérias entéricas podem ter ligações com o desencadeamento da doença.

2.4 Patogenia

Segundo Tarugo (2014), a inflamação da EA inicia-se na junção entre as cartilagens articulares, ligamentos e o osso; sendo as articulações infiltradas por linfócitos T CD4+, linfócitos CD8+ e macrófagos, apresentando sobretudo no princípio da doença altos níveis de TNF- α .

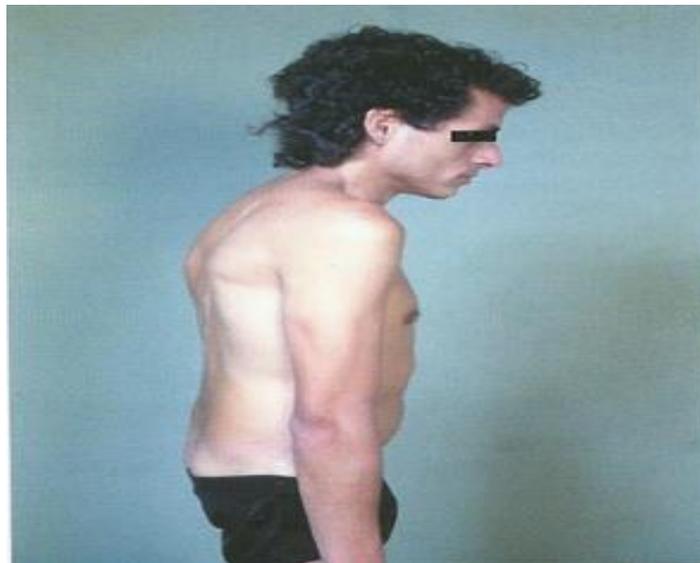
O processo inflamatório subagudo ou crônico promovem o comprometimento bilateral das articulações do osso sacro e ilíaco que ascende a coluna vertebral ocasionando a fusão posterior da coluna vertebral; o processo se dá devido a erosão da cartilagem que é posteriormente substituída por fibrocartilagem que por fim é ossificada, as vértebras então apresentam uma forma quadrada e em “forma de bambu” devido a erosão das fibras anulares que são ossificadas (MARTINS, 2012; SANHUEZA Z et al., 2016; SCHILLER; WANG; KLEIN, 2013; TAUROG, 2014).

Acredita-se que devido os pequenos traumatismos destas fibrocartilagens são liberados antígenos que são expostos aos linfócitos, conseqüentemente para indivíduos geneticamente predispostos este fato pode desencadear a doença. (SHAMJI; BAFAQUH; TSAI, 2008).

2.5 Manifestações

As manifestações esqueléticas da EA são: artrite do quadril e ombros, lombalgia que causa dor nas nádegas ou na lombar baixa acompanhada de rigidez matinal de algumas horas que piora durante a noite e que apresenta melhoria com atividades físicas (GORMAN; IMBODEN, 2011; RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014). Conforme FIG. 1, o espondilítico pode ter a retificação da lordose cervical, assim como ampliação da cifose torácica, o que provoca a projeção da cabeça à frente.

Figura 1 - Retificação da lordose cervical e ampliação da cifose torácica em paciente com EA.



Fonte: RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014, p. 345.

As manifestações extra esqueléticas são sintomas como a fadiga, perda de peso, febre, uveíte anterior aguda, doenças cardiovasculares tais como a aortite ascendente, insuficiência aórtica, distúrbios de condução, cardiomegalia e pericardite; redução da capacidade respiratória devido à doenças pulmonares como fibrose apical ou cavitações e problemas de ventilação devido a diminuição da expansão torácica; envolvimento neurológico devido a fratura, instabilidade e compressão; doenças renais como amiloidose, nefropatia por IgA, hematuria, proteinúria, perda de função renal e necrose papilar renal levada por anti-inflamatórios e analgésicos (TORRES; CICONELLI, 2010; YOSHINARI; PEREIRA, 2016).

2.6 Critérios de diagnóstico

Segundo Yoshinari e Pereira (2016), os Critérios de Nova York Modificados determinam para que um indivíduo seja diagnosticado com EA é preciso ter sacroiliíte com grau superior a 2 bilateral ou unilateral com grau entre 3 e 4 e ao menos um dos critérios clínicos:

- a) Dor lombar e rigidez por mais de 3 meses, que melhora com o exercício, mas não é aliviada pelo repouso;
- b) Limitação do movimento da coluna lombar nos planos sagital e frontal;
- c) Limitação da expansibilidade torácica em relação aos valores normais correlacionados para idade e sexo.

Os exames radiográficos são utilizados para a detecção de características como: sacroiliíte assimétrica e bilateral, presença de sindesmófitos e anquilose de articulações das vertebrae, além de evidenciar a ossificação do ligamento longitudinal anterior da coluna vertebral; as radiografias da bacia em anteroposterior e da coluna lombar na posição oblíqua, latero-lateral e anteroposterior são utilizadas para o diagnóstico, entretanto são menos específicas e sensíveis para a detecção da sacroiliíte do que a tomografia computadorizada, por outro lado a ressonância magnética detecta alterações sinoviais e cartilagosas precoces presentes na sacroiliíte e a densitometria óssea é utilizada para avaliação de perda de massa óssea no fêmur proximal (YOSHINARI; PEREIRA, 2016). A FIG. 2 é uma radiografia da bacia em anteroposterior demonstrando sacroiliíte bilateral em um paciente com EA.

Figura 2 - Radiografia da bacia em anteroposterior demonstrando sacroiliíte bilateral em um paciente com EA.



Não há teste laboratorial específico para diagnóstico de EA, porém, há testes que auxiliam no monitoramento dos níveis de inflamação; os principais testes utilizados são: Velocidade de Hemossedimentação (VHS) que geralmente eleva na fase aguda da EA e Proteína C reativa (PCR); outras alterações que podem ser correlacionadas laboratorialmente é anemia normocítica e normocrômica ou hipocrômica, leucocitose leve, fosfatase alcalina e creatino-fosfoquinase aumentadas; o exame para detecção de HLA-B27 é utilizado quando após as avaliações clínicas e radiográficas são inconclusivas (GORMAN; IMBODEN, 2011; RESENDE; LAGE; CARVALHO, 2014).

2.7 Tratamento

O tratamento da EA com o passar dos anos foi aprimorado. Historicamente os primeiros medicamentos utilizados para a terapêutica da EA eram os opiáceos e salicilatos, que não se mostraram eficazes no controle da dor, contudo a partir da década de 20 o tratamento com radiação foi adotado pois era eficaz na redução da dor e da rigidez, todavia, com a sua utilização por longos períodos possibilitava o surgimento de leucemias, entre outras doenças hematológicas malignas; na década de 40 foi criado o fármaco fenilbutazona, considerado o primeiro fármaco anti-inflamatório não hormonal (AINH), utilizado para redução da dor e inflamação, mas teve seu uso limitado por provocar lesão no fígado e anemia aplásica, sendo substituído por indometacina e outros AINH'S (SIEPER, 2016).

Durante a década de 80 os fármacos denominados Antirreumáticos Modificadores do Curso da Doença (DMCD) foram adotados para o tratamento, entre eles a sulfassalazina, porém, acredita-se que são menos eficazes no tratamento de EA quando comparado ao se tratar a artrite reumatoide por exemplo (SIEPER et al., 2002).

Os Agentes Bloqueadores do Fator de Necrose Tumoral (anti-TNF) foram implantados no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil em 2006 para o tratamento da doença, melhorando a qualidade de vida destes pacientes devido a estagnação da EA e diminuição dos sintomas, porém, este tratamento acarreta altos custos ao país (AZEVEDO et al., 2016).

O tratamento da EA baseia-se no conservador e não conservador com objetivo de controlar a doença, redução da dor, da rigidez e fadiga para que assim seja preservado os aspectos físicos, psicológicos e sociais (LOPES et al., 2007). Para o tratamento de um indivíduo com EA o custo para o Sistema Único de Saúde – é de US\$ 23.183,56 anuais, incluindo seus gastos diretos com medicamentos, fisioterapia, atendimentos médicos, exames laboratoriais

entre outros, assim como os indiretos como aposentadoria e licença médica (AZEVEDO et al., 2016).

2.7.1 Tratamento conservador

2.7.1.1 Tratamento farmacológico

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 640, de 24 de julho de 2014 aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, a qual estipula o tratamento dos pacientes com EA no Sistema Único de Saúde. Quando o paciente é diagnosticado com Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) inferior a 4 o tratamento deve ser realizado com fármacos para os sintomas e adoção de outros tratamentos não medicamentoso; nos casos em que o BASDAI for superior ou igual a 4 deve ser administrado o AINE de acordo com a preconização, por outro lado, se após 1 mês do início do tratamento com AINE o fármaco não obtiver os efeitos desejados este deve ser substituído por outro AINE; caso durante 3 meses na totalidade os dois AINES falharem deve ser substituído o tratamento por um fármaco anti-TNF, do mesmo modo se houver hipersensibilidade é necessário que seja substituído por outro anti-TNF; por fim, se não houver êxito no tratamento por anti-TNF por 6 meses é necessária a substituição por outro anti-TNF (BRASIL, 2014).

2.7.1.2 Tratamento fisioterápico

O tratamento fisioterápico tem por objetivo ampliar os movimentos e condicionamento físico e ampliar a expansibilidade torácica dos pacientes com EA, por meio de hidroterapia ou outras atividades físicas, proporcionando melhora na qualidade de vida destes (TORRES; CICONELLI, 2010). Por meio da fisioterapia é possível prevenir deformidades da coluna vertebral, redução dos movimentos e progressão da cifose vertebral (SIMON; SHERMAN, 2013). A estimulação nervosa elétrica transcutânea é útil no controle da dor (DZIEDZIC, 2001).

Exercícios que englobem extensão da coluna lombar, amplitude de movimento das articulações periféricas e axiais, e reabilitação pulmonar para expansividade torácica devem ser realizados de duas a três vezes por dia, do mesmo modo o espondilítico deve manter a postura sempre ereta mesmo quando estiver em pé ou assentado (MAITIN, 2016; QUBTI; FLYNN, 2014). As massagens terapêuticas podem ser utilizadas como mecanismo de tratamento visando

a promoção da reabilitação (ROMANOWSKI et al., 2017). Os espondilíticos devem dormir sob um colchão firme com um travesseiro fino para que não haja flexão do pescoço e conseqüentemente se evitar o agravamento da cifose, sendo que a posição de pronação é a ideal para dormir (QUBTI; FLYNN, 2014).

2.7.2 Tratamento não conservador

O tratamento não conservador é realizado por meio de intervenções cirúrgicas nos casos onde há fraturas, deformidade na coluna vertebral, acometimento das articulações coxofemorais e para correção do alinhamento da coluna (GORMAN; IMBODEN, 2011).

A cirurgia da coluna vertebral é realizada para várias indicações em AS, incluindo a cifose desativadora, perda de visão horizontal sem compensação, pseudartrose espinal dolorosa ou lesão de Andersson, dor e/ou instabilidade segmentar das fraturas da coluna vertebral e, menos comumente, complicações neurológicas como estenose espinal, mielopatia e raramente, síndrome da cauda equina. (ZOCHLING et al., 2006, p. 449, tradução nossa).

Para a realização das cirurgias o médico anestesiológico deve avaliar se o paciente possui restrição pulmonar, comprometimento cardíaco ou das vias aéreas superiores pulmonares, bem como avaliar o nível de mobilidade da coluna cervical e adotar um método de intubação coerente com a gravidade do acometimento cervical em pacientes com EA (OLIVEIRA, 2007).

2.8 Complicações da EA

A EA gera impactos como a dor crônica, o comprometimento físico, incapacitação laboral, incapacidade do trabalho, redução das horas trabalhadas, perda de oportunidades no mercado de trabalho, necessidade de aposentadoria precocemente, redução da produtividade, redução da massa muscular que infere na independência do indivíduo, baixa satisfação sexual, mobilidade reduzida, mortalidade prematura e redução da qualidade de vida (AYDIN et al., 2015; FRAUENDORF; PINHEIRO; CICONELLI, 2013; GALLINARO et al., 2012; SOUZA et al., 2012; VALENTE et al., 2013).

Nas fases mais avançadas da EA pode ocorrer perda da lordose lombar normal e acentuação da cifose, redução da expansividade torácica, flexão dos quadris aumentados em pacientes na posição ortostática (NAIDES et al., 2000). Segundo Huang et al. (2017), quando

a atividade da doença está alta a mobilidade da coluna e o estado funcional do indivíduo ficam significativamente prejudicados, havendo então alteração da qualidade do sono e sintomas de ansiedade em pelo menos 50% dos pacientes com EA, assim, estes pacientes podem apresentar uma diminuição da percepção da qualidade de vida.

2.8.1 Ansiedade

A ansiedade é definida como um humor desconfortável devido a um temor, a um perigo ou ameaça, que provoca preocupação quanto ao futuro e inquietação; sendo considerada patológica quando a frequência e intensidade são desproporcionais a ameaça (DALGALARRONDO, 2008).

A ansiedade desencadeia sintomas mentais e somáticos, sendo os somáticos: taquicardia, sudorese, tontura, dificuldade para respirar, parestesias, palpitações, pupilas dilatadas, tremores, tensões musculares, cefaleia, diarreia, náuseas, tremor, vertigem, hiperodrose, entre outros; os mentais são: agitação, medo, apreensão, desconforto, sentir-se oprimido, preocupação descomedida, insegurança, irritação, desconcentração, movimentos precipitados, atenção e vigilância redobrada e insônia (BRAGA, 2010; DALGALARRONDO, 2008; SADOCK, SADOCK; RUIZ, 2017).

O tratamento dos transtornos de ansiedade pode ser realizado por meio de Terapia Cognitivo-Comportamental para transformação dos aspectos emocionais e comportamentais, tratamento farmacológico, yoga e dança para promover relaxamento, exercícios físicos para tonificação muscular e shiatsu que promove o relaxamento muscular e redução da fadiga, restrição de bebidas com cafeína e carnes vermelhas para evitar seus poderes excitatórios e estimulantes; assim sendo os tratamentos alternativos e tradicionais quando associados são válidos para o decréscimo dos sintomas da ansiedade (FILHO et al., 2006).

2.8.2 Depressão

A depressão é um transtorno mental em ascendência com característica incapacitante, que acomete principalmente mulheres, jovens, indivíduos desfavorecidos financeiramente, com familiares com depressão, com dificuldades de relacionamento, que sofrem discriminação social, enfermos, mulheres pós parto, usuários de drogas lícitas e ilícitas e também aqueles que não possuem companheiro (a); atingindo cerca de cinco a nove por cento da população mundial,

entre 10 a 20% em pacientes atendidos ambulatoriamente e de 20 a 50% em pacientes hospitalizados (HUMES; VIEIRA; JÚNIOR, 2016; TEODORO, 2010).

Originada por associação de diversos fatores, como os ambientais, psicológicos e orgânicos; seus impactos geram altos gastos para a saúde pública, inabilitação laboral e menor aderência aos tratamentos médicos pelo depressivo; esta doença potencializa o surgimento de doenças crônicas, uma vez que ocorre alterações biológicas devidas a ela, contudo, por outro lado as doenças crônicas podem contribuir para o surgimento da depressão devido ao fato de serem capazes de causarem limitações na vida do indivíduo, como por exemplo a imobilidade, limitação das atividades físicas, alimentação, bem como as atividades diárias no trabalho, na sociedade e na vida pessoal (BOING et al., 2012; KATON, 2011; TEODORO, 2010).

Os sintomas depressivos podem perdurar por vários meses ou anos e são classificados de acordo com algumas categorias, são elas: Humor: tristeza, emotividade, angústia, irritabilidade, ansiedade, anedonia, desmotivação, crises de choro e perda de interesse e/ou prazer; Somáticos: insônia ou hipersonia, perda de libido, perda de peso, perda ou aumento do apetite e fadiga; Motores: inibição ou retardo, agitação, inquietação e fadiga; Sociais: apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas como estudos e trabalho; Cognitivos: sentimentos de desesperança, desamparo, inferioridade, ideias de culpa e de autoextermínio, indecisão, pessimismo, auto estima baixa, rendimento intelectual baixo e redução do raciocínio; Irritabilidade: hostilidade auto e heterodirigida; Expressão: cabeça baixa, dificuldade em manter contato visual com outras pessoas, entre outros; assim sendo a depressão implica no comprometimento dos aspectos sociais, pessoais, profissionais e familiares (TADOKORO, 2012; TEODORO, 2014).

O tratamento da depressão é realizado de forma medicamentosa (antidepressivos) e por meio de psicoterapia; os antidepressivos estão relacionados a potencialização das ações da norepinefrina e serotonina no cérebro; os principais medicamentos utilizados no tratamento da depressão são: Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Paroxetina, Fluvoxamina, Escilatopram, Duloxetina, Milnaciprana, Venlafaxina, Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina, Nefazodona, Trazodona, Vortioxetina, Amoxapina, Bupropiona, Maprotilina, Mirtazapina, Vilazodona, Fenelzina, Isocarboxazida, Tranilcipromina, Selegiliana e Maclobemida (DEBATTISTA, 2017).

A psicoterapia auxilia o indivíduo a lidar de maneira mais eficaz com elementos estressores sociais e psicológicos, entretanto apesar de ter seus resultados em um tempo superior ao medicamentoso esta é tão eficaz quanto aos medicamentos, assim sendo é ideal a associação entre as duas formas de tratamento (DEBATTISTA, 2017; TADOKORO, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, retrospectivo e quantiquantitativo, realizado no município de Formiga - MG após aprovação do CEPH do UNIFOR-MG por meio do parecer nº 2.238.694 respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3.2 Amostra

A amostra foi composta por 13 pacientes com faixa etária compreendida entre 18 e 60 anos. Estes pacientes que foram selecionados por meio de análise dos prontuários dos pacientes da CLIFOR e de pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Formiga-MG por meio das Unidades de Atenção Primária a Saúde deste município, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estipulados pela pesquisadora.

3.3 Critérios de inclusão

- Pacientes que comprovaram por meio de laudo médico que foram diagnosticados de EA.
- Idade entre dezoito a sessenta anos.
- Resultado normal no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

3.4 Critérios de exclusão

- Pacientes que apresentaram no momento da avaliação, Pressão Arterial Sistêmica (PA), Frequência Respiratória (FR) e Frequência Cardíaca (FC) alterados.
- Pacientes que não foram encontrados em seus domicílios.
- Pacientes que não concordaram em participar da pesquisa ou que se oporão a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Instrumentos

3.5.1 Esfigmomanômetro

O esfigmomanômetro com estetoscópio da marca *Premium*® foi utilizado para aferição da pressão arterial sistêmica dos participantes da pesquisa. O aparelho foi calibrado antes do início da coleta de dados, garantindo credibilidade e confiabilidade dos valores obtidos.

3.5.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Bertolucci et al. (1994) traduziu e validou o MEEM para a população brasileira. É um teste neuropsicológico com a finalidade de avaliar as funções cognitivas por meio de domínios, sendo eles: orientação, registro, atenção e cálculo, evocação, linguagem e viso espacial (BRASIL, 2007). Cada item do MEEM respondido de maneira correta é equivalente a um ponto, ao final todos os domínios são somados. Por fim, o escore final é comparado quanto aos escores do exame, sendo que as pontuações são analisadas de acordo com o nível de escolaridade do paciente (BERTOLUCCI et al., 1994).

Os valores normais são: igual ou superior de 19 pontos para analfabetos, igual ou superior a 23 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade, igual ou superior a 24 pontos para 4 a 7 anos de escolaridade e pontuação acima de 28 pontos para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade (BRASIL, 2007).

3.5.3 Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A HAM-A é formada por 14 itens (ansiedade, tensão, medos, insônia, intelectual/cognitivo, humor deprimido, somático/muscular, somático/sensorial, sintomas cardiovasculares, sintomas gastrointestinais, sintomas respiratórios, sintomas geniturinários, sintomas autônomos e comportamento na entrevista) onde o entrevistador deve classificar cada item de acordo com as respostas do paciente em: nenhum (0), leve (1), moderado (2), grave (3) ou grave, muito incapacitante (4). Os escores são: entre 0 a 17 (ansiedade normal), 18 a 24 (ansiedade leve), 25 a 29 (ansiedade moderada) e 30 (ansiedade severa) (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

3.5.4 Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)

Moreno e Moreno (1998) validou a HAM-D para a população brasileira. É formada por 17 perguntas, sendo que cada resposta equivale entre 0 a 4 pontos, sendo os escores: igual ou inferior a 7 pontos (normais), entre 8 a 13 pontos (depressão leve), 14 a 18 pontos (depressão moderada), 19 a 22 pontos (depressão grave), igual ou superior a 23 pontos (depressão muito grave) (ANDRADE; GOREINSTEIN, 1998).

3.5.5 Questionário Socioeconômico-demográfico

O Questionário Socioeconômico-demográfico engloba 12 itens sobre dados do paciente, sendo eles: nome, telefone de contato, data de nascimento, sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade, situação profissional, data do diagnóstico de EA, médico responsável pelo diagnóstico de EA, questionamentos quantos aos diagnósticos de ansiedade e/ou depressão anterior ao de EA.

Os dados fornecidos por meio do Questionário Socioeconômico-demográfico foram utilizados para caracterização da amostra em seus aspectos socioeconômicos e demográficos, assim como, fazer a triagem de pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

3.6 Procedimentos

Inicialmente foi realizado um contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Formiga-MG, para assinatura da Carta de Intensão de Pesquisa (APÊNDICE A). Posteriormente o projeto foi submetido à aprovação do CEPH do UNIFOR-MG, sendo este aprovado por meio do parecer nº 2.238.694 (ANEXO D). Seguido a aprovação, os participantes foram selecionados por meio de análise dos prontuários da CLIFOR e das Unidades de Atenção Primária a Saúde de Formiga-MG, conforme os critérios de inclusão da pesquisa, totalizando 13 selecionados.

Após a seleção dos participantes a pesquisadora agendou uma data para a realização da pesquisa. Aqueles participantes que afirmaram não apresentarem condições físicas de deslocamento até as Unidades de Atenção Primária a Saúde ou CLIFOR a pesquisadora se deslocou até a residência dos mesmos. Os objetivos da pesquisa foram explanados para os participantes selecionados, propiciando um momento para que todos sanassem suas dúvidas referentes ao desenvolver da pesquisa.

O participante assinava o TCLE (APÊNDICE B), que foi entregue individualmente a cada participante, em um local onde não houvesse qualquer tipo de interferência sonora ou

qualquer outra pessoa além da pesquisadora e do paciente. Logo após a FR, FC e PA foram averiguadas; nenhum paciente apresentou alterações nestes quesitos durante a pesquisa.

O MEEM (ANEXO A) foi aplicado logo em seguida, todos os participantes selecionados foram capazes de responder as perguntas de maneira satisfatória de acordo com o nível de escolaridade (igual ou superior de 19 pontos para analfabetos, igual ou superior a 23 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade, igual ou superior a 24 pontos para 4 a 7 anos de escolaridade e pontuação acima de 28 pontos para indivíduos com 8 ou mais anos de escolaridade).

Após a aplicação do MEEM a pesquisadora solicitou aos participantes que preenchessem o Questionário Socioeconômico-demográfico (APÊNDICE C). Por fim, foram aplicadas as Escalas HAM-A (ANEXO B) e HAM-D (ANEXO C). Os resultados obtidos na aplicação da HAM-A e HAM-D foram tabulados e por meio deles as análises estatísticas e descritivas foram realizadas.

3.7 Análises dos dados

O programa *Microsoft Office Excel* 2016 foi utilizado para tabulação dos resultados e construção dos gráficos, tabelas e quadros que auxiliaram na interpretação dos resultados e posterior análise para discussão.

4 RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 13 participantes residentes no município de Formiga-MG. O QUADRO 1 demonstra os dados obtidos por meio do Questionário Socioeconômico-demográfico, sendo eles: idade, sexo, cor/raça, escolaridade, situação profissional e tempo de diagnóstico da doença.

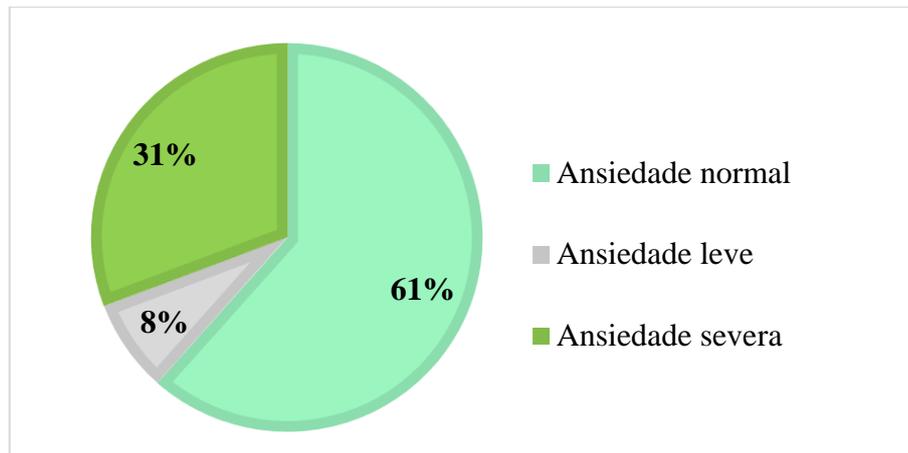
Quadro 1 - Caracterização socioeconômica-demográfica da amostra

Características	n	Percentual (%)	Média ± Desvio Padrão
Idade	-	-	47,73 ± 6,61
Sexo			
Feminino	6	46	-
Masculino	7	54	
Cor/Raça			
Branca	9	69,2	-
Negra	2	15,4	
Parda	2	15,4	
Estado Civil			
Casado (a)	8	61,5	-
Solteiro (a)	4	30,8	
União Estável	1	7,7	
Escolaridade			
Fundamental Incompleto	6	46,2	-
Fundamental Completo	3	23,1	
Médio Completo	3	23,1	
Superior	1	7,7	
Situação Profissional			
Assalariado (a)	1	7,7	-
Desempregado (a)	1	7,7	
Afastado (a)	4	30,8	
Profissional Autônomo	3	23,1	
Aposentado (a)	4	30,8	
Tempo de diagnóstico da doença	-	-	12,71± 6,79

Fonte: A autora (2017).

O GRAF. 1 representa a porcentagem de participantes de ambos os sexos que após a aplicação da HAM-A apresentaram escores entre “ansiedade normal”, “ansiedade leve” e “severa”. O escore ansiedade moderada não foi constatada em nenhum dos participantes.

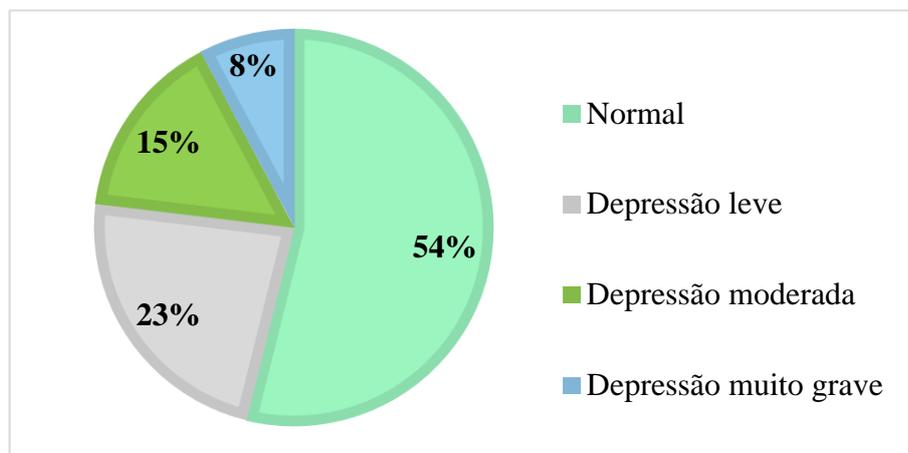
Gráfico 1 – Distribuição dos participantes de acordo com os escores da HAM-A.



Fonte: A autora (2017).

O GRAF. 2 representa os escores dos participantes de acordo com a HAM-D, distribuídos em “normal”, “depressão leve”, “depressão moderada”, “depressão muito grave”. Não houve nenhum participante com escore de “depressão grave”.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes de acordo com os escores da HAM-D.



Fonte: A autora (2017).

5 DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 13 pacientes diagnosticados com EA, houve uma prevalência maior do sexo masculino (54%) e a média de idade foi de 47,7 anos, estes resultados foram compatíveis com o estudo de Feldtkeller, Lemmel e Russel (2003), eles também observaram que 63% dos participantes eram do sexo masculino com idade média de 49,8 anos. A pesquisa de Van der Linden e Van der Heijde (1998) também atribui a maior proporção de indivíduos acometidos ao sexo masculino, na proporção de 2:1 a 3:1. Por se tratar de uma doença com um perfil peculiar, acredita-se que suas características clínicas não alteram de região para região, ou seja, o clima, a cultura e as questões socioeconômicas parecem não estabelecer influência direta no percurso da doença.

A raça branca foi a mais acometida pela doença, este achado corrobora com os achados do estudo transversal de Cruz e Branco (2002) desenvolvido com 52 pacientes do Hospital de Egas Moniz em Lisboa que objetivava caracterizar a população de pacientes com EA, onde se verificou que 85% dos participantes pertenciam a cor/raça branca. Acredita-se que a raça branca seja mais acometida devido ao fato desta população apresentar maiores incidência de HLA-B27 positivo do que as demais populações, conforme citado por Conde (2014).

Observou-se que a maioria dos pacientes são casados, este achado foi compatível com os achados de Gallinaro et al. (2012) e Martindale et al. (2006) que ao observar o estado civil dos participantes de suas pesquisas perceberam que a maioria eram casados, achados que contrariam a pesquisa de Ward et al. (2008) que ao realizar um estudo dos impactos da EA nos aspectos relacionados ao casamento concluiu que os acometidos com EA possui probabilidade maior de nunca se casarem ou de se divorciarem. Possivelmente o fato dos pacientes serem casados, está relacionado com idade que os mesmos manifestam a doença e de que até pelo menos a metade de suas vidas eles terão rotinas normais, então provavelmente se casarão e constituirão suas famílias, posteriormente vão iniciar o quadro sintomático que levará ao diagnóstico da doença.

Os participantes desta pesquisa se encontram afastados ou aposentados, em sua grande maioria, achado parecido com o observado por Healey et al. (2011), que avaliou o desemprego, absenteísmo e presenteísmo em 612 pacientes com EA no Reino Unido e constatou que 40% dos participantes com faixa etária ativa não exerciam atividades laborais, sendo que a grande maioria dos casos eram aposentados. Acredita-se que proporção de aposentados e afastados representam dados coerentes com a literatura, e esta está relacionada diretamente com o que diz Barlow et al. (2001) em sua pesquisa, a EA pode provocar incapacidade laboral.

Ao analisar o grau de instrução dos pacientes avaliados nesta pesquisa, observou-se que a maioria possui ensino fundamental incompleto. Segundo dados estatísticos realizados pelo IBGE (2017), a maioria da população com idade superior a 14 anos (37,2%) possuem ensino fundamental incompleto. Possivelmente esta é uma realidade não só dos pacientes com EA, mas de toda a população brasileira.

Quando se trata de uma doença progressiva e degenerativa como a EA, o tempo da doença pode ser um dado importante para inferir o quadro clínico do paciente, neste estudo, foi possível detectar que os pacientes tinham uma média de 12,71 anos de diagnóstico da doença, medida que se mostrou diferente dos achados de Azevedo et al. (2016), o qual constatou que os participantes haviam recebido o diagnóstico a 8,92 anos em média. Acredita-se que o fato dos participantes desta pesquisa terem sido diagnosticados com EA durante a faixa etária de 34,3 anos em média corroboram com o estudo de Van der Linden e Van der Heijde (1998), o qual afirma que geralmente entre a faixa etária de 20 e 40 anos surgem os sintomas da EA.

Ao avaliar o quadro de ansiedade dos pacientes, observou-se que a grande maioria dos participantes deste estudo apresentaram ansiedade normal, portanto, este achado confere com a afirmativa de Baysal et al. (2011), que constatou que a grande maioria dos pacientes com EA não possui risco de desenvolver quadros de ansiedade. Uma falha no estudo, foi a de não mensurar e correlacionar a gravidade da doença com o quadro de ansiedade, mas com base no tempo de diagnóstico (12,71 anos), acredita-se que de fato não haja uma relação, ou seja, mesmo sendo uma doença altamente incapacitante Barlow et al. (2001), ela não influencia de forma relevante no aparecimento de um quadro de ansiedade anormal.

Da mesma forma, ao avaliar o quadro de depressão dos pacientes, constatou-se que os mesmos não apresentam quadro de depressão, pelo menos na sua grande maioria, discordando do estudo de Hyphantis et al. (2013), o qual afirma que a maioria apresenta depressão mínima. Todavia, acredita-se que os participantes têm ausência de depressão devido a aceitação da doença, adaptação as limitações impostas pela doença e pelo tratamento realizado por grande parte destes, por outro lado, acredita-se que devido as limitações físicas, ideias de incapacidade, redução da qualidade de vida, e principalmente a dor, sejam os principais motivos para que alguns apresentem algum grau de depressão.

O estudo apresentou algumas limitações, a primeira identificada, foi o fato de não existir no município de Formiga uma identificação destes pacientes de forma que facilite sua localização, o que poderá influenciar na amostra de estudos e até mesmo nas estratégias de promoção da saúde destes pacientes, outra, é o fato de não se ter mensurado a gravidade da doença, ou o estágio que a mesma se encontrava instalada no paciente, esta variável poderia ser

um dado importante na interpretação de alguns resultados da pesquisa e comparação com achados da literatura, por último, não foi possível realizar as correlações para esta fase da pesquisa, entretanto, as mesmas serão realizadas para facilitar a interpretação dos dados futuramente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após coleta e análise dos dados, pode-se observar que os pacientes com EA residentes no município de Formiga MG, são predominantemente do sexo masculino, possuem uma média de idade de 47,7 anos, são brancos, casados, cursaram apenas o ensino fundamental incompleto e encontram-se afastados de suas atividades ocupacionais ou aposentados.

Constatou-se que a grande maioria dos pacientes apresentam um quadro de ansiedade dentro da expectativa habitual, mas que o número de pacientes que apresentaram quadro de ansiedade severa deve ser considerado. A maior parte dos pacientes não apresentaram quadro de depressão, mas o número de pacientes que apresentam depressão distribuídos nos três graus (leve, moderada e muito grave) é significativo.

O estudo de maneira específica fornece dados sobre a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com EA no município de Formiga-MG possibilitando que novos estudos sejam desenvolvidos a fim de adoção de novas metodologias para o tratamento deste grupo, visando uma melhoria da qualidade de vida destes.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. H. S. G.; GOREINSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [s.l.], v. 25, n. 6, p. 285-290, nov./dez. 1998.
- AYDIN, E. et al. Qualidade do sono em pacientes com espondilite anquilosante. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 55, n. 4, p. 340-345, jul./ago. 2015.
- AZEVEDO, V. W. et al. Custos diretos e indiretos do tratamento de pacientes com espondilite anquilosante pelo sistema público de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 131-137, mar./abr. 2016.
- BAKLAND, G.; NOSSEN, H. C. Epidemiology of Spondyloarthritis: A Review. **Current Rheumatology Reports**, [s.l.], v. 15, p. 351-356, set. 2013.
- BARBALHO, S. **Biomedicina – um painel sobre o profissional e a profissão**. Conselho Federal de Biomedicina, 2009.
- BARLOW, J. H. Work disability among people with ankylosing spondylitis. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 45, n. 5, p. 424-429, out. 2001.
- BAYSAL, O. et al. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. **Rheumatology International**, Berlim, v. 31, p. 795-800, jun. 2011.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 46, n. 4, p. 617-623, jun. 2012.
- BRAGA, J. E. F. et al. Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2010.
- BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 640, de 24 de julho de 2014**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Espondilite Ancilosante. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/25/pcdt-espondilite-anquilosante-2014.pdf>> Acesso: 18 set. 2017.
- BYWATERS, E. G. L. Historical perspectives in the a etiology of Ankylosing Spondylitis. **British Journal of Rheumatology**, Londres, v. 22, n. 2, p. 1-4, 1983.

- CARDOSO, M. **Hidroterapia diminuir atividade da Espondilite Anquilosante**. 2006. 44 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Grau de Bacharel em Fisioterapia)-UNISUL, Tubarão, 2006.
- CHANG, C.C. et al. Ankylosing spondylitis and the risk of cancer. **Oncology Letters**, Londres, v. 14, n. 2, p. 1315-1322, jun. 2017.
- CONDE, R. A. **Frequência dos alelos do HLA-B27 em pacientes com Espondilite Anquilosante e controles saudáveis**. 2004. 136 p. Tese (Doutorado em Clínica Médica)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- COSTA, R. M. D. **“Espondilite Anquilosante: o exercício físico como reabilitação e promotor da qualidade de vida”**. 2006. 67 p. Monografia (Licenciatura em Motricidade Humana)- Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, 2016.
- CRUZ, M.; BRANCO, J. C. Espondilite Anquilosante: É relevante diagnosticar precocemente? **Acta Reumatológica Portuguesa**, Lisboa, v. 27, n. 4, p. 241-249, out./dez. 2002.
- DALGALARRONDO, P. Síndromes ansiosas. In: _____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 26, p. 304-306.
- DEBATTISTA, C. Agentes antidepressivos. In: KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. **Farmacologia Básica e Clínica**. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2017, cap. 30.
- DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Adultos Hospitalizados: Rastreamento em Enfermaria Clínica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 12-22, 2009.
- DZIEDZIC, K. Espondilite Anquilosante. In: DAVID, C.; LLOYD, J. **Reumatologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premier, 2001. cap. 10, p. 109-130.
- EMERY, A.E.H.; LAWRENCE, J.S. Genetics of ankylosing spondylitis. **Journal of Medical Genetics**, Manchester, v. 4, p. 239-244, 1961.
- FELDTKELLER, E.; LEMMEL, E-M.; RUSSELL, A. S. Ankylosing spondylitis in the pharaohs of ancient Egypt. **Rheumatology International**, Berlim, v. 23, p. 1-5, set. 2003.
- FILHO, J. G. de S. et al. Antidepressivos e ansiolíticos utilizados na Terapêutica de problemas relacionadas à saúde Mental: sugerindo terapias alternativas para fatores cognitivos e emocionais. **Infarma**, Brasília, v. 18, n. 3/4, p. 3-5, 2006.
- FRAUENDORF, R.; PINHEIRO, M. de M.; CICONELLI, R. M. Variáveis relacionadas com perda da produtividade no trabalho em pacientes com espondilite anquilosante. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 303-309, mar./abr. 2013.
- GALLINARO, A. L. et al. Atividade sexual na espondilite anquilosante. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 883-891, nov./ dez. 2012.

_____. Espondiloartrites: Análise de uma série brasileira comparada a uma grande casuística ibero-americana (estudo RESPONDIA). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 581-589, set./out. 2010.

GASPAR, J. M. P. **Caracterização Fenotípica e Genotípica de Doentes com Espondilite Anquilosante**. 2014. 44 p. Monografia (Mestre em Biologia Molecular e Celular)- Universidade de Aveiro, Aveiro, 2014.

GELDER, M.; MAYOU, M.; GEDDES, J. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. (Org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GORMAN, J. D.; IMBODEM, J. B. Espondilite anquilosante e artrite de doença intestinal inflamatória. In: IMBODEN, J.; HELLMANN, D.; STONE, J. **Reumatologia**. 2. ed. Porto Alegre: 2011, cap. 17.

HEALEY, E. L. et al. Impact of ankylosing spondylitis on work in patients across the UK. **Scandinavian journal of rheumatology**, Londres, v. 40, p. 34-40, jan. 2011.

HUANG, J. et al. Quality of life and correlation with clinical and radiographic variables in patients with ankylosing spondylitis: a retrospective case series study. **BMC Musculoskeletal Disorders**, Londres, v. 18, p. 352-360, ago. 2017.

HUMES, E. de C.; VIEIRA, M. E. B.; JÚNIOR, R. F. Depressão. In: _____. **Psiquiatria: interdisciplinar**. 1. ed. Barueri: Manole, 2016. cap. 9.

HYPHANTIS, T. et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. **Clinical Rheumatology**, [s.l.], v. 32, p. 635-644, mai. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Segundo trimestre de 2017**. Rio de Janeiro, RJ, 2017

KATON, W. J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, Paris, v. 13, n. 1, p. 7-23, mar. 2011.

MAIA, D. G. **Síndrome metabólica e risco cardiovascular em pacientes com Espondilite Anquilosante tratados com imunobiológicos**. 2016. 67 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)- Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

MAITIN, I. B. Reabilitação de distúrbios reumatológicos. In: _____. **Medicina física e reabilitação**. 1. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016, cap. 22.

MARTINDALE, J. et al. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. **Rheumatology**, Londres, v. 45, n. 10, p. 1288-1293, out. 2006.

MARTINS, N. A. **Espondilite Anquilosante com Critérios De Nova Iorque Modificados e o Exercício Físico: revisão sistemática de ensaios clínicos controlados com metanálises**.

2012. p. 118. Dissertação (Mestrado em Exercício e Saúde em populações especiais)- Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

MCVEIGH, C. M.; CAIRNS, A. P. Diagnosis and management of ankylosing spondylitis. **British Medical Journal**, [s.l.], v. 333, p. 551-585, set. 2006.

MORENO, R. A.; MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n.5, p. 262-272, 1998.

NAIDES, S. J. et al. Afecções Reumáticas: Diagnóstico e Tratamento. In: WEINSTEIN, S. L.; BUCKWALTER, J. A. (Ed.). **Ortopedia de Turek princípios e sua aplicação**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2004. cap. 5.

O'DWYER, T. et al. Behaviour change intervention increases physical activity, spinal mobility and quality of life in adults with ankylosing spondylitis: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, [s.l.], v. 63, p. 30-39, abr. 2017.

OLIVEIRA, C. R. D. Espondilite Anquilosante e Anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 214-222, mar./abr. 2007

POKHAI, G. G.; BANDAGI, S.; ABRUDESCU, A. Níveis de vitamina D na Espondilite Anquilosante: a deficiência corresponde à atividade da doença? **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 330-334, jul./ago. 2014.

QUBTI, M. A.; FLYNN, J. A. Espondilite anquilosante e artrite associada à doença intestinal inflamatória. In: IMBODEN, J. B.; HELLMANN, D. B. STONE, J. H. **Reumatologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 17. p. 159-166.

RESENDE. G. G.; LAGE, R. da C.; CARVALHO, M. A. P. In: CARVALHO, M. A. P (Org) et al. **Reumatologia diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 23, 2014.

ROMANOWSKI, M. W. et al. Comparison of Deep Tissue Massage and Therapeutic Massage for Lower Back Pain, Disease Activity, and Functional Capacity of Ankylosing Spondylitis Patients: A Randomized Clinical Pilot Study. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [s.l.], v. 2017, p. 1-7, ago. 2017.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A; RUIZ, P. Transtornos de ansiedade. In:_____. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, cap. 9.

SAMPAIO-BARROS, P.D. et al. Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 470-475, nov./dez. 2004.

SANHUEZA Z., A. et al. Espondiloartritis anquilosante: revisión de hallazgos imagenológicos en la columna. **Revista Chilena de Radiología**, Santiago, v. 22, n. 4, p. 171-183, 2016.

- SCHILLER, A.L.; WANG, B.Y.; KLEIN, M. J. Ossos e Articulações. In: RUBIN et al. **Patologia: Bases Clinicopatológicas da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2013. cap. 26.
- SHAMJI, M. F.; BAFAQUH, M.; TSAI, E. The pathogenesis of ankylosing spondylitis. **Neurosurg Focus**, Ottawa, v. 24, n. 1, p. 1-10, jan. 2008.
- SHEN, C-C. Risk of Psychiatric Disorders following Ankylosing Spondylitis: A Nationwide Population-based Retrospective Cohort Study. **The Journal of Rheumatology**, [s.l.], v. 43, n. 3, p. 625-631, mar. 2016.
- SIEPER, J. et al. Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Londres, v. 63, n. 3, iii8–iii18, nov. 2002.
- SIEPER, J. Tratamento da espondilite anquilosante/espondiloartrites. In: HBCHBERG, M. C. et al. **Reumatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, cap. 118.
- SIMON, R. R; SHERMAN, S.C. Reumatologia. In: _____. **Emergências ortopédicas**. 6. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. cap. 3, p. 42-75.
- SOUZA, M. C. de. et al. Grupos educacionais para pacientes com espondilite anquilosante: revisão sistemática. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 256-260, jul./set. 2012.
- _____. Avaliação do Equilíbrio Funcional e Qualidade de Vida em Pacientes com Espondilite Anquilosante. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 48, n.5, p. 274-277, set./out. 2008.
- TADOKORO, D. C. **Transtornos mentais na atenção primária: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS**. 2012. 22 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012.
- TAUROG, J. D. Espondiloartrites. FAUCI, A. S (Org.); LANGFORD, C. A. **Reumatologia de Harrison**. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 10, p. 105-116.
- TEODORO, W. L. G. **Depressão: corpo, mente e alma**. 3. ed. Uberlândia: [s.n.], 2010.
- TORRES, T. M.; CICONELLI, R. M. Instrumentos de Avaliação em Espondilite Anquilosante. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 52-59, nov./dez. 2006.
- VALENTE, R. L. M. et al. Aterosclerose subclínica em pacientes com espondilite anquilosante: há um papel para a inflamação? **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 377-381, set./out. 2013.
- VAN DER LINDEN, S.; VAN DER HEIJDE, D. Ankylosing spondylitis: clinical features. **Rheumatic Disease Clinics of North America**, [s.l.], v. 24, p. 663-676, 1998.

WARD, M. M. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis. **Rheumatic Disease Clinics of North America**, [s.l.] v. 24, n. 4, p. 815–827, nov. 1998.

WARD, M. M. et al. Impact of Ankylosing Spondylitis on Work and Family Life: Comparisons With the US Population. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 59, n. 4, p. 497-503, abr. 2008.

YOSHINARI, N. H.; PEREIRA, R. M.R. Espondiloartropatias. In: LOPES, A. C. **Tratado clínica médica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. v. 2., cap. 95.

ZIERKE, G. K. **Análise do perfil de lipoproteínas nos pacientes com Espondilite Anquilosante**. 2010. 33 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ZOCHLING, J. et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. **Annals of the rheumatic diseases**, Herne, v. 65, n. 4, p. 442-452, abr. 2006.

ANEXO A - MEEM

ESCORE MÁXIMO	ESCORE PACIENTE	ORIENTAÇÃO
[5]	[]	Qual é o ano (ano, semestre, mês, data, dia)
[5]	[]	Onde estamos: (estado, cidade, bairro, hospital, andar)
		MEMÓRIA IMEDIATA
[3]	[]	Nomeie três objetos (um segundo para cada nome). Posteriormente pergunte ao paciente os 3 nomes. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Então repita-os até o paciente aprender. Conte as tentativas e anote. TENTATIVAS:
		ATENÇÃO E CÁLCULO
[5]	[]	“Sete” seriado. Dê 1 ponto para cada correto. Interrompa após 5 perguntas. Alternativamente solete a palavra “mundo” de trás para frente.
		MEMÓRIA DE EVOCÇÃO
[3]	[]	Pergunte pelos 3 objetos nomeados acima. Dê 1 ponto para cada resposta correta.
		LINGUAGEM
[9]	[]	- Mostrar 1 relógio e 1 caneta. Pergunte como chamam. Dê 2 pontos se correto. - Repita o seguinte: Nem aqui, nem ali, nem lá (1 ponto). - Seguir o comando com 3 estágios: “Pegue este papel com a mão D dobre-o ao meio e o coloque no chão” (3 pontos). - Leia e execute a ordem: FECHÉ OS OLHOS (1 ponto). - Escreva uma frase (1 ponto). - Copie o desenho (1 ponto).
ESCORE TOTAL		
[30]	[]	

Fonte: BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

ANEXO B - HAM-A

Instruções: Esta lista de verificação ajuda o médico ou o psiquiatra a avaliar cada paciente em relação a seu grau de ansiedade e sua condição patológica. Preencha a classificação apropriada:

NENHUM = 0	LEVE = 1	MODERADO = 2	GRAVE = 3	GRAVE, MUITO INCAPACITANTE = 4	
Item					Classificação
	Preocupações, antecipação do pior, antecipação temerosa, irritabilidade				_____
	Sentimentos de tensão, fadiga, resposta de sobressalto, choro fácil, tremor, sentimentos de inquietação, incapacidade de relaxar				_____
	Do escuro, de estranhos, de ser abandonado, de animais, do trânsito, de multidões				_____
	Dificuldade para adormecer, sono fragmentado, sono insatisfatório e fadiga ao levantar, sonhos, pesadelos, terrores noturnos				_____
	Dificuldade para se concentrar, memória fraca				_____
	Perda de interesse, falta de prazer em passatempos, depressão, despertar precoce, variações diurnas				_____
	Dores, contrações, rigidez, espasmos mioclônicos, ranger dos dentes, voz instável, aumento do tônus muscular				_____
	Zumbido nas orelhas, visão borrada, calafrios e calorões, sensação de fraqueza, sensação de formigamento				_____
	Taquicardia, palpitações, dores no peito, pulsação de veias, sensação de desmaio				_____
	Pressão ou constrição no peito, sensação de asfixia, suspiros, dispneia				_____
	Dificuldade para engolir, gases, dores abdominais, azia, saciedade abdominal, náusea, vômito, borborigmo, diarreia, perda de peso, constipação				_____
	Frequência e/ou urgência de micção, amenorreia, menorragia, desenvolvimento de friquidez, ejaculação precoce, perda da libido, impotência				_____
	Boca seca, rubor, palidez, tendência a suar, tontura, cefaleia tensional, pelos arrepiados				_____
	Agitação, inquietação ou perambular, tremor nas mãos, testa franzida, tensão facial, suspiros ou respiração rápida, palidez facial, deglutição, eructação, contrações súbitas dos tendões, pupilas dilatadas, exoftalmo				_____

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Assinatura do avaliador:

(De Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Psychiatry*. 1959;32:50, com permissão.)

ANEXO C - HAM-D

FORMULÁRIO 3.1.I ► ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

INSTRUÇÕES: EM CADA ITEM, ESCOLHA O ESCORE QUE MELHOR CARACTERIZA O PACIENTE NA ÚLTIMA SEMANA; ASSINALE A SUA OPÇÃO NO ESPAÇO APROPRIADO.

1. Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade):

- 0- ausente
- 1- sentimentos relatados somente se perguntados
- 2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras
- 3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro
- 4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal

2. Sentimentos de culpa:

- 0- ausente
- 1- autorrecriinação, acha que decepcionou outras pessoas
- 2- ideias de culpa ou rumações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado
- 3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa
- 4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Suicídio:

- 0- ausente
- 1- acha que não vale a pena viver
- 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
- 3- ideias ou atitudes suicidas
- 4- tentativas de suicídio

4. Insônia inicial:

- 0- sem dificuldades para iniciar o sono
- 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
- 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites

5. Insônia intermediária:

- 0- sem dificuldade
- 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite
- 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)

6. Insônia tardia:

- 0- sem dificuldade
- 1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir
- 2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite

7. Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

- 1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos
- 2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)
- 3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria.
- 4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda.

8. Retardo (lentidão do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):

0- pensamentos e fala normais

- 1- lentidão discreta à entrevista
- 2- lentidão óbvia durante a entrevista
- 3- entrevista difícil
- 4- estupor completo

9. Agitação:

0- nenhuma

- 1- inquietação
- 2- mexe as mãos, cabelos, etc.
- 3- movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
- 4- retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Ansiedade psíquica:

0- sem dificuldade

- 1- tensão e irritabilidade subjetivas
- 2- preocupa-se com trivialidades
- 3- atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4- paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Ansiedade – somática:

(concomitantes fisiológicos da ansiedade, como: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações; palpitação, cefaleias; hiperventilação, suspiros; ter de urinar frequentemente; sudorese).

0- ausente

- 1- duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados
- 2- leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes
- 3- moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal.
- 4- grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Sintomas gastrintestinais – somáticos:

- 0- nenhum
- 1- perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência
- 2- dificuldade para comer se não insistirem

13. Sintomas somáticos gerais:

- 0- nenhum
- 1- peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos.
Perda de energia e fadiga
- 2- qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Sintomas genitais (como perda de libido, distúrbios menstruais):

- 0- ausentes
- 1- leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado
- 2- óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Hipocondria:

- 0- ausente
- 1- auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2- preocupação com a saúde
- 3- queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
- 4- delírios hipocondríacos

16. Perda de peso (desde o início da doença ou da última avaliação):

- 0- sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual
- 1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
- 2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Crítica (consequência da doença):

- 0- reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
- 1- reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso, etc.
- 2- nega estar doente

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG

Pesquisador: Diequison Rite da Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73279417.7.0000.5113

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG - FUOM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.238.694

Apresentação do Projeto:

Encontra-se bem elaborado e apresentado. Peço apenas que troquem o termo recrutado por selecionado ou voluntário.

Objetivo da Pesquisa:

São claros e muito bem explicados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta de forma clara e condizente com o trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Deve realmente gerar informações que auxiliem no tratamento da doença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados a contento

Recomendações:

Que a pessoa que for aplicar os questionários seja acompanhada por um membro da casa de saúde que possua experiência em lidar com as situações que possam vir a ocorrer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugeri apenas a correção já citada e a recomendação do acompanhante durante a entrevista.

Endereço: Avenida Dr. Amaldo de Senna, 328
Bairro: Água Vermelha **CEP:** 35.570-000
UF: MG **Município:** FORMIGA
Telefone: (37)3329-1438 **Fax:** (37)3322-4747 **E-mail:** comitedeetica@unifomg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.238.694

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acata as considerações do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_935505.pdf	22/07/2017 13:06:12		Aceito
Outros	CARTA.pdf	22/07/2017 13:05:05	DAYANE ALMEIDA FARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/07/2017 12:56:43	DAYANE ALMEIDA FARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	22/07/2017 12:54:22	DAYANE ALMEIDA FARIA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	22/07/2017 12:49:35	DAYANE ALMEIDA FARIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORMIGA, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
Andrei Pereira Pernambuco
(Coordenador)

Endereço: Avenida Dr. Amaldo de Senna, 328
Bairro: Água Vermelha CEP: 35.570-000
UF: MG Município: FORMIGA
Telefone: (37)3329-1438 Fax: (37)3322-4747 E-mail: comiteeetica@unifomg.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria MEC nº 517, de 09/05/2012
Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG – FUOM



APÊNDICE A - CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr José Geraldo Pereira

Eu, Diequison Rite da Cunha, portador do RG MG 13.986.475, orientador, juntamente com a aluna Dayane Almeida Faria, MG 17.500.603, regularmente matriculada no 7º período, do curso de Biomedicina do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR-MG, solicitamos autorização para a realização da coleta de dados para o trabalho de conclusão de curso intitulado **“PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG”**.

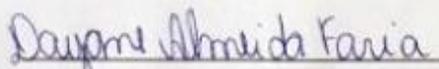
O trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência de depressão e ansiedade em indivíduos com Espondilite Anquilosante através da aplicação das Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) para avaliar a prevalência de depressão e ansiedade em indivíduos com Espondilite Anquilosante.

Informo que o referido projeto será submetido à avaliação ética junto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Humanos do UNIFOR-MG, e me comprometo a encaminhar a vossa senhoria uma cópia do parecer ético após a emissão do parecer consubstanciado.

Desde já, coloco-me à disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida que possa surgir.

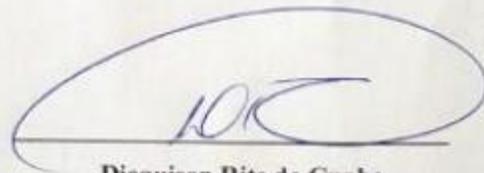
Antecipadamente agradeço à colaboração.

Formiga, 30 de junho de 2017.



Dayane Almeida Faria

Pesquisadora



Diequison Rite da Cunha

Professor orientador



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria MEC nº 517, de 09/05/2012
Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG – FUOM



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

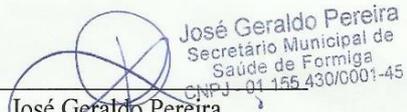
CRENCIAMENTO: Decreto Publicado em 05/08/2004
RECRENCIAMENTO: Portaria MEC nº 517, de 09/05/2012
Mantenedora: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FORMIGA-MG – FUOM



Para Preenchimento da Instituição Co-participante

“Na condição de representante legal, eu,,
declaro que após ler e concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP da instituição
proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução
466/12 CNS. Esta instituição **AUTORIZA** a realização da pesquisa e está ciente de suas co-
responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu
compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados,
dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Formiga, 30 de Junho de 2017.



José Geraldo Pereira
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE B - TCLE

Título do Projeto: Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com Espondilite Anquilosante no município de Formiga-MG.

Pesquisador Responsável: Diequison Rite da Cunha.

Telefones para contato: (37) 99833-9555 (Dayane Almeida Faria) ou (37) 9941-5253 (Diequison Rite da Cunha).

Nome do participante: _____

Idade: _____ R.G.: _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa **“PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE NO MUNICÍPIO DE FORMIGA-MG”**, de responsabilidade do pesquisador Diequison Rite da Cunha.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

O motivo para se estudar sobre o tema é que a Espondilite Anquilosante causa diminuição da movimentação e da função da pessoa, o que diminui também a sua qualidade de vida. Este trabalho quer investigar se o paciente com Espondilite Anquilosante geralmente tem ansiedade e depressão.

A pesquisa é importante porque os resultados podem ser úteis para outros pesquisadores criarem novos tipos de tratamento e assim melhorem a qualidade de vida das pessoas que tem Espondilite Anquilosante. **Sua participação no referido estudo será voluntária** e no sentido de responder o Mini Exame do Estado Mental – MEEM, Questionário Socioeconômico-demográfico, Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – HAM-A e Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton – HAM-D. **Você deverá responder com muita sinceridade e de acordo com a sua realidade.**

Alertamos que, você poderá esperar alguns benefícios, como: fornecer dados sobre a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com Espondilite Anquilosante, a fim de que posteriormente passam ser elaborados novos estudos que contribuam com novas metodologias para o tratamento destes pacientes, contribuindo também para um olhar mais amplo sobre estes pacientes e para o desenvolvimento de estratégias de promoção a saúde que

idealize minimizar a possibilidade de depressão e ansiedade em pacientes com EA, e, por outro lado, esclarecemos que **se levando em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.**

De maneira específica este trabalho busca fornecer dados sobre a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com EA na cidade de Formiga-MG, a fim de que posteriormente possam ser elaborados novos estudos que contribuam com novas metodologias para o tratamento destes pacientes, visando uma melhoria na qualidade de vida destes.

Além disso, informamos que o estudo oferece riscos, tais como psicológico, porque você poderá se sentir envergonhado por responder as perguntas, ou sofrer sensação de impotência funcional e até mesmo excluído pela sociedade. **Com tudo, os pesquisadores garantem que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identifica-lo (a), será mantido em sigilo.** Ressaltamos que você pode recusa-se a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, sem qualquer prejuízo à assistência que você receberá.

O pesquisador responsável envolvido com o referido projeto é Diequison Rite da Cunha. Você poderá consultar o pesquisador por meio do telefone (37) 99941- 5253, ou no endereço Praça Américo Pinto da Silveira, número 210, bairro Córrego Fundo de Baixo, Córrego Fundo – MG. Você também poderá a qualquer momento entrar em contato com a aluna envolvida no desenvolvimento deste trabalho, Dayane Almeida Faria, por meio do telefone (37) 99833-9555 ou no endereço Rua São Vicente de Paulo, 577, bairro Santa Tereza, Formiga - MG. Outro lugar que você pode entrar em contato é o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Formiga, que fica na Avenida Doutor Arnaldo Sena, 328 - Água Vermelha, Formiga - MG, 35570-000, ou pelo telefone (37) 3329-1400, no horário de 8:00 horas às 12:00 horas.

Os pesquisadores estarão a sua disposição durante toda pesquisa, bem como garantem o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação no estudo.

Não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação e que esta, não acarretará custos para você. Caso haja gastos de tempo, transporte e alimentação será prevista uma compensação financeira que deverá ser calculada de acordo com seus gastos reais. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente reparado, de forma imediata ou tardia, conforme determina a lei, pelo pesquisador responsável, quando for o caso.



Declaração

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

Iniciais do nome:	
Telefone para contato:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: F () M ()
Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Separado (a) () Divorciado (a) () União estável	
Cor/Raça: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena	
Escolaridade: () Não estudou. () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo	
Situação profissional: () Desempregado (a) () Aposentado (a) () Assalariado (a) com carteira assinada. () Assalariado (a) sem carteira assinada. () Diarista sem vínculo empregatício. () Profissional autônomo. () Empregado (a) doméstico (a).	
Data do diagnóstico de Espondilite Anquilosante: _____	
Médico responsável pelo diagnóstico: _____	
Foi diagnosticado com depressão anteriormente ao diagnóstico de Espondilite Anquilosante? () Sim. () Não.	
Foi diagnosticado com ansiedade anteriormente ao diagnóstico de Espondilite Anquilosante? () Sim. () Não.	