


Este exemplar corresponde à
versão final da Tese apre-
sentada em 25/11/85 pela
Médica Mara Aparecida Al-
ves Cabral

MARA APARECIDA ALVES CABRAL

Mara Alves Cabral


Prof. Dr. Joel S. Giglio
Orientador

"ESTUDO DESCRITIVO DE ASPECTOS PSICO-SOCIAIS
DE PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE,
TRATADOS NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP."

Tese de DOUTORAMENTO apresentada
à Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de
Campinas.

Orientador:- Prof. Dr. Joel Sales Giglio

CAMPINAS . SP

1985

C112e
v.1
6695/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

À minha MÃE: pela vida ,
pelas lutas para que eu
concretizasse meus ideais ,
pelo exemplo de perseverança
e abnegação!..

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - CAPES - pela concessão, à minha pessoa, de uma bolsa de estudos na Universidade de Paris V, para realização de parte dessa tese.

À Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pelos mesmos motivos citados acima.

AGRADECIMENTOS

Ao Monsieur Georges Lanteri - Laura, pelas orientações recebidas durante o tempo em que permaneci na França.

Ao Prof. Dr. Joel Sales Giglio, pela ajuda inestimável como orientador dessa tese, e essencialmente pelas sugestões dadas à redação da mesma.

À Profa. Dra. Gabriela Stangenhau, pela colaboração imensa na análise dos dados estatísticos.

Ao Prof. Dr. Maurício Knobel, pelos ensinamentos recebidos, e pelo incentivo e colaboração em minha saída do Brasil, para aperfeiçoamentos na Universidade de Paris.

Ao Durval Checchinato pela amizade, confiança em meu trabalho, e incentivos diversos.

Aos médicos-residentes e professores - assistentes da disciplina de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pela colaboração.

Ao ex-chefe do Departamento de Clínica Médica Prof. Dr. Adil Muhib Samara, e ao ex-responsável pela disciplina de Reumatologia Prof. Dr. João Francisco Marques Neto, que gentilmente permitiram minha presença no ambulatório de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Aos pacientes acometidos de Artrite Reumatóide , tratados no Hospital das Clínicas - HC. da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP., por tudo o que me ofereceram de bom, e essencialmente, pelo exemplo de vida e de luta.

As secretárias do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, por datilografarem as escalas de avaliação de humor utilizadas nessa pesquisa.

As secretárias Maria Alice Piagentini, Ana Adélia Monteiro Fagundes e ao secretário Erasmo Gomes Carrasco, pela ajuda preciosa na datilografia dessa tese.

Aos componentes do Serviço Social e do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pela colaboração na localização das pastas de dados dos pacientes, assim como dos pedidos de comparecimentos destes ao ambulatório.

A todos aqueles que me deram amor e amizade no decorrer desse processo criativo!..

"AS CONTRADIÇÕES DO CORPO"

Carlos Drummond de Andrade

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta.

Meu corpo, não meu agente,
meu envelope selado,
meu revólver de assustar,
tornou-se meu carcereiro,
me sabe mais que me sei.

Meu corpo apaga a lembrança
que eu tinha de minha mente.
Inocula-me seu patos,
me ataca, fere e condena
por crimes não cometidos.

O seu ardil mais diabólico
está em fazer-se doente.
Joga-me o peso dos males
que ele tece a cada instante
e me passa em revulsão.

Meu corpo inventou a dor
a fim de torná-la interna,
integrante do meu Id,
ofuscadora da luz
que aĩ tentava espalhar-se.

Outras vezes se diverte
sem que eu saiba ou que deseje,
e nesse prazer maligno,
que suas cêlulas impregna,
do meu mutismo escarnece.

Meu corpo ordena que eu saia
em busca do que não quero,
e me nega, ao se afirmar
como senhor do meu Eu
convertido em cão servil.

Meu prazer mais refinado,
não sou eu quem vai senti-lo.
É ele, por mim, rapace,
e dá mastigados restos
ã minha fome absoluta.

Se tento dele afastar-me,
por abstração ignorá-lo,
volta a mim, com todo o peso
de sua carne poluída,
seu tédio, seu desconforto.

Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto.

Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era:
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo.

(Em: "Corpo")

1984.

ÍNDICE

I) INTRODUÇÃO	
A - CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	001
B - ETIMOLOGIA DA PALAVRA "REUMATISMOS"	003
C - HISTÓRIA DOS "REUMATISMOS"	003
D - CONCEITUAÇÃO DE "REUMATISMOS"	004
E - CLASSIFICAÇÃO DOS "REUMATISMOS"	005
F - ARTRITE REUMATÓIDE	012
G - DOR	033
H - DISTÚRBIOS AFETIVOS	036
I - CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE	041
J - TESTES PSICOLÓGICOS	044
K - HIPÓTESES ETIOPATOGÊNICAS PSICOSSOMÁTICAS	046
L - IMAGEM CORPORAL E LOCALIZAÇÃO DOS SINTOMAS E SINAIS	061
M - MOMENTO DE INSTALAÇÃO DOS SINTOMAS E/OU SINAIS FÍSICOS	062
N - ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS	063
O - REPERCUSSÕES DA DOENÇA SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA DO PACIENTE	063
P - REUMATISMO PSICOGÊNICO	067
Q - TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS AFETIVOS PRESENTES NOS PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE	067
II) HIPÓTESES FUNDAMENTAIS	075
III) OBJETIVOS	077
IV) FINALIDADES DA TESE	080
V) PACIENTES & MÉTODOS	082

VI)	RESULTADOS & DISCUSSÕES	101
VII)	CONCLUSÕES	229
VIII)	RESUMO	232
IX)	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234
X)	ANEXOS	253
	1 - RESUMO DAS ANANMESES	254
	2 - MODELO DO PEDIDO DE COMPARECIMENTO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP.	350
	3 - ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE	351
	4 - ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO	354
	5 - ESQUEMA DA HISTÓRIA CLÍNICA	358
	6 - TENTATIVA PARA VALIDAÇÃO DA ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE, DE GAYRAL.	368

I - INTRODUÇÃO

A) CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Em nossa experiência de vida, clínica ou familiar, por certo já ouvimos frases semelhantes a essas: " ele já não tinha mais razões para se manter vivo ", " a morte o leva em momento oportuno ", " ele morreu com o coração ferido ", etc... Essas frases testemunham que a presença de fatores afetivo-emocionais nos momentos cruciais de instalação de sintomas físicos, não é desconhecida mesmo aos leigos em medicina (136). Entretanto, com o progresso dos conhecimentos anátomo-fisiopatológicos das doenças orgânicas, há cada vez mais a tendência de não se dizer que um indivíduo morreu de tristeza, de mágoa ou de solidão, mas sim de Infarto do Miocárdio, de Câncer, ou de outros quadros clínicos que relevam uma preocupação mais evidente com aspectos lesionais e funcionais (136), que com causas e/ou desencadeantes emocionais. Os médicos, em geral, esquecem correntemente a participação de fatores psicogênicos nestas patogêneses, e este "lapso" colabora por retardar o aprofundamento dos conhecimentos das inter-relações psico-físicas.

Não obstante, mesmo com esta inclinação exclusivista dentro dos domínios médicos, a presença de distúrbios afetivos em doentes reumáticos tem sido mencionada por inúmeros pesquisadores (7, 8, 9, 12, 15, 22, 31, 32, 36, 54, 58, 59, 60, 67, 69, 73, 94, 110, 111, 112, 113, 144, 147, 151, 156, 159, 164, 165, 166). No conjunto dos distúrbios assinalados, a depressão tem sido a síndrome a mais remarcada.

Verificamos que principalmente nestes últimos anos, tem havido um interesse crescente direcionado para o estudo dos reumatismos em campos científicos os mais diversos, como: nas áreas biológicas, psicológicas, sociológicas, e até mesmo econômicas. Isto se deve a fatores ligados a uma elevação marcante do número de pessoas que padecem de suas manifestações clínicas, com repercussões não apenas para a vida pessoal e familiar do acometido, mas também pelos danos ocasionados aos planos sócio-econômicos das nações (35, 46, 77, 93, 140, 150). Em um estudo realizado pelo "U.S. Department of Health, Education and Welfare" de 1957 a 1959 (35, 77, 133, 140), estimou-se que 10.845.000 americanos eram portadores de "Reumatismos"; houve, segundo esta pesquisa, uma perda anual de cerca de 27 milhões de dias de trabalho, provocada pelas queixas reumáticas. Em 1964, os dados estatísticos americanos revelavam que o número de dias perdidos por estas manifestações, foi ao redor de 115 milhões por ano, o que equivaleu a uma perda anual de um e meio a dois bilhões de dólares (35) (46) (150), sem contar os gastos financeiros com os serviços médicos prestados a estes indivíduos. Um relatório da "The Arthritis Foundation" de 1974 (140), estimava

que mais de 3.500.000 americanos mostravam-se afetados, em algum momento de suas vidas, por manifestações artríticas. Isto representou cerca de 14,9 milhões de dias perdidos de trabalho, o que acarretou à economia do país um prejuízo ao redor de 9,2 bilhões de dólares. Em países subdesenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, onde as condições de vida são cada vez mais difíceis, as repercussões destes problemas de saúde são ainda mais graves.

Por consequência a todos estes fatores já citados acima, e também mobilizada pela constatação da vivência dolorosa de muitos doentes reumáticos, é que me sinto motivada a realizar esse trabalho de pesquisa.

B) ETIMOLOGIA DA PALAVRA REUMATISMO

Ela provem do vocabulário grego, e foi utilizada por médicos da "Antiguidade Clássica" para designar o muco ou catarro, considerado por estes como um humor nocivo, que fluiria do cérebro para as articulações, provocando dor (35, 77, 143).

C) HISTÓRIA DOS REUMATISMOS (77, 127).

Os primeiros diagnósticos efetuados de Reumatismos não podem ser bem precisados no tempo. Há, no entanto, inúmeros sinais que sugerem suas presenças nos esqueletos de animais que viveram há mais de 100 milhões de anos atrás,

como, por exemplo, nos dinossauros. As bestas prē-histōricas, e os homens das cavernas, de JAVA & LANSING, de 500.000 anos atrās, mostram tambēm estas evidēncias diagnōsticas. Entretanto, a histōria cientīfica das doenças reumáticas tem seu inīcio com HIPŌCRATES, que viveu de 460 - 380 aC. Este pesquisador jā conhecia em sua ēpoca um tipo de artrite migratōria, em nossos dias designada como "Reumatismo Poliarticular Agudo", porēm ē com DIOSCŌRIDES (40 - 90 aD) que aparece na histōria o termo "Reumatismos".

GALENO (130 - 200 aD), assim como GUILHERME BAILLOU (1538 - 1616) e JEAN BOUILLAUD (1796 - 1881), foram alguns dos nomes ilustres que colaboraram para o aprofundamento deste ramo mēdico. A Artrite Reumatōide teve seus estudos mais aprofundados pelo criador de sua denominaçāo: ALFRED GARROD, que com o auxīlio de seu filho ARCHIBALD GARROD, dāo passos importantes ā novas concepçōes e classificaçōes das Artrites.

D) CONCEITUAÇÃO DE REUMATISMOS

(35, 77, 127)

O termo Reumatismos ē aplicado a um grupo heterogēneo de condiçōes patogēnicas, que podem acometer os ossos, as cartilagens, as articulaçōes, os discos, os meniscos, os tendōes, os mūsculos, os tecidos gordurosos, as paredes dos vasos sangūīneos (artērias e veias). Caracterizam-se por sintomas e sinais como: dor, rigidez, aumento de volume, e outras manifestaçōes clīnicas. Logo, "Reumatismos" nāo ē uma ūnica doença, mas um conjunto delas.

E) CLASSIFICAÇÃO DOS REUMATISMOS

(19, 35, 77, 127)

Existem numerosas classificações das doenças reumáticas, o que demonstra a dificuldade em se agrupar as diferentes formas de reumatismos dentro das "diversas famílias de doenças".

A Associação Americana de Reumatologia (A.R.A.), sugeriu em dezembro de 1963 uma "tentativa" de classificação, prevendo a necessidade de revisões periódicas destas. A revisão oficial de 1973 consiste em:

I - POLIARTRITE DE ETIOLOGIA DESCONHECIDA

- a) Artrite Reumatóide
- b) Artrite Reumatóide Juvenil (Doença de Still)
(44)
- c) Espondilite Anquilosante (45)
- d) Artrite Psoriásica (98)
- e) Síndrome de Reiter (52)
- f) Outras (11) (118)

II - AFECÇÕES DO TECIDO CONJUNTIVO (ADQUIRIDAS)

- a) Lupus Eritematoso Sistêmico (109)
- b) Esclerose Sistêmica progressiva (Esclerodermia)
- c) Polimiosite e Dermatomiosite
- d) Arterites necrosantes (89) e outras formas de Vasculite (95)

1. Poliarterite nodosa
2. Angiite de Hipersensibilidade
3. Granulomatose de Wegener
4. Doença de Takayasu (sem pulso)
5. Síndrome de Cogan
6. Arterite de células gigantes (incluindo "Polimialgia reumática")

e) Amiloidose

f) Outras

(Ver também Artrite Reumatóide - I-a; Síndrome de Sjögren VI-g)

III - FEBRE REUMÁTICA

IV - DOENÇA ARTICULAR DEGENERATIVA

(OSTEOARTRITE, OSTEOARTROSE)

(42)

a) Primária

b) Secundária

V - REUMATISMOS NÃO ARTICULARES

a) Fibrosite

b) Síndromes do disco inter-vertebral e lombar

c) Miosite e mialgia (152)

d) Tendinite e Peritendinite (bursite)

e) Tenossinovite

f) Fascite

g) Síndrome do túnel carpiano

h) Outras

(Ver também Síndrome Ombro-Mão - VIII-c)

VI - DOENÇAS COM AS QUAIS A ARTRITE ESTÁ
FREQUENTEMENTE ASSOCIADA

a) Sarcoidose

b) Policondrite recidivante

c) Síndrome de Henoch-Schönlein

d) Colite ulcerativa

e) Ileíte regional

f) Doença de Whipple

g) Síndrome de Sjögren

h) Febre familiar do Mediterrâneo

i) Outras

(Ver também Artrite Psoriásica, I-d)

VII - ASSOCIADAS A AGENTES INFECCIOSOS CONHECIDOS

a) Bacterianos

1. Gonococos

2. Meningococos

3. Pneumococos

4. Estreptococos

5. Estafilococos

6. Salmonela

7. Brucela

8. Estreptobacilo moniliforme (febre de Haverhill)

9. Bacilo de tuberculose

10. Treponema Pallidum (Sifilis)

11. Treponema Pertênuê (Bouba)

12. Outros

(Ver também Febre Reumática - III)

b) Riquêtsias

c) Vîrus

1. Rubêola

2. Caxumba

3. Hepatite viral

4. Outros

d) Fungos

e) Parasitos

VIII - AFECCÕES TRAUMÁTICAS E/OU NEUROGÊNICAS

a) Artrite traumática (resultante de um trauma direto)

b) Artropatia neuropática (62) (junta de Charcot)

1. Sifilis (Tabes dorsalis)

2. Diabetes mellitus (neuropatia diabética)

3. Siringomielia

4. Mielomeningocele

5. Insensibilidade congênita à dor (incluindo disautonomia familiar)

6. Outras

c) Síndrome ombro-mão

d) Desajustes articulares mecânicos

e) Outras

(Ver também Doença articular degenerativa - IV;
Síndrome do túnel carpiano V-g)

IX - ASSOCIADAS À ANORMALIDADES BIOQUÍMICAS
OU ENDÓCRINAS CONHECIDAS OU FORTEMENTE
SUSPEITAS

- a) Gôta (87)
 - b) Condrocalcinose articular (pseudogôta) (154)
 - c) Alcaptonúria (ocronose)
 - d) Hemofilia (43)
 - e) Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias
 - f) Agamaglobulinemia (hipogamaglobulinemia)
 - g) Doença de Gaucher
 - h) Hiperparatireoidismo
 - i) Acromegalia
 - j) Acropaquia tireoidiana
 - k) Hipotireoidismo
 - l) Escorbuto (Hipovitaminose C)
 - m) Hiperlipoproteinemia tipo II (Xantoma tubero
so e tendinoso)
 - n) Doença de Fabry (Angiokeratoma corporis difu
sum ou lipidose glicolipídica)
 - o) Hemocromatose
 - p) Outras
- (Ver também Afecções congênicas e hereditárias -
XII)

X - NEOPLASMAS

- a) Sinovioma

- b) Tumores ósseos primários justarticulares
- c) Tumores malignos metastáticos
- d) Leucemia
- e) Mieloma múltiplo
- f) Tumores articulares benignos
- g) Outros

(Ver também Osteoartropatia hipertrófica - XIII-I)

XI - REAÇÕES ALÉRGICAS E MEDICAMENTOSAS

- a) Artrites devidas a alérgenos específicos (ex.: doença do soro)
- b) Artrites devidas a medicamentos
- c) Outras

(Ver também Lupus Eritematoso Sistêmico - II-a, para Síndrome lupus-similar induzida por drogas
Ex: Síndromes da Hidralazina e Procainamida; An
giite de hipersensibilidade II-d2)

XII - DOENÇAS HEREDITÁRIAS E CONGÊNITAS

- a) Síndrome de Marfan
- b) Hemocistinúria
- c) Síndrome de Ehlers-Danlos
- d) Osteogênese imperfeita
- e) Pseudoxanthoma elasticum
- f) Cutis laxa
- g) Mucopolissacaridoses (incluindo Síndrome de Hurler)

- h) Arthrogyrosis multiplex congênita
- i) Síndrome de hipermotilidade
- j) Miosite (ou fibrodisplasia) ossificante progressiva
- k) Calcinose tumoral
- l) Síndrome de Werner
- m) Displasia congênita da cadeia
- n) Outras

(Ver também artropatias associadas com anormalidades bioquímicas ou endócrinas conhecidas - IX)

XIII - MISCELÂNEA

- a) Sinovite e tenossinovite pigmentada vilonodular
- b) Síndrome de Behçet
- c) Eritema nodoso
- d) Paniculite recidivante (Doença de Weber-Christian)
- e) Necrose óssea avascular
- f) Osteocondrite juvenil
- g) Osteocondrite dissecante
- h) Eritema multiforme (Síndrome de Stevens-Johnson)
- i) Osteoartropatia hipertrófica
- j) Retículo - histiocitose multicêntrica
- k) Lipogranulomatose disseminada (doença de Farber)
- l) Artrite lipocromopigmentar familiar
- m) Síndrome de Tietze
- n) Púrpura trombótica trombocitopênica
- o) Outras

F) ARTRITE REUMATÓIDE

(35, 38, 58, 76, 79, 127, 139, 140, 153)

a) SINONÍMIA

(127, 153)

Ela é também conhecida como Poliartrite Crônica Evolutiva (P.C.E.), Poliartrite Reumatóide e, Poliartrite Crônica Reumatóide (P.C.R.)

b) CONCEITUAÇÃO

(35, 38, 58, 76, 127, 140)

A Artrite Reumatóide (A.R.) é uma entidade clínica crônica, de características inflamatórias, acometendo particularmente as articulações dos membros. É definida, em sua forma clássica, como sendo um reumatismo poliarticular, de topografia bilateral e simétrica, possuindo propriedades altamente destrutivas e deformantes. Sua característica mais ressaltada é seu caráter doloroso e invalidante. Podem existir formas monoarticulares, que podem se manifestar algumas vezes acompanhadas de comprometimento visceral.

c) SEXO MAIS ACOMETIDO

(35, 38, 58, 76, 127, 140)

Acomete preferencialmente o sexo feminino, numa proporção estimada de duas a três mulheres para cada homem.

d) RAÇA

(76)

Não existe referências a nenhuma raça em particular, mais acometida pelas manifestações clínicas da A.R.

e) CLIMA

(76)

A doença reumatóide não é exclusiva de nenhum clima. Entretanto, tem sido relatada uma maior incidência de casos em países de clima frio e temperado, embora os países mais quentes e úmidos sejam considerados mais nocivos e prejudiciais à evolução dos doentes.

f) IDADE

(76, 127, 140)

Podem ser acometidos pacientes de qualquer idade, porém a faixa etária mais atingida situa-se entre os 35 a 45 anos.

g) ESTAÇÕES DO ANO

(76)

Tem sido referido um maior número de crises da A.R. durante a primavera.

h) TIPO ANTROPOMÉTRICO

(76)

De acordo com a literatura especializada não parece haver um biótipo específico entre os acometidos da doença.

i) ETIOLOGIA

(35, 58, 76, 127, 140, 153)

Malgrado numerosos esforços, a etiologia da A.R. permanece ainda desconhecida. Entretanto, inúmeras hipóteses concernentes à(s) sua(s) causa(s) têm sido aventadas, como por exemplo:

- INFECCIOSA

As características inflamatórias, e as manifestações clínicas como: a sinovite, as lesões granulomatosas, a febre, a taquicardia, a linfadenopatia, assim como os dados laboratoriais (leucocitose, média de hemossedimentação aumentada, etc...) favorecem uma suspeita de que a A.R. seria provocada pela presença de agentes infecciosos. No entanto, muitas destas características são também encontradas em outras patologias não infecciosas, como por exemplo em distúrbios nutricionais, na hipersensibilidade medicamentosa, e em neoplasias.

Microorganismos como as bactérias, fungos, vírus, etc... têm sido comumente apontados como causadores da Artrite Reumatóide. Entretanto, exaustivos estudos bacteriológicos têm falhado em demonstrar a presença destes agentes

nocivos no sangue, no líquido e tecidos sinoviais, e nos nódulos subcutâneos dos pacientes portadores da doença. Alguns pesquisadores chegaram a atingir esta meta, porém seus estudos não são concludentes para se afirmar que seja esta a causa verdadeira e única da A.R.

As tentativas de se transmitir a doença experimentalmente para animais de laboratório, através de líquido extraído das articulações acometidas, têm nos fornecido dados controvertidos sobre a suposta etiologia infecciosa desta doença.

- DOENÇA AUTO-IMUNE

A presença no soro de muitos pacientes acometidos de A.R., de uma macroglobulina denominada "Fator Reumatóide" (F.R.), e que apresenta uma afinidade considerável por uma gamaglobulina de baixo peso molecular, tem levado muitos pesquisadores a sugerirem a participação de mecanismos imunológicos no aparecimento desta patologia.

Entretanto, existem inúmeras controvérsias quanto a esta teoria, pois sabe-se que o FR não é patognomônico da A.R.; ele existe no soro de indivíduos afetados por outras doenças, e também pode ser detectado em indivíduos saudáveis, isto é, que nunca manifestaram qualquer sintoma ou sinal da doença.

Experimentos feitos injetando-se plasma de pacientes portadores de A.R. em indivíduos não artríticos, mantendo-se altos títulos do F.R. por mais de seis semanas, não

foram suficientes para causar a doença nos sujeitos observados.

Presume-se que deve existir uma predisposição imunogenética na causa da Artrite Reumatóide, porém, outros fatores devem também interferir no aparecimento da doença, como por exemplo, fatores ambientais e auto-antigênicos.

- METABÓLICAS OU NUTRICIONAIS

A presença de queixas e sinais de perda de peso nas histórias clínicas de inúmeros pacientes acometidos de A.R., tem levado numerosos estudiosos a se dedicarem à constatação de anormalidades metabólicas e nutricionais em sua etiopatogênese. No entanto, os dados encontrados quanto aos níveis de aminoácidos, carboidratos e gorduras, não são suficientemente importantes para confirmarem estas hipóteses.

- ENDÓCRINA.

A incidência elevada da A.R. no sexo feminino, assim como a melhora clínica da doença, referida por muitas gestantes no período da gravidez, são observações que sugerem uma provável participação endócrina gonadal na etiologia deste reumatismo.

A descoberta da participação dos hormônios adrenocorticosteróides na supressão das manifestações inflamatórias desta patologia, também estimulou pesquisas intensivas quanto a uma possível anormalidade da glândula adrenal, ou

da função pituitária, nestes mecanismos etiopatogênicos. Porém, em nenhum destes estudos os resultados são concludentes.

- TRAUMATISMO

De acordo com inúmeros pesquisadores, tem-se procurado demonstrar que a A.R. pode se desenvolver a partir de uma lesão traumática inicial, que envolva os componentes intercelulares do tecido conectivo. Sabemos que traumas e choques locais podem liberar enzimas lisossômicas, que participam ativamente dos mecanismos inflamatórios, inclusive da própria A.R. Poderia se supor que indivíduos predispostos a esta doença possam ter uma maior sensibilidade aos subprodutos da inflamação.

- HEREDITARIEDADE

Causas hereditárias têm sido imputadas a Artrite Reumatóide, através de estudos genéticos minuciosos envolvendo os doentes e seus familiares. Em uma destas pesquisas, em que se analisou 1677 parentes de pacientes artríticos reumatóides, 3,1% destes eram também portadores da A.R. As metodologias empregadas nestes estudos têm sido, no entanto, bastante criticadas, havendo investigadores que embora concluindo que existam predisposições genéticas, não afastam, e até sugerem, a participação de fatores ambientais na etiopatogênese da A.R.

- PSICOSSOMÁTICA

A participação de fatores emocionais estressantes, assim como de características predisponentes de personalidade no desencadeamento e agravamento da doença reumatóide, tem sido muito salientada. Segundo inúmeros autores, estes fatores não são suficientes para explicarem por si sós a origem da doença, embora possam participar como desencadeantes.

- SOMATÓRIO DE CAUSAS

Admite-se que a A.R. seja uma patologia de etiologia bastante complexa, em que não existiria uma causa única responsável pelo seu aparecimento, mas sim uma "rede de causalidades".

j) QUADRO CLÍNICO

(35, 38, 76, 127, 139, 153)

1. PRÓDROMO

A Artrite Reumatóide pode se manifestar inicialmente por sintomas como: fadiga, mal-estar geral, anorexia, perda de peso, mialgias, febrícula, etc... Em geral seu início é insidioso e progressivo, podendo, inclusive, passar despercebido, ou ser confundido com uma simples gripe.

2. PERÍODO DE ESTADO

Os sintomas dolorosos podem se manifestar de forma insidiosa ou progressiva, porém em 10 a 20% dos casos são agudos e violentos.

Em sua forma clássica, a característica da artropatia reumatóide é ser poliarticular bilateral e simétrica. Raramente ela é monoarticular.

Todas as articulações podem ser afetadas pelos sintomas e sinais inflamatórios, porém as mais referidas têm sido as interfalangeanas proximais das mãos, interfalangeanas do primeiro quirodático, metacarpofalangeanas, punhos, tornozelos, cotovelos, ombros, joelhos e metatarsfalangeanas; menos frequentes são os acometimentos interfalangeanos dos pés, interfalangeanos distais das mãos, coluna lombar e sacrílicas, temporo-mandibular, esternoclaviculares, etc...

São frequentes as queixas de formigamentos, ou de sensações de calor semelhantes a uma queimadura, que se manifestam mais frequentemente durante a noite. Muitas vezes, antes mesmo da articulação apresentar melhora dos sintomas e sinais flogísticos, uma outra (ou outras) são acometidas.

As manifestações inflamatórias podem culminar numa "anquilose"; neste estado progressivo da A.R., o paciente apresenta cada vez mais dificuldades em se locomover, em flexionar e estender as articulações, havendo inclusive riscos, em casos mais graves, de uma imobilidade total do doente. Pode haver também destruição das superfícies osteo-articulares, com descalcificações crescentes destas. As articulações dos dedos podem adquirir uma mobilidade patológica,

a qual pode culminar num deslocamento das juntas, deformando-as em desvios vários, que podem assumir inclusive a forma de um pescoço de cisne.

Os tecidos articulares e peri-articulares podem também ser lesados; as cartilagens, a sinóvia, os tendões, perdem suas substâncias e se retraem. Os músculos se atrofiam, e a pele torna-se fina e transparente por déficit de colágeno; ela pode, inclusive, apresentar-se hiperpigmentada, como se estivesse bronzeada.

Com a evolução da doença, não é raro o aparecimento de nodosidades fibrosas subcutâneas, formadas de tecido fibroso circundado de um granuloma celular inflamatório.

São raros os acometimentos cardíacos; quando eles ocorrem são discretos. A pneumopatia sintomática também não é comum: o pleuris seco, ou com derrame, é provavelmente a manifestação pulmonar reumatóide mais encontrada. O rim pode também ser afetado de várias maneiras na A.R.: por amiloidose, por vasculite necrosante e esclerose vascular, por ação nefrotóxica de medicamentos, e por glomerulites.

Outros dados desta doença podem ser obtidos em livros especializados (35, 38, 76, 140).

3. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os sintomas e sinais mais importantes que estabelecem os critérios diagnósticos da Artrite Reumatóide, citados pela "American Rheumatism Association" (A.R.A.) são:

1º Rigidez articular matinal.

2º Dor à movimentação, ou sensibilidade em pelo menos uma articulação (observada por médico).

3º Inchaço (espessamento de partes moles ou derrame) em pelo menos uma junta (observada por médico).

4º Inchaço (observado por médico) de pelo menos uma outra junta (qualquer intervalo livre de sintomas articulares, entre dois envolvimentos articulares, não poderá exceder três meses).

5º Inchaço articular simétrico (observado por médico), com envolvimento simultâneo da mesma junta em ambos os lados do corpo. O envolvimento da junta interfalangeana distal não satisfaz este critério.

6º Nódulos subcutâneos (observado por médico), sobre eminências ósseas, nas superfícies extensoras ou, em regiões justa-articulares.

7º Alterações radiológicas típicas da A.R., que devem incluir pelo menos descalcificação óssea localizada, junto ou mais acentuada nas adjacências das articulações envolvidas, e não somente alterações degenerativas.

8º Teste de aglutinação positivo - demonstração do fator reumatóide por qualquer método, que em dois laboratórios não tenha sido positivo em mais de 5% de controles normais.

9º Precipitação "pobre", ou reduzida, de mucina

no líquido sinovial (com flocos e solução turva),

10º Presença de no mínimo três alterações histológicas sinoviais seguintes: acentuada hipertrofia vilosa, proliferação das células sinoviais superficiais, com formação frequente de paliçada; acentuada infiltração de células inflamatórias crônicas (predominância de linfócitos ou plasmócitos) com tendência à formação de "nódulos linfóides"; deposição compacta de fibrina nas superfícies ou no interstício; focos de necrose.

11º Alterações histológicas características nos nódulos, mostrando focos granulomatosos com zonas centrais de necrose celular circundadas por paliçada de macrófagos, e fibrose periférica e infiltração de células inflamatórias crônicas, predominantemente perivascular.

O diagnóstico da Artrite Reumatóide Clássica requer sete dos critérios citados; o da Artrite Reumatóide definida, cinco, e o da Artrite Reumatóide provável três.

k) TRATAMENTO

(35, 38, 78, 127, 139, 153)

A medicina dispõe de uma série de recursos terapêuticos para tratar as manifestações clínicas da Artrite Reumatóide, visando os seguintes objetivos:

a) amenizar, ou suprimir, a dor e a inflamação das estruturas osteo-articulares, musculares e tendinosas.

b) diminuir a incidência de reagudizações, e prolongar os períodos de remissões.

c) combater ou minimizar as manifestações viscerais ou sistêmicas.

d) evitar as deformidades.

e) corrigir as deformidades já existentes.

f) dar assistência ao paciente em suas complicações renais, vasculares, infecciosas e outras.

Para que estes objetivos sejam atingidos, conta-se com os seguintes meios:

a) Amparo ao estado geral do paciente, ou seja, indicação de uma dieta equilibrada e baseada nas necessidades orgânicas individuais. Em casos de anemias discretas, podem ser prescritos ferro e/ou ácido fólico; em anemias mais graves é recomendada até mesmo transfusões de sangue total.

b) Repouso, este é indicado, visto que a atividade excessiva e a fadiga, podem agravar o quadro clínico. O programa de repouso, no entanto, deve obedecer critêrios baseados nas condições físicas e psicológicas de cada doente.

O repouso da junta inflamada faz com que sejam aliviadas as dores e evitadas, ou diminuídas, as possibilidades de deformidades. Este, no entanto, deve ser também fiscalizado, no sentido de evitar a "Anquilose", ou de

possibilitar o enrijecimento e contratura da articulação acometida.

c) Educação do paciente: este deverá ser esclarecido sobre o seu estado físico, e ser informado do que esperar da evolução de sua doença. É sumamente importante mostrar-lhe a necessidade de sua colaboração no controle da patologia. Os mesmos esclarecimentos devem ser prestados aos familiares.

d) Apoio psicológico: um bom relacionamento médico-paciente é imprescindível para fornecer ao doente o suporte humano que ele necessita em momentos difíceis, assim como para favorecer as medidas terapêuticas cabíveis ao caso.

e) Terapêutica medicamentosa

1. Corticóides e derivados: são os medicamentos que dão resultados mais rápidos, e até mesmo espetaculares, diminuindo ou suprimindo completamente os sintomas e sinais flogísticos. Muitas vezes, com os seus usos, os pacientes têm a impressão de estarem completamente curados, porém a suspensão deste tipo de terapêutica leva ao reaparecimento do quadro clínico, até mesmo com maior intensidade e gravidade.

O uso de corticóides e derivados podem trazer inúmeros inconvenientes e riscos aos doentes, como:

- Retenção de sódio pelo organismo, e eliminação de potássio. Isto acarreta uma retenção hídrica, com

conseqüente aumento de peso. A face do doente se mostra arredondada - "Moom Face", havendo também aparecimento de estrias no ventre, coxas, nãdegas, etc..., o que representa sinais de uma nutrição deficitária dos tecidos. Esta retenção sódica, e eliminação de potássio, podem acarretar ao indivíduo problemas renais e/ou cardíacos.

- A eliminação de potássio leva a uma fraqueza muscular, e até mesmo a uma diminuição de músculos, visto que estes são substituídos por adiposidades.

- Pode provocar no paciente um Diabetes iatrogênico, em virtude de efeitos colaterais que aumentam o estoque de glicogênio hepático, elevando a taxa de glicose no sangue.

- Pode acarretar um desequilíbrio no metabolismo de proteínas, em conseqüência a uma degradação rápida destas nos músculos e nas tramas proteicas ósseas. Isto leva a graves lesões ósseas e musculares, que podem se manifestar através de fraturas espontâneas.

- Manifestações gástricas, como: pirose ou queimação, que podem evoluir para uma gastrite crônica, ou mesmo para uma úlcera perfurada.

- Pode levar também a uma queda nas defesas imunitárias, favorecendo infecções orgânicas.

- Pode provocar alterações psíquicas, como: reações psicóticas com características esquizofreniformes,

ou mesmo maniformes. São comuns também sintomas depressivos, principalmente entre as mulheres, assim como alterações cíclicas no humor, em que a euforia se alterna com a depressão. Estes quadros psiquiátricos são abruptos, e nitidamente correlacionados com o uso destes medicamentos.

- Pode favorecer a redução do número de eosinófilos e linfócitos, assim como o aumento de neutrófilos e eritrócitos.

Logo, pelo exposto acima, o manejo destes medicamentos é extremamente delicado, exigindo do clínico muitos critérios e cautela em suas indicações e manutenção.

2. Ácido Acetil-Salicílico (A.A.S.)

É comumente chamado de Aspirina. Ele também não é desprovido de efeitos inconvenientes, porém estes são menos graves que os danos provocados pelos corticóides e derivados. A dose média cotidiana recomendada é de duas a três gramas ao dia, repartidas em várias tomadas, ingeridas às refeições e/ou com leite, visando minimizar os efeitos irritativos gástricos e intestinais.

3. Antimaláricos

A Cloroquina e seus derivados são medicações de comprovados efeitos anti-reumáticos. Em geral são empregados em associações com os anti-inflamatórios, devido seus

efeitos se fizerem sentir antes de uma semana de tratamento.

Estas drogas são eliminadas lentamente do organismo, podendo acarretar vários sintomas e sinais de intolerância medicamentosa, como: nervosismo, insônia, anorexia, pirose ou queimação gástrica, vômitos, etc...

Um dos efeitos colaterais mais sérios são os problemas visuais: dificuldades na acomodação visual, ardor, visão de halos coloridos, etc... Nestes casos se observa pelo exame oftalmológico, depósitos puntiformes da droga sobre a córnea. A retinopatia é a complicação mais temível, visto que pode levar à cegueira.

É aconselhável iniciar-se o tratamento com a dose mais baixa possível, e suspendê-la, ou reduzi-la mais ainda, quando em presença de sintomas e sinais indesejáveis.

4. Sais de ouro

Este tipo de terapêutica é também denominada de crisoterapia (do grego "KHRUSOS" que significa ouro). Sua principal indicação é na Artrite Reumatóide precoce, progressiva, não destrutiva, que não pode ser controlada por outras medidas mais conservadoras.

Apesar de ser um tratamento utilizado há longa data, sua indicação tem sido objeto de discussões acirradas entre os reumatologistas, visto ser causa de complicações sérias para os rins, para o sistema hematopoiético, as

sim como para as mucosas bucais e outros.

A insistência do uso destas drogas em pacientes que já apresentam complicações em órgãos como: rins, fígado, pele (eczemas), etc... podem culminar em uma nefrite aguda, numa cirrose com quadro icterico grave, em uma eritrodermia, etc...

É aconselhavel sempre que se indicar o uso de sais de ouro, fazer-se um controle clínico apurado das funções renais, hepáticas e sangüíneas dos pacientes. É importante salientar também que estes sais permanecem longo tempo no organismo após suas administrações; logo, os riscos são muito grandes. Isto explica, em parte, porque a crioterapia vem sendo cada vez menos indicada pelos clínicos mais experientes.

5. Imunossupressores

Devido suas inúmeras complicações, os seus usos devem ficar restritos apenas aos casos de doença reumatóide ativa e grave, que comprovadamente não se mostraram responsivos aos tratamentos convencionais.

Estas drogas podem produzir efeitos secundários como: úlcera da cavidade oral, intolerância gastrointestinal, cistite, queda de cabelos, risco de infecção secundária importante, teratogênese, lesão hepática, etc... A manutenção a longo prazo demonstrou maior incidência de anormalidades cromossômicas, porém há sinais de que estas podem ser reversíveis.

f) Fisioterapia

A Artrite Reumatóide Crônica pode levar à "anquilose", logo a movimentação das articulações e músculos pode colaborar para evitar a perda da mobilidade. A inatividade, mesmo que relativa, pode culminar numa perda da vitalidade articular. Entretanto, os movimentos devem ser apropriados às condições clínicas dos pacientes, e portanto controlados por um fisioterapeuta conscienciosamente treinado para suas funções.

A fisioterapia, ativa ou passiva, visa preservar as articulações das deformidades, ou corrigir a estas quando já estão presentes.

Em processos inflamatórios agudos, com dor intensa, a fisioterapia é contra-indicada.

g) Diatermia

Consiste na penetração dentro do organismo de energia elétrica, que se converte em calor. Esta diatermia leva à uma elevação da temperatura nos ossos, nas articulações, estimulando também as glândulas. A aplicação de correntes de alta frequência produzem uma verdadeira massagem elétrica, ativando os fenômenos vasomotores, os humores, exercendo portanto ação analgésica, sedativa e anti-inflamatória.

h) Cirurgia

Ela é indicada em: A) Situações que envolvem ris

cos de vida: Luxação instável da coluna cervical, Anquilose das têmporo-mandibulares, com perigo de inanição; B) Deformidades que tornam o paciente inteiramente dependente, e em: C) Situações que podem lesar permanentemente estruturas importantes, como: compressões graves de nervos, rupturas iminentes de tendões, etc...

Hã outras indicações relativas como:

- a) Sinovites, tenossinovites ou bursites persistentes.
- b) Dores persistentes.
- c) Limitações prejudiciais da amplitude articular.
- d) Anquilose em posição não funcional, ou junta instável.
- e) Nódulos que causem distúrbios, principalmente no interior de bainhas tendinosas.

1 - FATOR REUMATÓIDE (F.R.)

(35, 76, 139)

O fator reumatóide, ou os fatores reumatóides, como admitem alguns pesquisadores, são os anticorpos (imunoglobulinas) que tem uma especificidade para determinantes antigênicos. Eles pertencem, em geral, às classes IgM (de alto peso molecular) e IgG, mas podem também ser do grupo IgA e IgM de baixo peso molecular (7SIgM).

O F.R. é o mais importante auto-anticorpo que

forma complexos imunes (Anticorpo - Antígeno - Complemento) na Artrite Reumatóide. A desorganização do sistema imunitário nesta doença, que pode se exprimir por um excesso de anticorpos circulantes, pode ser a responsável pelos desequilíbrios celulares, pelas reações inflamatórias, e pelas lesões degenerativas articulares presentes na A.R.

No entanto, há várias correntes dentro da reumatologia que tentam, através de vários argumentos, negar o papel patogênico do fator reumatóide na A.R. Dentre estas relutâncias teóricas, podemos citar as seguintes:

1º) Ele não se encontra presente em todos os pacientes acometidos de Artrite Reumatóide, inclusive em casos graves.

2º) Indivíduos sadios podem apresentar testes sorológicos positivos para o F.R.

3º) Pacientes portadores de outras doenças, que não a A.R., como por exemplo Diabéticos e indivíduos acometidos de Insuficiência Renal Crônica, podem também ser F.R. positivos.

Contra estas argumentações, coexistem outras a favor do papel patogênico do Fator Reumatóide, como por exemplo:

1º) Os testes de rotina para detectarem o F.R. - (látex e Waaler-Rose) geralmente identificam o Fator Reumatóide de tipo IgM, e sabemos que o mesmo pode pertencer a

outras classes de imunoglobulinas. O Fator Reumatóide pode também estar presente em forma oculta, formando complexos imunes, ou estar ligado a bloqueadores.

29) Pacientes com altos títulos de Fator Reumatóide IgM sofrem de afecções articulares mais importantes, e têm pior prognóstico.

30) Manifestações extra-articulares da A.R. são mais encontradas em doentes com reações sorológicas fortemente positivas para o F.R.

- TESTES DEMONSTRATIVOS DO F.R.

WAALER-ROSE, em 1940, estudou as propriedades ^{*he}maglutinantes anormais em soros de pacientes acometidos de Artrite Reumatóide.

Através de suas pesquisas, ele chegou a um dos testes mais importantes demonstrativos da presença do F.R. no soro destes pacientes: o teste de Waaler-Rose; nestes, os glóbulos vermelhos sensibilizados, isto é, recobertos pelas gamaglobulinas, aglutinam-se quando existe no soro do indivíduo um constituinte anormal; face a reação positiva, dizemos que o indivíduo é F.R. positivo. Caso contrário, isto é, quando a reação hemaglutinante não se efetua, o doente é F.R. negativo.

Hemaglutinante - este termo designa a "capacidade de aglutinar hemáceas ou, glóbulos vermelhos" (127).

Outro teste utilizado é o do Látex; neste, partículas de látex recobertas de gamaglobulinas também se aglutinam quando em presença do soro de indivíduos que apresentam o antígeno.

Como estas reações hemaglutinantes positivas não são patognomônicas da Artrite Reumatóide, o clínico necessita de outros elementos para assegurar seu diagnóstico, como: da anamnese, do exame clínico minucioso, da observação evolutiva e, de outros dados laboratoriais e radiológicos, conforme referidos nos critérios diagnósticos da A.R.A.

G) DOR

(35, 58, 68, 107, 112, 115, 123, 126, 129, 139, 149, 161, 162)

A dor é um tipo de sensação que desempenha a função de proteção corporal, informando os indivíduos sobre quase todos os processos traumáticos e/ou lesionais, e determinando reações musculares apropriadas que permitem a retirada do corpo quando em contato com um estímulo lesivo.

- ESTÍMULOS QUE DETERMINAM A DOR

Os receptores para a dor são estimulados em situações de:

1. lesão tecidual.
2. traumatismo tecidual (por exemplo: estiramentos).

3. isquemia tecidual.
 4. alterações da temperatura no tecido, como: calor, frio.
 5. irritação química.
- etc...

Face a um dano tecidual, há liberação de uma substância (ou várias) celular, que estimula as terminações nervosas livres; em decorrência das alterações no conjunto de informações recebidas da área afetada, e interpretadas pelo S.N.C., ocorre a percepção da dor.

- PERCEPÇÃO E REAÇÃO À DOR

A percepção da dor ocorre quando danos teciduais, com intensidade gradativa, são provocados por agentes internos ou externos ao organismo. Esta percepção, no entanto, é variável de pessoa a pessoa, havendo aquelas que sentem mais ou menos dor face aos mesmos agentes lesivos.

O mesmo se pode dizer quanto as reações à dor, havendo indivíduos que reagem violentamente à uma dor relativamente leve, enquanto outros suportam dores muito fortes antes de reagir. Fatores variados podem influenciar as respostas à dor, como: características psicológicas e culturais, além de diferenças na sensibilidade dos receptores.

Na Artrite Reumatóide, o principal sintoma referido é a dor. Sua sensação depende fundamentalmente de dois

fenômenos inter-associados: um de natureza orgânica e outro de natureza psíquica. O primeiro mecanismo depende de um dano orgânico, e o segundo provem da participação afetiva-emocional.

A dor pode ser classificada de várias formas: ela pode ser aguda, quando sentida durante um curto intervalo de tempo, ou crônica, quando sentida durante um tempo muito longo. Pode ser superficial, traduzindo-se por uma sensação de queimação na pele, ou profunda, quando há um dano ligamentar, muscular ou, de periosteio. Pode ser sentida também como viva ou surda, durante à noite (com o repouso), ou durante o dia (com os esforços e movimentos).

Há pacientes que apresentam uma sincronia entre a percepção subjetiva da dor e as suas perturbações afetivas; outros manifestam uma relação paradoxal, isto é, eles relatam sentir menos dor quando exteriorizam conflitos, como raiva, ansiedade, depressão, etc...

- DESCRIÇÃO DA DOR E SUA IMPORTÂNCIA PSICOLÓGICA

ENGEL (149) salienta em seus trabalhos a importância da descrição da dor por parte do paciente. Nesta, segundo ele, verificamos que o doente personaliza a sua dor, estabelecendo inconscientemente as relações de seus conflitos psicológicos com os processos orgânicos envolvidos. Estes fatores emocionais, em geral, passam despercebidos aos clínicos, e somente podem ser compreendidos quando se pesquisam os elementos psicodinâmicos da vida destes enfermos.

Este notável investigador estabelece alguns fatos psicológicos que podem favorecer o aparecimento da dor, ou mesmo agravá-la:

1. Sentimento de culpa, por perda do controle da agressividade. Neste caso a dor pode servir como elemento de reparação.

2. Forte conduta agressiva por parte do indivíduo, a qual não é exprimida adequadamente, sendo a dor experimentada no lugar dela.

3. Tendências sado-masoquistas, o que propicia experiências dolorosas como: cirurgias, quimioterapias agressivas, etc... contra o próprio corpo.

4. Perda do objeto amado, ou ameaças de perda, podem mobilizar sentimentos de abandono, o que pode levar a dores físicas como: cefaléias, mialgias, dores ósseas, abdominais, etc...

5. Vivências familiares conflitivas, com histórias de agressões como: espancamentos, estropos e sevícias, - etc..., podem predispor a dores físicas.

H) DISTÚRBIOS AFETIVOS

(10, 24, 28, 39, 40, 41, 49, 50, 51, 66, 82, 83, 84, 85, 86, 100, 106, 108, 119, 121, 138, 141, 155, 163, 166)

A) CONCEITUAÇÃO

Distúrbios afetivos são alterações primárias da afetividade, que se caracterizam fundamentalmente por modificações no humor. Estas modificações podem variar de uma depressão profunda a uma euforia exagerada, e sem causa aparente (24, 39, 50, 100, 108).

b) SINTOMAS E SINAIS

Numerosos autores citam a Depressão, em geral de características neuróticas, como sendo o sintoma e o sinal mais freqüente em pacientes acometidos de Artrite Reumatóide.

Esta depressão resultaria de uma estrutura de personalidade neurótica, que segundo a teoria psicanalítica teria sua origem em conflitos intrapsíquicos relacionados à *fase Edípica (50, 55, 56). Em geral ela aparece após vivências dolorosas e conflitivas, como: frustrações, decepções, perda da auto-estima, lutos, etc... (50).

Os indivíduos acometidos de distúrbios afetivos apresentam relações interpessoais fundamentadas numa profunda dependência psicológica em relação àqueles aos quais eles se relacionam (50). Eles tentam, de todas as maneiras possíveis, manterem estes vínculos, visto que a separação destas pessoas faz reviver a angústia profunda sentida quando das primeiras experiências de separação física da mãe (50).

Fase Edípica: Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta relativamente aos pais. Segundo (Complexo de Édipo) FREUD, o complexo de Édipo é vivido no seu período máximo entre os três e cinco anos. Ele desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade (92).

A separação, mesmo que temporária, é vivenciada como uma perda de apoio seguro (50).

As características psicopatológicas desta depressão são (10, 24, 28, 39, 41, 50, 51, 82, 86, 100, 103, 106, 108, 119, 163, 166):

a) presença do humor depressivo, triste, que algumas vezes pode estar camuflado por manifestações ansiosas.

b) Inibição psicomotora: astenia física e fadiga psíquica.

c) Desencorajamento.

d) Dificuldades em pensar e em evocar as idéias.

e) Idéias suicidas e/ou de auto-mutilações.

f) Presença de sentimentos de menos valia, de auto-depreciação, de negativismo e auto-condenação.

g) Distúrbios do sono: insônia ou hipersomnia.

h) Distúrbios do apetite.

i) Queixas somáticas várias.

Etc...

A Ansiedade pode também estar presente, sendo descrita com as seguintes manifestações (24, 39, 49, 66, 71, 99, 108, 138, 148):

- a) Sensação de angústia permanente.
 - b) Inquietude, apreensão.
 - c) Insatisfação geral.
 - d) Estado constante de alerta.
 - e) Hiper-emotividade, irritabilidade fácil.
 - f) Ruminação de idéias pessimistas.
 - g) Distúrbios do sono.
 - h) Distúrbios do apetite.
- Etc...

A presença destes sintomas depressivos e ansiosos, caracterizados fundamentalmente pela perda da auto-estima e da confiança em si, e em qualquer ajuda externa, são elementos que levam diversos pesquisadores a pensarem que estes processos de psicossomatizações representam "equivalentes suicidas" (30).

Hã também referências na literatura, da presença de sintomas e sinais maniformes (10, 24, 41, 51, 84, 100, 108, 163), isto é:

- a) Contentamento exagerado e sensação de felicidade permanente.
- b) Hiperatividade.

- c) Agitação, ou inquietude psicomotora.
 - d) Supervalorização de projetos e idéias.
 - e) Exacerbação de tendências instintivas, principalmente sexuais.
 - f) Curso do pensamento acelerado.
 - g) Fugas de idéias.
 - h) Liberação agressiva, principalmente quando contrariados.
 - i) Sentimentos e atitudes altruístas excessivos.
 - j) Distúrbios do sono.
 - k) Distúrbios do apetite
- Etc...

Este quadro descrito pode se alternar com o quadro depressivo, constituindo as chamadas alterações cíclicas do humor.

Dentre os distúrbios afetivos, são também citadas as manifestações psicóticas que apresentam características Esquizo-afetivas (24, 84), como:

- a) Idéias delirantes.
- b) Alucinações visuais e/ou auditivas, etc...

c) Desorganização da personalidade.

d) Alterações no humor, sejam elas depressivas, eu
fóricas ou, cíclicas; etc.

I - CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE

A) DOS PACIENTES

As características de personalidade dos pacientes acometidos de Artrite Reumatóide, mencionadas na literatura especializada, são numerosas, e algumas são até mesmo divergentes quando comparadas entre si. De um modo geral, podemos citar as seguintes:

São indivíduos descritos como reservados, de conta
tos interpessoais difíceis (8, 15, 37, 60, 111, 113, 166) e sem espontaneidade, apresentando uma rigidez postural e de atitudes (31, 58, 143).

Segundo inúmeros investigadores, eles apresentam tendências masoquistas, isto é, sacrificam-se pelos outros, ou por alguma causa social, mesmo quando estes gestos, aparentemente altruístas, lhes causem intenso sofrimento e prejuízo (58, 143). Podem manifestar também uma excessiva preocupação dirigida aos que lhes rodeiam, sendo esta interpretada, muitas vezes, como prepotência, dominação e autoritarismo (9, 143). Eles são também considerados excessivamente críticos consigo mesmos - perfeccionistas, não tolerando erros e fraquezas próprios, ou de outros (58, 143).

Diversos pesquisadores os descrevem como profundamente dependentes, principalmente de seus pais, mesmo quando contestam veemente esta dependência, ou a dissimulam através de atitudes de auto-afirmação e segurança (58).

Dedicam-se, freqüentemente, a atividades que os consomem física e psiquicamente, seja manifestando uma hiperatividade em seus trabalhos domésticos, ou exercendo uma profissão considerada árdua e difícil, e/ou através de práticas esportivas vigorosas e extremamente competitivas (9, 58, 143).

Hã referências, na maior parte dos artigos escritos sobre este tema, de sentimentos de hostilidade e agressividade reprimidos, ou dissimulados, muitas vezes, por uma fisionomia sorridente, e por uma servilidade excessiva (9, 58, 94, 113, 117, 143). Estes sentimentos mencionados podem ser conscientes a estes pacientes artríticos; mantê-los sob controle provoca uma forte tensão muscular. Quando este controle é perdido, e os impulsos agressivos afloram, numerosos pacientes confessam profundos sentimentos de culpa ligados às suas atitudes hostis (58, 143, 149).

Mesmo em sonhos constata-se sentimentos de raiva, de agressividade e violência, sendo freqüente os pacientes aparecerem como vítimas de ataques brutais, frente aos quais se sentem incapacitados de esboçarem qualquer defesa (94).

B) DOS PAIS

Os pacientes acometidos de Artrite Reumatóide em geral descrevem seus pais como sendo rígidos, autoritários e

intransigentes (58, 113). Em razão destas características de personalidade parentais, cria-se um ambiente familiar angustiante e insuportável, provocando em seus filhos sentimentos ambivalentes de amor e hostilidade (94).

A mãe é descrita, na maioria dos casos, como a figura mais forte do casal, sendo sentida como dominadora, superprotetora, e algumas vezes ameaçadora e brutal (9, 58). Em consequência, são frequentes os relatos de violências físicas sofridas na infância e adolescência.

O pai é visto como uma figura passiva, ausente das decisões familiares, e incapaz de fazer frente à forte personalidade de sua mulher (9, 31). Numerosos pacientes descrevem seus pais como alcoólatras.

São frequentes os relatos de lares desfeitos precocemente, antes mesmo dos pacientes terem completado os seis anos de vida, em razão de suicídio de um dos pais, separações conjugais, ou por mortes provocadas por homicídio ou complicações do alcoolismo (94). Estes acontecimentos fazem do lar um meio altamente conflitivo e conflitante ao paciente, e demais membros da família (94).

Inúmeros pacientes relatam experiências sexuais incestuosas com seus pais, durante a infância e início da adolescência (94). Logo, agressões, dores físicas e "psicológicas", dificuldades de diálogo e de aproximação afetiva, são as constatações mais comuns nas relações humanas familiares dos pacientes acometidos de A.R.

C) DO COMPANHEIRO (A)

Estes pacientes, em geral, tendem a escolher um parceiro passivo e complacente (9, 58, 113), ou ao contrário, autoritário, dêsputa e possessivo (58).

As características das ligações conjugais são típicas de um casal sado-masoquista, sendo que estas uniões, mesmo quando profundamente conturbadas, são quase sempre de longa duração (58, 94).

Quando o(a) companheiro(a) é passivo(a) e complacente, o casal se comporta e se trata mais como amigos do que como amantes. Esta relação tende a se manter neste plano até o momento em que um dos "protagonistas" resolve mudar de papel (9); esta atitude desencadeia as mais violentas reações, o que inexoravelmente influe sobre o curso da doença.

J - TESTES PSICOLÓGICOS

Inúmeros pesquisadores aplicaram testes psicológicos em vários grupos de pacientes acometidos de Artrite Reumatóide. Dentre estes, destacamos:

A) CLEVELAND e FISHER (94) utilizaram o teste de RORSCHACH, o Tematic Aperception Test (T.A.T.) e o Teste da figura humana. Através destes, eles constataram a presença de sentimentos de hostilidade e agressividade intensamente reprimidos. As descrições por parte destes pacientes, de suas imagens corporais, eram de estruturas bem delimitadas,

firmes e caracterizadas por uma severa impenetrabilidade. De uma forma presumida, podemos supor que o conceito de seus corpos reassegurava a idéia de que os sentimentos de hostilidade e agressividade poderiam ser mantidos sob controle, "aprisionados" dentro de si mesmos.

B) MULLER e LEFKOWITZ (94) através do Teste de ROSENWEIG Picture-Frustration (R.P.F.), encontraram evidências de sentimentos nítidos de frustrações ligados, essencialmente, às tendências destes doentes em guardarem todas as suas emoções, boas ou más.

C) MOOS e SALOMON (94, 111) utilizaram um Teste, criado por eles mesmos, onde se provocavam situações que visavam desencadear raiva. Através deste teste, eles demonstravam que os doentes acometidos de Artrite Reumatóide, quando comparados com os indivíduos do grupo controle, tinham uma tendência a reagirem às provocações através de sentimentos de uma auto-tortura, isto é, não exteriorizavam claramente suas emoções, seus sentimentos de hostilidade e raiva, embora eles estivessem intensamente presentes e contidos.

PANDERI e TEODORI (94) aplicaram o Teste-Questionário M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality), através do qual verificaram que os pacientes artríticos reumatóides, quando comparados com indivíduos do grupo controle, manifestavam um índice de neuroticismo superior; entretanto, esta diferença não era significativa.

Outros pesquisadores (159) encontraram resultados similares, mas com uma particularidade: os índices de neuroticismo eram mais evidentes entre os doentes crônicos. Baseados nestes dados, muitos pesquisadores começaram a levantar suspeitas de que poderia ser a cronicidade da doença o fator principal causador dos distúrbios neuróticos. Estes dados, no entanto, não foram concludentes.

PANDERI e TEODORI demonstraram também, através de uma série de outros testes projetivos, que os pacientes acometidos de Artrite Reumatóide mostravam muito menos ostensivamente suas heteroagressividades, e muito mais suas auto-agressividades, expressadas na forma de sintomas depressivos e angustiantes, quando comparados com pacientes portadores de Os₂teoartrite não reumatóide, do grupo controle.

K - HIPÓTESES ETIOPATOGÊNICAS PSICOSSOMÁTICAS

As hipóteses psicossomáticas que tentam explicar as causas da Artrite Reumatóide, são diversas. As mais citadas, no entanto, são as seguintes:

K₁ - ESQUEMA DINÂMICO ESPECÍFICO

Alexander, ao elaborar esta hipótese baseou-se nos trabalhos clínicos realizados por dois investigadores denominados JOHNSON e SHAPIRA. Estes haviam trabalhado anteriormente no estudo psicológico de pacientes do sexo feminino, acometidos de Artrite Reumatóide. Suas concepções a respeito

dos fatores que podem interferir na etiopatogênese desta doença são (6, 9, 58, 114):

Há uma solicitação parental excessiva e restritiva na primeira infância —> esta desencadeia uma revolta na criança, provocada pelo comportamento superprotetor e dominador dos pais —> os sentimentos de revolta provocam ansiedade e hostilidade —> há, no entanto, uma auto-repressão desta revolta, pois a criança tem profundos sentimentos de dependência em relação aos seus pais, dependência esta sustentada também pelo comportamento superprotetor parental —> a criança procura exteriorizar seus sentimentos agressivos através de competições e/ou de atividades ao ar livre —> nas fases posteriores de suas vidas, estes sentimentos de revolta são controlados pelo desejo de servir aos outros, combinados com atitudes que visam manter o controle e a dominação em relação àqueles aos quais serve (mescla de sentimentos benevolentes e tirânicos) —> evidencia-se nestas condutas de dominação uma recusa dos papéis femininos, que são exteriorizados também por uma competitividade exagerada, por uma hiperatividade muscular em todas as funções que exercem ("Protesto Viril") —> esta protestação acaba conduzindo à uma ruptura no esquema neurológico de servilidade e tirania, porém, em contrapartida, provoca atitudes masoquistas, que inibem as descargas adequadas da agressividade e hostilidade —> conseqüentemente acarretam um aumento do tônus muscular, e uma maior tensão e sobrecarga osteo-articular, facilitando as lesões artríticas.

De acordo com ALEXANDER e seus discípulos, entre os doentes do sexo masculino, o psicodinamismo da doença obedece

os mesmos princípios descritos para as mulheres (6).

K₂ - CONVERSÃO

Os estudos analíticos da histeria, primordialmente feitos por FREUD e BREUER (57, 114), datam de 1895; estes estudos foram enriquecidos graças à análise do "Caso Dora". Segundo a teoria psicanalítica, a Histeria seria devido aos seguintes mecanismos: haveria um conflito de ordem sexual, que pode ter sua origem em fases as mais diversas da vida de uma pessoa, que seria reprimido e deslocado para um sintoma funcional orgânico, que é a expressão simbólica do conflito originário. O sintoma conversivo histérico seria, portanto, um equivalente dinâmico somático do desejo reprimido.

Inúmeros pesquisadores, entre os quais podemos citar ENGEL e SCHMALE (48), citam mecanismos de "Conversão histérica" nos processos psicopatogênicos das doenças psicossomáticas, entre as quais incluem a Artrite Reumatóide. Eles defendem a teoria que as lesões teciduais podem se desenvolver após, e como complicações, de uma reação conversiva por parte do paciente. A conversão, e posteriormente a lesão, representariam o traço simbólico das relações conflituais do doente com um outro (48, 134). Dentro desta formulação, a Conversão estabeleceria a "escolha do local" a ser somatizado, local este que faria parte do esquema simbólico de rejeição por parte do paciente, de algo que lhe é desagradável e conflitivo.

K₃ - REAÇÕES À SEPARAÇÃO (ABANDONO X ABANDONADO)

As reações afetiva-emocionais provocadas pela perda, ou ameaça de perda, de um objeto de gratificação real ou simbólico, consciente ou inconsciente ao sujeito, são descritas, há longa data, como responsáveis por sintomas e sinais depressivos, e pelo desencadeamento de processos de psicossomatizações (3, 47, 48, 63, 75, 80, 88, 110, 122, 124, 130, 134, 136, 137, 155). Mesmo em sociedades mais primitivas, assim como entre prisioneiros e soldados que participaram da duas grandes guerras, há referências a estas reações e aos seus severos efeitos (145).

Os autores descrevem quatro categorias de rupturas de relações afetivas (136). São elas:

1. Perdas atuais, como por exemplo as provocadas por: morte de um ente querido, separação conjugal definitiva, rejeição de um filho por parte dos pais, etc.

2. Perdas simbólicas, isto é, conseqüentes a conflitos imaginários de perdas de uma figura parental, de um irmão, de um amigo, de um namorado, etc.

3. Ameaças de perdas, causadas por exemplo por doenças graves, ou acidentes, que possam pôr em risco a vida de um ser amado.

4. Perdas não valorizadas conscientemente pelos pacientes, mas que são evocadas durante as sessões de psicoterapia, e reconhecidas como sendo "peças-chaves" nos processos de psicossomatizações.

Face aos conflitos gerados pela separação, os sentimentos mais freqüentemente relatados são (3, 48, 136):

1. Abandono - Abandonado: é descrito pelos pacientes como um sentimento de desolação, de desencorajamento, de falta de vontade para ultrapassar os obstáculos sentidos como intransponíveis. Há um desinteresse por tudo, e principalmente por si mesmo, revelado pela falta de iniciativa em cuidar de sua higiene corporal, de sua alimentação, etc. O indivíduo, vivenciando a separação, sente-se abandonado pelo objeto amado, e cai no completo abandono de si mesmo. Constata a incapacidade de se amar e em realizar qualquer ação boa dirigida a si mesmo.

2. Desespero: é descrito como sendo "uma aflição", "uma inquietação", "o fim de tudo"!... Nada parece ter uma solução digna e honrosa. Tudo o incita a uma angústia insuportável.

Os indivíduos, quando neste estado desesperador, relatam profundos sentimentos de culpa e de auto-recriminação.

É evidente que a depressão e ansiedade são os sintomas e sinais psicopatológicos mais referidos nestes processos conflituais pormenorizados acima.

K₄ - ESTRESSE

1. NOÇÕES PRELIMINARES

Há numerosos artigos (4, 7, 12, 23, 31, 34, 54, 58, 75,

90, 102, 114, 120, 131, 132, 134, 145, 158, 160) que reportam a importância do Estresse nos distúrbios psicossomáticos; entretanto, estes autores ignoram se ele representa um fator causal e/ou agravante destas doenças.

Além das dificuldades em se estabelecer o papel desempenhado pelo Estresse nas somatizações, existem também dificuldades em conceituá-lo (23). Este termo já foi deveras empregado, de forma não clara, a tal ponto de não estarmos ainda cientes de sua real significação. Não obstante, nesse trabalho de pesquisa será conceituado como: "qualquer estímulo, ou conjunto de estímulos, que acometa um indivíduo além do que ele é capaz de suportar, provocando-lhe alterações psicológicas e funcionais " (23).

Os danos provocados por qualquer estímulo estressante dependem de diversos fatores (4, 131):

- a) intensidade e duração dos estímulos
- b) susceptibilidade individual aos estímulos
- c) recorrência dos estímulos, etc.

Logo, segundo o ponto de vista de diversos investigadores (131), é muito importante desfazer-nos da noção simplista de que o Estresse é a causa das doenças ditas psicossomáticas. Ele é, de fato, um dos elementos que participam de uma complexa rede de causalidades, que compreende também a estrutura biológica do indivíduo, sua esfera psíquica, e também

seu *suporte social (34, 131). Se este suporte social, con juntamente com os outros elementos citados, são favoráveis, eles possibilitam uma proteção às consequências nocivas do Estresse; caso contrário, eles podem colaborar em sentido inverso.

Segundo as citações bibliográficas, há diferentes tipos de Estresses (23):

1. Agudo: quando o estímulo dura um determinado intervalo de tempo, e não se repete frequentemente.

2. Crônico: quando o organismo é continuamente exposto aos estímulos agressores.

3. Crônico intermitente: quando há uma exposição repetitiva aos estímulos estressantes, que em geral atingem o organismo durante um intervalo de tempo, que normalmente não excede uma hora.

O Estresse crônico intermitente é considerado uma das causas mais frequentes, e talvez a mais plausível, em provocar alterações psico-funcionais (23).

Suporte Social - Será conceituado nesse trabalho como: "um conjunto de recursos que ajudam o indivíduo a se sentir amado, respeitado e membro pragmático de seu meio social" (34).

2. RESPOSTAS ORGÂNICAS AOS ESTÍMULOS ESTRESSANTES
 (Síndrome Geral da Adaptação)
 (60, 90, 114)

Durante nossa existência somos comumente expostos a diversos agentes estressantes de natureza física, química ou psicológica. H. SELYE, complementando estudos anteriores desenvolvidos por CANNON, verifica em suas pesquisas que haviam modificações fisiológicas comuns a todos os organismos, quando estes eram submetidos as mais diferentes agressões. A estas reações fisiológicas o pesquisador chamou "Síndrome Geral da Adaptação" (S.G.A.).

A S.G.A. evoluiria em três fases subseqüentes: alarme, resistência, prostração. A resistência, a rapidez de suas instalações, e a duração destas três fases, são peculiares a cada organismo, e representam o que se denomina "Capacidade de Adaptação".

SELYE esquematizava da seguinte maneira os fenômenos fisiológicos da S.G.A.:

Estresse —> estimulação do hipotálamo —> modificações nas secreções do lobo anterior da hipófise —> aumento na produção de corticotrofina (A.C.T.H.) —> este hormônio provoca, por sua vez, a secreção de dois grupos de hormônios corticossuprarenais: os mineralocorticóides e os glicocorticóides. Os mineralocorticóides (desoxicorticosterona e desoxicortisona) desencadeiam reações eficazes contra o choque, ao curso de um estímulo estressante: há um aumento da resis-

tência vascular, retenção de cloreto de sódio (NaCl), retenção hídrica, eliminação de potássio (k^+), hipertensão, modificações renais e humorais. Os glicocorticóides teriam propriedades antagônicas: promovem a lise de proteínas, a neoglicogênese (o que eleva a glicemia), a linfopenia, a ativação do sistema retículo-endotelial (fagocitose, formação de anticorpos, etc.), a ação anti-histamínica, etc.

Observamos que diante da excitação do Sistema Nervoso, há respostas efetivas nos sistemas: endócrino, imunológico, cardio-vascular, renal, osteo-muscular, etc. Estas respostas visam, sobretudo, mobilizar todas as capacidades orgânicas de defesa, principalmente as de movimentação e fuga face aos agentes agressores, tentando preservar assim as espécies mais evoluídas. Não obstante, todas estas modificações fisiológicas alteram a "homeostase"; logo, visando defender-se destas desorganizações, o organismo organiza defesas eficazes após exposições repetidas aos mesmos agentes nocivos. Desta forma ele tenta diminuir o nível de excitação neuro-endócrina a cada nova reapresentação dos estímulos, assim como prepara respostas orgânicas cada vez mais objetivas a estes agressores.

Face a qualquer anormalidade nos sistemas adaptativos, isto é, quando há falhas ou, quando as reações do S.G.A. são exageradas ou, demais prolongadas, (e quando há susceptibilidade individual), podemos ter o que se chama "Síndrome da Mã-Adaptação", com desenvolvimento de distúrbios funcionais significativos, ou mesmo instalações de lesões.

3. ESTRESSE E CRONOBIOLOGIA

(96, 131)

A ritmicidade funcional dos diversos sistemas orgânicos, tem sido tema de interessantes discussões.

Segundo noções da *Cronobiologia, cada sistema tem um ritmo bem coordenado para executar precisamente suas funções. O Estresse poderia, no entanto, afetar esta coordenação, alterando os devidos ritmos, assim como a sincronia inter-relacional dos mesmos, dentro do organismo afetado. Esta desincronia geraria distúrbios psicofuncionais, que favoreceriam desequilíbrios mais severos e prolongados, e evidentemente o desenvolvimento de lesões.

4. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E EXPERIMENTAIS

Numerosos estudos epidemiológicos, realizados em populações de diferentes culturas, têm demonstrado que fatores estressantes de vida, como por exemplo as crises sócio-econômicas, são responsáveis pelo aumento crescente, em nossos dias, de doenças físicas e psicológicas. Estas crises acarretam desempregos em massa, aumento da desnutrição e da carência afetiva, aumento no número de habitações em condições precárias e sub-humanas, da promiscuidade e da violência urbana, assim como desavenças conjugais e desestruturações familiares.

Cronobiologia - estudo dos ritmos biológicos e de suas inter-relações
(96).

Estes fatores sociais e suas conseqüências, têm se mostrado extremamente importantes nos mecanismos depressivos presentes na maioria dos estudos realizados com doentes psicossomáticos (7, 131, 134).

Em estudos experimentais, realizados com animais de laboratório, também observaram um aumento na susceptibilidade e na vulnerabilidade às infecções virais provocadas, quando os cobaias eram expostos a estímulos agressivos crônicos intermitentes (131). Estas viroses se mostravam mais graves e letais nos animais estressados, quando comparadas com as do grupo controle (não estressados). Em outros estudos paralelos, verificou-se também que em condições de Estresse prolongado, havia um aumento na incidência de tumores nos cobaias, e uma elevação na média de velocidade do crescimento destas células tumorais (131).

Parece que quanto mais precocemente um organismo é submetido a experiências estressantes, mais se constatam efeitos nocivos sobre os mecanismos psicofuncionais (7, 131, 134). Este dado tem sido demonstrado através de pesquisas realizadas com ratos adultos, que receberam uma carga de Estresse durante fases precoces de seus desenvolvimentos (7, 131). Estes animais mostram, quando infectados por bactérias, efeitos imunossupressores, isto é, há uma nítida depressão em seus títulos séricos de anticorpos, o que os coloca em situações de responderem insatisfatoriamente aos agentes agressores do meio externo e interno (7, 131).

5. ESTRESSE E IMUNIDADE

Dentre as funções orgânicas que podem ser afetadas pelo Estresse, as imunológicas e endócrinas têm sido as mais relevadas e estudadas, em razão de suas importâncias. (131).

O aspecto mais discutido é o papel desempenhado pelo Estresse sobre os mecanismos de defesa orgânica. Parece evidente que ele é um dos fatores que pode contribuir por aumentar a susceptibilidade às infecções e a outras doenças, visto que provoca um efeito imunossupressor humoral, isto é, uma baixa no nível de anticorpos séricos, como: os IgA, IgG, IgM e IgE; provoca também um efeito imunossupressor celular, isto é, uma diminuição no número de linfócitos (102, 131). A maneira como estes efeitos se realizam não é ainda bem conhecida. Há, no entanto, algumas descobertas mais recentes que demonstram existir um elo importante entre o sistema neuro-endócrino (que é o mais responsivo ao Estresse), e o sistema imunitário (131). São elas:

a) Presença de receptores de insulina sobre a superfície de linfócitos.

b) A responsabilidade da glândula Timo em produzir linfócitos: células importantes nos mecanismos imunitários celulares.

c) Participação do Hipotálamo Ventro-Medial na modulação de funções imunitárias. Esta participação foi

demonstrada pelas experiências de BENETO e BACIU (4); nestas, os dois pesquisadores após injetarem antígenos bacterianos em cobaias, verificaram através de dosagens séricas periódicas, uma baixa no nível de anticorpos. Após esta constatação, eles estimularam eletricamente o Hipotálamo Ventro-Medial destes animais, observando como resposta um aumento considerável no nível de anticorpos circulantes.

d) Experiências realizadas em psicofarmacologia, têm demonstrado que a injeção de determinadas drogas, em diferentes soluções e diluições, atuam concomitantemente sobre o sistema Nervoso Central e sobre o Sistema Imunitário, provocando um efeito imunossupressor (4). Os mecanismos que concorrem para estes efeitos inter-relacionados não estão bem esclarecidos, até o momento.

e) É conhecido, já há vários anos, que doses elevadas de Cortisona são capazes de provocar efeitos imunossupressores, principalmente quando administradas por tempo mais prolongado (4).

Pelo exposto acima, verificamos que as inter-relações neuro-endócrinas e imunológicas, fazem parte de uma realidade comprovada cientificamente, e com importantes significações na prática clínica. O aprofundamento destas pesquisas podem nos levar a desvendar aspectos de suma importância no controle e prevenção de numerosas doenças.

6. ESTRESSE E REATIVIDADE FISIOLÓGICA

FISHER e CLEVELAND (32, 54), realizaram diversos estudos em que comparavam as variações de *Testes Psicofisiológicos em dois grupos de doentes: o de artríticos reumatóides e o de ulcerosos. Estes estudos eram realizados sob condições de Estresse e de não Estresse, e os testes utilizados eram o Reflexo Galvânico de Pele (G.S.R.) e o controle das variações da Frequência Cardíaca (F.C.). Os resultados obtidos foram:

- Os pacientes artríticos mostravam, quando em condições estressantes, uma maior reatividade fisiológica em regiões corporais externas, isto é, mostravam valores mais elevados do G.S.R. e valores menores da F.C., quando comparados com os ulcerosos.

Com este procedimento, os dois investigadores tentaram demonstrar que há zonas orgânicas de maior e de menor reatividade fisiológica, e que em condições de Estresse, as zonas mais excitáveis, ou reativas, seriam as mais susceptíveis em apresentarem lesões.

WILLIAM e KRASNOFF (164), retomaram algum tempo mais tarde os trabalhos de FISHER e CLEVELAND, e seguindo a mesma linha de pesquisa aplicaram, inicialmente, o Teste

Testes Psicofisiológicos: são testes fisiológicos realizados em condições psicológicas especiais, como por exemplo durante situações de Estresse(20,90) ou de depressão (91,116).

Projeto de RORSCHACH em dois grupos de pacientes: um acometido de Artrite Reumatóide, e o outro de Úlcera Pêptica. Eles observaram, graças a este teste, que os pacientes artríticos descreviam seus limites corporais como firmes e bem delimitados; os ulcerosos, ao contrário, percebiam seus limites como fracos e indefinidos. Em seguida aplicaram três testes psicofisiológicos nos dois grupos de doentes: o G.S.R., a eletromiografia, e o controle das variações da F.C. Os dois pesquisadores observaram as mesmas características psicofisiológicas remarcadas anteriormente, isto é:

- Sob condições de Estresse, os artríticos apresentavam maiores valores para o G.S.R. e para a eletromiografia, e menores valores para as variações da F.C. Suas reatividades eram maiores em regiões corporais externas. Os pacientes acometidos de Úlcera pèptica, ao contrário, mostravam uma tendência a exibirem maiores valores nas variações da F.C., e menores para o G.S.R. e para a eletromiografia, reagindo em zona corporal interna.

k₅ - ALTERNATIVA À DESORGANIZAÇÃO PSICÔTICA

Para alguns pesquisadores, as modificações anatômica-funcionais que ocorrem em muitos casos de Artrite Reumatóide grave, podem ser resultantes de uma alternativa à desorganização psicótica destes indivíduos face às situações de perdas, ou ameaças de perdas, de objetos de identificação. Pode-se mencionar aqui a comparação analógica que fez LUDWIG (58) em 1967 entre a Artrite Reumatóide grave e a Esquizofrenia

Catatônica, devido as semelhanças das manifestações psicomotoras presentes em ambas as patologias.

Os mecanismos destrutivos orais, a ambivalência afetiva, a imaturidade emocional, e outros dados psicológicos encontrados nestes pacientes, reforçam esta hipótese para alguns pesquisadores (58).

L - IMAGEM CORPORAL E LOCALIZAÇÃO DOS SINTOMAS E SINAIS

a) Sentimentos de satisfação e insatisfação

Alguns pesquisadores (25, 54, 135, 164) dedicaram-se a estudar os sentimentos de satisfação e insatisfação dos pacientes acometidos de A.R., em relação às suas imagens corporais. O objetivo destas pesquisas era verificar as repercussões destes sentimentos sobre os mecanismos de somatizações, de especificidade dos órgãos afetados, e sobre a evolução das doenças. Os resultados obtidos nestes estudos foram:

Entre 124 pacientes hospitalizados em diversos serviços de Clínica Geral constataram (135) que, praticamente a totalidade desta amostra, mostrava uma insatisfação em relação aos seus corpos, sendo esta particularmente centrada em regiões corporais acometidas pela doença. Vinte por cento deste total mostrava uma grande insatisfação, isto é, todas as partes de seus corpos eram sentidas como indesejáveis, o que retrata um profundo sentimento de desvalorização

de si mesmos. As mulheres se mostravam muito mais insatisfeitas que os homens, numa diferença estatisticamente significativa; as atitudes negativas destas, face a seus corpos, estavam mais estreitamente ligadas aos processos de somatizações, quando comparadas às atitudes masculinas. As mulheres mostravam também um grau maior de dependência afetiva e de angústia, assim como uma propensão maior em sentirem suas doenças como mais graves do que a avaliação prognóstica efetuada pelos médicos assistentes.

b) Localização simbólica das descargas das pulsões sexuais

De acordo com diversos pesquisadores de orientação psicanalítica, o "orgão escolhido" de somatização representaria um local simbólico de descargas das pulsões sexuais (134). Ele corresponderia a uma zona erógena, que revelaria o contato físico real ou imaginário com um outro, ao qual o indivíduo estaria identificado e ligado afetivamente (134).

M - Momento de instalação dos sintomas e/ou de sinais físicos

Estabelecer o momento exato de instalação dos primeiros sintomas e/ou sinais físicos das doenças psicossomáticas, não se constitui numa tarefa fácil, principalmente porque o início destas nem sempre se mostra claro e característico.

Uma outra dificuldade neste aspecto, é o estabelecimento das correlações entre a ocorrência de situações conflitivas ao indivíduo e o desencadeamento de doenças somáticas; estes elos nem sempre são evidentes e remarcados pelos doentes, assim como na maioria das vezes não são valorizados pelos clínicos que se ocupam de seus diagnósticos e tratamentos. Entretanto, mesmo face a estes obstáculos, há referências bibliográficas (136) que citam o início sintomático físico após 24 horas, uma semana, um mês, seis meses, e mesmo instantaneamente a ocorrência estressante.

N - ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Muitos pacientes acometidos de Artrite Reumatóide manifestam, concomitantemente, sintomas e sinais de outras doenças consideradas psicossomáticas (58), como: úlcera gástrica ou duodenal, asma brônquica, colite ulcerativa, hipertensão arterial, dermatites, etc.

As causas destas associações não estão bem esclarecidas, mas cabe distinguí-las daqueles quadros clínicos provocados pelas medicações utilizadas no próprio tratamento da A.R.

O - REPERCUSSÕES DA DOENÇA SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA DO PACIENTE

A Artrite Reumatóide conduz a alterações nas condições de vida de praticamente 100% dos enfermos. As

conseqüências psicológicas e sociais desta doença são variáveis e dependentes de vários fatores (58), como:

- a) Personalidade do indivíduo (157) (159)
- b) Gravidade da doença (intensidade dos sintomas)
- c) Fase evolutiva (aguda ou crônica)
- d) Benefícios secundários, ou maléficis, que a doença possa acarretar
- e) Estilo de vida, etc.

KOUPERNIK e SIZE (58) basearam-se nestas variáveis para estudarem as repercussões sobre o estado psico-emocional dos doentes, após a instalação dos sintomas e sinais da A.R. Eles constataram o seguinte:

a) Medo da morte

Este sentimento aparece principalmente nas fases agudas, ou de reagudizações da doença, quando a presença de sintomas dolorosos, e o comprometimento do estado geral, fazem pensar em uma patologia grave, e no fim de vida próximo. O medo da morte pode aparecer também durante a fase de dúvida diagnóstica, quando o doente, face às manifestações progressivas da enfermidade, questiona-se se os médicos e seus familiares escondem o seu verdadeiro prognóstico.

Este medo da morte não é de todo infundado, visto que há vários subtipos de reumatismos que podem evoluir com um processo de acometimento do músculo cardíaco,

denominado Miocardite; este, pode ser tão mais grave quanto mais avançada é a idade, quando a susceptibilidade individual existe, e também quando há qualquer dano cardíaco pré existente.

b) Medo de dores não suportáveis

A dor presente nos pacientes acometidos de Artrite Reumatóide é intensa, principalmente na fase aguda. Ela pode ser agravada pela imobilidade, ou por movimentos excessivos e inadequados. Outros fatores, como: o estado afetivo-emocional e as características individuais de percepção e reação à dor, podem também influenciar a sensação dolorosa.

É importante que os médicos prestem atenção às queixas dos enfermos, visto que elas podem incluir não somente a expressão de uma dor física, mas também "o grito" de conflitos interiores dolorosos e profundos, que possam estar envolvidos no psicodinamismo de suas doenças somáticas.

c) Medo de deformidades

As Artrites e as Artroses podem causar deformidades irreversíveis nas articulações, o que pode provocar alterações sensíveis na estética. Estas mudanças físicas desencadeiam sentimentos depressivos, principalmente entre os pacientes do sexo feminino. A maioria das mulheres afetadas sente haver perdido, em decorrência das deformidades artríticas, seus atributos sedutores e sua beleza física.

d) Medo da perda de autonomia

A dor e outros sintomas e sinais inflamatórios, levam o indivíduo a uma situação de imobilidade, que pode em casos mais graves culminar numa paralisia geral.

Em consequência às limitações dos movimentos, e aos sentimentos de desvalorização do "eu", o indivíduo vê naufragar suas aspirações de vida. Isto faz nascer necessidades afetivas cada vez mais intensas. Numerosos pacientes, face a estas circunstâncias, manifestam uma regressão afetiva marcante: eles se sentem incapazes de tomarem qualquer decisão sem a ajuda de outros, que devem estar constantemente às suas disposições; caso contrário, eles reagem de forma colérica e explosiva. Outros doentes mostram um comportamento oposto: rejeitam toda colaboração, e resistem a todas as formas de dependência, mesmo a terapêutica; passam a exercer atividades físicas ou intelectuais exaustivas, manifestando características sado-masoquistas, o que favorece o agravamento de seus quadros clínicos.

A depressão e a ansiedade acompanham todos estes estados citados, mesmo em situações em que alguns pacientes mostram-se sorridentes e alegres. As idéias suicidas podem estar francamente presentes, pois segundo a verbalização de muitos - "viver desta maneira, é preferível morrer!...". Este estado emocional repercute negativamente sobre a evolução da doença, e sobre as respostas terapêuticas.

P - REUMATISMO PSICOGÊNICO

(8, 9, 33, 81, 128, 161)

O termo Reumatismo Psicogênico tem sido empregado para designar um quadro clínico caracterizado por queixas de dores musculares e/ou osteoarticulares difusas, crônicas, de características não bem precisas, e que não reagem satisfatoriamente a nenhum tratamento sintomático utilizado em condições dolorosas.

Seu diagnóstico clínico diferencial com as doenças reumáticas é feito através de uma anamnese minuciosa, do exame físico geral cuidadoso e de provas complementares, como: análises bioquímicas e exames radiológicos. Entre os doentes acometidos por este quadro clínico, não se encontra nenhum subsídio consistente para se fazer um diagnóstico de Reumatismos.

Estas manifestações podem fazer parte de numerosas patologias psiquiátricas, como por exemplo: Histeria, Hipochondria, Neurose Depressiva, Neurose de Angústia, Esquizofrenia, etc. Seu tratamento consiste em tratar a doença psíquica de base.

Q - TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS AFETIVOS PRESENTES
NOS DOENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE

Dependendo da fase evolutiva da A.R., pode-se subdividir o tratamento em duas fases:

a) Na Fase Aguda

1. Psicoterapia de apoio (ou de acolhimento)

(9, 58, 143, 155)

Nesta fase do tratamento o psicoterapeuta, que pode ser inclusive o próprio reumatologista, deve estar essencialmente à escuta do paciente.

Deve, através de sua presença e palavras, tranquilizar e esclarecer as possíveis dúvidas que o doente possa ter quanto ao seu estado clínico, dúvidas estas que podem colaborar para angustiá-lo profundamente.

É recomendável, neste período, evitar qualquer interpretação analítica, visto que ela pode, muitas vezes, agravar o quadro clínico, por provocar um aumento da ansiedade e da depressão.

A relação terapêutica necessita ser a melhor possível, no sentido de se evitar a mobilização de hostilidade. Se estes sentimentos forem notados, é conveniente deixar o trabalho terapêutico ser realizado por algum outro colega. Uma boa empatia pode favorecer todas as medidas terapêuticas necessárias ao caso, assim como pode permitir uma melhor receptividade, por parte do paciente, de outros elementos da equipe médica.

2. Tratamento psicofarmacológico

(17, 58, 100, 104, 121, 129, 141, 142, 148, 155)

É indicado nas seguintes situações clínicas:

- a) Ansiedade moderada ou grave
- b) Depressão moderada ou grave
- c) Distúrbios psicóticos, com a presença de agitação psico-motora, idéias delirantes, alucinações, etc..., que agravam o estado físico do paciente, e impedem a sua permanência no ambiente hospitalar, e mesmo domiciliar.

Em geral, as drogas psicotrópicas utilizadas fazem parte de três grandes grupos:

- a) Ansiolíticos ou Tranquilizantes Menores
- b) Antidepressivos
- c) Antipsicóticos ou Neurolepticos, ou Tranquilizantes maiores

As doses utilizadas no tratamento são variáveis e dependentes de:

- a) Idade do paciente
- b) Intensidade dos sintomas
- c) Susceptibilidade individual às respostas medicamentosas
- d) Presença ou ausência de patologias pré-existentes, que possam acometer os sistemas cardiovascular, hepático, renal, etc...

Logo, o tratamento psicofarmacológico deverá ser iniciado após avaliação cuidadosa dos parâmetros citados aci

ma, e sempre através das menores doses medicamentosas possíveis. À medida do necessário, e sempre baseado em observações clínicas minuciosas, poder-se-á aumentar as doses prescritas inicialmente.

O psiquiatra e/ou reumatologista devem estar atentos à utilização concomitante, por parte do paciente, de outras drogas, visto que a associação medicamentosa poderá favorecer efeitos secundários indesejáveis, como: potencialização da sedação, exacerbação da irritação gástrica, efeitos nocivos sobre o fígado e vias biliares, sobre os rins, etc.. Estes cuidados devem ser tomados, principalmente em casos em que lesões orgânicas pré-existentes tenham sido constatadas.

Diversos subtipos de doenças reumáticas, que manifestam acometimentos musculares, contraídicam a utilização de drogas miorelaxantes. A utilização destas, como por exemplo, os tranquilizantes maiores ou menores, particularmente os mais sedantes, agravam o miorelaxamento e a fadiga muscular, dificultando assim as funções respiratórias e motoras.

Em pacientes idosos as precauções devem ser redobradas, visto que estes apresentam em consequência ao processo de envelhecimento, as funções metabólicas, excretoras e vasculares, deficitárias.

Em pacientes em que seja recomendável o uso de drogas antidepressivas, é conveniente fazer-se monitorização freqüente das funções cardio-vasculares, através de exames físicos e da eletrocardiografia, pois em pacientes mais susceptíveis, há riscos de arritmias e de outras complicações cardíacas.

Em doentes que tomam corticóides em doses consideráveis, e que subitamente desencadeiem manifestações psicóticas, (com ou sem distúrbios afetivos), a suspensão deste tipo de medicamento, ou a simples diminuição de suas doses, pode levar a uma evolução favorável na remissão dos sintomas e sinais psiquiátricos; entretanto, algumas vezes a gravidade do quadro clínico somático contraindica esta conduta suspensiva. Nestes casos é possível tentar-se uma associação do tranquilizante (maior ou menor) com o corticóide, observando-se rigorosamente os parâmetros clínicos dos pacientes, como: Pressão Arterial, Pulso, Frequência Cardíaca, Volume Urinário, inclusive através de Exames Clínicos, como: Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Dosagens de Íons Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , etc...

b) Após a Fase Aguda

A psicoterapia analítica deve ser indicada; entretanto é sabido que a maioria dos doentes acometidos de reumatismos que procura este tipo de tratamento, apresenta, segundo a literatura especializada (58) (94), uma resistência muito grande a seguirem esta abordagem, abandonando a terapêutica rapidamente. As razões assinaladas para isto são (94):

a) Dificuldades em estabelecerem novos elos afetivos.

b) Dificuldades em exteriorizarem suas reais emoções, e confienciá-las a outras pessoas.

c) Dificuldades em aceitarem e compreenderem as interpretações analíticas.

d) Dificuldades em aceitarem a subordinação ao contrato de trabalho (aos horários, retornos e condições de pagamentos dos honorários). Etc.

É muito importante que os psicanalistas trabalhem os conflitos com extrema prudência, e com uma boa dose de paciência (58). Este profissional deve ser sentido pelo doente como alguém que verdadeiramente o queira ajudar. Este papel terapêutico não deve jamais ser confundido com o de uma "Mãe hostil e rejeitante" (58).

Nesta fase, a prescrição de um ansiolítico e/ou de um antidepressivo, quando necessários, pode ajudar a reduzir os sintomas afetivos presentes, e conseqüentemente favorecer uma melhor relação terapêutica (58, 104). Estas condutas podem, em conjunto, desempenhar um apoio profundamente favorável à evolução satisfatória do paciente.

R - Medidas preventivas, segundo uma visão psicossomática
(27, 58)

Elas devem reunir uma série de medidas que visem diminuir, ou mesmo abolir, o aparecimento de novos casos. Dentre estes citamos:

a) Um maior entrosamento entre psiquiatras, psicanalistas e profissionais das diversas áreas clínicas, como: reumatologistas, ortopedistas, generalistas, etc. As

reuniões clínicas multidisciplinares são deveras importantes para se efetuarem discussões de temas em comum, que possibilitem o diálogo, a troca de informações, e um questionamento - mais profundo do que seja um trabalho em equipe, e conseqüentemente, a visão do paciente como um todo: enfim, é preciso salientar que somos profissionais que trabalhamos com seres humanos, e não apenas com órgãos humanos.

b) É necessário criarem-se serviços comunitários, graças aos quais equipes médicas e para-médicas (assistentes sociais, psicólogos, enfermeiras, etc...) possam ajudar a população a enfrentar as crises de vida, visto que mudanças sociais bruscas e impostas estão acontecendo, sem que tenhamos muitas possibilidades reais, e a curto prazo, de evitá-las.

c) É necessário valorizar com mais respeito as queixas físicas ou psíquicas dos indivíduos. A escuta atenta daqueles que nos procuram é fundamental (26, 125), pois é somente desta maneira que podemos conhecer mais profundamente, e humanamente, ao outro.

d) É necessário dar mais atenção às medidas terapêuticas, tanto somáticas quanto psiquiátricas, fornecidas - aos indivíduos que apresentam distúrbios afetivos ligados a lutos não elaborados, principalmente quando manifestam sintomas físicos dolorosos, mesmo quando estes são difusos e de fraca intensidade.

e) Dar mais atenção humana, e suporte psicológico, aos membros das famílias de doentes acometidos de reumatismos.

Quando necessário encaminhá-los à uma psicoterapia individual e/ou familiar. Estes cuidados devem ser tomadas independentes destes serem FR (+) ou (-).

II - HIPÓTESES FUNDAMENTAIS

1) Há conflitos emocionais importantes nos 12 meses que antecedem o desencadeamento da Artrite Reumatóide nestes pacientes.

2) Há características obsessivas na personalidade pré-mórbida dos mesmos.

3) A ANSIEDADE é o sintoma e sinal afetivo mais freqüente entre os pacientes que não manifestam sintomas dolorosos, assim como a DEPRESSÃO - ANSIOSA o é entre aqueles que manifestam dores.

4) Os médicos reumatologistas de nosso ambulatório não têm valorizado adequadamente os aspectos emocionais destes enfermos, mesmo quando os mesmos são exuberantes.

5) A história de vida dos pacientes que apresentam DORES CRÔNICAS são mais ricas em distúrbios emocionais do que aquelas dos pacientes sem sintomas dolorosos persistentes.

6) Há mais elementos psicogênicos entre os pacientes Fator Reumatóide negativos, quando comparados com os Fator Reumatóide positivos.

III - OBJETIVOS

Para testar essas hipóteses, esse trabalho tem por objetivo pesquisar:

- a) Dados demográficos e sociais destes pacientes.
- b) As características comuns na personalidade pré-mórbida dos mesmos.
- c) Se há conflitos emocionais que antecedem o desencadeamento da doença. Em caso positivo, quais são estes?
- d) Quais desordens afetivas estão presentes antes e após o aparecimento dos sintomas e sinais da Artrite Reumatóide.
- e) Como o artrítico reumatóide, e o médico-assistente de cada um destes pacientes, analisam o grau de severidade da Artrite Reumatóide.
- f) Quantos doentes fazem terapia psicológica e/ou psiquiátrica concomitantemente ao tratamento somático.
- g) Se os pacientes manifestam confiança no tratamento clínico empregado.
- h) Qual é a história ocupacional destes enfermos.
- i) Como é a história do comportamento sexual destes artríticos.
- j) Se há antecedentes de doenças psiquiátricas e/ou reumáticas entre os familiares destes enfermos.
- k) A "História progressa da moléstia atual" nos casos com e sem sintomatologia dolorosa durante a primeira entrevista, levando-se em consideração o "Fator Reumatóide".

1) Comparação dos dados obtidos na aplicação das escalas de: "avaliação de traços e de comportamentos de agressividade", e de "Beck para depressão", entre os pacientes com e os sem sintomas dolorosos. Há diferenças estatisticamente significantes nestas comparações?

IV - FINALIDADES DA TESE

a) FINALIDADES GERAIS

1) Fornecer dados descritivos, psicológicos e sociais destes pacientes, aos clínicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, etc., que auxiliem na compreensão dos problemas afetivo - emocionais que antecedem a doença, e/ou se agravam após o aparecimento desta, no sentido de colaborar para melhorar o atendimento clínico psico-físico prestado a estes.

b) FINALIDADES ESPECÍFICAS

1) Pesquisar, registrar e discutir os dados referentes às características de personalidade destes pacientes, assim como a ocorrência de distúrbios afetivos entre estes, antes e após a Artrite Reumatóide..

2) Colher dados essencialmente centrados nas informações subjetivas dos enfermos.

3) Trabalhar dentro das características originais do atendimento clínico prestado, justamente para termos a oportunidade de observar com mais clareza, a realidade presente num determinado espaço e tempo.

V - PACIENTES & MÉTODOS

a) NASCIMENTO DE UMA IDÉIA

Pensei, durante muito tempo, que a idéia central de desenvolver esse trabalho de pesquisa tivesse nascido do momento em que quando R₂ de Psiquiatria foi chamada a responder uma interconsulta na enfermaria de Moléstias Infecto-Contagiosas. O caso clínico em questão dizia respeito a uma senhora de 34 anos aproximadamente, agonizante, e que apresentava um quadro suposto de Lupus Eritematoso Disseminado.

Face à escuta do discurso profundo e comovente - daquela paciente, constatei que entre delírios e alucinações, intermeados por uma grave depressão, havia por parte daquela mulher uma luta imensa em aceitar e elaborar a sua própria morte. Esta ocorreu após quatro breves contatos que mantivemos em dias subseqüentes, à beira de seu leito.

Nos anos que se seguiram deixei-me levar por interesses profissionais e de pesquisas em outras áreas da psiquiatria, porém, a idéia inicial de trabalhar com pacientes que padecem de Reumatismos sempre esteve em meus planos. Só vim a perceber que as origens verdadeiras desse interesse partiam de mim mesma há pouco tempo, quando tive o "insight" de que sempre convivi intimamente com o fantasma de ter um sopro cardíaco não muito bem explicado, e que durante minha adolescência muito me amargurou, pelo cerceamento que me causou. Uma das hipóteses médicas para o sopro, era a de que ele tivesse sido provocado por uma Febre Reumática. Isto me motivou inclusive a escolher a medicina como profissão, pois minha opção primeira era ser cardiologista.

Fui à França em 1982. Ao embarcar tinha na bagagem um plano de pesquisa intitulado: "Estudo da Incidência d e

Distúrbios Afetivos em Pacientes acometidos de Reumatismos". Lá, após aprovação do Prof. Dr. Lanteri - Laura, desenvolvi sob sua orientação as pesquisas das referências bibliográficas ligadas ao tema. Mediante estas referências, escrevi um esboço da introdução dessa tese, que vim a aprimorar mais tarde no Brasil.

Inicialmente a idéia era terminar toda a tese na França; no entanto, para que isto se concretizasse, deveria passar três a quatro anos distante do meu país, em condições de estresse. Tive um novo "insight" de perceber que a situação vivenciada lá correspondia a uma luta interior imensa em elaborar perdas imaginárias e separações. Por circunstâncias diversas decidi retornar antes do previsto, e finalizar meu trabalho dentro do meu contexto afetivo, sócio-cultural e profissional. Senti que em situações adversas eu mesma poderia vir a somatizar em nível osteo-articular!...

A compreensão de todos estes fenômenos a nível pessoal, sensibiliza-me mais ainda para a vivência dolorosa daqueles que conflitivamente vivem suas perdas reais e separações, e que amargam penosamente suas marcas em seus corpos. A eles dedico o meu trabalho.

b) PACIENTES

De volta ao Brasil pensava trabalhar com pacientes acometidos de qualquer tipo de Reumatismos, tratados no ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP. Entretanto, logo de início verifiquei que pela multiplicidade de enfermidades enquadradas neste nome (mais de 130) teria dificuldades metodológicas em estudar pacientes

acometidos de doenças com patogêneses diferentes, dentro de um mesmo trabalho.

Recorri desta forma ao chefe do Departamento de Clínica Médica, ao qual expus meu plano de pesquisa. Este me orientou a procurar o responsável pela cadeira de Reumatologia, a quem explanei minhas idéias e dúvidas sobre o desenvolvimento da parte prática de minha tese. Fui aconselhada por este a trabalhar com dois grupos de doentes: um grupo portador de lombalgias e outro de Artrite Reumatóide. Terminei por escolher o grupo de Artrite Reumatóide após consultar meu orientador, Monsieur Lanteri - Laura, visto que as lombalgias também englobam subtipos de patologias com etiopatogenias variadas.

De posse do plano de pesquisa reelaborado, da escolha da patologia a ser estudada, e da autorização oficial para frequentar o ambulatório de Reumatologia, escolhi as tardes de segundas e quintas-feiras, e as manhãs de quartas e quintas-feiras, para entrevistar os pacientes e aplicar as escalas, que serão pormenorizadas à frente. Em seguida dirigi-me formalmente aos docentes e residentes da cadeira, explicando meus propósitos e interesses de pesquisa. Pedi-lhes a colaboração em encaminharem-me nos períodos citados, os pacientes acometidos de Artrite Reumatóide sob seus cuidados clínicos, que obedecessem determinados critérios que pormenorizarei logo mais. Por iniciativa deles mesmos, foi afixado no mural do quadrante Reumatologia/Psiquiatria, um "lembrete" - deste meu pedido.

Através de uma docente do setor, obtive a informação de que havia um caderno onde se anotavam os nomes e os números

respectivos de registros de praticamente todos os casos acometidos de A.R., atendidos nos últimos anos, (ela não soube precisar a data correta) naquele serviço. De posse destes nomes e números, fiz uma lista de todos os casos, e através do SAME localizei as pastas destes. Nelas procurava os endereços e/ou telefones de recados daqueles enfermos que se encontravam na faixa etária dos 18 aos 55 anos. Semanalmente, seguindo minha orientação e especificação de datas, eram convocados através do serviço social, três a quatro pacientes. O modelo do pedido de comparecimento ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, enviado aos doentes, pode ser visto no anexo 2.

Inicialmente pensava entrevistar os pacientes quando estes viessem ao ambulatório de Reumatologia para suas consultas periódicas, porém logo verifiquei ser este procedimento impossível: de um lado era mais econômico ao doente vir apenas uma vez e ser atendido pelos dois profissionais (o reumatologista e a psiquiatra), mas por outro lado as consultas se tornavam extremamente fatigantes, o que prejudicava demais a coleta de dados psicológicos, e a aplicação das escalas de avaliação do humor. Agi da primeira forma duas vezes, e após a constatação referida adotei o procedimento de eu mesma convocar, em dias separados da Clínica, os enfermos de meu interesse.

Com o seguimento de meu trabalho, observei por acaso que existiam alguns casos diagnosticados de A.R., que vinham sendo rotineiramente tratados no ambulatório, e cujos nomes não constavam do caderno de registros. Ao questionar

do por quẽ isto ocorria, obtive a resposta de que este "lapso " era devido ao fato do trabalho ser muito intenso, e nem sempre haver tempo para anotar todos os nomes dos pacientes acompanhados no serviço, naquele importante documento. Adotei então o critẽrio de alẽm de convocar os casos anotados, olhar pasta por pasta de todos os doentes que vinham nos dias que eu frequentava o ambulatõrio; nos casos de interesse, colocava-os em minha lista de doentes a serem chamados. Atravẽs desta conduta, em que me certificava do quadro clĩnico, dos diagnõsticos provisõrios e definitivos, das discussões clĩnicas, e dos resultados dos exames complementares realizados, penso ter visto quase todos os enfermos que passaram pelo ambulatõrio de Reumatologia com diagnõstico de A.R., no perĩodo de janeiro a outubro de 1984 (alẽm daqueles mais antigos registrados no caderno, que porventura nãocompareceram ao Hospital das Clĩnicas neste intervalo de tempo).

Os critẽrios adotados para se incluir o paciente nessa pesquisa foram:

1) SER PORTADOR DE ARTRITE REUMATÕIDE

A decisãode escolher os acometidos de Artrite Reumatõide (alẽm dos fatores anteriormente referidos), estã ligada ao fato de haver um nũmero grande de pacientes que padecem desta patologia no ambulatõrio de Reumatologia, e tambẽm por ser uma doença altamente invalidante, causando grande sofrimento fĩsico e psĩquico a estes indivĩduos.

Na seleçãodos pacientes com A.R., achei importante incluir tanto os F.R.+ como os F.R.-, pois a observaçãocomparativa destes dois grupos pode trazer alguma eventual colaboraçãona constataçãode diferenças ou semelhanças psicolõgicas entre estes.

Decidi, pelos mesmos motivos citados acima, incluir os pacientes em fase aguda (até os seis meses iniciais da doença) e os em fase crônica (com mais de seis meses de evolução). Verifiquei, no entanto, que devido a uma série de características da doença e do doente reumatóide, como: dificuldades diagnósticas no início do quadro, personalidade do doente, condições sócio-econômicas, etc..., na maioria dos casos o paciente demora em procurar o médico especialista, sendo difícil detectar os casos com menos de seis meses de evolução. No tangente a este particular, devo salientar que principalmente em casos de F.R.-, para se chegar a uma afirmação diagnóstica de Artrite Reumatóide leva-se um tempo considerável de observação da evolução clínica, dos exames complementares, etc..., que em geral ultrapassa os seis primeiros meses. Os inclusos nesse trabalho, são aqueles com diagnósticos definitivos de A.R., em que aguardei mais de um ano para aceitá-los com segurança.

2) IDADE

Escolhi trabalhar com pacientes na faixa etária dos 18 aos 55 anos, visando com isto selecionar pacientes - adultos, que pudessem eles mesmos exprimirem suas experiências de vida e suas emoções, sem necessitarem recorrer a verbalização de seus pais, ou de outros. Excluí, conseqüentemente, os menores de 18 anos, mesmo porque os enfermos abaixo desta idade estão todos com diagnósticos de ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL.

Os acima de 55 anos foram excluídos por haver uma possibilidade maior de apresentarem doenças degenerativas li

gados ao fator idade e envelhecimento, como por exemplo a Arteriosclerose, que poderia inclusive dificultar a verbalização clara de suas vivências, e/ou dificultar a compreensão dos dados da anamnese e das escalas.

3) ESTAR (OU TEREM ESTADO) EM TRATAMENTO AMBULATORIAL NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP.

Todos os casos selecionados deveriam estar sob tratamento no ambulatório da Faculdade de Ciências Médicas - da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, ou terem sido tratados por mais de um ano no serviço em questão, isto porque a idéia central dessa pesquisa é a de fornecer dados que ajudem a melhorar o atendimento clínico desta população em estudo, assim como visa sensibilizar tanto os reumatologistas quanto os psiquiatras, para a importância de um trabalho integrado nas duas áreas. Quiçá esse estudo possa ajudar outros serviços que visem os mesmos fins.

Excluí os pacientes hospitalizados, por dois motivos:

1) Dificilmente se recorre à internação de pacientes com A.R., no serviço em questão.

2) A hospitalização coloca o paciente num ambiente diferente do seu "habitat" natural, podendo ser inclusive um fator de maior estresse ao doente, aumentando o seu grau de ansiedade e depressão. Este fator poderia prejudicar a metodologia dessa pesquisa.

4) CONSENTIMENTO DO PACIENTE EM PARTICIPAR

Quando o paciente comparecia à entrevista, explicava-lhe minhas funções profissionais, e meu interesse em pesquisar a participação de distúrbios emocionais no desencadeamento e evolução de sua doença. Perguntava-lhe, após estas explicações, se ele gostaria ou não de colaborar em minha pesquisa, explicando-lhe também que após a avaliação das respostas dadas àquelas perguntas eu poderia, dependendo do seu desejo pessoal, encaminhá-lo ao serviço de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para dar continuidade a um tratamento psicológico. Para atender a este suporte psicoterapêutico, contei com a colaboração de um grupo de psicólogos orientados e supervisionados pelo Prof. Durval Checchinato, assim como com os residentes do Departamento. Todos os convocados se mostraram satisfeitos em participar.

Os pacientes ao chegarem a minha sala mostravam uma certa expectativa e ansiedade em relação aos motivos da convocação. A maioria deles achava que o pedido de comparecimento estava ligado a "algum resultado mais grave" dado em seus exames laboratoriais, ou a alguma revelação inesperada sobre suas doenças. Ao explicar os motivos reais de minha chamada, assim como as minhas funções, notava em suas faces uma maior tranquilidade. Alguns pacientes que compareceram haviam abandonado o tratamento reumatológico na Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP por motivos vários, como: mudança de cidade, desestímulo face aos muitos anos de terapia, preferência em se tratarem num Centro mais próximo de suas residências, etc...

Quatro pacientes compareceram trazidas e amparadas por parentes e/ou vizinhos, mostrando muitas dificuldades em deambularem em consequência às dores; nestes casos eu mesma me prontifiquei em levá-los até suas residências, reconhecendo o esforço que fizeram em comparecer e colaborar comigo. Dentre estes casos, haviam dois que não se tratavam mais no serviço.

Dos pacientes atendidos e entrevistados, 18 foram encaminhados à psicoterapia, excetuando-se neste número uma mulher que já estava sendo submetida à terapia psicofarmacológica e psicoterápica.

5) SEMELHANÇA DO NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

Escolhi trabalhar com pacientes de baixo nível sócio-econômico, porque além deles representarem a quase totalidade do extrato de nossos ambulatórios, traduzem bem a realidade do nosso povo brasileiro. Este extrato social fornece também aspectos originais quanto a observação desta população de estudo, visto que os trabalhos realizados em outros países, e publicados na literatura especializada, traduzem dados de uma realidade sócio-cultural, econômica e ecológica diferentes dos nossos.

6) TER CONDIÇÕES PARA A COMPREENSÃO DAS QUESTÕES DO INTERROGATÓRIO CLÍNICO

De modo geral os pacientes entrevistados se comunicavam muito bem, não tendo havido qualquer exclusão por falta de nível para a compreensão das questões da anamnese - questionário e das escalas.

Quando um paciente não compreendia um termo usado por mim, eu explicava numa linguagem mais simples o que exprimia a palavra, tomando a precaução de que esta explicação fosse padronizada para todos.

c) MÉTODOS

c₁) LOCAL

O local escolhido para atendimento dos pacientes foi o quadrante da Reumatologia/Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Achei importante que o paciente fosse entrevistado no local habitual de suas consultas reumatológicas, para evitar fatores ansiôgenos ligados à adaptação a um novo ambiente.

Na sala escolhida não havia nada de especial na mobília: a mesma constava de uma mesa, duas cadeiras, (em que me colocava face à face ao doente), uma maca, e um armário de medicamentos.

C₂) HORÁRIOS DE ATENDIMENTOS

Os horários escolhidos para os atendimentos visavam coincidir com os horários rotineiros do ambulatório de Reumatologia. Eles eram:

- Segundas-feiras à tarde (das 14:00 - 18:00 h.)
- Quartas-feiras pela manhã (das 8:00 - 12:00 h.)
- Quintas-feiras pela manhã e à tarde (das 8:30 - 12:00 h. e das 14:00 - 18:00 h.).

C₃) MONTAGEM DAS PASTAS

Cada pasta de pesquisa constava de quatro a cinco folhas de papel em branco, reservadas para a redação da anamnese-questionário, além das folhas mimeografadas das escalas: de Hamilton para depressão e ansiedade; de traços e de comportamentos de agressividade; de sintomas e sinais maníacos; de Beck para depressão.

Estas pastas apresentavam um cabeçalho, em que constavam os seguintes dados:

F.R. (+ ou -)

PROVA DE LÁTEX (Valor=) / PROVA DE WAALER ROSE (Valor=)

CASO AGUDO ou CRÔNICO (Com sintomas dolorosos

ou

sem sintomas dolorosos)

NOME DO PACIENTE:

NÚMERO DE REGISTRO NO H.C.:

DATA DA ENTREVISTA:

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PASTA: Mara A. A. Cabral

C₄) ANAMNESE-QUESTIONÁRIO

A anamnese-questionário foi baseada na entrevista psiquiátrica aplicada no Hospital Maudsley de Londres, e desenvolvida por KIRBY; esta consta do livro-texto de Psiquiatria Clínica de MAYER-GROSS, SLATER & ROTH (101).

A esta anamnese foram incluídas algumas questões elaboradas por mim, e que fazem parte principalmente do item II (ver roteiro completo em anexo 5).

A anamnese-questionário era sempre efetuada antes das aplicações das escalas de avaliação do humor. Este procedimento visava deixar o paciente um pouco mais à vontade

na sala, assim como possibilitava-me um tempo maior de observação de aspectos psicológicos importantes à minha análise.

C₅) ESCALAS

As escalas de avaliação do humor aplicadas nesse trabalho fazem parte de três grupos:

a) OBJETIVAS, isto é, que dependem da observação e avaliação do entrevistador. Elas eram:

- 1) ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO (74);
- 2) ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDADE (72);
- 3) ESCALA DE SINTOMAS E SINAIS MANÍACOS (16).

b) SUBJETIVAS, isto é, que dependem da avaliação feita pelo próprio paciente. Ela era a ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO (18, 105) (Ver anexo 4).

c) TANTO OBJETIVAS QUANTO SUBJETIVAS, isto é, cuja avaliação dos dados dependem tanto da análise do entrevistador como também do entrevistado. Ela era a ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE (61) (Ver anexo 3).

Após ter entrevistado todos os enfermos, decidi abandonar os dados obtidos da análise das escalas objetivas. Concluí que o ESTADO CLÍNICO GERAL DO PACIENTE (desnutrição, palidez, anemia) e CONDIÇÕES SOCIAIS (pobreza), poderiam atrapalhar sobremaneira a minha avaliação com respeito aos graus de depressão e de ansiedade; a minha própria *CONTRA-TRANSFERÊNCIA em relação aos sentimentos destas pessoas em sofrimento, poderia

* Contra-transferência = "Conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando, e mais particularmente à transferência deste" (92).

prejudicar esta avaliação. Em minha opinião, a valorização dos dados objetivos são poderiam ser respeitados, e avaliados por mais de um entrevistador ao mesmo tempo, assim mesmo com uma ponderável margem de erros. Decidi também não incluir os dados da avaliação da ESCALA DE SINTOMAS E SINAIS MANIACOS, visto que entre os pacientes acometidos de A.R. não encontrei QUALQUER DADO POSITIVO DE MANIA.

A ESCALA SUBJETIVA DE BECK PARA DEPRESSÃO foi escolhida para fazer parte desse trabalho, pelos motivos seguintes:

1) Por ser uma escala em que o próprio paciente se avalia (Subjetiva, portanto);

2) Por ter sido aplicada em vários trabalhos em nosso meio, inclusive em duas teses de mestrado de colegas de nosso Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. É, portanto, uma escala já validada no Brasil;

3) Por haver informações favoráveis destes profissionais, quanto a aplicabilidade e confiabilidade desta escala;

4) Por já haver traduções fide-dignas em nosso idioma, e cujas frases traduzidas são de fácil entendimento a pacientes de baixo nível sócio-cultural.

Ela foi aplicada após eu explicar ao paciente os objetivos da escala, e também a técnica de aplicação desta, isto é, o fato de que iria ler item a item de cada questão, e que ele deveria dizer-me qual das frases estava de acordo (ou a que mais se aproximava) com o que ele estava sentindo naquele exato momento da entrevista (Ver anexo 4).

A ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE também foi escolhida pelos motivos seguintes:

1) Por ser uma escala que associa a agressividade à depressão e/ou ansiedade, distúrbios afetivos estes, fundamentais nessa pesquisa;

2) Por ser uma escala tanto subjetiva quanto objetiva, isto é, que me possibilitava confrontar os dados fornecidos pelos pacientes com a análise da anamnese, e do exame psíquico, quando necessário;

3) Por ser uma escala cuja língua do autor é latina (o francês), e portanto mais próxima da nossa, se comparada ao inglês ou ao alemão;

4) Por ter sido elaborada a partir de dados clínicos exhaustivamente observados na prática do autor, assim como a partir da experiência deste na aplicação de outras escalas de agressividade, como a de Mac Nair e Lorr, e também do teste de Gottschalk.

A dificuldade maior em utilizar esta escala em nosso meio foi o fato dela não ser ainda validada no Brasil (167). No tocante a isto a traduzi, juntamente com uma professora de francês, de sua língua original para o português, e procurei uma tradutora bilingue que fez o processo inverso, isto é, reverteu novamente a escala do português para o francês. Após este procedimento, a escala foi aplicada em 18 pacientes neuróticos deprimidos e ansiosos. A técnica de aplicação da escala de traços e de comportamentos de agressividade (Ver anexo 3) consistia em perguntas diretas feitas aos pacientes, que compreendia respostas de sim (+) ou não (-). Os resultados das aplicações desta escala nos pacientes neuróticos e ansiosos encontram-se juntamente com os métodos de validação desta, no anexo 6.

C₆) TESTAGEM INICIAL DO MÉTODO

Antes de iniciar a pesquisa propriamente dita, apliquei a anamnese-questionário, e as escalas de avaliação do humor, em 12 pacientes neuróticos deprimidos, que vieram em primeira consulta no ambulatório de adultos do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP; estes foram encaminhados a mim por psicólogos ou médicos residentes. Através deste procedimento pude treinar a forma de abordar os pacientes, familiarizar-me com as questões, verificar a linguagem adequada ao nível sócio-cultural daqueles indivíduos (que era semelhante ao dos pacientes do ambulatório de reumatologia), e visualizar, a grosso modo, se as escalas eram sensíveis para detectarem as alterações do humor. Não cabe a esse trabalho discutir estes dados, embora encontre-se no anexo 6 as médias dos valores obtidos na aplicação da "Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade", com a finalidade de mostrar a tentativa de validação desta em nosso meio.

C₇) NÚMERO DE PACIENTES ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 62 pacientes durante os dez meses de duração da parte prática dessa pesquisa, porém foram aproveitadas 59 entrevistas. Os três excluídos deviam-se aos motivos seguintes:

a) Um caso de Artrite Reumatóide Juvenil cujo início dos sintomas deu-se aos três anos de idade, o que prejudicava o estudo da Personalidade Prê-Mórbida.

b) Dois casos com diagnósticos não precisos de Artrite Reumatóide.

C₈) TEMPO DE DURAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Em média, a duração das entrevistas não ultrapassava duas horas e meia.

C₉) NÚMERO DE ENTREVISTAS

Em média, foi realizada apenas uma entrevista com cada paciente, sendo que em raros casos, devido ao fato de ter sido obrigada a entrevistar duas pessoas num mesmo período, marquei um retorno. O fator responsável por esta sobrecarga deveu-se, basicamente, ao fato de determinados enfermos terem comparecido em dias não marcados, em consequência à situação de greve dos funcionários. A aplicação das escalas sempre se dava na primeira entrevista, após a coleta dos dados dos itens I, II, III e IV, da anamnese.

C₁₀) DIFICULDADES ENCONTRADAS

Dentre algumas dificuldades surgidas na realização prática desse trabalho clínico ressalto:

a) GREVE DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, o que impossibilitou o acesso ao SAME, ao Serviço Social, e conseqüentemente dificultou a notificação dos pacientes relacionados em minhas listas de convocações para entrevistas.

Neste período de greve, alguns pacientes já notificados foram impedidos de chegarem ao quadrante da Reumatologia, devido a realização de "piquetes" em torno do Hospital.

b) DIFICULDADES NA LOCALIZAÇÃO DE ALGUNS PACIENTES, devido terem mudado de endereço, e não haverem comunicado ao SAME. Em decorrência deste fator houve algumas devoluções de missivas por parte do Correio, por não terem encontrado o

destinatário. Por sorte alguns destes doentes retornaram ao ambulatório de Reumatologia para suas consultas periódicas, o que me possibilitou entrevistá-los independente desta dificuldade.

c) Não comparecimento de alguns pacientes nos dias solicitados, mas sim em datas não originalmente marcadas, o que acarretou uma sobrecarga ao meu trabalho. Estes acontecimentos, no entanto, foram raros.

d) Uma outra dificuldade surgida no início da realização dessa pesquisa, foi o de trabalhar com a ansiedade dos médicos residentes, principalmente no tangente à compreensão da minha real tarefa naquele ambulatório. Logo nas primeiras semanas recebi um encaminhamento de uma paciente cujo diagnóstico clínico ainda não estava confirmado; ao questionar a residente dos motivos que a levaram a trazer-me aquela senhora, esta respondeu: "não sei bem o que ela tem ainda, e nem sei se ela servirá para a sua pesquisa, mas estou encaminhando-a antes que eu acabe brigando com ela". Na verdade o caso parecia tratar-se de um Reumatismo Psicogênico, devido a uma Neurose Histérica, visto que os exames físicos, laboratoriais e radiológicos, não eram em nada compatíveis com Reumatismos. No tangente a este particular, ressaltava-se nitidamente a ansiedade que provoca nos clínicos a recepção destes casos psiquiátricos.

C 11) FACILIDADES ENCONTRADAS

a) A boa receptividade e cordialidade demonstrada pelo Chefe do Departamento de Clínica Médica, e pelo Chefe da

Cadeira de Reumatologia, e mesmo pelos Assistentes e Residentes, garantiram a realização tranqüila de meu trabalho clínico.

b) A existência de um caderno com o nome e registros dos pacientes acometidos de A.R. atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, colaborou em muito na localização dos pacientes que participaram da pesquisa.

c) A boa empatia estabelecida entre os pacientes e minha pessoa, favoreceu sobremaneira a coleta dos dados clínicos e a verbalização espontânea da história de vida destes enfermos.

d) A colaboração do pessoal do SAME e do Serviço Social foi valiosa à realização do meu trabalho, visto que foram ágeis e interessados em procurarem as pastas solicitadas, em escreverem e/ou telefonarem aos pacientes por mim relacionados.

e) A colaboração das secretárias do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria em datilografarem as escalas de avaliação do humor, e em rodarem as cópias no mimeógrafo, facilitou muito a confecção e montagem das pastas de pesquisa.

f) A iniciativa espontânea de alguns residentes de Reumatologia em levarem à minha sala alguns pacientes com diagnósticos confirmados de A.R., cujos nomes e registros não eram de meu conhecimento.

VI - RESULTADOS & DISCUSSÕES

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DOS 95 PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓI
 DE (INDEPENDENTES DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO), CATALOGADOS NOS
 FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO
 H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ
 OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO SEXO, FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DAS
 COLUNAS (13,14).

SEXO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
M	17	18%
F	78	82%
TOTAL	95	100%

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

De acordo com os dados da tabela 1, podemos verificar que nos catálogos de registros de pacientes atendidos no ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, desde aproximadamente 1978 até outubro de 1984, constam 95 pacientes acometidos de Artrite Reumatóide. Destes 95 pacientes, 17 são do sexo masculino (18%) e 78 são do sexo feminino (82%). Como vemos, há uma maior porcentagem de mulheres atingidas por esta doença (mais de quatro mulheres para um homem), proporção esta que está de acordo com o citado em diversos livros especializados (35,38, 76,127,140).

Os autores tentam explicar estas diferenças percentuais ligados ao sexo a causas físicas (por exemplo, endócrinas, conforme visto na introdução desse trabalho) e/ou a causas psico-sociais. No tangente a esta última abordagem, MOOS e SOLOMON fazem um comentário bastante oportuno, em que ressaltam que nas sociedades em geral, os homens apresentam através do trabalho, das práticas esportivas e, da própria competitividade social, maiores recursos para exteriorizarem suas forças físicas e seus impulsos agressivos. Entre as mulheres estas exteriorizações são culturalmente menos aceitáveis (58). O próprio conceito

de feminilidade coíbe estas manifestações: a mulher deve ser doce, meiga, obediente, caseira (70,146); entre os homens, ao contrário, a utilização da força física, da energia, do vigor, é reconhecido como uma característica de virilidade (53, 70,146). Já na infância, enquanto os garotos enfrentam os desafios do mundo, praticam esportes, desenvolvem a inteligência e os músculos, as meninas "brincam em casa" de fazer comidinha (146).

Estas questões serão melhor discutidas quando analisarei as histórias clínicas das pacientes que compõem esse trabalho.

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DOS 95 PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM OU NÃO PREENCHIDO OS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO NECESSÁRIOS PARA PARTICIPAREM DESSA PESQUISA. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

PREENCHERAM OS CRITÉRIOS	SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
	SIM		12 (12,63%)	47 (49,47%)
NÃO		5 (5,26%)	31 (32,63%)	36 (37,89%)
TOTAL		17 (17,89%)	78 (82,10%)	95 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUE PREENCHERAM OU NÃO OS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO NECESSÁRIOS PARA PARTICIPAREM DESSA PESQUISA.

Pelos dados da tabela 2 vemos que 59 pacientes , isto é, 62,11% da população total, preencheram os critérios de seleção necessários para participarem dessa pesquisa; 36 pacientes, correspondentes a 37,89%, não satisfizeram estes mesmos critérios, e portanto foram excluídos.

Os critérios de seleção foram:

a) Ser portador de Artrite Reumatóide, com diagnóstico confirmado pelos médicos do ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

b) Ter entre 18 a 55 anos.

c) Estar (ou ter estado) em tratamento ambulatorial no serviço em questão.

d) Consentir em participar de livre e espontânea vontade dessa pesquisa.

e) Semelhança do nível sócio-econômico, isto é , nível baixo.

f) Ter condições para a compreensão das questões da anamnese - questionário e das escalas de avaliação do humor.

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DOS 36 PACIENTES ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓI DE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JA NEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO OS MOTIVOS PELOS QUAIS NÃO PARTICIPARAM DESSA PESQUISA. OS NÚMEROS ENTRE PA RÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

MOTIVOS \ SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
IDADE	2 (5,55%)	19 (52,78%)	21 (58,33%)
MUDANÇA DE ENDEREÇO	0	3 (8,33%)	3 (8,33%)
DESEJO EM NÃO PARTICIPAR DA PESQUISA	0	0	0
INCAPACIDADE DE COMPREENDER AS QUESTÕES	0	0	0
DIAGNÓSTICO NÃO CONFIRMADO	0	2 (5,55%)	2 (5,55%)
OUTROS	2 (5,55%)	8 (22,22%)	10 (27,77%)
TOTAL	4 (11,11%)	32 (88,89%)	36 (100 %)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 36 PACIENTES QUE NÃO PARTICIPARAM DESSA PESQUISA, SEGUNDO OS MOTIVOS DE EXCLUSÃO DA MESMA.

De acordo com os dados da tabela 3, vemos que 21 pacientes (58,38%) dos 36 que não participaram dessa pesquisa, foram excluídos pelo fator idade, isto é, estes tinham mais de 55 anos.

Não computei neste trabalho os pacientes com menos de 18 anos, visto que praticamente todos eles incluem-se no grupo de Artrite Reumatóide Juvenil, que não é assunto dessa tese. Eles foram excluídos também pelo fato de que a grande maioria sendo muito jovem, necessitaria de informações prestadas por parentes próximos. Isto iria contra um dos itens principais de minha metodologia, que era a de colher informações a partir de dados subjetivos do paciente.

Os com mais de 55 anos foram excluídos, pois poderiam apresentar outras doenças degenerativas, físicas ou psíquicas, como por exemplo a Arteriosclerose, que dificultaria a obtenção dos dados clínicos de interesse.

8,33% dos 36 pacientes foram excluídos porque mudaram de endereço, e portanto tivemos a devolução das missivas convocatórias de comparecimento ao nosso local de trabalho.

5,55% dos 36 pacientes não participaram, pois tinham ainda diagnóstico incerto nos 10 meses em que me dediquei à coleta dos dados clínicos.

27,77% daquela amostragem foram excluídos por

outros motivos, como: dois casos (5,55%) eram pacientes que haviam tido Artrite Reumatóide Juvenil, com início na primeira infância; logo, isto impossibilitava-me de estudar a " História Progressiva da Moléstia Atual" e a "Personalidade Prê-Mor_bida" destes doentes. Os demais-oito casos (22,22%) não participaram, pois não conseguimos localizá-los: não houve o comparecimento destes indivíduos nos 10 meses em que estive no ambulatório, assim como não houve a devolução das cartas convocatórias pelo Correio e Telegráfos.

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A IDADE DURANTE A ENTREVISTA. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

IDADE (ANOS)	SEXO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
18 → 20		1 (1,694)	2 (3,389)	3 (5,084)
20 → 30		3 (5,084)	12 (20,338)	15 (25,423)
30 → 40		3 (5,084)	15 (25,423)	18 (30,508)
40 → 50		2 (3,389)	14 (23,728)	16 (27,118)
50 → 55		3 (5,084)	4 (6,779)	7 (11,864)
TOTAL		12 (20,338)	47 (79,661)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO A IDADE.

De acordo com os dados da tabela 4, vemos que 83% dos pacientes que participaram dessa pesquisa tinham entre 20 a 50 anos; 58% da amostra participante estavam entre 30 a 50 anos, o que confirma os dados da literatura especializada, que estabelecem que a mêdia de idade para os acometidos de Artrite Reumatóide está entre 35 - 45 anos (35,38 , 76,127,140).

Trata-se, portanto, de uma população relativamen-
te jovem, cujas atividades profissionais podem ser bastante
produtivas e importantes ao progresso individual destes se
res, assim como da nação brasileira.

T A B E L A 5

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA , ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O ESTADO CIVIL. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

ESTADO CIVIL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
SOLTEIRO	15	(25,424%)
CASADO	38	(64,407%)
SEPARADO	3	(5,085%)
VIÚVO	2	(3,390%)
AMASIADO	1	(1,695%)
TOTAL	59	100%

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO O ESTADO CIVIL.

De acordo com os dados da tabela 5, verificamos que 64, 41% da amostra total é constituída de indivíduos casados; 25, 42% são solteiros; 5, 1% são separados (ju dicialmente ou não); 3, 40% são viúvos e 1,69% são ama siados, isto é, moram juntos sem serem legalmente casados.

Pelos dados das anamneses colocados em anexo , verificamos que muitos casais não se relacionam bem, e vi vem conflitos sérios. Mesmo assim mantêm a relação matrimo nial, conforme discutido e exemplificado mais adiante.

Dentre os solteiros, algumas mulheres relatam que a presença de um homem não faz falta em suas vidas, e dizem nunca terem tido um namorado (anamneses 25 e 42); outros (as) encontram-se noivos (as) e prestes a se casarem (casos 35, 11, 59).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

SEXO ESCOLARIDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
ANALFABETO	2 (3,39%)	9 (15,25%)	11 (18,64%)
PRIMÁRIO INCOMPLETO	4 (6,78%)	13 (22,03%)	17 (28,81%)
PRIMÁRIO COMPLETO	3 (5,08%)	13 (22,03%)	16 (27,12%)
SECUNDÁRIO INCOMPLETO	2 (3,39%)	10 (16,95%)	12 (20,34%)
SECUNDÁRIO COMPLETO	0	1 (1,69%)	1 (1,69%)
COLEGIAL INCOMPLETO	1 (1,69%)	0	1 (1,69%)
COLEGIAL COMPLETO	0	1 (1,69%)	1 (1,69%)
TOTAL	12 (20,34%)	47 (79,66%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA, SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE.

Pela análise da tabela 6 observamos que 18,64 % da amostra é constituída de pacientes completamente analfabetos; 28,81% apresentam primário incompleto e, 27,12% têm primário completo. 20,34 % dos enfermos possuem secundário incompleto, e apenas 1,69% chegou a concluir o colegial. Não há nesta amostragem qualquer indivíduo com nível universitário.

Embora 74,57% do total desta população estudada seja praticamente de analfabetos ou semi-analfabetos, estes pacientes expressavam-se, em geral, com facilidades, e manifestavam boa compreensão das questões, fator talvez explicável por apresentarem uma doença crônica, que exige deles retornos frequentes ao ambulatório, com conseqüentes contatos humanos periódicos com médicos, pessoal para-médico e companheiros de saguão de espera, onde mantêm conversas e trocas de idéias.

Outras fontes de veiculação cultural para esta população são a televisão e o rádio, que favorecem o acesso às informações e à linguagem corrente.

T A B E L A 7

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O TEMPO DE DOENÇA (EM ANOS). OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

SEXO TEMPO DE DOENÇA (ANOS)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
	MENOS DE 1 ANO	1 (1,69%)	6 (10,17%)
1 → 3	3 (5,08%)	8 (13,55%)	11 (18,64%)
3 → 6	5 (8,47%)	11 (18,64%)	16 (27,11%)
6 → 9	3 (5,08%)	10 (16,94%)	13 (23,03%)
9 → 12	0	4 (6,77%)	4 (6,77%)
MAIS DE 12 MÁXIMO DE 27	0	8 (13,55%)	8 (13,55%)
TOTAL	12 (20,33%)	47 (79,66%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO O TEMPO DE DOENÇA.

Pelos dados da tabela 7 verificamos que 50,14 % da amostra total de pacientes possuem entre três a nove a nos de doença; 18,64% possuem de um a três anos; 13,55% possuem mais de 12 anos de enfermidade, enquanto 11,86% apresentam menos de um ano. O máximo de anos de doença encontrado nesta amostra foi de 27.

A maior concentração do tempo de doença (27,11%) encontra-se entre três a seis anos, o que em termos de tempo transcorrido pode não representar muito, mas em termos do tempo a ser transcorrido, visto tratar-se de uma enfermidade crônica, que acomete indivíduos relativamente jovens (ver tabela 4), pode representar uma "via crucis" ao enfermo.

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO SEREM AGUDOS OU CRÔNICOS. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

SEXO AGUDOS OU CRÔNICOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
AGUDOS	0	4 (6,78%)	4 (6,78%)
CRÔNICOS	12 (20,33)	43 (72,88%)	55 (93,22%)
TOTAL	12 (20,33%)	47 (79,66%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO SEREM AGUDOS OU CRÔNICOS.

De acordo com os dados da tabela 8, visualizamos que apenas 6,78% da amostra é constituída de pacientes agu
dos, isto é, com menos de seis meses de evolução da Artrite Reumatóide; 93,22% dos enfermos tinham mais de seis meses de doença.

A maior incidência de casos crônicos de Artrite Reumatóide, nesta amostragem, pode se dever aos seguintes fa
tores:

a) É uma doença crônica, até o momento sem pos
sibilidades de cura (35,38,76,127,140), mas sim de controles
clínicos dos seus sintomas e sinais. A maioria destes enfermos, como vimos, vai acumulando anos de evolução de seus qua
dros.

b) A Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP é uma Instituição que recebe numerosos pacientes de cidades vizinhas, e até mesmo de outros Estados brasileiros; logo , estes doentes oriundos de outras regiões, procuram no iní
cio das manifestações, serviços médicos próximos de suas resi
dências, inclusive por dificuldades financeiras de se diri
girem a Centros maiores. Permanecem nestes serviços, por ve
zes um tempo relativamente longo, mesmo quando o tratamento não dá resultados muito satisfatórios, e só se deslocam para nosso ambulatório quando há complicações de seus quadros, ou pela tendência migratória de buscarem novas respostas aos seus questionamentos, quanto ao diagnóstico e tratamento.

c) Hã pacientes que no inĩcio da doença demoram a procurar o mĩdico, recorrendo ã auto-medicaçãõ, ou entãõ aos farmacẽuticos, massagistas, Centros espĩritas, etc...

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO SEREM AGUDOS OU CRÔNICOS, E TEREM SINTOMATOLOGIA DOLO ROSA OU NÃO NO MOMENTO DA PRIMEIRA ENTREVISTA, OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

AGUDOS OU CRÔNICOS DOR	AGUDOS	CRÔNICOS	TOTAL
SIM	1 (1,695%)	20 (33,898%)	21 (35,593%)
NÃO	3 (5,084)	35 (59,322%)	38 (64,406%)
TOTAL	4 (6,78%)	55 (93,22%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO SEREM AGUDOS OU CRÔNICOS E TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO DURANTE A PRIMEIRA ENTREVISTA.

Verificamos na leitura dos dados da tabela 9 que dos quatro pacientes agudos (6,78% da amostra), apenas um (1,695%) apresentava sintomas dolorosos, de média ou forte intensidade, durante a primeira entrevista. Os três enfermos restantes não queixavam-se de dores.

Dos pacientes crônicos (93,22% do total), 20 enfermos (33,898%) mostravam-se com sintomas dolorosos de média ou forte intensidade, enquanto os 35 restantes estavam assintomáticos.

Do total da população estudada, portanto, 21 indivíduos (35,59%) apresentavam dores, e 38 (64,41%) não queixavam-se de sintomas dolorosos.

T A B E L A 10

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA , ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984 , SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, E SEREM FATOR REUMATÓIDE (F.R.) POSITIVOS OU NEGATIVOS. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

DOR F.R.	NEGATIVO	POSITIVO	TOTAL
NÃO	12 (20,34%)	26 (44,07%)	38 (64,41%)
SIM	13 (22,03%)	8 (13,56%)	21 (35,59%)
TOTAL	25 (42,37%)	34 (57,63%)	59 (100%)

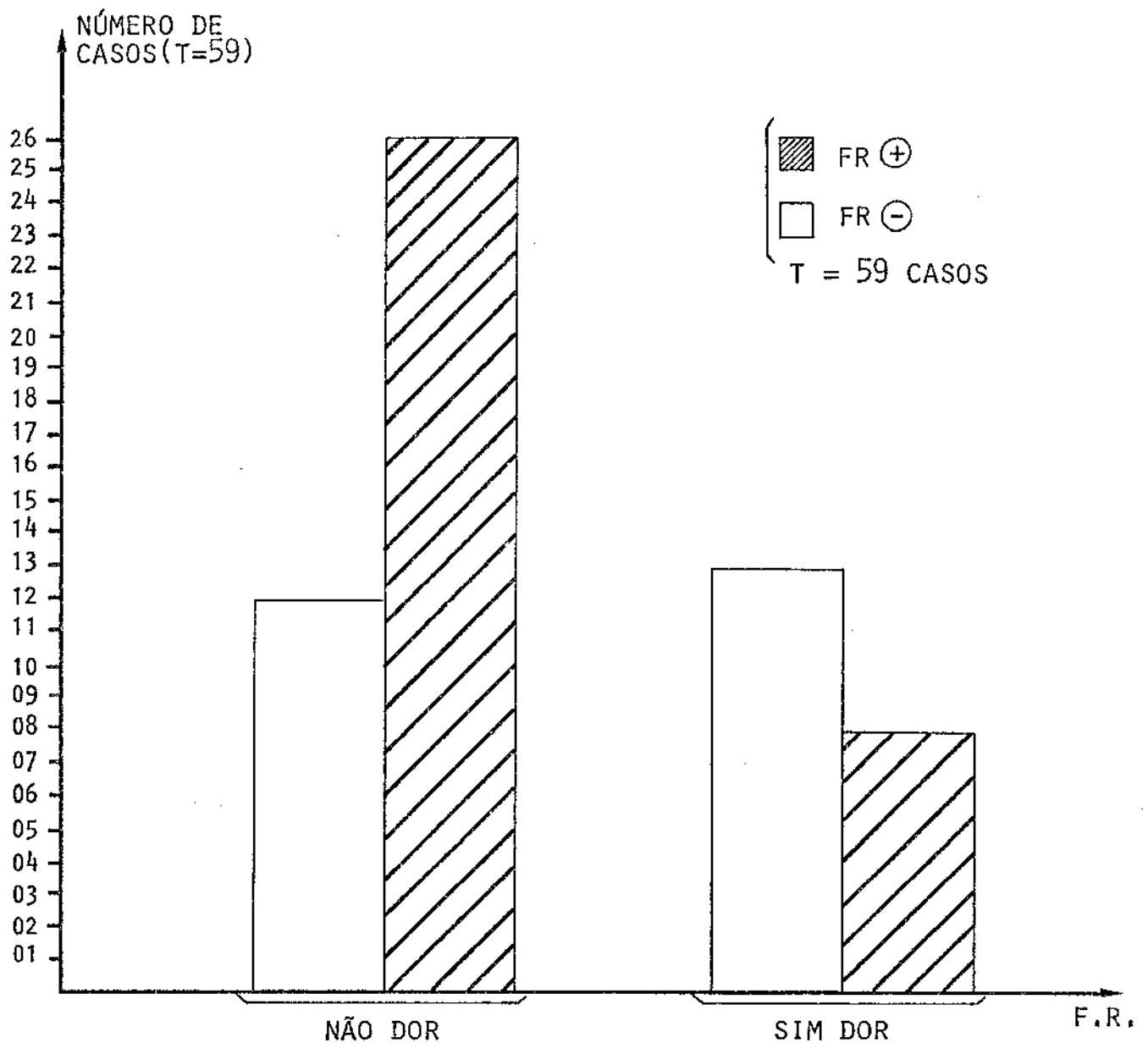


FIG.1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO E SEREM F.R. POSITIVOS OU NEGATIVOS.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO
E SEREM "FATOR REUMATÓIDE" POSITIVOS OU NEGATIVOS.

De acordo com os dados da tabela 10, e figura 1 ;
verificamos que dos 21 pacientes que manifestavam sintomas dolorosos de
média e forte intensidade (35,59% da amostra total), 13 pa
cientes (22,03%) eram F.R. negativos e oito pacientes (13,56%)
eram F.R. positivos.

Dos 38 pacientes (64,41%) que não manifestavam
dores durante a primeira entrevista, 12 (20,34%) eram F.R.
negativos e 26 (44,07%) eram F.R. positivos.

Analisando estatisticamente as diferenças entre
as variáveis dor e fator reumatóide pelo teste do χ^2 (14,
21), obtivemos os seguintes resultados:

$\chi^2 = 5,095$ para 1 grau de liberdade (G.L.) ,
sendo o α (nível de significância do teste) igual a
0,0240; logo, a dor está significativamente associada ao F.R.
negativo. Com isto observamos o seguinte: "há um número es
tatisticamente (e significativamente) maior de enfermos com
F.R. negativos no grupo dos elementos que se queixavam de
dores, quando comparados com os pacientes sem sintomas dolo
rosos, assim como há um número maior de F.R. positivos no
grupo de pacientes sem sintomas dolorosos.

Um fator importante a ressaltar, é que no gru
po dos pacientes com sintomas dolorosos encontramos em mais
de 80% dos casos, uma não melhora com o tratamento usual em
pregado nas terapêuticas da Artrite Reumatóide. Portanto ,

a dor daqueles pacientes não era um processo momentâneo, de curta duração: ela era, em geral, crônica. Neste grupo encontram-se também aqueles pacientes com histórias de vida , (anteriores à doença, e também mais recentes), altamente conflituosas, quando comparadas às histórias de vida dos pacientes do grupo sem dor, e que vinham obtendo melhora estável com a terapêutica empregada. Estes pacientes do grupo com sintomas dolorosos mostram-se sensivelmente mais desestruturados face à doença, assim como encontram-se sem ajuda de "suportes sociais" (da família, dos amigos) nestes momentos difíceis (ver anamneses).

Encontram-se também no grupo dos pacientes com sintomas dolorosos, aqueles avaliados pelos médicos assistentes como tendo piores evoluções: sete do total dos oito considerados graves, e cinco do total dos 15 considerados moderados (ver tabela e discussão 19).

Indo de encontro a esta constatação, há trabalhos que citam os pacientes com F.R. negativos como sendo os mais ricos em distúrbios psicogênicos (58,140,156). Os pesquisadores que evidenciaram isto correlacionam a Artrite Reumatóide F.R. positiva à causas hereditárias, enquanto os F.R. negativos teriam sua etiologia e/ou desencadeantes mais fundamentados em causas psicológicas (58,156). Contra argumentando, existem autores que acham que os testes imunológicos efetuados para detectarem o Fator Reumatóide são ainda imprecisos, e detectam apenas os anticorpos Ig M, podendo os F.R. negativos serem do tipo Ig A, ou Ig G, (139) , etc...

Na falta de dados científicos mais precisos e

comprovados, acho importante dizer que havendo ou não dados positivos de uma participação imunológica nos dois grupos, este fato não anula a participação de fatores emocionais nas causas e/ou no agravamento da doença, havendo indivíduos mais sensíveis a estes conflitos afetivo-emocionais do que outros. Nesse trabalho em particular, os pacientes do grupo com sintomas dolorosos (em que há maior concentração de indivíduos F.R. negativos), parecem confirmar este parecer dito acima.

QUADRO 1

DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS, DO DESVIO PADRÃO DESTES, DO TESTE "T" DE STUDENT E DO " α " (NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DO TESTE) (21) ENCONTRADOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO" (18,105) NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M.-UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SINTOMAS DOLOROSOS OU NÃO.

BECK	MÉDIA DE PONTOS	DESVIO PADRÃO	TESTE "T"	α	SIGNIFICANTE
NÃO DOR	9,184	5,569	T=-7,223		
				0,0001	SIM
SIM DOR	21,381	7,249	GL= 57		

T A B E L A 11

DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS (13,14,21) ENCONTRADAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO" NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SINTOMAS DOLOROSOS OU NÃO, E SEREM F.R. POSITIVOS OU NEGATIVOS.

DOR	F.R.	ESCALA DE BECK (MÉDIA DE PONTOS)
NÃO	NEGATIVO	10,00
NÃO	POSITIVO	8,807
SIM	NEGATIVO	21,076
SIM	POSITIVO	21,875

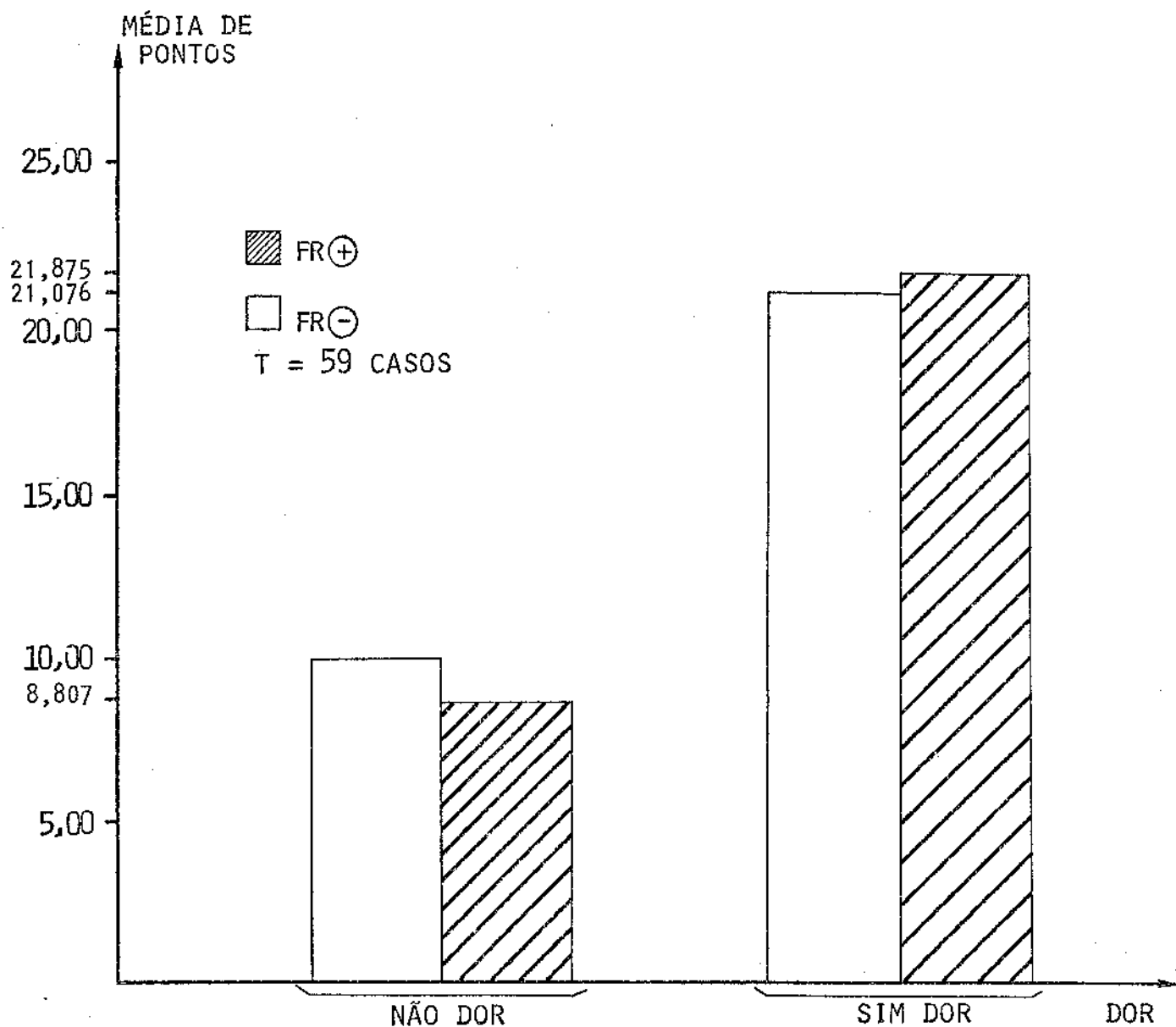


FIG.2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS MÉDIAS DE PONTOS ENCONTRADAS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO" NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, E SEREM F.R. POSITIVOS OU NEGATIVOS.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS OBTIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO" (18,105), SE GUNDO OS PACIENTES TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, E SEREM F.R. POSITIVOS OU NEGATIVOS.

De acordo com os dados do quadro 1, verificamos que a média de pontos obtida através da aplicação da "Escala de Beck para depressão" (ver anexo 4) nos 38 pacientes sem sintomas dolorosos foi de 9,184 (o máximo possível de pontos nesta escala é de 62); o desvio padrão dos pontos neste mesmo grupo foi de 5,569.

No grupo dos 21 pacientes que apresentavam sintomatologia dolorosa, a média de pontos obtida foi de 21,381, com desvio padrão de 7,249.

Aplicando-se o teste "T" de Student para analisar as diferenças nas médias de pontos dos dois grupos, encontramos $T = -7,223$ para 57 graus de liberdade, sendo o d igual a 0,0001, isto é, "há uma diferença nas médias altamente significativa": o grupo com sintomas dolorosos mostra-se significativamente mais deprimido do que o grupo sem sintomas dolorosos, pelos pontos obtidos na Escala de Beck.

Analisando-se a tabela 11 e a figura 2, constatamos que entre os pacientes que não tinham sintomas dolorosos e eram F.R. negativos, a média de pontos da Escala de Beck foi de 10,000; neste mesmo grupo, no caso dos pacientes serem F.R. positivos, a média de pontos foi de 8,807.

No grupo dos pacientes com sintomas dolorosos e F.R. negativos, a média de pontos da Escala de Beck para

depressão foi de 21,076, enquanto que os F.R. positivos apresentaram uma média de 21,875. Logo, de acordo com estes dados constatamos que a média de pontos de sintomas depressivos se alterava significativamente pela presença do fator dor, e não pela do F.R. Estes dados ratificam as observações feitas em outros trabalhos realizados anteriormente, em que altos índices de depressão foram descritos em pacientes com sintomas dolorosos, particularmente entre os artríticos (17, 107, 112, 123, 126, 129, 130, 161, 162, 166).

T A B E L A 12

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M.-UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, E TEREM DEPRESSÃO AUSENTE OU PRESENTE DE ACORDO COM O NÚMERO DE PONTOS OBTIDOS PELA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO. (18,105). OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS, QUE É 100%.

ESCALA DE BECK (PONTOS)	DOR		TOTAL
	SIM	NÃO	
DEPRESSÃO AUSENTE 0 — 18	5 (12,5%)	35 (87,5%)	40 (100%)
DEPRESSÃO PRESENTE 18 — 62	16 (84,2%)	3 (15,8%)	19 (100%)
TOTAL	21 (35,59%)	38 (64,41%)	59 (100%)

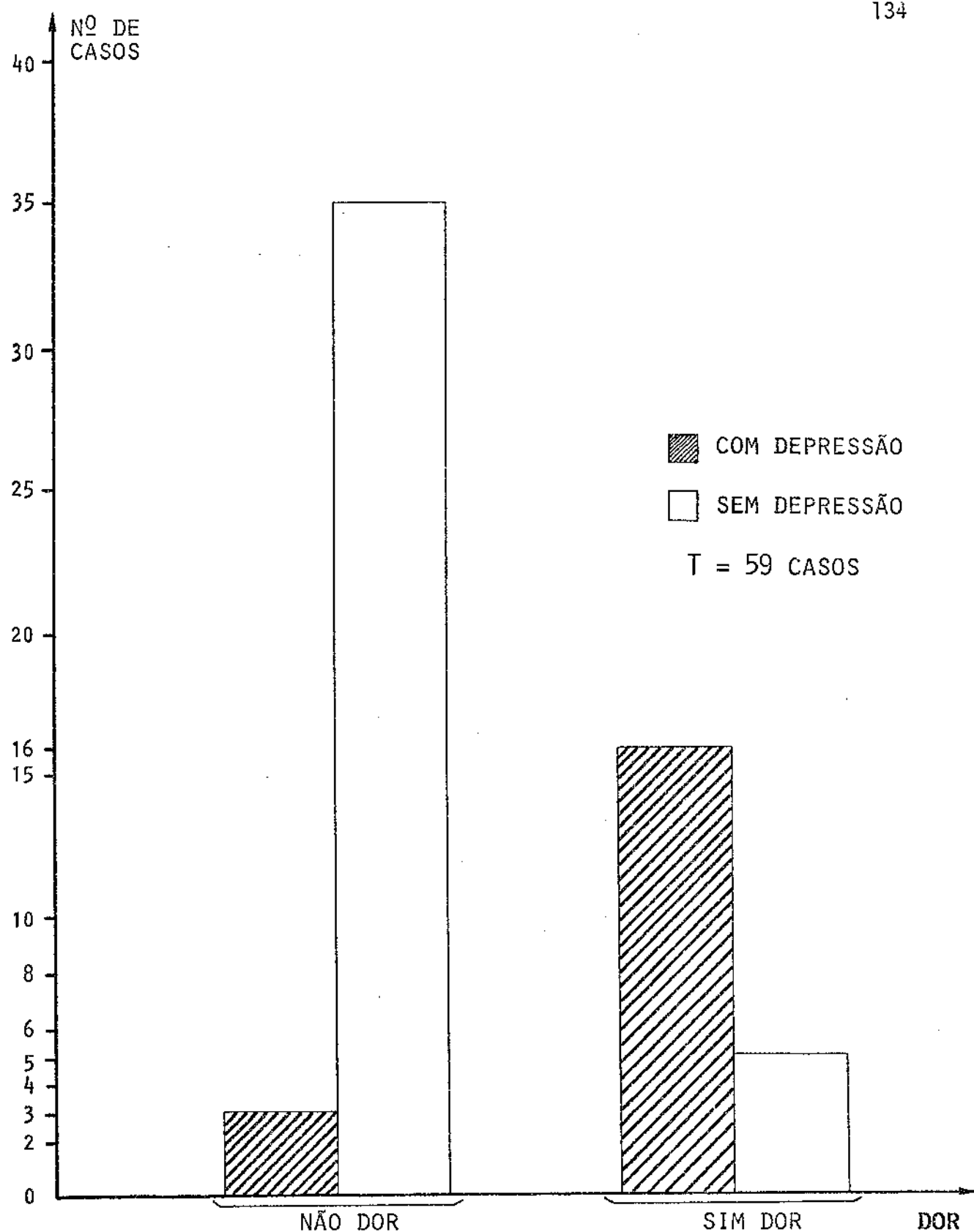


FIG.3 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, SE GUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO E TEREM DEPRESSÃO AUSENTE OU PRESENTE PELA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK.

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, E TEREM DEPRESSÃO AUSENTE, MODERADA OU GRAVE PELO CRITÉRIO ESTABELECIDO NO TRABALHO DE MATOS E KARNIOL (105), PARA OS PONTOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS QUE É 100%.

ESCALA DE BECK (PONTOS)	DOR		TOTAL
	SIM	NÃO	
0 —→ 18 (DEPRESSÃO AUSENTE)	5 (12,5%)	35 (87,5%)	40 (100%)
18 —→ 25 (DEPRESSÃO MODERADA)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	13 (100%)
25 —→ 62 (DEPRESSÃO GRAVE)	6 (100%)	0	6 (100%)
TOTAL	21 (35,60%)	38 (64,40%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS PONTOS OBTIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO, SEGUNDO OS PACIENTES TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO.

De acordo com a visualização dos dados da tabela 12, e figura 3, constatamos que 40 pacientes (67,80% da amostra total) não apresentavam sintomas depressivos através do número de pontos obtidos quando da aplicação da "Escala de Beck para depressão" (valores totais dos pontos entre 0—18; destes, cinco enfermos (12,5% dos 40) apresentavam sintomas dolorosos e 35 (87,5% dos 40) não manifestavam dores durante a primeira entrevista.

Dezenove pacientes (32,20% da amostra total) manifestavam a presença de sintomas depressivos, isto é, o número total de pontos obtidos pela Escala de Beck era igual ou maior que 18. Dentre estes pacientes, 16 (84,2% dos 19) manifestavam dores durante a entrevista, e três (15,8% dos 19) não apresentavam sintomas dolorosos; logo, a dor parece ser um elemento importante e decisivo na presença clara de sintomas depressivos nestes enfermos, visto que analisando estatisticamente as diferenças dos pontos obtidos nos dois grupos: os com sintomas dolorosos e os sem sintomas dolorosos, o χ^2 é igual a 28,895 para G.L. = 1, sendo o α menor que 0,0001. Sendo assim, interpretamos que os pontos positivos obtidos na escala de Beck para depressão estão fortemente associados à dor.

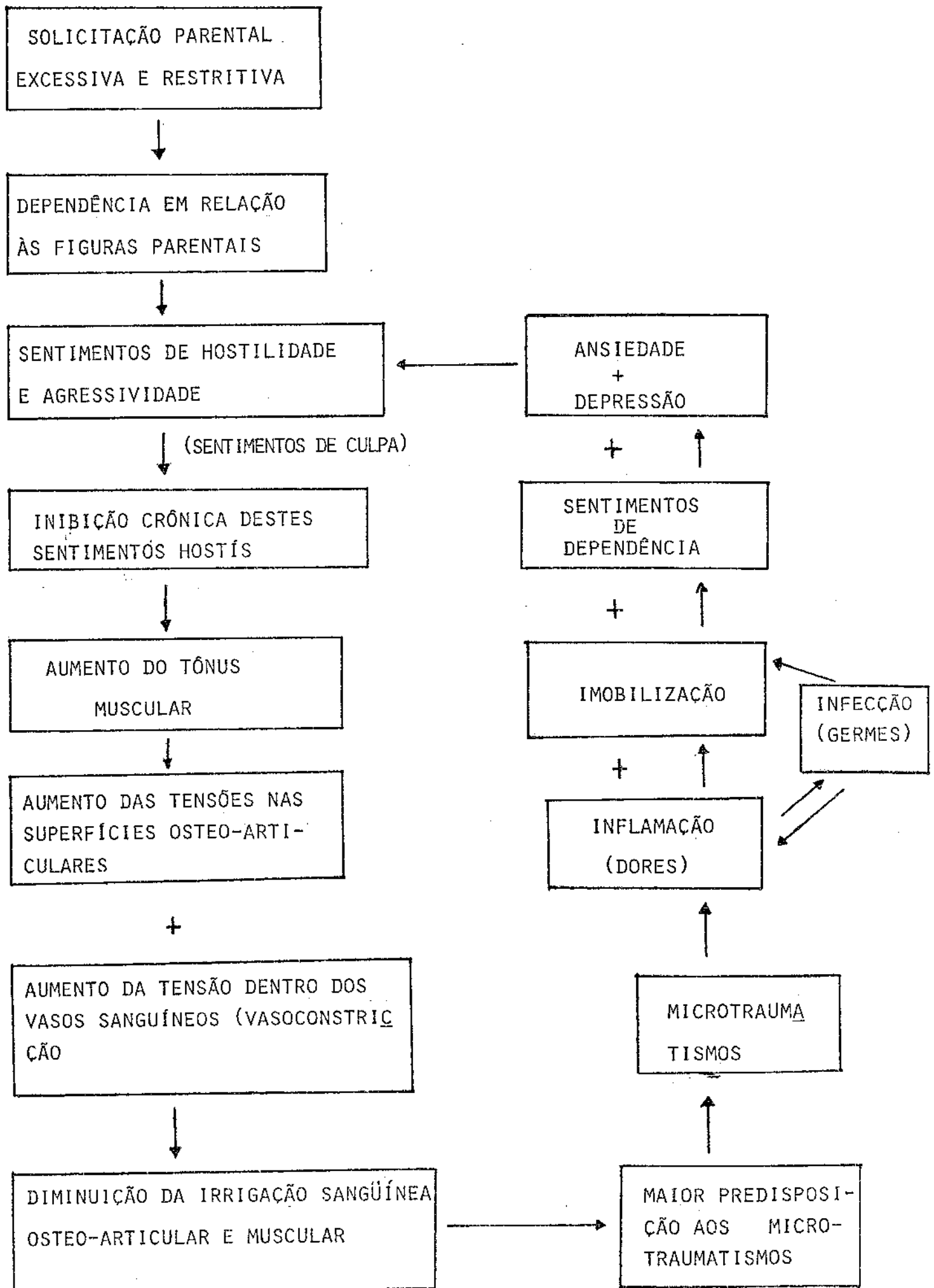
Não podemos, no entanto, deixar de frisar que os pacientes com sintomas dolorosos apresentam uma maior concentração de dificuldades de vida, anteriores e posteriores à

doença, quando comparados com aqueles que vêm obtendo melhores evoluções clínicas. Em virtude disto é que somos também partidários de que existe um "Ciclo Vicioso de Sofrimento " (58) nesta doença. (Ver página seguinte).

É necessário também salientar, que o nível de corte no número de pontos que evidenciam depressão ausente ou presente, foi baseado em estudos feitos em nosso meio por outros pesquisadores como MATOS e KARNIOL (105), que fizeram correlações dos dados obtidos na avaliação clínica da depressão de inúmeros pacientes, com a avaliação do número de pontos obtidos na aplicação da Escala de Beck para depressão.

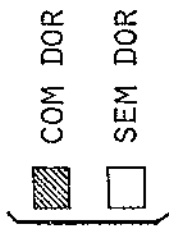
Em nosso critério evitamos falar em depressão leve, moderada e grave, devido a variabilidade no número de pontos obtidos nesta escala ser muito grande, em nossa amostragem, e assim sendo, a possibilidade de erros nesta subclassificação ser maior ainda. Caso seguissemos os mesmos critérios aceitos pelos dois pesquisadores citados acima (105), classificaríamos nossos pacientes, conforme mostra a tabela 13, em: 40 (67,80% do total) estariam sem sintomas depressivos (pontos entre 0 — 18); 13 (22,03%) teriam depressão moderada (pontos entre 18 — 25) e seis (10,17%) teriam depressão grave, isto é, número de pontos maior que 25. Estes seis pacientes estariam no grupo daqueles com sintomas dolorosos.

ESQUEMA RESUMIDO DO CICLO PSICO FÍSICO DAS DOENÇAS
REUMÁTICAS (PARTICULARMENTE DA A.R.)



DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS, DO DESVIO PADRÃO, DO TESTE "T" DE STUDENT E DO α (NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DO TESTE) (13,14,21) ENCONTRADOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE" (61) NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SINTOMAS DOLOROSOS OU NÃO.

TRAÇOS	FREQÜÊNCIA	MÉDIA DE PONTOS	DESVIO PADRÃO	TESTE "T"	α	SIGNIFICÂNCIA
ANSIEDADE						
NÃO DOR	38	5,395	1,586	T= -3,6516	0,0006	SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	6,857	1,236	D.F. = 57		
DEPRESSÃO						
NÃO DOR	38	1,474	1,767	T= -7,5666	0,0001	SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	5,428	2,181	D.F. = 57		
COMBATIVIDADE						
NÃO DOR	38	2,6842	1,802	T= -1,1936	0,2376	NÃO SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	3,238	1,513	D.F. = 57		
DESAJUSTES DE PERSONALIDADE						
NÃO DOR	38	0,0789	0,358	T= -0,1764	0,861	NÃO SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	0,0952	0,300	D.F. = 57		
SOMATIZAÇÃO						
NÃO DOR	38	2,842	1,569	T= -4,1115	0,001	SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	4,619	1,627	G.L. = 57		
INTROJECCÃO						
NÃO DOR	38	2,737	0,921	T= -2,130	0,042	SIGNIFICANTE
SIM DOR	21	3,476	1,436	G.L. = 29,3		



MÉDIA DE PONTOS
(ESCALA DE T.E. DE
C. DE AGRESSIVIDADE)

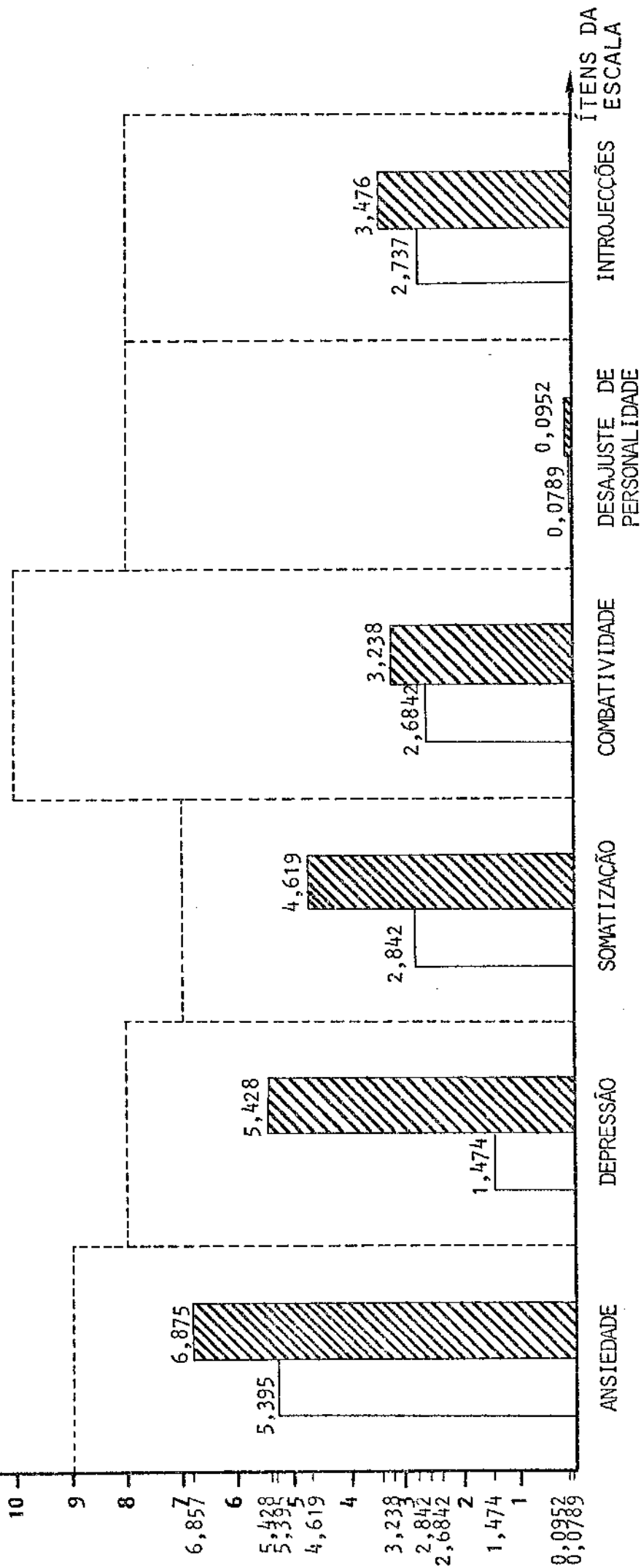


FIG.4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS MÉDIAS DE PONTOS OBTIDOS NA APLICAÇÃO DA "ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE", NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, SEGUNDO TEREM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS DE PONTOS OBTIDAS NA APLICAÇÃO DA ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE (61), EM PACIENTES COM SINTOMAS DOLOROSOS OU NÃO.

De acordo com os dados do Quadro 2 e Figura 4, verificamos que para o ítem I (Ansiedade) da "Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade" (ver anexo 3) a média de pontos obtida pelos 38 pacientes (64,40% da amostra total) sem sintomas dolorosos foi de 5,395 (o máximo possível de pontos positivos é 9); o desvio padrão destes pontos foi de 1,586. No grupo dos 21 pacientes (35,60% da amostra total) com sintomas dolorosos, a média de pontos obtida foi de 6,857, e o desvio padrão de 1,236. Analisando estatisticamente a diferença de pontos obtida entre estes dois grupos pelo teste "T" de Student (13,14,21), obtivemos como resultados: $T = -3,6516$, para G.L. = 57, sendo o $\alpha = 0,0006$; logo, a diferença é estatisticamente significativa, embora possamos constatar nos dois grupos níveis de moderados para graves de ansiedade.

No ítem II (Depressão) observamos que no grupo de pacientes sem sintomas dolorosos, a média de pontos obtida foi de 1,474, sendo o desvio padrão de 1,767 (o máximo possível de pontos positivos é 8). No grupo de pacientes com sintomas dolorosos a média obtida foi de 5,428 pontos, e o desvio padrão de 2,181. Aplicando-se o teste "T" de "Student", o mesmo revelou os seguintes resultados: $T = -7,5666$ para G.L. = 57, sendo o α igual a 0,0001, isto é, a diferença de pontos obtidos entre os dois grupos é altamente significativa, o que demonstra que os pacientes com sintomas dolorosos

encontram-se francamente deprimidos (depressão de moderada à grave) quando comparados com os sem sintomas dolorosos. Portanto, a depressão encontrada nestes pacientes é mesclada com forte conteúdo ansioso.

No ítem III (Combatividade) verificamos que entre os 38 pacientes sem sintomas dolorosos, a média de pontos obtida foi de 2,6842, com um desvio padrão de 1,802 (o número máximo possível de pontos positivos neste ítem é 10); entre os 21 pacientes com sintomas dolorosos a média de pontos foi de 3,238, com um desvio padrão de 1,513. De acordo com o teste "T" de Student, a diferença das médias de pontos obtidos nestes dois grupos não é significativa ($T = -1,1936$ para G.L. = 57, sendo o $\alpha = 0,2376$), o que denota que tanto os pacientes com sintomas dolorosos, como os sem sintomas dolorosos, exteriorizam muito pouco suas agressividades, ou praticamente não as exteriorizam, se tomarmos por base que as respostas positivas neste subítem foram obtidas basicamente às custas de "guardarem ressentimentos e despeito", e de apresentarem "tensão muscular".

Com relação ao ítem IV (Desajustes de Personalidade), observamos que a média de pontos no grupo de pacientes sem sintomas dolorosos é de 0,0789, com um desvio padrão de 0,358 (o número máximo de pontos positivos neste ítem é de 8); no grupo de pacientes com sintomas dolorosos a média de pontos é de 0,0952, sendo o desvio padrão de 0,300. Aplicando-se o teste "T" de Student para analisarmos estatisticamente as diferenças de pontos nos dois grupos, encontramos $T = -0,1764$ para G.L. = 57, sendo o $\alpha = 0,861$, isto é, não é significativa. Observamos claramente, pelas médias de pontos

obtidas, que a agressividade destes pacientes não se relaciona com Desajustes de Personalidade.

No ítem V (Somatização) verificamos que a média de pontos obtida no grupo de pacientes sem sintomas dolorosos é de 2,842, com um desvio padrão de 1,569 (o número máximo possível de pontos positivos é de 7); entre os pacientes com sintomas dolorosos encontramos uma média de 4,619, com um desvio padrão de 1,627. Aplicando-se o teste "T" de Student, obtivemos os seguintes resultados: $T = -4,1115$ para G.L. = 57, sendo o $\alpha = 0,001$, isto é, a diferença em relação a média de pontos obtida nos dois grupos é significante. Verificamos através destes resultados, que o grupo com sintomas dolorosos estava somatizando muito mais do que o grupo sem sintomas dolorosos.

Para finalizar, no ítem VI (Introjecção de agressividade) verificamos que no grupo de pacientes sem sintomas dolorosos a média de pontos obtida foi de 2,737, com um desvio padrão de 0,921 (o número máximo de pontos positivos é 8); entre os pacientes com sintomas dolorosos a média foi de 3,476, com um desvio padrão de 1,436. Analisando estatisticamente a diferença das médias nos dois grupos obtivemos $T = -2,130$ para G.L. = 29,3, sendo o $\alpha = 0,042$, isto é, ela é fracamente significante. Isto denota que nos dois grupos encontramos uma introjecção de agressividade que vai de leve para moderada, se compararmos em relação ao níveis de pontos obtidos na população de neuróticos depressivos, (ver anexo 6) tendo sido as respostas positivas devidas principalmente a apresentarem "episódios de excesso de servilidades e cerimoniais", "tendência a se ligarem viscosamente

às pessoas" e, "terem sonhos de violência e de destruição".

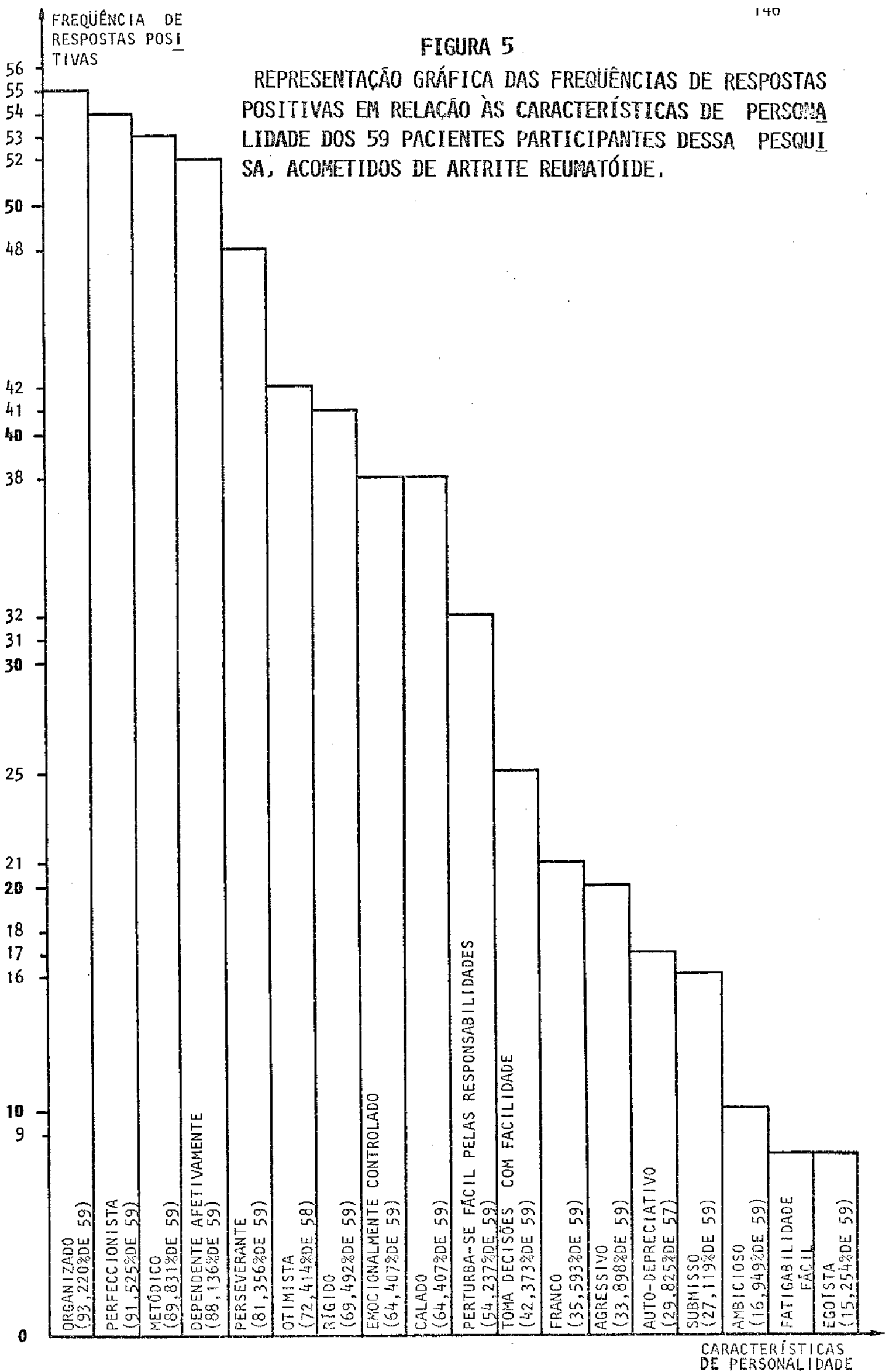
T A B E L A 14

DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS POSITIVAS DE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PACIENTES QUE RESPONDERAM AS QUESTÕES REFERIDAS.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM	TOTAL DE PACIENTES QUE RESPONDERAM
DEPENDENTE AFETIVAMENTE	52	(88,136%)	59
ORGANIZADO	55	(93,220%)	59
AGRESSIVO	20	(33,898%)	59
AMBICIOSO	10	(16,949%)	59
AUTO-DEPRECIATIVO	17	(29,825%)	57
OTIMISTA	42	(72,414%)	58
SUBMISSO	16	(27,119%)	59
METÓDICO	53	(89,831%)	59
PERFECCIONISTA	54	(91,525%)	59
RÍGIDO	41	(69,492%)	59
PERSEVERANTE	48	(81,356%)	59
FATIGABILIDADE FÁCIL	9	(15,254%)	59
EMOCIONALMENTE CONTROLADO	38	(64,407%)	59
CALADO	38	(64,407%)	59
TOMA DECISÕES C/FACILIDADE	25	(42,373%)	59
PERTURBA-SE FÁCIL PELAS RESPONSABILIDADES	32	(54,237%)	59
EGOÍSTA	9	(15,254%)	59
FRANCO	21	(35,593%)	59

FIGURA 5

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS POSITIVAS EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE.



QUADRO 4 B

DISTRIBUIÇÃO DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE KENDALL (R) (E DO NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA (α) DESTAS CORRELAÇÕES) DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984.

	DEPENDENTE AFETIVAMENTE	ORGANIZADO	AGRESSIVO	AMBICIOSO	AUTO DEPRECIATIVO	OTIMISTA	SUBMISSO	METÓDICO	PERFECCIONISTA	RÍGIDO	PERSEVERANTE	FATIGABILIDADE FÁCIL
CALADO	R= 0,0556 = 0,6716	R= 0,22196 = 0,0910	R= -0,2154 = 0,1008	R= 0,1359 = 0,3006	R= 0,0775 = 0,5618	R= -0,1439 = 0,2772	R= 0,0553 = 0,6735	R= 0,2183 = 0,0963	R= 0,0280 = 0,8311	R= 0,0456 = 0,7283	R= 0,08315 = 0,5264	R= 0,02003 = 0,8788
TOMA DECISÕES COM FACILIDADE	-0,2157 0,1004	0,0948 0,4703	0,2554 0,0517	-0,02169 0,8688	-0,1453 0,2767	0,2052 0,1212	-0,4459 0,0007	0,06155 0,6392	R= 0,01461 0,9114	R= 0,04672 0,7220	R= -0,0298 0,8201	R= 0,01779 0,8123
PERTURBA-SE FÁCIL PELAS RESPONSABILIDADES	0,08381 0,5233	-0,2477 0,0592	0,01096 0,9335	-0,0384 0,7698	0,2890 0,0305	0,1120 0,3978	0,1776 0,1760	-0,1965 0,1345	-0,1573 0,2308	0,05635 0,6678	-0,1776 0,1760	0,2004 0,1268
EGOÍSTA	-0,1358 0,3007	-0,0731 0,5777	0,3932 0,0027	0,3109 0,0179	-0,0426 0,7498	0,1350 0,3080	-0,1527 0,2447	-0,0132 0,9198	0,1291 0,3255	0,0763 0,5609	0,08206 0,5320	0,0322 0,5312
FRANCO	-0,27461 0,0365	0,20048 0,1268	0,4398 0,0008	0,04158 0,7515	-0,1578 0,2374	0,28546 0,0312	-0,2145 0,1022	0,1330 0,3111	0,2262 0,0849	0,4925 0,0002	0,2649 0,043	-0,0200 0,8788

DISTRIBUIÇÃO DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE KENDALL (R) (E DO NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA (α) DESTAS CORRELAÇÕES) DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984.

	EMOCIONALMENTE CONTROLADO	CALADO	TOMA DECISÕES COM FACILIDADE	PERTURBA-SE FÁ- CIL PELAS RES- PONSABILIDADES	EGOÍSTA	FRANCO
DEPENDENTE AFETIVAMENTE	R= 0,16513 = 0,2085	R= 0,05566 = 0,6716	R= - 0,2157 = 0,1004	R= 0,0838 = 0,5233	R=-0,1359 = 0,3007	R= - 0,2746 = 0,0365
ORGANIZADO	-0,05967 0,6495	0,22196 0,0910	0,09481 0,4703	0,24772 0,0592	- 0,0731 0,5777	0,20048 0,1268
AGRESSIVO	-0,58939 0,0000	- 0,21548 0,1008	0,2554 0,0517	0,01096 0,9335	0,3932 0,0027	0,43983 0,0008
AMBICIOSO	-0,13593 0,3006	-0,13593 0,3006	-0,02169 0,8688	-0,05642 0,7698	0,3109 0,0179	0,0415 0,7515
AUTO DEPRECIATIVO	0,07753 0,5618	0,0775 0,5618	- 0,1453 0,2767	0,28906 0,0305	- 0,042 0,7498	- 0,1578 0,2374
OTIMISTA	-0,20430 0,1230	-0,14393 0,2772	0,2052 0,1212	-0,11200 0,3978	0,13502 0,3080	-0,2854 0,0312
SUBMISSO	0,21459 0,1022	0,0553 0,6735	- 0,4459 0,0007	0,1776 0,1760	- 0,1527 0,2447	- 0,2145 0,1022
METÓDICO	-0,01588 0,9037	0,21836 0,0963	0,06155 0,6392	-0,1965 0,1345	-0,0132 0,9198	0,1330 0,3111
PERFECCIONISTA	-0,2262 0,0849	0,02801 0,8311	0,01461 0,9114	-0,15735 0,2308	0,12910 0,3255	0,2262 0,0849
RÍGIDO	-0,41568 0,0015	0,04561 0,7283	0,04672 0,7220	0,05635 0,6678	0,07635 0,5609	0,4925 0,0002
PERSEVERANTE	-0,26498 0,0436	-0,08319 0,5264	-0,02985 0,8201	-0,17767 0,1760	0,0820 0,5320	0,2649 0,0436
FATIGABILIDADE FÁCIL	0,02003 0,8788	0,02003 0,8788	0,01779 0,8923	0,20047 0,1268	0,0822 0,5312	-0,0200 0,8788
EMOCIONALMENTE CONTROLADO	1,000 0,000	0,33459 0,0108	-0,29384 0,0252	-0,0433 0,7413	-0,2753 0,0360	-0,7042 0,0000
CALADO		1,000 0,000	-0,1505 0,2515	0,02770 0,8329	0,1184 0,3669	-0,1867 0,1550
TOMA DECISÕES COM FACILIDADE			1,000 0,000	-0,31390 0,0168	0,11318 0,3887	0,3654 0,0054
PERTURBA-SE FÁ- CIL PELAS RES- PONSABILIDADES				1,000 0,000	0,29509 0,0246	- 0,0987 0,4520
EGOÍSTA					1,000 0,000	0,2753 0,0360
FRANCO						1,000 0,000

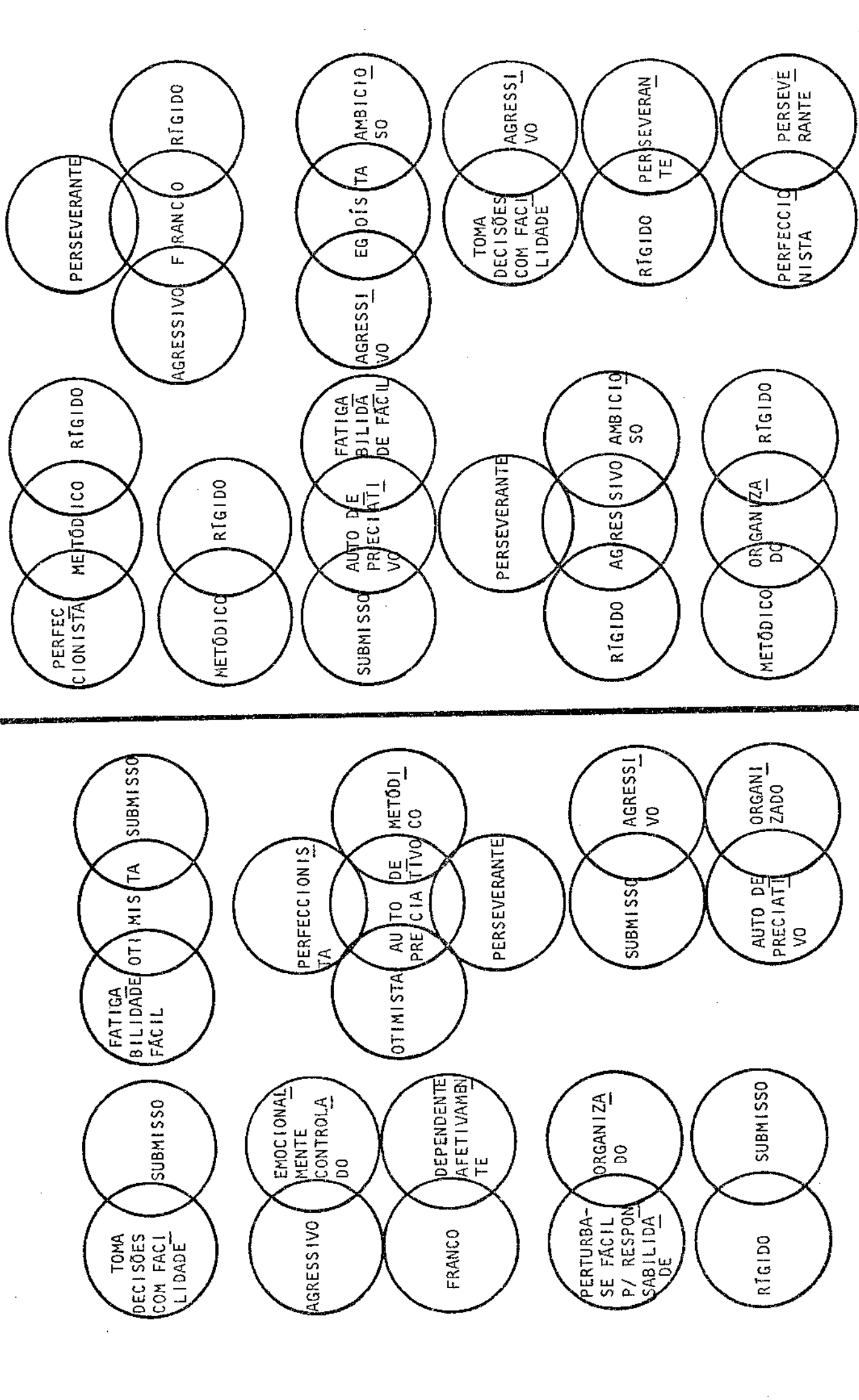


FIG. 6 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS CORRELAÇÕES POSITIVAS E NEGATIVAS ENTRE AS DIVERSAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE.

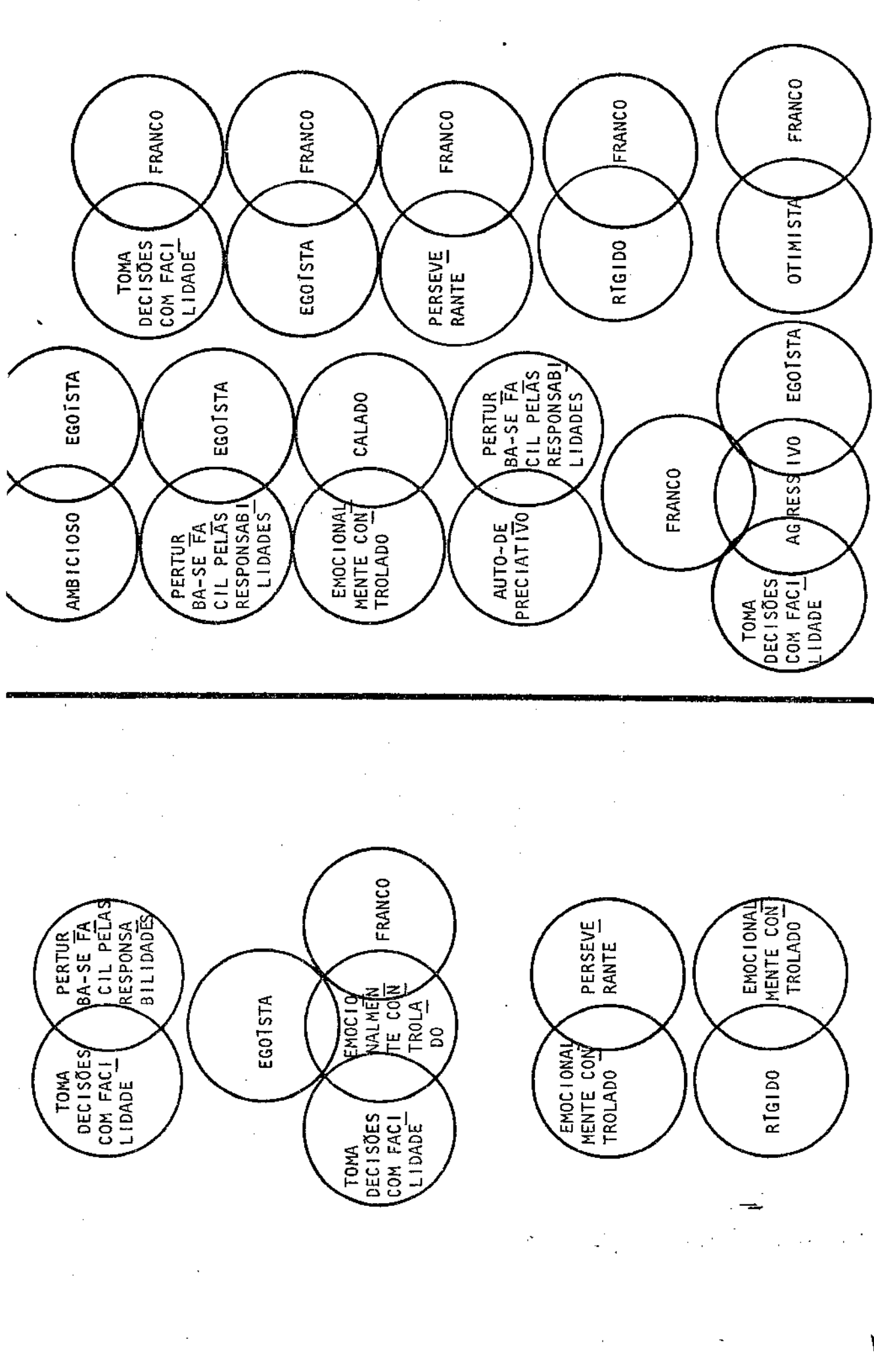


FIG.7-REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS CORRELAÇÕES POSITIVAS E NEGATIVAS ENTRE AS DIVERSAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE RESPOSTAS POSITIVAS EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE, E DOS REFERIDOS "COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE KENDAL" (21) ENTRE ESTAS.

De acordo com os dados da tabela 14 e Figura 5, verificamos que 52 pacientes (88,136% da amostra total) consideram-se dependentes afetivamente dos familiares e/ou de amigos. 55 enfermos (93,220%) responderam ser organizados em suas idéias e realizações, enquanto 53 pacientes (89,831%) disseram ser metódicos.

Uma porcentagem consideravelmente alta (81,356%) diz ser perseverante em suas atitudes e idéias, e 91,525% da amostra confessam-se perfeccionistas, sendo que apenas nove enfermos (15,254%) disseram cansar-se facilmente em suas atividades diárias.

41 pacientes (69,492%) responderam ser rígidos e inflexíveis em suas opiniões e decisões, e 16 mulheres (27,119% da amostra total) se confessam submissas nas relações com seus maridos.

Segundo MAYER-GROSS (99), as características relevantes do tipo de personalidade obsessiva são: rigidez, inflexibilidade, ordem (organização), disciplina, persistência (ou perseveração), perfeccionismo (ou precisão), controle das emoções, etc... Logo, de acordo com as pesquisas destes traços de "personalidade pré-mórbida" nestes pacientes, verificamos que pelas altas frequências das respostas positivas em relação a estes itens, podemos considerá-los como apresentando fortes componentes obsessivos de personalidade.

Analisando não apenas as frequências, mas também as correlações entre estas respostas, observamos os seguintes aspectos (ver Quadros 4a, 4b e 4c, e figuras 6 e 7):

Há fortes correlações positivas entre os indivíduos que se dizem organizados com as características metódicas, havendo também uma correlação positiva menos intensa dos organizados com a rigidez, isto é, quanto mais organizado for o indivíduo mais metódico ele é, assim como há tendências dele ser rígido. Há, por outro lado, uma correlação negativa entre os organizados com as características auto-depreciativas, isto é, quanto mais organizados forem estes indivíduos, menos auto-depreciativos eles são.

Os indivíduos agressivos estão correlacionados positivamente com as características rígidas, ambiciosas e perseverantes, e negativamente com as submissas: quanto mais agressivos se mostram estes indivíduos, mais rígidos, ambiciosos e perseverantes eles são. Em contraponto, quanto mais agressivos eles forem, menos submissos eles se mostram.

Os indivíduos que apresentam-se auto-depreciativos estão correlacionados positivamente às características de submissão e fatigabilidade fácil, e negativamente às características de otimismo, perfeccionismo, metodismo e perseverança.

Por sua vez, os otimistas estão negativamente correlacionados à submissão e à fatigabilidade fácil, isto é, quanto mais otimista for o indivíduo, menos submisso ele é, e menos facilmente ele se cansa.

As características de submissão estão correlacionadas negativamente à rigidez, sendo óbvio concluir que quanto mais submissos forem estes pacientes, menos rígidos eles são.

Os metódicos estão correlacionados positivamente às características de perfeccionismo e rigidez, enquanto que os perfeccionistas correlacionam-se positivamente com a perseverança, assim como os rígidos.

Os egoístas correlacionam-se positivamente às características de agressividade e ambição, sendo que os francos estão fortemente e positivamente correlacionados à agressividade e rigidez, e menos fortemente à perseverança. Os francos estavam também negativamente correlacionados à dependência afetiva, isto é, quanto mais francos menos dependentes eles se mostravam.

Os emocionalmente controlados se mostravam correlacionados positivamente às características de serem calados, e negativamente e fortemente à franqueza, e menos fortemente, porém negativamente, a tomarem decisões com facilidade e ao egoísmo.

Em todos estes dados estatísticos sobressaem fundamentalmente, as correlações positivas existentes entre as características de organização, metodismo, rigidez, perseverança, perfeccionismo, entre estes pacientes, o que vem reforçar a comprovação de que há características obsessivas na personalidade pré-mórbida destes enfermos, conforme já foi citado anteriormente em outros trabalhos (58,144).

QUADRO 3

DISTRIBUIÇÃO DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON (R) E DO NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA DESTE TESTE (α) (21) ENTRE OS DIVERSOS ÍTENS COMPONENTES DA "ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE" (61), APLICADA NOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984.

	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	COMBATIVIDADE	SOMATIZAÇÃO	INTROJECCÃO
DEPRESSÃO	R= 1,000 = 0,000	R=0,54928 =0,0001	R=0,40730 =0,0014	R=0,50692 =0,0001	R=0,41355 =0,0011
ANSIEDADE		1,0000 0,000	0,28180 0,0306	0,45842 0,0003	0,36205 0,0048
COMBATIVIDADE			1,000 0,000	0,15889 0,2294	0,19713 0,1345
SOMATIZAÇÃO				1,000 0,000	0,47457 0,0001
INTROJECCÃO					1,000 0,000

ANÁLISE DOS VALORES OBTIDOS NOS CÁLCULOS DE "COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON" (21) ENTRE OS DIVERSOS ÍTENS DA ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE (61).

Pelos dados do Quadro 3 observamos os diversos resultados dos cálculos dos "coeficientes de correlação de Pearson (R)" e dos respectivos níveis de significância do teste (α) para os diversos itens da "Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade", aplicada nos 59 pacientes participantes dessa pesquisa, independentes deles terem dores ou não, durante a entrevista. Foi excluído destes cálculos o item "Desajustes de Personalidade", por serem seus dados praticamente nulos nesta amostragem.

Verificamos que a Depressão está fortemente correlacionada à Ansiedade e à Somatização (excluídas todas as queixas orgânicas relacionadas com os efeitos colaterais provocados pelas medicações), e um pouco menos à Combatividade e à Introjecção. Através desses dados constatamos que quanto mais deprimido estava o indivíduo, mais ansioso ele se mostrava, e também com maior número de queixas de somatizações. Havia também nestes enfermos deprimidos e ansiosos, uma exteriorização maior da agressividade introjetada.

A Ansiedade, por sua vez, mostrava-se correlacionada mais fortemente à Somatização e à Introjecção de Sentimentos Agressivos, e mais fracamente correlacionada à Combatividade. Analisando estes dados, concluímos que quanto mais ansiosos estivessem estes indivíduos, maiores tensões eles passavam aos seus corpos, e portanto mais somatizavam, e mais raiva acumulavam dentro de si mesmos. Esta Ansiedade

estava muito pouco correlacionada à exteriorização dos sentimentos agressivos introjetados.

A Somatização, isto é, o aparecimento de sintomas somáticos, estava fortemente correlacionada à Introjecção de raiva, e de outros sentimentos agressivos e desagradáveis aos pacientes.

De uma forma geral, podemos resumir esquematicamente o que foi dito acima, no seguinte:

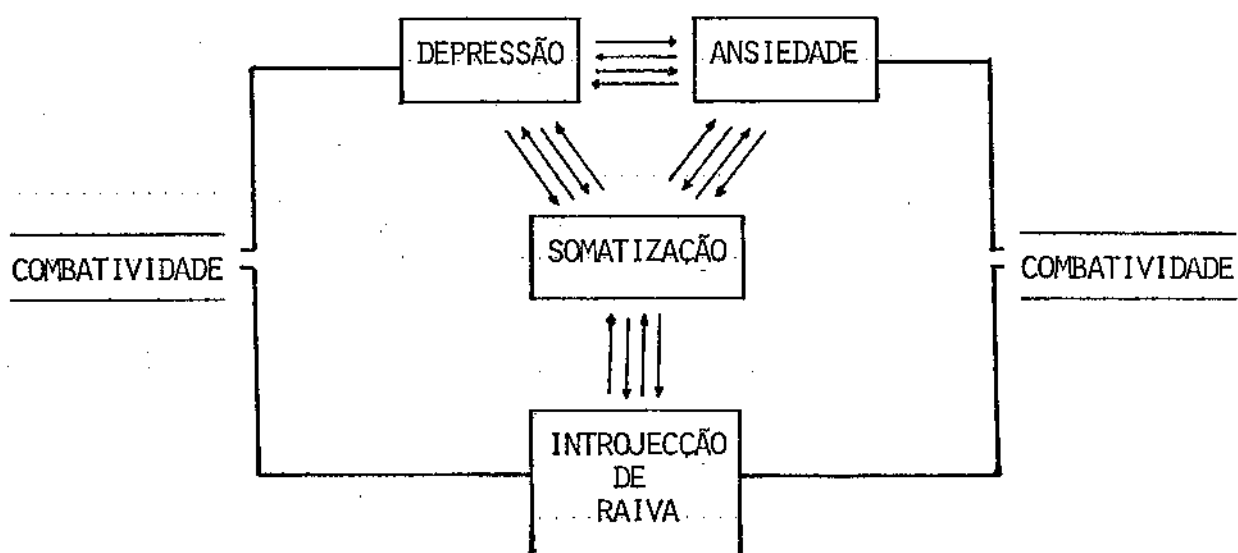


TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M., -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O HUMOR SER ALEGRE OU TRISTE ANTES E APÓS O APARECIMENTO DA A.R. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS, QUE É 100%.

ALEGRE OU TRISTE ANTES \ ALEGRE OU TRISTE APÓS A A.R.	ALEGRE	NEM ALEGRE NEM TRISTE	TRISTE	TOTAL
ALEGRE	11 (40,7%)	5 (18,5%)	11 (40,8%)	27 (100%)
NEM ALEGRE E NEM TRISTE	0	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)
TRISTE	0	1 (5%)	19 (95%)	20 (100%)
TOTAL	11 (18,64%)	16 (27,12%)	32 (54,24%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO O HUMOR SER ALEGRE OU TRISTE ANTES E
APÓS O APARECIMENTO DA A.R.

De acordo com os dados da tabela 15, observamos que no estudo da personalidade antes e após o aparecimento da Artrite Reumatóide, 27 enfermos (45,76% da amostra total) responderam que eram alegres antes da doença; 12 (20,34%) disseram que não eram nem alegres e nem tristes, e 20 (33,90%) responderam que eram tristes. É importante salientar que estas respostas estavam correlacionadas com a verbalização e explicação por parte do paciente, dos eventos de vida anteriores e posteriores à doença, que justificavam seus pareceres. Estes eventos estão relatados, em grande parte, nos resumos das anamneses. Dentre os 20 indivíduos que achavam que seu humor já era triste antes da doença, mais de 80% destes encontram-se entre aqueles com piores evoluções.

Após a ocorrência da Artrite Reumatóide, 11 enfermos (18,64% da amostra total) continuam dizendo-se alegres e não tão afetados pela presença da doença, ou de ou tros acontecimentos de vida; 16 (27,12%) dizem não se sentirem nem alegres e nem tristes, e 32 (54,24%) relatam sentirem-se tristes, motivados não são pelas repercussões da doença, mas também por conflitos familiares e/ou sócio-econômicos anteriores à esta, e que se agravaram com o aparecimen to da A.R.

Analisando estatisticamente as diferenças das respostas em relação ao estado anterior e posterior à

doença, verificamos um $\chi^2 = 41,522$ para 4 graus de liberdade, sendo $\alpha < 0,0001$ (13,14,21), isto é, o estado de humor alegre ou triste após o desencadeamento da Artrite Reumatóide está fortemente associado ao ser alegre ou triste ou, nem alegre e nem triste, antes da A.R. Observa-se que 95% dos indivíduos que se diziam tristes antes da doença, continuaram tristes (ou mais tristes) após, enquanto que somente 16,7% dos pacientes que se diziam nem alegres e nem tristes, ficaram mais tristes (ou tristes) após a A.R.

Logo, mediante estas observações e discussões, constatamos que não é só a doença que deixa o indivíduo triste, ou nem alegre e nem triste, mas também os acontecimentos de vida anteriores a ela. Se estes acontecimentos vividos já forem conflituosos, e o indivíduo já for melancólico, a tendência será haver uma piora no humor depressivo, com conseqüentes repercussões para a evolução da doença e para as inter-relações pessoais do enfermo.

T A B E L A 16

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O HUMOR SER CALMO OU TENSO ANTES E APÓS O APARECIMENTO DA A.R. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS, QUE É 100%.

CALMO OU TENSO ANTES / CALMO OU TENSO APÓS	CALMO	TENSO	TOTAL
CALMO	1 (6,67%)	14 (93,33%)	15 (100%)
NEM TENSO E NEM CALMO	0	2 (100%)	2 (100%)
TENSO	0	42 (100%)	42 (100%)
TOTAL	1 (1,69%)	58 (98,31%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DES
SA PESQUISA, SEGUNDO O HUMOR SER CALMO OU TENSO ANTES E APÓS
O APARECIMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE.

Visualizamos pelos dados da tabela 16, que 42 pa
cientes (71,19% da amostra total) já se diziam tensos antes
do aparecimento dos primeiros sintomas e sinais da Artrite
Reumatóide. Esta tensão, segundo dados das anamneses, esta
va ligada essencialmente às características de personali
de destes enfermos (ver discussão da tabela 14) e aos con
flitos existentes no seio familiar (desestruturações pes
soais e da família, crises sócio-econômicas, etc...). Estes
pacientes, em decorrência às suas características pessoais,
mostravam-se super-exigentes consigo mesmos e, bastante hi
perativos e preocupados. Esta "Ansiedade produtiva" fazia
-os manterem-se ocupados o tempo todo, até mesmo "para não
pensarem nos problemas", segundo verbalizações de alguns
(anamneses 2,24,25). 15 pacientes (25,42%) diziam-se cal
mos antes da A.R., e dois (3,39%) não se sentiam nem cal
mos e nem tensos.

Após a ocorrência da Artrite Reumatóide, 58 pa
cientes (98,31%) relatam ser tensos (ou mais tensos) por
uma série de fatores:

1) A doença é imprevisível quanto a sua evolu
ção: "há momentos em que mesmo tomando os remédios posso
piorar e ter dores"; "ela não marca hora, e quando ela tem
que vir ela vem mesmo, e judia muito..."

2) Há ansiedades provocadas por conflitos familia
res, principalmente conjugais, que se tornaram (ou são

sentidos) mais intensos com o aparecimento da doença;

3) Há preocupações, que geram tensões, em decorrência de gastos com remédios, com idas e vindas aos retornos médicos, etc..., o que sobrecarrega o tão minguado orçamento familiar.

4) Há tensões geradas pelas "perspectivas do futuro": "a doença rouba as forças, torna as pessoas dependentes afetivamente, e até mesmo "físicamente", de outros (muitos doentes relatam que quando têm dores necessitam ser carregados, lavados e, até mesmo penteados, por familiares e/ou amigos). Se estes enfermos têm com quem contar, as ansiedades são menores do que os que não têm (ou sentem que não terão...) etc...

Todos estes motivos são mais do que suficientes para explicarem que apenas um paciente (1,695% da amostra total) diz não estar tenso (ou mais tenso) com a doença.

Analisando estatisticamente as diferenças das respostas em relação a antes e após o aparecimento da A.R., obtivemos um $\chi^2 = 2,984$ para 2 graus de liberdade, sendo o $\alpha = 0,225$ (13,14,21), isto é, tenso ou calmo antes e após a doença não estão associados, pois qualquer que seja o estado em que se encontrava o indivíduo antes da A.R., ele ficou sempre tenso (ou mais tenso) após a mesma.

T A B E L A 17

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M., -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE CONFLITOS EMOCIONAIS TIDOS COMO IMPORTANTES E MARCANTES AOS PACIENTES, NOS 12 MESES QUE ANTE CEDERAM A DOENÇA REUMATÓIDE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA QUE É 100%.

CONFLITOS EMOCIONAIS NOS 12 MESES QUE ANTECEDEM A A.R.	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NÃO	19	(32,203%)
SIM	40	(67,797%)
TOTAL	59	(100%)

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O TIPO E DISCRIMINAÇÃO DOS CONFLITOS EMOCIONAIS TIDOS COMO IMPORTANTES E MARCANTES AOS PACIENTES, NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM A DOENÇA REUMATÓIDE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

TIPOS DE CONFLITOS EMOCIONAIS	DISCRIMINAÇÃO DESTES	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
PERDAS REAIS	MORTES	6	(22,03%)
	SEPARAÇÕES DEFINITIVAS (CONJUGAIS, MUDANÇAS, DESFAZER NOIVADO OU NAMORO)	7	
AMEAÇAS DE PERDA	AMEAÇAS DE MORTE (POR DOENÇAS, ACIDENTES)	2	(22,03%)
	AMEAÇAS DE SEPARAÇÕES DEFINITIVAS (BRIGAS CONJUGAIS FREQUENTES)	11	
OUTROS	CRISES SÓCIO-ECONÔMICAS SEVERAS	2	(10,17%)
	INTRIGAS, COM CALÚNIAS	1	
	CONFLITOS NO AMBIENTE DE TRABALHO	2	
	CONFLITOS FAMILIARES SEVEROS E FREQUENTES	1	
SOMATÓRIO DE FATORES	PERDA + CONFLITOS FAMILIARES SEVEROS	2	(13,56%)
	CRISE SÓCIO-ECONÔMICA + SOBRECARGA DE TRABALHO	1	
	PERDA + AMEAÇA DE PERDA	2	
	PERDA + SOBRECARGA DE TRABALHO	1	
	PERDA + CRISE SÓCIO-ECONÔMICA	1	
	AMEAÇA DE PERDA + CRISE SÓCIO-ECONÔMICA	1	
NÃO	-	19	(32,20%)
TOTAL		59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO A OCORRÊNCIA (E DISCRIMINAÇÃO) DOS CONFLITOS EMOCIONAIS, TIDOS COMO MARCANTES, NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM O APARECIMENTO DA A.R.

Pela observação dos dados da tabela 17, constatamos que 19 enfermos (32,20% da amostra total) não relatam a ocorrência de conflitos emocionais marcantes nos 12 meses que antecederam o aparecimento dos primeiros sintomas e sinais da Artrite Reumatóide; destes 19 pacientes, seis estavam no grupo dos com sintomas dolorosos, e 13 no grupo dos sem sintomas de dor.

Quarenta enfermos, isto é, 67,80% da amostra relatam a ocorrência de algum conflito emocional importante em suas vidas, no período citado: 15 destes estão no grupo dos pacientes com dores (71,42% dos 21) e 25 estão no grupo dos pacientes sem sintomas dolorosos (65,79% dos 38 enfermos). Maiores pormenores destas ocorrências estão ilustrados nas anamneses resumidas no anexo 1.

Pelos dados da tabela 18, verificamos que dos 40 pacientes que referiam ter conflitos emocionais importantes e marcantes nos 12 meses que antecederam suas doenças, 13 (32,5% dos 40) contavam que estes conflitos eram devidos a perdas reais, isto é, por mortes de entes queridos (6 casos) ou por separações definitivas do cônjuge, ou de familiares, ou de namorados (ou noivos), que praticamente não tornaram a rever. Treze dos quarenta enfermos referiam ameaças de perdas no período referido, provocadas por doenças ou acidentes (2 casos), ou por ameaças de separações conjugais

definitivas, em decorrências de brigas freqüentes (11 casos).

Dois enfermos (5% dos 40 casos) relatavam conflitos ligados a crises sócio-econômicas severas, com dificuldades para alimentarem a família e a si próprios, além de não conseguirem suprir outras necessidades básicas como: de habitação condigna, vestuários, etc... Estas crises duraram meses, o que gerou nestes pacientes imensa carga tensional psicofísica. Um paciente referiu que seu conflito estava ligado a "falatórios" e intrigas de colegas provocados por indagação de sua virilidade, pois após alguns anos de casado ele "não tinha conseguido engravidar a esposa": "eles poderiam estar pensando que eu não era homem, e isto me atormentava tanto que não conseguia pensar em outra coisa"... (caso 55).

Dois casos referiam conflitos no ambiente de trabalho, com companheiros e chefia, o que gerava enorme insatisfação. Um paciente contava conflitos gerados por brigas freqüentes entre irmãos.

Dito casos dos 40 (20%) apresentavam um somatório de fatores conflitivos: dois por perdas reais (mortes) mais conflitos familiares severos; dois por perdas mais ameaças de perdas; um por crise sócio-econômica e sobrecarga de trabalho e, um por ameaça de perda e crise sócio-econômica, etc...

É fácil constatar que estes fatores são todos geradores de ansiedade e de depressão, tanto somática quanto psíquica, e que estes eventos de vida colaboram para desencadear quadros de somatizações, conforme referido em vários trabalhos (23,102,120,130,131,132,134,136,137,155,158) .

Pode-se observar pela leitura das anamneses que serão discutidas mais adiante, que inúmeros pacientes apresentam em suas histórias, evidências claras de lutos não elaborados desde as primeiras etapas de suas vidas. Estes pesos não foram computados nestas discriminações de fatos, embora se possa compreender os seus valores conflituais nas existências destes seres.

T A B E L A 19

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA AVALIADO PELO MÉDICO-ASSISTENTE E PELO PRÓPRIO DOENTE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS, QUE É 100%.

SEVERIDADE AVALIADA PELO MÉDICO SEVERIDADE AVALIADA PELO PACIENTE	LEVE	MODERADA	GRAVE	TOTAL
	LEVE	3 (100%)	0	0
MODERADA	12 (57%)	7 (33%)	2 (10%)	21 (100%)
GRAVE	21 (60%)	8 (22,9%)	6 (17,1%)	35 (100%)
TOTAL	36 (61,02%)	15 (25,42%)	8 (13,56%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO O GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA AVALIADO PELO MÉDICO E PELO PRÓPRIO DOENTE.

De acordo com os dados da tabela 19, verificamos que segundo os médicos-assistentes, 36 pacientes, isto é, 61,02% da amostra total, podem ser considerados como acometidos de um grau leve da doença ("são os enfermos que manifestam dores articulares e outros sinais flogísticos, mas que não apresentam limitações em suas funções articulares"); 15 pacientes (25,42% da amostra) apresentam um grau moderado, isto é, "apresentam os sinais inflamatórios da artrite que limitam suas funções, porém o paciente ainda consegue trabalhar", e oito enfermos (13,56% do total) apresentam pela avaliação e critério médico, um grau grave da doença, isto é, "o paciente já manifesta um bloqueio funcional da articulação, que o impede de exercer livremente seus movimentos". Entre estes oito pacientes considerados graves, sete estão no grupo dos pacientes com sintomas dolorosos (sendo quatro F.R. negativos e três F.R. positivos).

Verificamos que pelos critérios médicos, eles consideraram apenas os aspectos clínicos ligados ao estado da articulação, para avaliarem o grau de severidade da doença, fato que não vai ocorrer na avaliação do paciente:

Segundo estes, 35 (59,32% do total) consideram-se com uma doença que os deixa em estado grave, e justificam suas opiniões pelos seguintes fatos:

- "Ela não mata como "Deus me livre" o tal de câncer, mas ela não sara e nem mata, mas perturba toda a vida..."

- "É grave o meu estado, porque eu não vejo a cura. E olha que eu tenho feito tanto tratamento!..."

- "Ela me deixa num estado grave, porque prejudica bastante a minha vida..."

- "Ela me deixa num estado grave, porque tenho medo de ficar aleijada, defeituosa das mãos - aí a gente não pode fazer mais nada; ainda mais que a gente tem criança pequena!..."

- "A minha doença está grave, porque só melhora quando eu tomo os remédios".

- "Ela é grave, porque não tem cura. Um fala uma coisa e outro fala outra! Um Doutô ortopeda disse que não tem cura, e que eu vou ter que tomã remédio a vida toda. A gente toma remédio por tomã..."

- "Ela é grave, porque do começo até quatro meses atrás tive a morte nos olhos, de tanto que dói!... Teve vez de travar tudo, que não conseguia mais andar; cheguei a pedir ajuda p'ras pessoas me levã p'ra casa..."

- "Ela é grave, porque me deixa cada vez pior..."

- "Ela é grave, porque se parã de tomã os remédios não guento levantã da cama..."

- "Ela é grave, porque dói com qualquer esforço..."

- "Ela é grave, porque quando ataca me deixa muito nervosa... Nem as dores dos partos foram tão ruim assim!..."

- "Ela é grave, porque a doença me tira as forças: não posso corrê, não posso andã, não posso ficã quieto... Não posso nem trabaiã..."

- "Ela é grave, porque já tentei até me matar cortando os pulsos, de tanta dor que senti. Ela não tem cura..."

- "Ela é grave, porque até os remédios p'ra dá cabo dela matam a gente!..."

- "Ela é grave pelo jeito que os médicos falam. Sempre revolta!... E a vida inteira a gente toma remédios..."

- "Acho que ela é grave, porque eu nunca fiquei doente antes! Todos se espantam de me ver assim. Trabalhei todos estes anos sem nunca ter nem mesmo canseira!..."

- "Ela é grave, porque é triste!..."

- "Ela é grave, porque eu sofro muito..."

- "Ela é grave, porque na mesma hora que a pessoa não está sentindo nada, ela pode piorar de hora para outra!..."

Vinte e um pacientes (35,59%) viam suas doenças - como num grau moderado, e justificavam esta avaliação pelos seguintes sentimentos:

- "Deve ter doença pior!..."

- "Quando dói penso que estou grave, mas quando melhora procuro esquecer!... Dor é assim!..."

- "Não acho que estou grave, mas ela me prejudica muito, pois muita coisa eu não posso fazer porque sou doente..."

- "Ela não mata, mas enteva. Sofrer dela 27 anos não é 20 dias..."

- "A gente não se sente sempre do mesmo jeito. Um dia melhora e n'outro piora!..."

- "Ela judia muito, mas não mata!..."

- "Com os remédios ela melhora..."

Três pacientes (5,08%) vêm suas doenças num grau leve, pois:

- "Ela é leve, porque não levo muito a sério, em bora saiba que ela não tem cura..."

- "Ela é leve, porque não se sente mais nada com o tratamento"...

Analisando estatisticamente as diferenças nas respostas dadas pelos médicos e pelos pacientes, obtivemos um $\chi^2 = 3,165$ para 4 graus de liberdade, sendo o $\alpha = 0,466$, (13,14,21), isto é, as avaliações do grau de severidade feitas pelos médicos não estão associadas às avaliações feitas pelos pacientes. Estes últimos colocam em seus pareceres seus sofrimentos pessoais relacionados à vivência íntima da dor física e psíquica, ao desgaste ocasionado pela curiosidade e falta de perspectiva em verem uma cura para seus males. Estes pacientes ressaltavam em seus sentimentos não o enfoque apenas de um momento da doença, mas sobretudo o medo do amanhã, o medo de não poderem contar com suas forças e caírem nas "trevas" (ficar entrevado). Com certeza, tratar destes pacientes engloba muito mais do que tratar de suas articulações (125)! Em suas próprias verbalizações percebe-se que seus padecimentos transcendem a isto !...

T A B E L A 20

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A CONFIABILIDADE DESTES NO TRATAMENTO CLÍNICO EFETUADO NO SERVIÇO EM QUESTÃO. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

CONFIABILIDADE NO TRATAMENTO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
NÃO	14	(23,729%)
SIM	43	(72,881%)
NÃO SE TRATA MAIS NO SERVIÇO	2	(3,389%)
TOTAL	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO A CONFIABILIDADE DESTES NO TRATAMENTO CLÍNICO EFETUADO NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP.

Segundo os dados observados na tabela 20, verificamos que 14 pacientes (23,729% da amostra total) não se mostram confiantes no tratamento clínico efetuado no ambulatório em questão. Os motivos principais alegados por estes enfermos eram:

a) "Não vinham obtendo uma melhora clínica significativa com o tratamento clínico empregado".

b) "Eram tratados por médicos muito jovens e, sem muita experiência".

c) "A cada retorno eram examinados por um médico diferente, e às vezes por dois ou três novos num mesmo dia".

d) "Quando mal se acostumavam com um médico, este ia embora e entrava um outro no lugar, o que dificultava o entrosamento".

e) "Os médicos mal conversam do que quero falar e vão logo examinando, receitando e, pedindo exames...", segundo verbalizam algumas pacientes.

f) "Já estavam desacorsoados de tratar e nunca sair..."

Treze pacientes que responderam não confiarem no tratamento, estavam no grupo daqueles com sintomas dolorosos, e que não vinham obtendo melhora com o tratamento usual empregado. A queixa mais freqüente do atendimento foi a do

Ítem C, o que nos faz perceber que estes enfermos são verdadeiramente sensíveis às ligações e às separações das pessoas às quais eles se ligam, inclusive sendo estes os próprios médicos. Presumivelmente, o tratamento teria uma melhor resposta se estes pacientes tivessem um médico fixo, com o qual estabelecessem boa empatia (ou simpatia), e tivessem assim possibilidades maiores de verbalizarem seus conflitos íntimos e suas dores (não são físicas, como também afetivas!).

Em contraponto, 43 pacientes (72,881% da amostra total) mostravam-se confiantes no tratamento, justificando suas respostas em:

a) "Estarem obtendo melhores resultados terapêuticos neste serviço, em comparação com outros locais já procurados e freqüentados".

b) Porque "confiam em Deus e depois nos médicos, e Deus vai iluminar os médicos daqui para curarem os que precisam!..."

c) "É preciso confiar em alguma coisa, porque se não a gente se desespera e acaba com tudo..."

d) "Se os médicos da UNICAMP não fizerem alguma coisa por nós, que é um lugar mais desenvolvido, quem vai fazer?!..."

Observamos que esta confiança, em grande porcentagem das respostas, está depositada no prestígio da Instituição, ou então na ação divina sobre a atuação médica. Bem poucos foram os que disseram saber os nomes de seus clínicos, ou confiarem em seus tratamentos em decorrência do atendimento prestado por este ou aquele médico, ou por esta ou aquela

conduta empreendida por algum reumatologista em especial . Quando questionados a respeito destes fatores, eles diziam não saber ao certo qual médico era o responsável por seus casos: "cada dia que venho aqui é um médico diferente que me atende, e eu não sei apontar p'ra senhora quem na verda de trata de mim..."

É importante que o clínico perceba que a relação médico-paciente implica em laços afetivos e em projeções de sentimentos agradáveis e desagradáveis para ambos (125). É uma relação, inclusive, das mais mobilizadoras, e que deve ser conduzida com apreço, com tato e com desvelo , não sô no sentido da escuta das queixas somáticas, mas tam bém das inter-relações destas com o psiquismo do indivíduo queixoso, e com o psiquismo do próprio clínico. Para que esta relação seja produtiva é necessário tempo, que envolve não sô a duração de uma consulta de bom nível, mas também, em prazo mais longo, envolve o tempo necessário do conhecimento mútuo, importante para a "revelação dos segredos", para a exteriorização de afetos e/ou de agressões (tão necessárias a estes enfermos de serem extravazadas e compreendi-das!). Impedir que esta relação se estabeleça, ou cindí-la bruscamente, é não sô desencadear ou aguçar sentimentos depressivos e ansiosos de separação e de lutos a serem elaborados, como também prejudicar a evolução favorável da prôpria doença.

T A B E L A 21

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO ESTAREM FAZENDO TRATAMENTO PSICOLÓGICO E/OU PSIQUIÁTRICO CONCOMITANTE AO TRATAMENTO CLÍNICO REUMATOLÓGICO. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO CONCOMITANTE	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
NÃO	58	(98,305%)
SIM	1	(1,695%)
TOTAL	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO FAZEREM OU NÃO TRATAMENTO PSICOLÓGICO E/OU PSIQUIÁTRICO CONCOMITANTE AO TRATAMENTO REUMATOLÓGICO.

Verificamos pela análise dos dados da tabela 21, que dos 59 pacientes participantes dessa pesquisa, apenas um (1,695% da amostra total) fazia tratamento psicológico e/ou psiquiátrico no momento da primeira entrevista; os 98,305 % estavam sem receber qualquer amparo psicológico especializado, mesmo havendo nesta amostragem pacientes com quadros de depressivos graves, com alcoolismo em grau acentuado, e até mesmo pacientes com histórias de tentativas de suicídio dramáticas (ver anamneses dos casos com sintomas dolorosos, em particular casos: 21,24,25,38,39,50, etc...).

Ao tentar verificar o fator responsável do encaminhamento psiquiátrico da paciente identificada como caso 42, obtive como resposta o fato dela ser "meio bobinha e rebelde ao tratamento", porém não souberam dizer-me qualquer relado de sua história de vida (bastante conflitiva!), que a tornava assim.

Por todos estes fatores comprovados, inclusive os citados anteriormente, é que concluo que a quase totalidade dos reumatologistas de nosso ambulatório, não valorizam adequadamente os aspectos emocionais destes pacientes, mesmo quando os mesmos se mostram graves e exuberantes.

Exemplificando um pouco mais esta afirmação, relato que durante todo o tempo em que permaneci no ambulatório em questão, deixei-me algumas vezes ficar propositalmente

ociosa, durante certo intervalo de tempo, no saguão de espera, para ver se algum dos clínicos perguntava-me de meus achados psicológicos ligados às vidas sofridas de seus pacientes. Raras vezes (para não ser mais pessimista) ouvi perguntas espontâneas feitas neste sentido; vez ou outra foram-me feitas indagações ligadas a problemas pessoais e/ou de familiares dos próprios médicos, ou então questões gerais concernentes à minha tese. Apenas uma colega fez esta referência: "... que bom que ela está realizando este trabalho, pois quem vai aproveitar dele somos nós mesmos!..." No entanto, com estas comprovações quero ressaltar que a valorização dos problemas emocionais dos enfermos não implica necessariamente no ato do encaminhamento destes ao psicólogo ou psiquiatra. O clínico atento aos aspectos psicológicos, e com boa empatia com seus enfermos, pode muitas vezes fazer mais por seus clientes do que o próprio psiquiatra e/ou psicólogo. Nos casos entrevistados porém, as queixas de desconsideração em relação aos aspectos emocionais por parte dos clínicos, foram consideráveis.

Investigando o por quê disto ocorrer, os colegas do ambulatório de reumatologia responsáveis pelos atendimentos responderam-me:

"Que sentem dificuldades em abordar e trabalhar clinicamente os aspectos psicológicos de seus enfermos, principalmente daqueles em que não se encontra substrato orgânico para enquadrá-los em diagnósticos clínicos definidos..."

Evidencia-se, nesta observação, a dificuldade que o clínico encontra em lidar com os componentes do paciente que fogem ao modelo médico clássico aprendido nos bancos escolares.

Estes enfermos não se aproximam nem do doente enlouquecido relatados nos manuais, ou mostrados nas aulas realizadas em hospitais psiquiátricos, assim como não manifestam queixas apenas somáticas e localizadas, frutos das pesquisas incessantes dos sub-especialistas. Estes doentes são vistos e tratados pelos clínicos (em geral despreparados para vê-los e senti-los como um todo complexo, constituído de inter-relações bio- psico - sociais), como seres "desjuntados", isto é, fragmentados e valorizados apenas pelas partes afetadas ; acontece que nesta visão médica, em geral parcial, podem deixar escapar outros aspectos, tanto psíquicos quanto físicos, que por vezes podem ser mais danosos e importantes que o local examinado e supervalorizado. O deixar de observar o todo pode, inclusive, tornar o tratamento inócua e inoperante.

Eles justificam as dificuldades na abordagem psicológica: a) "pela deficiência no aprendizado de Psicologia Médica e Psiquiatria nos cursos realizados por estes, em diferentes Faculdades". Não fica claro na resposta dos quatro colegas (entre os seis pesquisados) que apontaram estas deficiências, se elas são devidas a elementos pessoais, ou curriculares. No tocante a este último item, em um estudo feito pelo Doutor Joel Sales Giglio ("A Situação do Ensino de Psicologia Médica no Brasil Hoje" - Edição de trabalhos apresentados no XV Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, que se realizou conjuntamente com o II Encontro Multiprofissional de Saúde Mental Comunitária, em Campinas, de 30 de outubro a 04 de novembro de 1981), dentre 41 Faculdades Médicas pesquisadas, 30 tinham a disciplina de Psicologia Médica, ou equivalente, no currículo, com uma carga horária anual média, de oitenta horas, sendo as aulas muito

mais práticas que teóricas. A grande maioria das disciplinas diz-se psicanalítica ou psicodinamicamente orientada. Em 60% destas escolas, utilizam o contato direto com o paciente como recurso de aprendizado; este, no entanto, não parece ter sido satisfatório a estes colegas.

b) Há um tempo exíguo para dedicarem-se ao atendimento completo do enfermo, em decorrência do volume de casos a serem examinados.

c) Os médicos responsáveis por estes atendimentos estão no início de suas vidas profissionais e, conseqüentemente, lançam-se "vorazmente" no conhecimento prático de suas sub-especializações, esquecendo-se muitas vezes de verem o paciente como um todo, conforme referido inicialmente.

TABELA 22

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O USO (ATUAL) DE CORTICÓIDES E DERIVADOS, E DE SUAS DOSES INGERIDAS EM MG/DIA. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

USO DE CORTICÓIDE \ DOSE DE CORTICÓIDE MG/DIA	0	2	4	5	10	20	TOTAL
NÃO	23 (38,98%)	0	0	0	0	0	23 (38,98%)
SIM	0	4 (6,78%)	4 (6,78%)	14 (23,73%)	11 (18,64%)	3 (5,08%)	36 (61,02%)
TOTAL	23 (38,98%)	4 (6,78%)	4 (6,78%)	14 (23,73%)	11 (18,64%)	3 (5,08%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO FAZEREM USO OU NÃO DE CORTICÓIDES E DERIVADOS NO MOMENTO DA PRIMEIRA ENTREVISTA.

Segundo os dados da tabela 22, observamos que 23 pacientes, isto é, 38,98% da amostra total, não faziam uso de corticóides no momento da primeira entrevista (não estavam ingerindo estes medicamentos há pelo menos três semanas). Destes, sete pacientes (30,43% dos 23) estavam no grupo dos que apresentavam sintomas dolorosos. Em geral estas medicações foram suspensas pelo médico, devido a ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis (como Diabetes, arritmias cardíacas, etc...), ou pelo desejo do paciente em parar com a medicação por um determinado tempo, alarmados pelas informações de que estes remédios prejudicam o coração. Uma paciente entre estes sete, disse-me que "o médico decidiu suspender seu remédio, porque ela estava boa", sendo que com a suspensão deste as dores voltaram muito intensas (anamnese 21).

Trinta e seis pacientes (61,02% da amostra total) faziam uso de corticóides ou de seus derivados, em diferentes doses; 22 destes (61,11% dos 36) estão no grupo dos pacientes sem sintomas dolorosos, e 14 (38,89% dos 36) incluem-se entre aqueles que têm dores. Estes 14 pacientes representam 66,66% da população dos pacientes com sintomatologia dolorosa durante a primeira entrevista.

Dos 36 pacientes que estavam ingerindo corticóides, 61,11% destes ingeriam até 5 mg por dia, e 30,55% ingeriam cerca de 10 mg diárias. Apenas 8,33% dos 36 dizem tomar uma

dose correspondente a 20 mg diárias; estes argumentavam que aumentavam as doses por conta própria, mesmo sendo advertidos pelos médicos, pois segundo eles as dores eram insuportáveis, e "o corpo já tinha se acostumado" com este nível medicamentoso.

Discute-se muito se os corticóides podem ou não causar distúrbios afetivos nos pacientes que os utilizam (69, 97). Não pretendemos nesse trabalho aprofundar esta questão, pois não utilizamos uma metodologia adequada para este fim; entretanto, nenhum destes pacientes, ou seus médicos clínicos, referiram ter observado mudanças bruscas do humor (disforias) ligadas ao uso de corticóides. O que os pacientes referem comumente, é que de uma forma geral, "o tratamento como um todo" modifica o humor para melhor, pois "retira as dores", e conseqüentemente alivia sobremaneira a depressão-ansiosa.

Os trabalhos que discutem a participação dos corticóides nas alterações do humor falham muito em aspectos metodológicos, quando dão excessiva importância às ações e efeitos destas drogas, mas não fazem um estudo mais aprofundado da "Personalidade Prê-Mórbida" do enfermo, e das repercussões da própria doença sobre o humor. Pautando-me nestes cuidados, é que remarco que todo um conjunto de fatores: constituição, história de vida, suporte social, evolução da doença, terapêutica, etc... são elementos que se somam, e que podem colaborar por provocar distúrbios afetivos emocionais nestes doentes. Logo, está mais do que provado que o clínico necessita se ater com mais cautela ao psiquismo de seus enfermos.

T A B E L A 23

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA ,
 ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS
 DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M.
 -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984,
SEGUNDO O ATO DE SE AUTO-MEDICAREM . OS NÚMEROS ENTRE
 PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO
 TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

AUTOMEDICAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
SIM	33	(55,93%)
NÃO	26	(44,07%)
TOTAL	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO O ATO DE SE AUTO-MEDICAREM

De acordo com os dados da tabela 23, verificamos que 55,93% dos pacientes diziam-se auto-medicar com comprimidos, em geral analgésicos, adquiridos em farmácias (Doloxene, Anador, Baralgin, etc...). Dizia-me uma paciente: " quando sinto dor tomo qualquer coisa que encontro pela frente, até mesmo veneno, para me aliviar..."

Muitos destes enfermos diziam aumentar as doses dos remédios prescritos pelos médicos, principalmente dos corticóides, em situações de crises dolorosas. Explicavam esta conduta pelo fato de se sentirem constrangidos de voltarem ao médico antes dos dias marcados para os retornos, e também por acharem as dores insuportáveis e não passíveis de qualquer espera.

Esta auto-medicação incluía, inclusive, tomarem remédios recomendados por vizinhos, parentes, médiuns, etc..., com a justificativa de que: "se fizeram bem para alguns, podem me ajudar também !..."

Não computei entre estes 55,93%, aqueles pacientes que referiam tomar medicações caseiras, isto é, os chás caseiros, visto que praticamente a totalidade da amostra o faz. Nestes atos eles incluem, principalmente, a ingestão de chás quentes", que "aliviam as friagens nas juntas e não fazem mal à saúde". Algumas destas enfermas deram-me as seguintes receitas:

- "Fazer chá com raízes de gengibre: colocar um pouco de raiz em água quente e deixar ferver. Depois coar e tomar alguns goles, principalmente à noite".

- "Ferver erva-doce, ou hortelã, ou carquejo, ou losna; coar e tomar!... Todos são bons ..."

- "Ferver ervas caseiras, e depois colocá-las num jarro com rum ou pinga. Tomar aos goles".

- "Cortar um caroço de abacate em 4 partes, jogar uma, e deixar as outras três mergulhadas em vinho. Esperar 9 dias, e depois tomar 1 colher de sopa por dia..." etc...

T A B E L A 24

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A IDADE DE INICIAÇÃO DESTES ENFERMOS NO TRABALHO. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO DO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

IDADE DE INICIAÇÃO NO TRABALHO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
MENOS DE 6 ANOS	3	(5,08)
6 — 12A	25	(42,37)
12 — 18A	28	(47,46)
18 — 24A	2	(3,39)
24 — 30A	1	(1,69)
MAIS DE 30 A	0	0
TOTAL	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO A IDADE DE INICIAÇÃO DESTES NO TRABALHO.

De acordo com os dados da tabela 24, verificamos que 94,91% da amostra total de pacientes começaram a trabalhar fora de casa antes dos 18 anos de idade; destes, 47,45 % iniciaram suas atividades profissionais antes dos 12 anos , sendo que 5,08% dos 59 enfermos começaram a trabalhar fora do lar com menos de seis anos de idade.

Sabemos que na faixa etária que vai desde os primeiros meses até os 10-12 anos, a atividade lúdica é extremamente importante para o bom desenvolvimento psicofísico destes seres (1,2,64). Privando-se das brincadeiras infantis para dedicarem-se precocemente ao trabalho, estas crianças deixam de viver suas fantasias, deixam de canalizar suas agressividades ligadas às suas vivências pessoais nos jogos, o que colabora por aumentar a carga tensional psicofísica , e por formar "crianças e adolescentes adultizados", isto é , que assumem responsabilidades prematuramente. Trabalhando precocemente, a criança é privada também do contato afetivo intenso com os pais e com os irmãos, contato este extremamente importante nestas fases de seus desenvolvimentos. Privase, obviamente também, do ambiente escolar e do descobrimento e exploração de seu meio ambiente familiar. Todos estes fatores colaboram por aumentar a carência afetiva (64).

A criança e o adolescente adultizados apresentam todas as características da super-exigência do meio (64) ; têm todos os elementos que favorecem os distúrbios de personalidade, particularmente os ligados às características

obsessivas (64), pois se mostram hiperativos, excessivamente organizados, metódicos, contidos.

Logo, vejo este dado como altamente importante na gênese de processos psicopatológicos que podem ter colaborado nas causas e/ou desencadeantes da Artrite Reumatóide, e/ou de seus agravantes.

QUADRO 5

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. - UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A OCUPAÇÃO ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE, OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

OCUPAÇÕES (ATUAIS) / OCUPAÇÕES (ANTES)	APOSENTADO	ATENDENTE	COMERCIANTE	COSTUREIRA	DESEMPREGADO	DOMÉSTICA	LICENCIADO	FAXINEIRO	GERENTE	LAVRADOR	MESTRE DE OBRAS	PEDREIRO	PRENDAS DOMÉSTICAS	SERVEnte	TECELÃO	TEC. EM LABORAT.	TRATORISTA	TOTAL
ATENDENTE (CRECHE)		1 (1,69%)																1 (1,69)
COMERCIANTE									1 (1,69)									1 (1,69)
CÓZINHEIRA	1 (1,69)												3 (5,08)					4 (6,78)
DEBILITADO DE MÍDIO																1 (1,69)		1 (1,69)
DOMÉSTICA						6 (10,17)		2 (3,39)		1 (1,69)			4 (6,78)	1 (1,69)				14 (23,73)
FAXINEIRO						1 (1,69)	1 (1,69)						3 (5,08)					5 (8,47)
FUNILEIRO							1 (1,69)											1 (1,69)
LAVADEIRA	1 (1,69)																	1 (1,69)
LAVRADOR				1 (1,69)							1 (1,69)		5 (8,47)					7 (11,86)
MECÂNICO					1 (1,69)													1 (1,69)
OPERÁRIO				1 (1,69)														1 (1,69)
PEDREIRO							1 (1,69)					1 (1,69)						2 (3,39)
PRENDAS DOMÉSTICAS													7 (11,86)					7 (11,86)
SERVEnte												1 (1,69)						1 (1,69)
TECELÃO	1 (1,69)			1 (1,69)									1 (1,69)		1 (1,69)			4 (6,78)
TRATORISTA																	1 (1,69)	1 (1,69)
VENDEDOR													2 (3,39)		1 (1,69)			3 (5,08)
COSTUREIRA			1 (1,69)	3 (5,08)														4 (6,78)
TOTAL	3 (5,08)	1 (1,69)	1 (1,69)	6 (10,17)	1 (1,69)	7 (11,86)	3 (5,08)	2 (3,39)	1 (1,69)	1 (1,69)	1 (1,69)	2 (3,39)	25 (42,37)	1 (1,69)	2 (3,39)	1 (1,69)	1 (1,69)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO A OCUPAÇÃO EXERCIDA ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE.

De acordo com os dados do quadro 5, verificamos que 52 pacientes (88,13% da amostra total) exerciam atividades ocupacionais fora do lar antes de serem acometidos pela Artrite Reumatóide. Sete mulheres (11,86% do total) trabalhavam dentro de suas casas, em atividades identificadas como "prendas domésticas, isto é, lavar, passar, arrumar, cozinhar, cuidar dos filhos, etc..."

Segundo os critérios utilizados por GUIDI e DUARTE (65) para classificarem camadas hierárquicas ocupacionais, estes 52 pacientes estariam enquadrados em:

Trinta e três deles (63,46% dos 52) em atividades ocupacionais não qualificadas, isto é, ocupações braçais, as quais não exigem para o seu desempenho experiência profissional prévia, ou níveis mínimos de instrução formal; as que não são ocupações especializadas, assim como as que têm níveis de remuneração muito próximos do salário mínimo local (65).

Dezenove pacientes (36,54% dos 52) em ocupações de nível inferior de qualificação. Neste caso estão as atividades cujo desempenho não exige necessariamente esforço braçal, mas que podem ser exercidas somente com um nível mínimo de instrução formal (curso primário fundamental de quatro anos), ou treinamento profissional específico (65).

Nenhum dos pacientes encaixavam-se em ocupações

de nível médio, para cujo exercício é desejável pelo menos o curso ginásial completo, ou em alguns casos curso médio completo (devem ter de nove a 12 anos de escolaridade, formação profissional especializada de duração mais longa que a fornecida aos operários qualificados da categoria precedente, e níveis de remuneração que vão aproximadamente de duas a quatro vezes o salário mínimo local) (65). Não havia também nenhum paciente com ocupações superiores, isto é, que exigem níveis mais elevados de instrução, assim como não havia ninguém com ocupações de alta renda (altos cargos de chefia, ou gerência de grandes organizações) (65).

Após a doença reumatóide, vemos que apenas 27 pacientes (45,76% da amostra total) continuam trabalhando atualmente fora do lar. Este percentual corresponde aproximadamente a 50% a menos do que aqueles que trabalhavam antes de adoecerem.

Dos 32 pacientes (54,24% da amostra total) que não trabalham fora atualmente, três (9,37% dos 32) foram aposentados por motivos ligados à própria doença; três estão licenciados pelas mesmas razões, um (3,12%) encontra-se desempregado há vários meses, devido não conseguir executar suas atividades como mecânico, pelas dores que sente nas articulações e músculos, e 25 mulheres. (78,12% dos 32) encontram-se trabalhando dentro do lar como "prezadas domésticas"; destas 25 mulheres, sete já eram apenas do lar antes do acometimento pela A.R., porém das 18 restantes: três anteriormente eram cozinheiras, quatro eram domésticas, três eram faxineiras, cinco lavradoras, uma tecelã e, duas vendedoras. Doze destas 18 mulheres (66,66%) pararam de trabalhar fora de

casa em decorrência das dores, principalmente as que exerciam atividades mais pesadas, como as lavradoras, faxineiras, domésticas, etc... As demais declaram continuar no lar, ou terem deixado de trabalhar fora por pressões do marido após o casamento (ciúmes, necessidades de cuidarem da casa e dos filhos, etc...)

Dos 27 pacientes (45,76% da amostra total) que continuam trabalhando fora atualmente, 10 (37,04% dos 27) apresentam ocupações não qualificadas, 16 (59,26%) apresentam ocupações qualificadas de nível inferior, e um (3,70%) apresenta ocupação de nível médio.

Podemos observar pela discriminação das ocupações exercidas por estes enfermos, que a maioria delas é extremamente desgastante ao físico, agravadas por horas excessivas de labuta, que veremos mais adiante. Logo, é de se supor que estas atividades ocupacionais mais pesadas, sejam fatores que se somam às sobrecargas tensionais provocadas por conflitos psicológicos e sociais, causando sérias repercussões patológicas às áreas osteo-articulares e musculares destes enfermos.

T A B E L A 25

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O NÚMERO APROXIMADO DE HORAS DE TRABALHO ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

HORAS DE TRAB. ATUAIS HORAS DE TRAB. ANTES DA A.R.	0 → 8	8 → 12	12 → 18	TOTAL
8 → 12	7 (11,86%)	19 (32,20%)	11 (18,64%)	37 (62,71%)
12 → 18	2 (3,39%)	11 (18,64%)	9 (15,25%)	22 (37,29%)
TOTAL	9 (15,25%)	30 (50,85%)	20 (33,90%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO O NÚMERO APROXIMADO DE HORAS DE TRABALHO ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE.

Pejos dados da tabela 25, verificamos que antes de manifestarem-se os primeiros sintomas e sinais da Artrite Reumatóide, 37 pacientes (62,71% da amostra total) diziam trabalhar entre 8 a 12 horas diárias; 22 pacientes (37,29%) referiam exercer de 12 a 18 horas de labuta. Nestas horas computadas constam aquelas realizadas em locais fora do lar, e também as rotineiramente executadas em casa, pois verificamos que grande parte das mulheres constituintes de nossa amostragem trabalhavam cerca de 8 horas diárias em seus empregos, e ao chegarem em suas residências lavavam, passavam, cozinhavam, costuravam, cuidavam higienicamente de suas casas, etc... Muitas vezes estas tarefas caseiras eram executadas antes destas se dirigirem aos seus trabalhos, isto é, estas mulheres levantavam-se ao redor de três a quatro horas da manhã para cumprirem suas funções domésticas.

Os homens, em geral, realizavam horas extras em seus empregos, principalmente aqueles que se dedicavam a construção civil, a lavoura, etc...

Atualmente observamos que nove pacientes (15,25% da amostra total) deixaram de trabalhar, ou executam tarefas (em geral caseiras) que não ultrapassam oito horas diárias de atividades; 30 pacientes (50,85%) continuam trabalhando de 8 a 12 horas diárias, e 20 enfermos (33,90%) labutam de 12 a 18 horas por dia.

Analisando estatisticamente as diferenças nas horas de trabalho em relação ao período anterior à doença e atualmente, verificamos um $\chi^2 = 1,387$ para 2 graus de liberdade (G.L. = 2), sendo o $\alpha = 0,4998$, isto é, as horas de trabalho antes da Artrite Reumatóide não estão associadas às horas de trabalho atuais, visto que com exceção dos enfermos mais graves, que deixaram de trabalhar, ou reduziram significativamente suas horas de atividades, a grande maioria continuou trabalhando de 8 a 12 horas, ou até um pouco mais de 12. Isto pode ser explicado, em parte, pelo humor ansioso destes pacientes, que os leva a não ficarem parados ("Ansiedade produtiva"), pois segundo a verbalização de muitos, o "parar" implica em "pensar nos problemas", "pensar na vida", "remoer o passado", ter "saudades da saúde"... (casos 2,24, 25,46,15, etc...). A personalidade obsessiva destes enfermos, também colabora para aumentar a hiperatividade existente, em consequência às características de perfeccionismo, de metodismo, de perseverança. O fator social e a crise econômica, particularmente dos últimos anos, que fizeram aumentar a recessão no Brasil, também obrigaram alguns destes pacientes a trabalharem mais. No entanto, não foram muitos aqueles que apontaram este fator como a causa responsável pelo aumento de horas de trabalho. Estes diziam-me que as dificuldades econômicas sempre existiram, e que com a crise colocaram seus filhos no mercado de trabalho, a maioria deles precocemente (com menos de 15 anos). Com isto aumentaram a renda familiar, que em muitos casos até melhorou muito nos últimos anos, entretanto, provavelmente estão favorecendo o ciclo de doenças psicossomáticas entre seus filhos também. Trabalhos realizados em outros

países, com indivíduos de classes sociais mais elevadas, ratificam as observações de que não é apenas o fator sócio-econômico que influe na hiperatividade destes enfermos (8,58).

T A B E L A 26

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO O TIPO DE LAZER ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DAS LINHAS, QUE É 100%.

LAZER (ATUAL) LAZER ANTES DA A.R.	CASEIRO	AMBOS	NÃO CASEIRO	TOTAL
CASEIRO	33 (97,06%)	0	1 (2,94%)	34 (100%)
AMBOS	8 (42,10%)	11 (57,90%)	0	19 (100%)
NÃO CASEIRO	3 (50%)	0	3 (50%)	6 (100%)
TOTAL	44 (74,58%)	4 (6,78%)	11 (18,64%)	59 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO O TIPO DE LAZER ANTES DE ADOECEREM E ATUALMENTE.

Verificamos pelos dados da tabela 26 que 34 pa cientes (57,63% da amostra total) apresentavam apenas laze res caseiros antes de adoecerem (ouviam rádio, viam televi são, liam revistas, principalmente religiosas, ou liam a bí blia, faziam tricô, crochê, etc...); 19 pacientes (32,20% do total) apresentavam ambos os tipos de lazeres, isto é, os caseiros e os não caseiros (saíam a passeio, visitavam ami gos e/ou parentes, iam a bailes, cerimônias religiosas, cine mas, festinhas, viajavam, etc...), e seis pacientes (10,17%) tinham apenas lazer es não caseiros.

Atualmente, 44 pacientes (74,58% da amostra total) dizem ter lazeres caseiros; 11 (18,64% dos 59) têm lazeres não caseiros (em geral visitas a parentes e cerimônias reli giosas) e quatro (6,78%) têm ambos os tipos de lazeres.

Analisando estatisticamente as diferenças tangen tes a esta variável, antes da A.R. e atualmente, verificamos que o χ^2 é igual a 47,193 para 4 graus de liberdade, sendo o $\alpha < 0,0001$, isto é, os lazeres após a doença foram sig nificativamente afetados pela A.R. É importante termos em mente que este "afetado pela A.R." não está incluindo, ne cessariamente, somente as limitações de movimentos, mas tam bém os fatores sócio-econômicos ligados aos gastos com medi cações, que se tornam cada vez mais dispendiosos, assim co mó gastos com retornos médicos, o que deriva o dinheiro para estes fins, tidos como mais importantes (além dos gastos

com alimentação, vestuários, habitação, etc... que independem da A.R.).

Devemos salientar, no entanto, que o lazer, particularmente os não caseiros, é um meio deveras importante para se descarregar tensões psicológicas e físicas, ligadas a conflitos tanto internos quanto externos. Privando-se deles, o indivíduo só tenderá a aumentar suas cargas tensionais, principalmente aqueles que só se dedicam ao trabalho e/ou que permanecem longos períodos dentro de suas residências.

No tocante a isto, vemos que 42,10% dos pacientes que antes da doença possuíam ambos os tipos de lazeres, passaram atualmente a ter somente lazeres caseiros; 50% dos indivíduos com lazeres não caseiros, após a A.R. passam a ter apenas lazeres caseiros. Logo, estes dados também são relevantes.

T A B E L A 27

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A IDADE DO INÍCIO DE EXPERIÊNCIAS SEXUAIS ATIVAS. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

IDADE DO INÍCIO DA VIDA SEXUAL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
NÃO TEVE AINDA EXPERIÊNCIAS SEXUAIS	9	(15,25%)
MENOS DE 10 ANOS	0	(0)
10 — 15 A	2	(3,39%)
15 — 20 A	21	(35,59%)
20 — 25 A	16	(27,12%)
25 — 30 A	9	(15,25%)
MAIS DE 30 ANOS	2	(3,39%)
T O T A L	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO A IDADE DO INÍCIO DE EXPERIÊNCIAS SEXUAIS ATIVAS.

Segundo os dados da tabela 27, visualizamos que 15,25% dos pacientes não tiveram qualquer experiência sexual, até o momento da entrevista.

Dos 50 pacientes restantes (84,75%), 35,59% iniciaram suas experiências sexuais dos 15 aos 20 anos, alguns deles antes do casamento; 27,12% tiveram as primeiras experiências dos 20 aos 25 anos, e 18,64% após os 25 anos de idade. De um modo geral, este início sexual transcorreu sem traumas ou violências.

Dentre as mulheres, há duas (4,25% das 47) que referem ter sido atormentadas durante a adolescência, e até mesmo quando já adultas, para manterem relações sexuais com parentes próximos (pai, irmão) (ver anamneses 39 e 42). As duas relatam que estas experiências não se concretizaram devido terem lutado muito contra as investidas dos agressores, o que lhes causou muitas angústias e pavor de violação, durante muitos anos.

TABELA 28

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO TEREM SATISFAÇÃO SEXUAL ANTES DE MANIFESTAREM A DOENÇA E APÓS A ESTA. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

SATISFAÇÃO SEXUAL ANTES DA A.R.	SATISFAÇÃO SEXUAL APÓS		TOTAL
	NÃO	SIM	
NÃO	18 (43,90%)	2 (4,88%)	20 (48,78%)
SIM	5 (12,19%)	16 (39,02%)	21 (51,22%)
TOTAL	23 (56,10%)	18 (43,90%)	41 (100%)

TABELA 29

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO A SATISFAÇÃO SEXUAL APÓS A DOENÇA TER SE AFETADO PE LA A.R. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

SATISFAÇÃO SEXUAL AFETOU-SE PELA A.R. SATISFAÇÃO SEXUAL APÓS A A.R.	NÃO	SIM	TOTAL
NÃO	15 (34,88%)	9 (20,93%)	24 (55,81%)
SIM	10 (23,25%)	9 (20,93%)	19 (44,19%)
TOTAL	25 (58,14%)	18 (41,86%)	43 (100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO TEREM SATISFAÇÃO SEXUAL ANTES DE MANIFESTAREM CLINICAMENTE A DOENÇA, E APÓS A ESTA.

De acordo com os dados da tabela 28, visualizamos que 20 pacientes (48,78% da amostra total) diziam não sentir satisfação sexual antes das manifestações da Artrite Reumatóide. Vinte e um pacientes (51,22%), ao contrário, manifestavam estar satisfeitos sexualmente, embora a grande maioria das mulheres englobadas neste percentual exprimissem que a iniciativa do ato sexual partia sempre do desejo de seus maridos. Foram computados na análise destes dados apenas os casos que tinham vida sexual ativa antes e após a ocorrência da A.R., isto é, 41 enfermos.

Após o aparecimento da doença, e instalação crônica da mesma, 23 pacientes (56,10%) dizem não estar satisfeitos em suas experiências sexuais, não sentindo qualquer prazer nestas. Destes 23 pacientes, apenas um é do sexo masculino: este se diz "fraco para o sexo", e inclusive atribui o desencadeamento de sua doença a comentários maldosos de seus colegas a respeito de sua esposa não engravidar (caso 55). Entre estes casos de insatisfação, 18 já não sentiam prazer antes da A.R. (78,26% dos 23 enfermos). As mulheres englobadas entre estes 23 casos manifestam, em sua maioria, o desejo de não praticarem mais o ato sexual, pois só participam dele para "servirem" seus maridos. Algumas relatam nojo de seus esposos, verbalizando que não suportam nem mesmo que eles as toquem. Dezoito enfermos, (43,90%) em contraponto, dizem sentir satisfação sexual. Destes 18, 16

(88,89% dos 18) já se diziam satisfeitos antes de terem as manifestações clínicas da A.R., e eram os casais melhores constituídos, isto é, existia maior harmonia entre estes. Quase a totalidade deste 18 pacientes estavam no grupo da aqueles com melhores evoluções, ao contrário daqueles que se referiam insatisfeitos antes e após a doença.

Analisando estatisticamente as diferenças nas respostas de satisfação sexual antes e após a doença, obtivemos um $\chi^2 = 15,635$ para 1 grau de liberdade, sendo $p < 0,0001$, isto é, a satisfação sexual posterior à Artrite Reumatóide está significativamente, e fortemente, associada à satisfação sexual anterior à A.R.

Pela observação dos dados da tabela 29, constatamos que dos 43 pacientes que tem vida sexual ativa após a doença, 24 (55,81%) dizem não estar satisfeitos sexualmente, enquanto 19 (44,19%) relatam satisfação sexual. Dos 24 pacientes que não sentem prazer, nove (37,5% dos 24) atribuem esta insatisfação à doença, devido as dores articulares e musculares, que dificultam o posicionamento sexual, devido aos medicamentos que eles acham "muito fortes e prejudiciais ao sexo", e também pelo fato de não se sentirem mais "válidas" e "completas", inclusive por rejeição de seus maridos. Os 15 outros enfermos não atribuem à Artrite Reumatóide os seus desacertos sexuais, justificando a insatisfação à própria relação afetiva desajustada existente entre o casal. A grande maioria destas mulheres dizem não suportar o ato sexual, e inclusive colocam no cansaço físico, provocado pela lide diária, ou na desculpa da existência da doença, os pretextos para não realizá-lo.

Dos 19 pacientes que se referem satisfeitos se xualmente após a doença, 10 (52,63% dos 19) acham que suas vidas sexuais não foram afetadas pela A.R., enquanto nove (47,37% dos 19) acham que a Artrite Reumatóide chega a afetar suas vidas sexuais em decorrência às dores, às preocupações, etc..., embora consigam contornar estes fatores de desagradáveis pelo bom entendimento e compreensão existentes entre si. Destes 19 pacientes, 18 já referiam prazer em suas relações sexuais antes do aparecimento da A.R., o que denota que verdadeiramente o estado anterior de ajustamento afetivo dos cônjuges, colabora para uma boa realização sexual, mesmo com o aparecimento da doença.

É evidente que as relações sexuais satisfatórias colaboram imensamente para o extravazamento das tensões físicas e psíquicas de qualquer ser humano, o que deve colaborar na evolução satisfatória daqueles enfermos que as referem. A repressão do desejo sexual, assim como a insatisfação nesta esfera, ao contrário, favorece o desencadeamento de doenças físicas e mentais, assim como o agravamento destas. (12,56,57).

TABELA 30

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C.DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO OS PACIENTES TEREM ANTECEDENTES FAMILIARES COM DOENÇAS PSQUIÁTRICAS. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

ANTEC. FAMILIARES COM DOENÇAS PSQUIÁTRICAS	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
SIM	37	(62,72%)
NÃO	19	(32,20%)
NÃO SABE REFERIR	3	(5,08%)
TOTAL	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO TEREM ANTECEDENTES FAMILIARES COM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS.

Segundo os dados da tabela 30, verificamos que 37 pacientes (62,72% da amostra total!) referiram ter algum de seus familiares, ascendentes ou colaterais diretos, com distúrbios psiquiátricos. Dentre estes distúrbios destaca-se o Alcoolismo em pelo menos 30 destas famílias, algumas inclusive com mais de dois alcoólatras graves, isto é, ingorando etílicos continuamente e em grande quantidade (mais de 1 litro por dia).

Em cinco casos dos 37 enfermos que contavam distúrbios mentais na família, existiam dados de crises depressivas profundas em entes queridos como mães e irmãos; dentre estes houve, presumivelmente, dois suicídios (morte da mãe da paciente identificada como anamnese 20, e morte da irmã da paciente 38, por asfixia com gás de cozinha). Houve também uma tentativa de suicídio do pai de uma destas pacientes, com arma de fogo. Quatro pacientes referiam crises psicóticas entre os familiares, com agitação psicomotora, idéias delirantes e distúrbios alucinatórios. Há também referências de casos de convulsões, e um paciente refere que um de seus irmãos é "psicopata": rouba, faz tráfico de drogas, é violento com os familiares, etc... 32,20% dos 59 pacientes, negam ter qualquer distúrbio psiquiátrico entre seus famíliares.

5,08% da amostra total dizem não saber referir se há ou não doença mental na família, visto não terem notícias

de seus familiares há muitos anos.

As repercussões destas doenças mentais no seio familiar, e na vida destes pacientes em particular, serão discutidas nas análises das anamneses, principalmente no Item "Lares desestruturados".

TABELA 31

DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, ACOMETIDOS DE ARTRITE REUMATÓIDE, CATALOGADOS NOS FICHÁRIOS DIAGNÓSTICOS DO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DO H.C. DA F.C.M. -UNICAMP, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1984 ATÉ OUTUBRO DE 1984, SEGUNDO OS PACIENTES TEREM ANTECEDENTES FAMILIARES COM REUMATISMOS. OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES REPRESENTAM OS VALORES PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA COLUNA, QUE É 100%.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE REUMATISMOS	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
SIM	17	(28,81%)
NÃO	38	(64,41%)
NÃO SABE REFERIR	4	(6,78%)
T O T A L	59	(100%)

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA, SEGUNDO TEREM ANTECEDENTES FAMILIARES COM "REUMATISMOS"

De acordo com os dados da tabela 31 observamos que 17 pacientes, isto é, 28,81% da amostra total, dizem ter pelo menos um caso de Reumatismos na família. Destas referências, a mais numerosa é para a Artrite Reumatóide (9 casos), seguindo-se quatro casos com Reumatismos não identificados pelos pacientes, dois casos com familiares que apresentam Dores lombares de etiologia também desconhecida dos informantes, um caso de Gôta, e um caso de Febre Reumática.

64,41% da amostra total dizem não ter qualquer caso de Reumatismos na família, enquanto 6,78% dizem não saber referir, por terem perdido o contato com os familiares, ou por jamais tê-los conhecido.

ANÁLISE DOS ASPECTOS PSICO-SOCIAIS MAIS RELEVANTES, EVIDENCIADOS NAS ANAMNESES DOS 59 PACIENTES PARTICIPANTES DESSA PESQUISA.

1. Situação Sócio - Econômica Precária.

As condições difíceis de vida impostas a estes pacientes desde a primeira infância, decorrentes do fato de pertencerem a classe social oprimida (5,29), levam inúmeros transtornos ao desenvolvimento psico-físico destes indivíduos.

Observamos pela tabela 24, que quase 50% da amostra total começam a trabalhar antes dos 12 anos de idade, com repercussões sérias à saúde daqueles seres quando crianças, adolescentes e adultos (64).

Estes pacientes, em decorrência de suas condições sociais precárias, são levados a práticas ocupacionais que lhes exigem todas as forças, e lhes favorecem o aparecimento de doenças, por vezes graves. Trabalham em geral no sol, na chuva, na umidade, no vento, ocupando-se com atividades braçais desgastantes, agravadas por longas horas de trabalho, muitas vezes sem descanso, até mesmo nos fins de semana e feriados. São bôias-frias, faxineiras (os), pedreiros, catadores de papéis nas ruas, etc...

Privados da escola, alimentando-se precariamente, sem possibilidades de terem lazeres não caseiros, e até mesmo caseiros, pois a luz elétrica está cara e eles não podem ver televisão, não podem comprar lã para tricotar, etc... ,

assim como enfrentando tensões vivenciais outras que discorreremos adiante, estes pacientes não têm outra saída a não ser somatizarem seriamente.

Em decorrência da baixa remuneração, muitos pacientes deixam de comprar seus remédios, ou de comparecerem ao médico, agravando seus quadros clínicos (anamneses 18,40, por exemplo). A Artrite Reumatóide, inclusive pelas suas características invalidantes, (35,38,76,127,140) dificulta o indivíduo de exercer satisfatoriamente suas funções e de ganhar seu sustento. É comum ouvirmos estes pacientes dizerem que gostam de trabalhar, de verem tudo em ordem, de que não gostam de depender de ninguém para realizarem suas funções (casos 2, 23, 24, 25, 26, 38, 46, etc...), mas que com o aparecimento da doença sentem-se inválidos, isto é, "sem validade", "sem valor". A doença lhes "rouba as forças": "quando ela ataca não consigo sair do lugar, me movimentar, e é duro ver as coisas p'ra fazer e não poder", "é duro precisar trabalhar para ganhar o pão para os filhos, e não ter condições de trabalho"; "com a doença perco os dias", e estes dias perdidos provocam descontos no salário, ou mesmo podem implicar na perda do emprego.

Há também o ônus econômico provocado pela compra de medicamentos cada vez mais caros; há os gastos com as idas e vindas aos retornos médicos periódicos para realizações das consultas, ou de exames laboratoriais e radiológicos. Muitos enfermos alimentam sentimentos de culpa profundos por não poderem colaborar nos ganhos financeiros da casa, e serem um peso a mais nas despesas. No tocante a isto uma paciente dizia-me: "tenho sentimentos de culpa de ver

meus filhos passando precisão, e eu ter que gastar o dinheiro de meu marido com meus remédios"...

Em virtude de não se verem como "válidos" socialmente, inúmeros doentes sentem-se diminuídos (por exemplo anamneses 1 e 25), e não se acham em condições de reclamarem de nada, ou mesmo de reivindicarem seus direitos: choram baixinho para não incomodar, agüentam a exploração dos patrões, que no caso da paciente identificada pelo número 25 pagavam-lhe apenas Cr\$ 10.000 por mês, em meados de 1984, "sentem-se cativas" no emprego, porque "as patroas fazem uma caridade em tê-las aceito doentes", etc...

Vemos, portanto, que o fator social ocasionado pela luta de classes, e opressão de uma classe social pela outra (5,29), também colabora na gênese e evolução desta doença.

2. Lares desestruturados - morte precoce da mãe

São muitos os pacientes que relatam nesta pesquisa a desestruturação de seus lares na infância, em decorrência da morte precoce da mãe (casos 1, 2, 3, 20, 24, 25, 40, 42, 17, 32) e/ou do pai (por exemplo, caso 35).

Alguns outros enfermos contam que tinham na infância e adolescência a presença física dos pais em suas casas, porém por terem iniciado suas atividades ocupacionais fora da residência muito precocemente, privaram-se da companhia destes, particularmente da mãe, de forma intensa e prejudicial (por exemplo anamnese 12).

Por vezes problemas psicológicos que acometeram os pais, como: mães alcoólatras (caso 6), ou violentas e enérgicas (casos 8, 10, 35, 51, 55), mãe deprimida (caso 20), pais alcoólatras (casos 7, 8, 9, 39, etc...), afastaram os filhos deste importante contato de afeto, que se impõe como de vital importância como figuras de identificação psicológica a estes, em fases marcantes de seus desenvolvimentos (2).

As dificuldades econômicas levaram também muitos pais a trabalharem fora muitas horas do dia, e às vezes da noite, e conseqüentemente muitos destes pacientes ficaram, em suas infâncias e adolescências, entregues à própria sorte, pelas ruas e/ou pelos campos.

Com as desestruturações de seus lares, alguns pacientes dizem ter casado muito cedo para fugirem de casa e da convivência com as madrastas e/ou padrastos, ou até mesmo da violência de pais alcoólatras e perversos, inclusive sexualmente (casos 22, 24, 10). Brigas em família, pancadarias, não são infreqüentes nestes relatos de vida, assim como castigos sádicos como: cortar a língua, pôr de joelhos - em sal grosso, etc... (caso 24, por exemplo).

Frases como: ... "quando a gente não tem mãe nunca vive feliz na vida"; "ela faz muita falta para mim" ; "mãe faz falta sempre, mesmo quando se tem marido e filhos", etc... ilustram que esta ausência não é jamais preenchida em inúmeros casos. Muitos pacientes mostram, até mesmo na aparência física pueril, e no comportamento regressivo, (como por exemplo os casos 25 e 42), que não elaboraram estas perdas, e que continuam a serem crianças, e a buscarem uma mãe pela vida"...

Esta falta da figura materna, provocada pela ausência física desta, ou por necessidades psicológicas intensas, exemplificadas pelos vínculos exagerados de dependência, leva algumas pacientes casadas a rejeitarem o papel de serem mães - não há como assumir estas delicadas funções maternas, sem antes ter resolvido o conflito de necessitar ainda ser filha protegida e amparada (caso 3 , por exemplo).

3. Ligações Afetivas Intensas (Vínculos de dependência)

Cinquenta e dois pacientes (88,136%) relatam ser dependentes afetivamente de seus familiares e/ou de amigos. Estas ligações mostram-se mais claras, principalmente em relação aos vínculos parentais. Nas anamneses 6, 32, 42, 38, as pacientes ressaltam a intensa dependência em relação ao afeto paterno. Ilustrando o dito, vemos que no caso 38 a enferma atribui a morte de seu pai à "emoção" provocada neste pelo seu casamento. Em outros relatos, há comparações como: "... meu marido é muito bom para mim - ele é meu segundo pai!...! Em dois casos (32 e 38) fica evidente o vínculo intenso de pai e filha, e até mesmo o medo de somatizarem - iguais a estes.

Há uma tendência nítida, e até mesmo confessa destes enfermos, em se ligarem facilmente às pessoas (8,12, 58), inclusive aos médicos. Estas ligações nem sempre se mostram felizes, terminando muitas vezes como as próprias "juntas" ("junções", "ligações"): "inflamadas", "dolorosas" ou "bloqueadas" por tristes separações ou, desligamentos

intempestivos.

Por todas estas razões de dependência, e dos "conflitos do depender", torna-se muito difícil ao paciente trabalhar sozinho suas perdas, seus lutos. Uma enferma inclusive verbaliza, quando face ao seu relato de inúmeras mortes na família: "... acho que não aprendi a perder!..." (caso 38). Esta chega a entrar para o espiritismo, como fazem alguns outros pacientes, buscando explicações (ou mesmo recontatos) com entes queridos, por não aceitarem a quebra destes vínculos. Muitas ligações afetivas intensas envolvem sentimentos ambivalentes de amor e raiva (casos 11 e 25 por exemplo).

4. Situação Psico-social da mulher.

Nestas histórias clínicas observamos inúmeros fatores ligados à situação de opressão psicológica e social pela qual passa a mulher em diversas sociedades, inclusive na brasileira (70,146).

Chama a atenção os inúmeros relatos de conflitos emocionais ligados às crises conjugais sérias, que precedem o aparecimento da Artrite Reumatóide (por exemplos anamneses 21, 22, 23, 38, 39, 6, 7, 9, 10, 15, 18, 19, 45, 41, etc...). Estas mulheres confessam viver muito mal com seus maridos, muitas delas sendo traídas por eles, ou então sendo acusadas, após terem sido acometidas pela doença, de não serem "mulheres completas". Algumas são espancadas juntamente com seus filhos, arcam com a criação destes sozinhas,

pagam muitas vezes todas as despesas do lar, zelam moralmente e higienicamente por estes, e não são nem ao menos valorizadas por "seus donos". Há o relato de um caso em que o marido diz à esposa que "se ela depender dele para comprar os remédios, que ela morra!..." Outra conta que quando tem dores fortes "o marido não é homem de levar um copo d'agua para ela na cama..." (caso 41).

O fato de serem traídas pelo esposo, principalmente quando já acometidas pela doença, faz aumentar os sentimentos de desvalorização de si mesmas: "eu fazia tudo p'ra ele, e ele não reconhecia nada!..." (caso 18). Um outro caso ilustra o grau de submissão e subjugação em que viveu uma mulher durante os 13 anos de casamento (caso 17) : "ele era militar, e queria tratar a gente como o pessoal do quartel!... Não me deixava nem sair do portão para fora..."

Face às humilhações e espancamentos, muitas mulheres atribuem o fato de não se separarem às dificuldades em criarem os filhos sozinhas: "há dificuldades em arranjar trabalho, principalmente por serem mulheres, e mais ainda sendo separadas; há o estigma social desmoralizante da mulher que vive sô; há uma menor remuneração da mulher em relação a muitos homens que têm as mesmas funções, o que dificultaria a manutenção do lar e a criação dos filhos; há também referências em não terem com quem deixar suas crianças em caso de necessitarem trabalhar fora: não há creches públicas suficientes..." Em muitos destes casos, fica patente o medo que estas mulheres têm em cindirem as relações de dependência com seus maridos, mesmo sendo estas conflituosas e ambivalentes, isto é, "compostas de amor e ódio".

A personalidade obsessiva da maioria destas enfermas, e as suas dificuldades em mudarem qualquer procedimento em suas vidas, ratificam estas conclusões.

Transparece, em algumas anamneses, o pavor de re tornarem (mesmo que temporariamente) à casa paterna; uma paciente que tentou isto foi surrada pelo pai, e obrigada a "refazer a relação" (caso 22), porém esta "não teve condi ções de ser refeita", fato que colaborou por deixar a pacien te extremamente culpabilizada pelo fracasso do casamento . Num outro relato (caso 23), a paciente vence esta barreira e se decide a retornar à casa dos pais, onde é bem recebida. Em outros casos somente a viuvez (casos 15, 17) livra - as do sofrimento destas relações sado-masoquistas (58).

O corpo continua sendo, para a grande maioria das mulheres, o seu maior valor social. Quando este é atingido pelo envelhecimento, ou pela doença, elas se sentem e são tratadas como "sucata", conforme diz Heloneida Studart em "Mulher Objeto de Cama e Mesa" (146). Ilustrando isto ve mos observações claras de algumas pacientes, que acham que devem aguentar tudo sem reclamar, e "servirem" seus maridos mesmo quando estes não são carinhosos, compreensivos, ou cumpridores de seus deveres. Dizia uma mulher "... tenho sorte de ter um marido bom, que cuida de mim e que me aceita doente!..." Outra acha-se "podre" com a doença, e ateia fo go ao corpo numa de suas tentativas de suicídio (caso 39) denotando intensa desvalorização de si mesma, e também por sentir este corpo como um "arcabouço" de coisas ruins intro jetadas.

Algumas mulheres fazem referência à desconsideração de seus maridos por seus desejos sexuais. Sentem - se envergonhadas por sentirem isto, como se este desejo fosse apenas privilégio dos homens (70,146). Vemos que na anamnese 3 a paciente confessa -se extremamente culpada por sentir-se atraída por outros homens na ausência do marido, que por vezes viaja meses seguidos durante o ano, sendo que este já teve várias relações extra-matrimoniais, inclusive com sua vizinha e ex-amiga. Em outro caso, o marido é impotente e estéril há muitos anos, e a paciente sente-se envergonhada em ter desejos sexuais, que nunca são satisfeitos (caso 38).

Por todo o exposto, vemos que estas mulheres continuam reproduzindo a imagem da Virgem Maria, como diz June Hahner em seu livro "A Mulher no Brasil" (70). Elas sustentam as suas inferioridades em relação aos homens, opinião esta que vem desde a Idade Média (70). Segundo esta visão, reafirmada no Brasil pelo Positivismo*, a mulher quase não teria instinto sexual, e suas qualidades fundamentais seriam a "Pureza", a "Reclusão ao lar", os "Instintos Altruístas", como: o amor para com os iguais - Apêgo; o amor por aqueles que parecem superiores (os homens!...) - Veneração; o amor para aqueles que dependem de sua proteção - Bondade. Com estes pendores altruístas, as mulheres tolerariam

* Positivismo: "Conjunto de doutrinas criadas por Augusto Comte, filósofo francês (1798-1857), caracterizadas sobretudo pelo impulso dado à orientação cientificista do pensamento filosófico, atribuindo à Constituição e ao processo da Ciência positiva importância capital para o progresso de qualquer província do conhecimento" (29,53).

tudo, inclusive as grosserias dos homens, cumprindo assim suas funções de verdadeiras obras de santificação na terra (70). Numa visão histórica, não há mudanças significativas no comportamento e no papel social vivido por grande parte destas mulheres, se comparadas àquelas do período colonial e início do século no Brasil (70).

Face a esta situação social vivenciada por grande número de mulheres, inclusive pela maioria das pacientes que compõem esse trabalho, não é difícil imaginar o que estas crises relacionais ocasionam de tensões ao psiquismo e ao próprio corpo.

5. A doença e suas repercussões à vida destes pacientes

Constatamos pelos relatos destes enfermos, que a Artrite Reumatóide representa um marco extremamente doloroso à vida de todos estes seres. Esta dor não se restringe somente aos processos inflamatórios osteo-articulares e/ ou musculares - ela tem, na maioria dos casos, raízes profundas em conflitos psicológicos que antecedem o aparecimento dos sintomas e sinais clínicos, e se reafirma nas repercussões vivenciais que esta patologia provoca.

Um dos aspectos mais salientados nas anamneses destes pacientes é a cronicidade deste mal. Frases como : "... o que mais dói é saber que terei esta doença para o resto da vida, e que ela não sara!..." "... Tenho medo de ficar entrevada" ... "Se fosse para morrer de repente eu nem me importava, pois só penso em como vai ser o fim de minha vida - no fundo de uma cama? Deformada?...", ilustram

que ser portador (a) de um sofrimento que durará toda a vida, e que causa marcas físicas irreparáveis, "tira o sossego" , "tira a felicidade de viver", como diz a enferma identificada pelo número 25. Esta cronicidade leva ao medo do futuro, ao medo da velhice, da dependência em relação a outros quando não puderem mais contar com suas forças, com suas vitalidades: "tenho medo de sofrer e ficar dando trabalho aos outros"; "a doença não mata mas aleija, e isto me fará depender de outras pessoas!..."; "como será no fim da vida?... " ... "é bom eu aproveitar enquanto posso", diz uma jovem paciente (caso 35), como se o futuro com a doença representasse verdadeiramente o fim de tudo o que dá prazer.

Estes pacientes vivem na "saudades da saúde", expressão comumente usada por uma enferma (caso 25), que traz, de forma profunda, o ônus pesado deste fardo a carregar.

O medo do amanhã não se desloca apenas para a velhice; ele está também no momento seguinte, pois muitos são os doentes que relatam viver na expectativa da volta próxima dos sintomas dolorosos: "... mesmo tomando os remédios, quando a doença tem prazo ela vem..."; " Um dia se está boa e em outro não se sabe como vai ser!..."; "... A doença vai e volta, e nos pega de surpresa..." Este medo se fundamenta também na insegurança econômica: "... e se eu não tiver dinheiro para comprar os remédios, que estão cada vez mais caros ?..." Ou então se deposita nas indagações de: " ... e se o laboratório deixar de fabricar os remédios que me tiram a dor, como ficarei?... "E se os remédios se acostumarem ao meu corpo, como será ?... A insegurança é verdadeiramente uma constância na vida destes enfermos, que

dependem realmente de muitos: de suas próprias forças, do amparo da família, dos médicos, dos pãra-médicos, dos laboratõrios farmacêuticos, dos patrões, etc... E como eles mesmos deduzem, todas estas ligações de dependência são frágeis, são incertas.

Muitas pacientes denotam também muito receio dos efeitos colaterais provocados pelos remédios. Para alguns eles são mais nocivos do que a própria doença, pois deformam (fazem inchar), provocam estrias, e até mesmo podem matar por provocarem problemas cardíacos, renais e endócrinos (casos 14,18,52,etc...). Este receio não é nada infundado, e muitos destes pacientes apresentam complicações ligadas ao uso de corticóides e derivados, ou de outros medicamentos utilizados no tratamento da A.R.

A doença prejudica também o rendimento no trabalho. Este é, para a grande maioria, não sõ a forma de ganhar seu sustento, mas também uma maneira de preencher o tempo e se esquecer dos problemas diários. Com a imobilidade passam a ruminar as vivências dolorosas, ou criã-las ainda mais, o que acentua as dores, a depressão e a ansiedade.

Verificamos claramente pelas histórias clínicas, que aqueles pacientes que apresentam um bom suporte social, (34) isto é, lares melhores constituídos e alicerçados afetivamente (maridos e/ou esposas e filhos compreensivos), têm melhores evoluções. Nestes, as preocupações com o futuro diminuem, e eles se sentem mais protegidos e mais pragmáticos.

6. Expressões de destaques utilizadas pelos pacientes para falarem da doença, ou das dores.

Ao falarem da doença, muitos doentes relatam a importância do frio em sua etiopatogênese. Nos livros e artigos de reumatologia esta relação causal não é confirmada, embora ressaltem que a doença reumatóide seja mais frequente em países de clima frio (35,76,140). Podemos analisar também que esta referência por parte do enfermo, possa estar centrada em informações que passam culturalmente de pessoa à pessoa, de família à família, e até mesmo de país a país!... Pode também estar repousada no fato de ter havido mudanças nas relações afetivas destes enfermos, antes calorosas, acolhedoras, para relações "mais distantes", "mais frias", "mais difíceis", como o observado nos casos: 38 em que a paciente passa por uma situação de mudança de cidade, ou no caso 57, em que as condições de trabalho na água são áridas, gélidas, dolorosas!..."

Duas outras expressões muito utilizadas por estes enfermos na descrição da dor são: "fico duro (a) como um pau!..." "me transformo num robô!... Pelas explicações destes, verifiquei que eles queriam transmitir com estas frases que as dores os deixam imobilizados, rígidos, sem vida, sem desejos... São os outros que os dirigem, que os guiam, que os controlam..."

Observando o dicionário de língua portuguesa (53) vemos que a expressão "duro como um pau", é utilizada popularmente também com uma conotação de "castigo corporal" (... "quando tenho dores parece que estou levando umas pauladas na

mão" - caso 52), e também de "situação difícil", "embaraçosa".

Logo, prestar atenção na linguagem destes enfermos pode colaborar por ajudar-nos a entender os aspectos psicodinâmicos destas dores, conforme diz ENGEL (149).

VII - CONCLUSÕES

Após a análise dos dados clínicos encontrados nestes 59 pacientes conclui:

a) Há conflitos emocionais importantes e marcantes nos 12 meses que antecedem o desencadeamento da Artrite Reumatóide, em quase 70% destes enfermos.

b) Há nítidas CARACTERÍSTICAS OBSESSIVAS na personalidade pré-mórbida destes pacientes.

c) A DEPRESSÃO - ANSIOSA é o distúrbio afetivo mais importante entre os pacientes com sintomas dolorosos, assim como a ANSIEDADE, (principalmente a canalizada para a hiperatividade produtiva) o é entre os sem sintomas de dores.

d) Os médicos reumatologistas de nosso ambulatório não têm valorizado adequadamente os distúrbios emocionais destes enfermos.

e) A história de vida dos pacientes com dores crônicas, e que não estão melhorando com o tratamento usual empregado na Artrite Reumatóide, são mais ricas em conflitos emocionais que precedem a doença e se intensificam após o aparecimento desta.

f) Não se pode concluir nesse trabalho, que há mais elementos psicogênicos entre os Fator Reumatóide negativos do que entre os Fator Reumatóide positivos, quando se compara os dois grupos.

O que se pode dizer, é que há um maior número de pacientes Fator Reumatóide negativos entre aqueles que apresentam histórias de vida mais conflituosas antes e após o aparecimento da Artrite Reumatóide.

Esse trabalho faz um estudo descritivo de aspectos psicológicos e sociais de 59 pacientes acometidos de Artrite Reumatóide, tratados no Ambulatório de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, no período compreendido entre janeiro de 1984 até outubro do mesmo ano.

Nesse estudo são salientados os distúrbios afetivos presentes antes do aparecimento da doença, e após a instalação da mesma. É feita uma análise da "Personalidade Prê-Morbida" destes enfermos, onde se constata nítidas características obsessivas.

Separando-se os pacientes com sintomas dolorosos dos sem sintomas de dores, observa-se que os primeiros apresentam-se deprimidos e ansiosos pela "Escala de Beck para Depressão", e pela de "Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral"; os sem manifestações dolorosas mostram-se não deprimidos por ambas as escalas, e moderadamente ansiosos pela Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade.

Há entre os pacientes com sintomas dolorosos, e que não vêm obtendo melhora com a terapêutica usual empregada, muito mais casos Fator Reumatóide negativos do que positivos; o inverso ocorre no grupo dos sem sintomas de dores.

Nessa pesquisa também são analisados o comportamento clínico dos médicos face aos aspectos psicológicos destes enfermos, assim como alguns fatores ligados a os problemas psico-sociais enfrentados pelas mulheres presentes entre estes.

As repercussões da doença sobre a vida destes doentes são igualmente enfatizados.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 001) ABERASTURY, A. Teoría y Técnica Del Psicoanálisis De Niños. 1a. ed. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1977 282p.
- 002) ABERASTURY, A. y KNOBEL, M. La Adolescencia Normal 1a. ed. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1970 163p.
- 003) ADAMSON, J.D. and SCHMALE, A.H. Object Loss, Giving Up And The Onset of Psychiatric Disease. Psychosom. Med., 27(6):557-576, 1965.
- 004) ADER, R. Psychosomatic and Psychoimmunologic Research Psychosom. Med., 42(3):307-321, 1980.
- 005) ALTHUSSER, POULANTZAS, GRAMSCI, LUKÁCS. Da Ideologia 2a. ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1983 330p.
- 006) ALEXANDER, F. Fundamental Concepts of Psychosomatic Research. Psychogenesis, Conversion, specificity. Psychosom. Med., 5:205-210, 1943.
- 007) AMKRAUT, A.A.; SOLOMON, G.F. and KRAEMER, H.C. Stress, Early Experience and Adjuvant-Induced Arthritis in the Rat. Psychosom. Med., 33(3):203-214, 1971.
- 008) ANSELL, B.M. Psyche and Rheuma. J.Int.Med.Res., 50 (Suppl.2):50-53, 1976.
- 009) ANTONELLI, F. A Neurose Reumática: Aspecto Psico-somático do Reumatismo Psicógeno ou Funcional. Revista de Psicologia Normal e Patológica, 1(2):281-293, 1955.
- 010) ANGST, J.; BAASTRUP, P.; GROF, P.; HIPPIUS, H.; PÖLDINGER, W. and WEIS, P. The Course of Monopolar Depression and Bipolar Psychoses. Psychiatr. Neurolog. Neurochir., 76:489-500, 1973.

- 011) AUQUIER, L. et PAOLAGGI, J.B. Hydarthrose p̄riodique ,
Rhumatisme palindromique et formes intermittentes des
rhumatismes inflammatoires. Encyclop̄die M̄dicale
Chirurgique, Appareil Locomoteur, Paris, 14 242 A¹⁰,
7, 1974.
- 012) BAUM, J. A review of the psychological aspects of Rheu-
matic Diseases. Semin. Arthritis Rheum., 11(3):
352-361, 1982.
- 013) BARBUT, M. Math̄matiques des Sciences Humaines I, 2a.ed.
Paris, Presses Universitaire de France, 1969 254p.
- 014) BARBUT, M. Math̄matiques des Sciences Humaines II, 2a.
ed. Paris, Presses Universitaires de France, 1970
293p.
- 015) BARCHILON, J. Analysis of a Woman with incipient Rheu-
matoid Arthritis (A Contribution to the understanding
of somatic equivalents of Withdrawal into sleep)
The Int.J.Psychoanal., 44(1):163-171, 1963.
- 016) BEIGEL, A. and MURPHY, D.L. and BUNNEY, W.E. The Manic-
State Rating Scale. Arch.Gen.Psychiatry, 25:256-262,
1971.
- 017) BEAUMONT, G. The use of psychotropic drugs in other pain-
ful conditions. J.Int.Med.Res., (Suppl.2) 56(4):56-
57, 1976.
- 018) BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J.
An inventory for measuring depression. Arch. Gen.
Psychiatry, 4:561-571, 1961.
- 019) BLUMBERG, B.S.; BUNINI, J.J.; CALKINS, E.; PIRANI, C.L. and
Zvaifler, N.J. A.R.A. Nomenclature and Classification
of Arthritis and Rheumatism (Tentative) Arthritis
Rheum., 7:93, 1964.

- 020) BOND, A.J.; JAMES, C.D. and LADER, M. Physiological and Psychological Measures in Anxious Patients. Reprinted from Psychological Medicine, 4(4):364-373, 1974.
- 021) BOX, G.E.P. and HUNTER, W.G. and HUNTER, J.S. Statistics for experimenters An Introduction to Design, Data Analysis, and Model Building. Library of Congress Cataloging in Publication Data. 1a.ed. USA., 1978 653p.
- 022) BRODY, S. Psychological factors associated With Disseminated Lupus Erythematosus and effects of cortisone and A.C.T.H. Psychiatr.Q., 30(1):44-60, 1956.
- 023) BURCHFIELD, S.R. The stress response. A new perspective (Review Article) Psychosom. Med., 41(8):661-672, 1979.
- 024) CABRAL, M.A.A. Algumas considerações sobre o uso do lítio numa clínica psiquiátrica ligada a um Hospital-Escola, na cidade de Campinas-SP. Campinas, 1982. Tese-Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP.
- 025) CASSEL, W.A. Body perception and symptom localization Psychosom. Med., 27(2):171-176, 1965.
- 026) CAIN, J. Le symptôme psychosomatique. Rev. Méd. Psychosom., 9(2):77-101, 1967.
- 027) CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria Preventiva 1a.ed. Rio de Janeiro, Zahar editores S.A., 1980. 324p.
- 028) CARNEY, M.W.P.; ROTH, M. and GARSIDE, R.F. The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response. Br.J.Psychiatry, 3:659-674, 1965.
- 029) CHAUI, M. O que é Ideologia. 17a.ed. São Paulo, Edit. Brasiliense, 1984. 125p.

- 030) CHARAZAC, B.M. Peut-on considérer le symptôme psychosomatique comme un équivalent suicidaire? Psychologie Médicale, 13(8):1195-1198, 1981.
- 031) CLEVELAND, S.E. and FISHER, S. Behavior and unconscious fantasies of patients with rheumatoid arthritis. Psychosom. Med., 16(4):327-333, 1954.
- 032) CLEVELAND, S.E. and FISHER, S. A Comparison of Psychological characteristics and Physiological Reactivity in Ulcer and Rheumatoid Arthritis Groups I. Psychosom. Med., 22(4):283-289, 1960.
- 033) COLTON, R.S. Psychogenic Rheumatism. Minn Med., 64(6), 365-366, 1981.
- 034) COBB, S. Social Support as a moderator of life stress. Psychosom. Med., 38(5):300-314, 1976.
- 035) COSSERMELLI, W. Reumatologia Básica. 1a.ed., São Paulo, Edit. Sarvier, 1972. 441p.
- 036) CROWN, S.; CROWN, J.M. and FLEMING, A. Aspects of the psychology and epidemiology of rheumatoid disease. Psychol. Med., 5:291-299, 1975.
- 037) CRUZ, F. Formas imbricadas, somatogenéticas y psicogenéticas en algunos procesos reumáticos y en el Asma Bronquial. Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr., 22(2):51-64, 1963.
- 038) DERMEYER, J. Prévenir et Guérir Les Rhumatismes (Arthrites et Arthroses). 3a.ed. Soissons, Edit. Andrillon, 1975. 222p.
- 039) DELGADO, H. Anormalidades del sentimiento. In: Curso de Psiquiatria. 6a.ed. Barcelona, Edit. Científico-Médica, 1978. cap.4, pag.69-85.

- 040) DELGADO,H. Anormalidades de las tendencias instintivas.
In: Curso de Psiquiatria. 6a.ed. Barcelona, Edit.
Cientifico-Médica, 1978. Cap.5, pag.87-105.
- 041) DELGADO,H. Psicosis Maniaco-Depresivas In: Curso de
Psiquiatria. 6a.ed. Barcelona, Edit.Cientifico -
Médica, 1978 Cap.20, pag.321-331.
- 042) D'ESHOUGUES,J.R. Nōtions Gēnērales Sur L'Arthrose.
Encycl.Mēd.Chir., Paris Appareil Locomoteur, 14 300
A¹⁰, 7, 1974.
- 043) DESHAYES,P. Arthropathies Hēmophiliques. Encycl.Mēd.
Chir. Paris Appareil Locomoteur, 14 280 A¹⁰, 1,
1970.
- 044) DELBARRE,F. et LABROUSSE,C. et VASSAL,J. Polyarthrites
Chroniques Évolutives Infantiles. Encycl.Mēd.Chir.,
Paris Appareil Locomoteur, 14 225 F¹⁰,3, 1972.
- 045) DOURY,P. Spondylarthrite Ankylosante. Encycl.Mēd.Chir.,
Paris Appareil Locomoteur, 14 230 A¹⁰,9, 1979.
- 046) EDWARDS,M.H. The relationship of arthritic patients to
the community. J.Amer.Phys.Therap.Assoc., 44:718,
1964.
- 047) ENGEL,G.L. Studies of Ulcerative Colitis III The Natu
re of the psychologic processes. Am.J.Med., 19:231,
1955.
- 048) ENGEL,G.L. et SCHMALE,A.H. Théorie Psychanalitique du
trouble somatique:conversion, spēcificitē et circons
tances d'invasion de la maladie. Revue de Médecine
Psychosomatique, 10(2):195-216, 1968.
- 049) EY,H.; BERNARD,P. et BRISSET,C.H. La Nēvrose D'Angois
se. In: Manuel de Psychiatrie 4a.ed. Paris, Masson,
1974, Cap.3, pag.441-453.

- 050) EY, H.; BERNARD, P. et BRISSET, C.H. États Dépressifs et Crises de Mélancolie. In: Manuel de Psychiatrie. 4a.ed. Paris, Masson, 1974. Cap.3 pag.243-279.
- 051) EY, H.; BERNARD, P. et BRISSET, C.H. Les Psychoses périodiques Maniaco-Dépressives. In: Manuel de Psychiatrie 4a.ed. Paris, Masson, 1974, Cap.4 pag.280-292.
- 052) FELDMANN, J.L. Syndrome Oculo-Urétéro-Synovial. Encycl. Méd.Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14 206 A¹⁰, 4, 1978.
- 053) FERREIRA, A.B. De H. Novo Dicionário Da Língua Portuguesa. 1a.ed. Rio de Janeiro, Edit. Nova Fronteira, 1975. 1499p.
- 054) FISHER, S. and CLEVELAND, S.E. A comparison of Psychological Characteristics and Physiological Reactivity in Ulcer and Rheumatoid Arthritis Group II. Differences in Physiological Reactivity. Psychosom. Med., 22(4): 290-293, 1960.
- 055) FREUD, S. Mourning and Melancholie., Collected Papers. London, Hogarth Press, 1917, v.4 pag.152.
- 056) FREUD, S. Inhibition, Symptoms and Anxiety, London, Hogarth Press, 1936. 179p.
- 057) FREUD, S. Estudos sobre a Histeria, 1a.ed. Rio de Janeiro, Imago, v.2 393p.
- 058) FRIEDMAN, H. Aspects Psychosomatiques de la Polyarthrite Chronique Évolutive (P.C.E.) ou Polyarthrite Rhumatoïde. Acta Psychiatr. Belg., 72(1):117-141, 1972.
- 059) GANZ, V.H.; GURLAND, B.J.; DEMING, E. and FISHER, B. The study of the psychiatric symptoms of systemic lupus erithematosus (A Biometric Study). Psychosom. Med., 34:(3):207-220, 1972.

- 060) GARDINER, B.M. Psychological Aspects of rheumatoid arthritis. Psychol. Med., 10:159-163, 1980.
- 061) GAYRAL, L.F. Une échelle de comportement agressif. Ann. Med. Psychol., Paris, 137(5):502-506, 1979.
- 062) GOUGEON, J. et SEIGNON, B. Ostéoarthropaties nerveuses. Encycl. Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14 285 A¹⁰, 4, 1978.
- 063) GREENE, W.A. Psychological factors and reticuloendothelial disease. Psychosom. Med., 16(3):220-230, 1954.
- 064) GRUNSPUN, H. Distúrbios Neuróticos da Criança. 2a.ed. São Paulo, Livraria Atheneu, 1976, 635p.
- 065) GUIDI, M.L.M. e DUARTE, S.G. Um Esquema de caracterização Sócio-Econômica. Rev. Bras. Est. Pedag., (52):67-92, 1969.
- 066) GURNEY, C.; ROTH, M.; GARSIDE, R.F.; KERR, T.A. and SCHAPIRA, K. Studies in the Classification of Affective Disorders. The relationship between anxiety states and depressive illnesses II Br.J.Psychiatry, 121:162-166, 1972.
- 067) GURLAND, B.J.; GANZ, V.H.; FLEISS, J.L. and ZUBIN, J. The study of the psychiatric symptoms of Systemic Lupus Erythematosus (A Critical Review) Psychosom. Med., 34(3):199-206, 1972.
- 068) GUYTON, A.C. Fisiologia Humana, 5a.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. 445p.
- 069) GUZE, S.B. The occurrence of psychiatric illness in Systemic Lupus Erythematosus. Am.J.Psychiatry, 123(12):1562-1570, 1967.
- 070) HAHNER, J.E. A Mulher no Brasil, 1a.ed., Rio de Janeiro, Edt. Civilização Brasileira, 1978. 175p.

- 071) HAMILTON, M. Diagnosis and Rating of Anxiety In: Studies of Anxiety, LADER, M.H. Br.J.Psychiatry, (Spec. Publ.) 3:76-79, 1969.
- 072) HAMILTON, M. The Assessment of Anxiety States by Rating. Br.J.Med.Psychol., 32:50-55, 1959.
- 073) HINZ, G. et al. Critical Findings on Psychogenesis of Rheumatic Diseases. Med.Welt., 28(45):1830-1833, 1977.
- 074) HAMILTON, M. A Rating Scale for Depression. J. Neurol. Neurosurg.Psychiatry, 23:56-62, 1960.
- 075) HINKLE, L.E.; CHRISTENSON, W.N.; KANE, F.D.; OSTFELD, A. ; THETFORD, W.N. and WOLFF, H.G. An Investigation of the Relation Between Life Experience, Personality Characteristics and General Susceptibility to illness. Psychosom. Med., 20(4):278-295, 1958.
- 076) HOLLANDER, J.L. and BOLAND, E.W. The Study of Rheumatoid Arthritis. Arthritis and Allied Conditions; a textbook of rheumatology. 7a.ed. Philadelphia, Lea and Febigek, c 1966 pt.2 p.181-269.
- 077) HOLLANDER, J.L. and ROGAN, C. The Study of the Rheumatic Diseases. Arthritis and Allied Conditions; a textbook of rheumatology. 7a.ed. Philadelphia, Lea and Febigek, c 1966. pt.1 p.23-175.
- 078) HOLLANDER, J.L. and FREYBERG, R.H. The Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis and Allied Conditions; a textbook of rheumatology. 7a.ed. Philadelphia, Lea and Febigek, c 1966. pt.3 p.295-535.
- 079) HOLLANDER, J.L. and ROBINSON, W.D. Factors influencing the onset or course of the rheumatic diseases. Arthritis and Allied Conditions; a textbook of rheumatology 7a.ed. Philadelphia, Lea and Febigek, C 1966. pt. 4 p.551-618.

- 080) KARUSH,A.; HIATT,R.B. and DANIELS,G.E. Psychophysiological Correlations in Ulcerative Colitis. Psychosom. Med., 17(1):36-56, 1955.
- 081) KAPLAN,H. Psychogenic Rheumatism. Ariz.Med., 32(4):280-281, 1975.
- 082) KENDELL,R.E. and GOURLAY,J. The Clinical Distinction Between Psychotic and Neurotic Depressions. Br.J.Psychiatry, 117:257-266, 1970.
- 083) KERR,T.A.; ROTH,M.; SCHAPIRA,K. and GURNEY,C. The Assessment and Prediction of Outcome in Affective Disorders. Br.J.Psychiatry, 121:167-174, 1972.
- 084) KENDELL,R.E. and GOURLAY,J. The Clinical Distinction Between the Affective Psychoses and Schizophrenia. Br.J.Psychiatry, 117:261-266, 1970.
- 085) KENDELL,R.E. The Classification of Depressions: A Review of Contemporary Confusion. Br.J.Psychiatry, 129:15-28, 1976.
- 086) KILOH,L.G. and GARSIDE,R.F. The Independence of Neurotic Depression and Endogenous Depression. Br.J.Psychiatry, 109:451-463, 1963.
- 087) KUNTZ,D. La Goutte. Encycl.Méd.Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 270 A¹⁰, 3, 1979.
- 088) LANOUZIERE,J. Dépression et Cancer du Sein (Revue Critique). Revue de Médecine Psychosomatique, 23(3):293-317, 1981.
- 089) LABROUSSE,C.L. et CATANZANO,G. Pseudopolyarthrite Rhizomélique et Artérite Temporale. Encycl.Med.Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 225 M¹⁰, 4, 1978.
- 090) LACEY,J.I.; BATEMAM,D.E. and VAN LEHN,R. Autonomic Response Specificity. An Experimental Study Psychosom. Med., 15(1):8-21, 1953.

- 091) LADER, M. Psychophysiology of Depression. Aspects of Depression Symposium. Madrid, 8th - 10th, May, 1972.
- 092) LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. Vocabulário de Psicanálise. 6a.ed. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1967. 707 p.
- 093) LAWRENCE, J.S. Prevalence of Rheumatoid Arthritis. Ann. Rheum. Dis., 20:11, 1961.
- 094) LEVITAN, H.L. Patterns of Hostility Revealed in the Fantasies and Dreams of Women With Rheumatoid Arthritis. Psychother. Psychosom., 35(1):34-43, 1981.
- 095) LEMAIRE, V. Vascularites et Désordres Apparentés. Encycl. Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 245 A¹⁰, 3, 1982.
- 096) LERMANN, Th. La Chronopharmacologie: quel rôle en Thérapeutique? Méd. et Hyg., 42:944-956, 1984.
- 097) LING, M.H.M.; PERRY, P.J. and TSUANG, M.T. Side Effects of Corticosteroid Therapy (Psychiatric Aspects). Arch. Gen. Psychiatry, 38:471-477, 1981.
- 098) LOYAU, G. Rhumatisme Psoriasique. In: Encycl. Méd. Chir. Paris, Appareil Locomoteur, 14. 240 A¹⁰, 3, 1972.
- 099) MAYER - GROSS, W.; SLATER, E. and ROTH, M. Desvios de Personalidade e reações neuróticas. In: Psiquiatria Clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1972. v. 1 cap. 3 p. 63-187.
- 100) MAYER - GROSS, W.; SLATER, E. and ROTH, M. Distúrbios Afetivos. In: Psiquiatria Clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1972. v.1 cap. 4 p. 197-248.
- 101) MAYER - GROSS, W.; SLATER, E. and ROTH, M. Exame do Doente Mental. In: Psiquiatria Clínica, São Paulo, Mestre Jou, 1972. v.1 cap. 2 p. 37-61.

- 102) MANJAN, A.A. and COLLECTOR, M.I. Stress-Induced Modulation of the Immune Response. Science, 196:307-308, 1976.
- 103) MAAS, J.W. Adrenocortical Steroid Hormones, Electrolytes and The Disposition of the Catecholamines With Particular Reference to Depressive States. J.Psychiatry. Res., 9:227-241, 1972.
- 104) MAY, P.R.A. Psychotherapy and Ataraxic Drugs. In: _____ Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis. 1a.ed. New York, Edit. Bergin, A.E., 1971. p. 495-540.
- 105) MATOS, E.G.; KARNIOL, I.G. e PIEDRABUENA, A.R. Sintomatologia Depressiva em Pacientes Alcôolátras Internados. J.Bras.Psiq., 33(2):123-126, 1984.
- 106) MATHEW, R.J.; LARGEN, J. and CLAGHORN, J.L. Biological Symptoms of Depression. Psychosom. Med., 41(6):439-443, 1979.
- 107) MARBACH, J.J. and LUND, P. Depression, Anhedonia and Anxiety in Temporomandibular Joint and Other Facial Pain Syndromes. Pain, 11:73-84, 1981.
- 108) MELO, A.L.N.de Psicologia e Psicopatologia da Afetividade. In: _____. Psiquiatria. 2a.ed., Rio de Janeiro, Edit. Civilização Brasileira, 1979. v.1. cap. 13 p. 501-541.
- 109) MEYER, O. Manifestations Rhumatologiques du Lupus Erythémateux Disséminé et des Connectivites Mixtes (Syndrome de Sharp) Encycl.Méd.Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 245 A³⁰, 9, 1982.
- 110) MC.CLARY, A.R.; MEYER, E. and WEITZMAN, E.L. Observations on the role of the mechanism of depression in some patients with Disseminated Lupus Erythematosus. Psychosom. Med., 17(4):311-321, 1955.

- 111) MOOS, R.H. and SOLOMON, G.F. Psychologic Comparisons between women with Rheumatoid Arthritis and their Nonarthritic sisters I. Personality test and interview rating data. Psychosom. Med., 27(2): 135-149, 1965.
- 112) MOLDOFSKY, H. and CHESTER, W.J. Pain and Mood Patterns In Patients with Rheumatoid Arthritis. A Prospective Study. Psychosom. Med., 32(3):309-318, 1970.
- 113) MOOS, R.H. and SOLOMON, G.F. Psychological comparisons Between Women with Rheumatoid Arthritis and their Nonarthritic sisters II. Content Analysis of Interviews. Psychosom. Med., 27(2):150-164, 1965.
- 114) MUCCHIELLI, R. Philosophie De La Médecine Psychosomatique. 1a.ed., Paris, Ed. Montaigne, 1961. 220p.
- 115) NATHAN, P. Recent Advances in Understanding pain. Br.J. Psychiatry, 136:509-510, 1980.
- 116) NOBLE, P. and LADER, M. The Symptomatic Correlates of the Skin Conductance Changes in Depression. J.Psychiatry Res., 9:61-69, 1971.
- 117) OBADIA, J.P. Maladie Rhumatoïde et Psychosomatique. Rev. Franc. de Psychanal., 39(4):619-625, 1975.
- 118) PAOLAGGI, J.B. Rhumatisme Articulaire Aigu. Encycl.Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 201 A¹⁰, 11, 1967.
- 119) PAYKEL, E.S.; COPPEN, A. and HAMILTON, M. Mania and Depression: Classification, Description and Course. In: _____ . Psychopharmacology of Affective Disorders. 1a.ed. Oxford, Oxford University Press, 1979. cap.1 p.1-13.
- 120) PAYKEL, E.S.; MYERS, J.K.; DIENELT, M.N. et al. Life events and depression a controlled study. Arch.Gen.Psychiatry, 21:753-760, 1969.

- 121) PAYKEL, E.S.; COPPEN, A. and PEET, M. The long-term management of patients with affective disorders. In: _____ . Psychopharmacology of Affective Disorders. 1a.ed. Oxford, Oxford University Press, 1979. cap.13 p.248-256.
- 122) PAULLEY, J.W. Psychological Management of Multiple Sclerosis (An Overview). Psychother. Psychosom., 27(1): 26-40, 1976/77.
- 123) PELZ, M. and MERSKEY, H. A Description of the Psychological Effects of Chronic Painful Lesions. Pain, 14: 293-301, 1982.
- 124) PERRIN, G.M. and PIERCE, I.R. Psychosomatic Aspects of Cancer. (A Review). Psychosom. Med., 21(5):397-421, 1959.
- 125) PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa. 3a.ed. Rio de Janeiro, Edit. Atheneu, 1982. 260p.
- 126) PILOWSKY, I.; CHAPMAN, C. and BONICA, J. Pain. Depression and Illness Behaviour in a Pain Clinic Population. Pain, 4:183-192, 1977.
- 127) RADI, Y. Les Rhumatismes. 1a.ed. Suisse, Edit. Le Hameau, 1980, 156p.
- 128) REYNOLDS, M.D. Clinical Diagnosis of Psychogenic Rheumatism. West.J.Med., 128(4):285-290, 1978.
- 129) REGALADO, R.G. Anafranil in the management of long-term pain: A preliminary report. J.Int.Med.Res., 54(4) (Suppl.2):54-55, 1976.
- 130) ROTHENBERG, S. Depressions in Psychosomatic Disorders. Psychosom. Med., 16(3):231-239, 1954.
- 131) ROGER, M.P.; DUBEY, D. and REICH, P. The influence of the psyche and the brain on immunity and disease susceptibility: A critical review. Psychosom.Med., 41(2): 147-164, 1979.

- 132) ROGERS, M.P.; REICH, P.; STROM, T.B. and CARPENTER, C.B.
Behaviorally conditioned immunosuppression: replication of a recent study. Psychosom. Med., 38(6):447-451, 1976.
- 133) ROEMMICH, W. Disability and Rheumatic Diseases: Social security data. Arch. Environ. Health, 5:490, 1962.
- 134) SCHMOLL, P. Processus Identificatoires et somatisation: éléments pour une théorie des phénomènes psychosomatiques. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale, 24(1):13-32, 1982.
- 135) SCHWAB, J.J. and HARMELING, J.D. Body Image and Medical Illness. Psychosom. Med., 30(1):51-61, 1968.
- 136) SCHMALE, A.H. Relationship of Separation and Depression to Disease I. A Report on a Hospitalized Medical Population. Psychosom. Med., 20(4):259-277, 1958.
- 137) SCHMALE, A.H. and IKER, H.P. The Affect of Hopelessness and the development of Cancer. I) Identification of Uterine Cervical Cancer in Women with Atypical Cytology. Psychosom. Med., 28(5):714-721, 1966.
- 138) SCHAPIRA, K.; ROTH, M.; KERR, T.A. and GURNEY, C. The Prognosis of Affective Disorders: The Differentiation of Anxiety States from Depressive Illnesses. Br. J. Psychiatry, 121:175-181, 1972.
- 139) SEDA, H. Artrite Reumatóide: Quadro Clínico - Diagnóstico - Tratamento. In: _____ . Reumatologia. 2a.ed., Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1982. v.1 cap.2 p.473-552.
- 140) SEDA, H. Artrite Reumatóide: Conceito - Incidência - Patologia - Etiopatogenia. In: _____ . Reumatologia. 2a.ed., Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1982. v.1 cap. 2 p.438-473.

- 141) SHAW, D.M. The practical management of affective Disorders. Br. J. Psychiatry, 130:432-451, 1977.
- 142) SHOPSIN, B. and WATERS, B. The pharmacotherapy of major depressive syndrome. Part 1: Treatment of Acute Depression. Psychosomatics, 21(7):542-556, 1980.
- 143) SHAFFI, M. et ARBOR, A. Psychotherapeutic Treatment for Rheumatoid Arthritis. Arch. Gen. Psychiatry, 29(1): 85-87, 1973.
- 144) SOLOMON, G.F. and MOOS, R.H. The relationship of Personality to the presence of Rheumatoid Factor in Asymptomatic Relatives of Patients with Rheumatoid Arthritis. Psychom. Med., 27(4):350-360, 1965.
- 145) STRASSMAN, H.D.; THALER, M.B. and SCHEIN, E.H. A Prisoner of War Syndrome: Apathy as a Reaction to Severe Stress. Am. J. Psychiatry, 112:998, 1956.
- 146) STUDART, H. Mulher Objeto De Cama e Mesa. 15a.ed., Rio de Janeiro, Edit. Vozes, 1984. 53p.
- 147) STRAUBE, W. Experience with Psychotropic Drugs, Autogenic Training And Psychologic Dialogs with The Physician In Rheumatic Diseases. Verh. Dtsch. Ges. Rheumatol., 5:37-39, 1978.
- 148) TITTON, J.A. et al. Therapy Of Anxiety in Patients with Rheumatic Disease: cross over double-blind study comparing Lorazepan with Placebo. Psychosomatics, 16(3): 120-123, 1975.
- 149) TINLING, D.C. and KLEIN, R.F. Psychogenic Pain and Agresion: The Syndrome of The Solitary Hunter. Psychosom. Med., 28(5):738-748, 1966.

- 150) U.S. Department of Health, Education and Welfare; Public Health Service-Arthritis and Rheumatism:
- a) Publication n° 20, 1960
 - b) Publication n° 36, 1962
 - c) Publication n° 29, 1965
 - d) Publication n° 1444, 1966
 - e) Publication n° 1444 A, 1966
 - f) Publication n° 1431, 1966
- 151) VAN HERCK, J. Goutte et Troubles Mentaux. Acta Neurologique et Psychiatrique Belgique (Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie), 59(1):268-275, 1959.
- 152) VAYSSAIRAT, M. Manifestations Rhumatologiques de la Sclérodémie et des Polydermatomyosites. Encycl. Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 245 B¹⁰, 9, 1982.
- 153) VILLIAUMEY, J. et LARGET-PIET, B. Polyarthrite Chronique Évolutive (Polyarthrite Rhumatoïde et Polyarthrite Séro-négatives). Encycl. Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 220 A¹⁰, 9, 1975.
- 154) VILLIAUMEY, J. et AVOUAC, B. La Chondrocalcinoïse articulaire. Encycl. Méd. Chir., Paris, Appareil Locomoteur, 14. 271 A¹⁰, 4, 1981.
- 155) VILLENEUVE, A.; CAZEJUST, T. et KAMMERER, F. Affects Dépressifs Dans Les Maladies Organiques. La Revue De Médecine, 12(2):90-102, 1980.
- 156) VOLLHARDT, B.R.; ACKERMAN, S.H.; GRAYZEL, A.I. and BARLAND, P. Psychologically Distinguishable groups of Rheumatoid Arthritis Patients: A Controlled Single Blind Study. Psychosom. Med., 44(4):353-362, 1982.

- 157) VOTH, H.M. and KAN, T. Choice of Illness. Arch. Gen. Psychiatry, 6:57-64, 1962.
- 158) WARING, E.M.; WEISZ, G.M. and GRINBERG, R. Life Events, Psychiatric Screening and Psychosomatic Illness. South. Med. J., 73(3):339-341, 1980.
- 159) WARD, D.J. Rheumatoid Arthritis and Personality. A Controlled Study. Br. Med. J., 2:297-299, 1971.
- 160) WEINER, H. Some comments on the transduction of experience by the brain: Implications for our understanding of the relationship of mind to body. Psychosom. Med., 34(4):355-380, 1972.
- 161) WEINTRAUB, A. The mind and rheumatism report on the symposium. "Psychosomatic pain syndrome of the locomotor apparatus" at the rheumatologic clinic University of Basle, May 10 and 11, 1974.
- 162) WEISENBERG, M. Pain and Pain Control. Psychol. Bull., 84:1008-1044, 1977.
- 163) WINOKUR, G.; CLAYTON, P.J. and Reich, T. Manic Depressive Illness. 1a.ed., Saint Louis, C.V. Mosby, 1969. 186p.
- 164) WILLIAMS, R.L. and KRASNOFF, A.G. Body Image and Physiological Patterns in Patients with Peptic Ulcer and Rheumatoid Arthritis. Psychosom. Med., 26(6):701-709, 1964.
- 165) WOLKIND, S. Psychiatric Aspects of rheumatic disorders. Rep. Rheum. Dis., 57:1, 1975.
- 166) ZAPHIROPOULOS, G. and BURRY, H.C. Depression in Rheumatoid Disease. Ann. Rheum. Dis., 33:132-135, 1974.

- 167) ZUARDI, A.W. e KARNIOL, I.G. Estudo Transcultural de uma escala de auto-avaliação para estados subjetivos. Trabalho apresentado no 1º Simpósio Brasileiro sobre Psiquiatria Biológica, 1980.

X - ANEXOS

C112e
v.2
6696/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Anexo 1

RESUMO DAS ANAMNESES

* (Os "erros" nas concordâncias gramaticais são decorrentes da tentativa de se manter fidedigno o discurso direto dos pacientes durante as entrevistas).

A) Pacientes com manifestações dolorosas
(de média e forte intensidade)

Caso 1: N.S.S., 45 a., fem., cas., residente em Campinas, S.P., doméstica, analfabeta, 27 anos de A.R. (FR-).

" A doença começou inchando o joelho E. Ao cabo de um ano passou para o joelho D. Daí inchava um e depois o outro - andava de muleta, aleijada completamente! Ainda bem que casei com marido que é bom para mim - ele nunca me desprezou, em momento algum. Ele me carregava paralítica p'ra todo canto. Os joelhos inchavam, ficavam quentes, e o vermelhão subia até em cima, nas pernas. Ajuntou água nos joelhos, que foi preciso tirar três vezes. Depois começou a doer as juntas das mãos, a inchar e a deformar os dedos; atacou, pouco a pouco, o corpo todo, e até a cabeça eu não posso virar mais. A dor é tanta que não posso nem apalpar os ossos das costas. Parece, às vezes, que a carne está despregando dos ossos. A noite passada me deu uma coisa tão ruim, que tinha a impressão que ia morrer de tanta dor; aí chorei quietinha, p'ra meu marido não ouvir. Tem dia que

me dá um desespero, que preciso chorar bastante para me acalmar ".

" Quando não tenho dor e posso trabalhar, fazer meus serviços de casa, minha disposição é outra! Quando estou com as dores eu não faço nada - me sinto uma mulher "válida". A Snra. sabe o que é uma mulher "válida"? Eu me considero assim, uma mulher aleijada ".

" Além da dor incham as juntas, não dá para fechar as mãos - elas ficam duras e não dobram. As juntas das mãos começaram a deformar de uns dez anos para cá. Quando eu estou com as dores não aguento andar - para levantar é difícil, para sentar é mais difícil ainda. Nenhuma posição fico bem. Preciso movimentar de um lado para o outro ".

" Quando tomava o Meticorten melhoravam as dores, mas mesmo tomando os remédios, quando dá o prazo para vir a doença, ela vem mesmo. Quando fiquei grávida o reumatismo acabou - não tinha mais nada; podia andar para onde eu quisesse, podia fazer o que eu queria, que não doía uma ponta de dedo. Foi assim nas nove vezes que ganhei nenê, mas era só passar uns 15 dias do parto, que eu já percebia que ia ficando ruim - aí doíam os joelhos, que eu precisava andar de muletas ".

" Como não posso mais trabalhar direito, estou com muita precisão em casa. É só o marido que trabalha! Meus filhos mais velhos estão casados, e os pequenos estão padecendo sem roupas e sem calçados... Isto me deixa aborrecida também - não é fácil ver os filhos precisando das coisas

e a gente não podê dã!..."

" Os remédios me atacaram o coração - tive uma batadeira forte há sete anos atrás, e a pressão caiu para quatro. Estive à beira da morte. Os médicos não sabem como eu escapei. Os remédios também me provocaram o Diabetes, e agora estão atacando a pressão alta ".

Acha que o que provocou a doença foi o fato dela morar no Paraná - "Lã era muito frio, e eu apanhava água até o meio das coxas para lavar roupa no córrego. Isto me prejudicou. Trabalhei também muito na roça, com meu pai. P'ra nóis não importava se chovia ou fazia sol - trabalhava direto de cedo à noite. Isto me provocou bastante a saúde!..."

" Minha mãe morreu quando eu era muito pequenina. Fui criada sem mãe! Meu pai morreu há 26 anos atrás. O pa decimento sempre esteve comigo, a vida inteira..."

Caso 2: V.F.O., 49a., masc., cas., residente em Campinas, S.P., encostado no INAMPS, analfabeto, oito anos de A.R. (FR+).

Paciente conta que perdeu a mãe aos oito anos de idade. Desde então passou a ser criado por uma madrinha.

" Quando saí do poder da madrinha, foi para me casar. Casei quando tinha 14 anos de idade, com a patroa que na época tinha 13 anos. Quando criança apanhava muito na rua - fui criado do muito largado!... Não sei quem é meu pai ".

" Sempre fui um homem de muito respeito, e muito dedicado ao trabalho. Nunca gostei de trabalhar com pessoas

moles, pois tinha que fazer o meu serviço e os deles. Trabalhava muito, sem ter sãbado e domingo - não gostava de ficar parado! Jogava o corpo em cima de tudo mesmo!... "

Foi alcôolatra até hã oito anos atrás, quando começou a sofrer das dores reumáticas. As dores começaram após um acidente de trabalho: " era pedreiro, e uma laje de concreto tombou sobre meu ombro direito. Meu braço foi imobilizado, pois ele tombou p'ra baixo. Tomei muitos remédios, mas não adiantou. Depois disto começaram a doer o cotovelo, as juntas das mãos, os punhos, enfim o corpo todo..."

Relata que antes de ter a A.R. já era muito nervoso e explosivo, mas que após a doença tornou-se mais triste e angustiado - " por tudo tenho vontade de chorar; passo as noites em branco!... O que me prejudica mais é ter que parar de trabalhar por causa das dores - é sô ficar parado que as coisas pioram!... Parado penso mais na vida, no passado, nas tristezas!..."

Caso 3: I.A.M.A., 26a., fem., cas., residente em Artur Nogueira, S.P., prendas domésticas, analfabeta, três anos de A.R. (FR-).

Conta a paciente que sua doença começou hã três anos atrás: " sentia uma queimadura na sola dos pés, e queimava como um fogo ". " Depois começou a doer as juntas dos pés e os ossos das pernas ". " Atacou também a doer as costelas e as juntas das mãos - passava uma semana doendo num lugar, melhorava um pouco e depois atacava a doer os outros ossos. As juntas ficavam quentes e avermelhadas, e queimavam

feito fogo ". " Tem dia que não posso nem mexer ou dobrar os dedos - parece que os nervos ficam duros ". " Logo no início da doença procurei o médico - ele achou que era reumatismo. Fiz todos os exames, mas o resultado no sangue foi negativo. O médico do Posto disse que não podia fazer mais nada por mim, e que eu viesse me tratar aqui na Unicamp. Fi quei triste quando ele disse isto para mim, pois a Senhora já pensou o que é ter uma doença para o resto da vida, e saber que não sara?!... " (chora muito).

" Tenho muito medo de ficar entrevada... "

" Fui criada sem mãe, na casa dos outros... Quando a gente não tem mãe, nunca vive feliz na vida. Tinha cinco anos quando perdi minha mãe. Meu pai, após um ano, casou de novo, mas madrasta não é igual a mãe não?! Ela não judiava, mas não tratava bem da gente. Quando a gente tem mãe, ela faz tudo pela gente. Pelo menos o estudo ela dá. O pai não faz nenhum esforço por nós ".

" Sempre me senti muito sô na vida. Meu marido não briga, mas também não me dá carinho. Alguns meses antes de ter o reumatismo andava muito triste, chorando pelos cantos. Tenho muito nervo - qualquer coisa que me acontece já é muito ". (Não olha para mim em nenhum ponto da entrevista, permanecendo o tempo todo cabisbaixa e a enxugar os olhos e o nariz). " Depois que tive a primeira filha perdi completamente a saúde - a menina tem três anos e um mês. Quando ela nasceu eu tinha saúde. Quando veio o segundo filho então, as dores pioraram de vez!... "

Fico aborrecida porque meu marido ganha pouco, e ele gasta tudo comigo. Fico doente direto, não sarô! A gente anda sempre atrasado com o pagamento das contas - o que ele ganha é sô para gastar comigo. Teve um tempo que eu pedi p'ro pai levar eu para me internar para sempre lâ no Paranã. Meu marido não quis deixar - disse para eu tentar primeiro aqui, e se não houver mais jeito...

Não queria mais ter filhos - fiquei grãvida quando não esperava. Minha menina é bem magrinha - ela não tem saũde. Meu menino é que é gordinho. Ela não come nada de sal - sô gosta de leite. Isto me aborrece muito também...

Caso 20: L.S.B.D., 55 anos, fem., cas., residente em Campinas, S.P., aposentada, primário incompleto, seis anos de A.R. (FR+).

A doença começou há seis anos. " Primeiro doïa os ombros - eles ficavam quentes, e eu não podia nem suspender, e nem levantar os braços para trás, de tanta dor que sentia. Depois começou a doer a sola do pê, e a queimar como brasa. Apõs alguns dias atacou também as juntas dos pês, os joelhos e as juntas das mãos, cotovelos e punhos - "tudo o que era junta doïa"... Elas ficavam quentes, inchadas e avermelhadas. Eu não podia mexê, pois estavam endurecidas e dolorosas ".

Relata que na época que precedeu a A.R. estava passando por muitas contrariedades no lar: " um genro que morava em minha casa, judiava muito de minha filha. Ele batia nela freqüentemente, e isto me deixava muito angustiada, pois via

o sofrimento dela e não podia fazer nada. Às vezes eu entrava no meio das brigas para dar conselhos para eles, porque as brigas e agressões eram demais. Eu me sentia tão amargurada, que não dormia de preocupações. Daí começou a atacar as dores nas juntas, e a subir a pressão. Há quatro anos eles mudaram lá de casa, e atualmente parece que ele criou mais juízo".

"Tenho também problemas com um irmão que é alcoôlatra, e tem crises epilêpticas. Quando ele bebe demais cai pelas ruas, e à noite tem muito acesso. Isto também me contraria muito, pois há 20 anos cuido dele."

Conta que os pais eram muito enérgicos, e que apanhava muito do pai na infância. A mãe era deprimida, e se suicidou afogando-se num rio quando a paciente ainda era pequena. Está casada há 37 anos, com um companheiro que ela diz ser bom e compreensivo.

Caso 21: A.M.G.C., 55 anos, fem., casada, residente em Indaiatuba, S.P., prendas domésticas, analfabeta, nove anos de A.R. (FR-).

A doença começou após o seguinte episódio: " eu trabalhei aquele dia inteiro doutora, fazendo uma cerca. A noite comecei a sentir uma dor terrível no braço esquerdo. Passei álcool e fui dormir. No dia seguinte amanheci toda dura - doía tudo. Podia pegar eu, que eu estava como um pau". Neste mesmo dia procurou um médico em Marília, onde foi internada por um mês e seis dias. Após este fato teve inúmeras

outras internações pelo mesmo quadro. Está se tratando na Unicamp há três anos - " sô aqui tive um pouco de melhora. Tenho padecido com dores, que sô Deus sabe o meu sofrimento. Há um mês o doutor recomendou para eu parar de tomar os remédios, para eu fazer a experiência - agora tô que não consigo movimentar nada, de tanta dor!... "

Relata estar casada há 33 anos - o marido é al-
côolatra e agressivo. " Sofro com ele desde o primeiro dia do casamento. Ele me chinga muito, e uma vez chegou a querer me matar. Dia destes ele bateu tanto no filho de 24 anos que é quem me sustenta e paga os remédios p'ra mim. Ele pôs o filho para fora de casa, e depois disto o menino sumiu - não sei mais onde ele anda (chora muito durante o relato). Meu genro foi atrás do menino, e disse que ele está com a boca toda inchada. Meu marido não me ajuda em nada - ele sô paga o aluguel da casa. Às vezes minha filha fala para ele comprar os remédios, e ele responde que se depender dele pa-
ra isto, que eu morra. Antes de ficar doente deste jeito eu trabalhava direto, no frio, na chuva, durante o dia e ã noi-
te, para manter a casa. Minha vida é sô briga, discussão, pancadaria. Eu sô não pego minha filha menor e sumo, porque tenho o meu tratamento aqui para fazer. Minha menina menor anda tão assustada, que para não ver as brigas ela foge pa-
ra o mato. Não durmo nada ã noite - o coração é uma fadiga! Mesmo com as dores eu lavo, passo, arrumo a casa. Sô não fa-
ço mesmo quando não aguento... Mesmo assim ele não reconhece nada - minha vida é sô desgostos ".

" Meu pai é falecido, mas era muito bom para os

filhos. Minha mãe é muito boa também, e vive me escrevendo pedindo para eu ir para Mato Grosso. Faz quatro anos que não vejo ela... Se não fosse pelos meus filhos, eu já tinha morrido à mingua!... "

" Vivo angustiada, triste. Não vejo solução nem p'ra mim, nem p'ros meus filhos!... Sinto vergonha dos vizinhos - todos assistem as brigas. Enche a rua de gente para ver ele batendo no filho. Faço tudo para não contrariar ele, mas ele vive dizendo que nenhum de nós presta... Isto não é vida doutora!... "

Caso 22: N.H.L.R., 27 anos, fem., casada (em fase de separação), residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, secundário incompleto, dois meses de A.R. (FR-).

Conta que as dores começaram há dois meses, se iniciando no tornozelo direito. Depois passou para os dois joelhos, para a bacia e, para o coccix. Atualmente dão bastante os pés e o joelho esquerdo. " Nos joelhos, além do inchaço, da dor e da quentura, tem ajuntado muito líquido, a tal ponto deles já terem retirado água com uma agulha ".

Relata que está em desavenças com o marido há quase um ano, e que atualmente está dando entrada na justiça para efetuar a separação legal. Neste período tem passado muito nervoso, principalmente porque o ex-companheiro quer a posse dos filhos. " Casei-me muito criança, aos 17 anos, mais para fugir de casa. Meu pai é um homem muito severo e ignorante - até hoje eu apanho dele. Após conhecer o Miguel, pensei logo em me casar. Acho que cheguei a amá-lo, mas a passivi-

dade dele, o sossego face às dificuldades econômicas, foram criando muitos atritos entre nós. Minha família entrava no meio das nossas discussões, e isto agravava mais e mais as coisas. No início do casamento fiquei três meses separada dele pelas irresponsabilidades - havia carência de amor, de dinheiro, de comida em casa. Voltei para nosso lar, porque meu pai me cobrava muito, me xingava demais! Ficava sem saída... Tivemos três filhos, e para ajudar nas despesas eu fazia salgadinhos para vender. Com o dinheiro arrecadado paguei as dívidas dele e os aluguéis atrasados. Tive, no entanto, de parar com os salgadinhos, pois o cheiro da comida começou a me enjoar o estômago, e em consequência a isto eu mesma não conseguia mais me alimentar. Passei a vender bijouterias, mas ele vivia me metendo em rolos. Resolvi então dar um basta. Ele começou então a trabalhar com mercadorias contrabandeadas, e a viajar para o Paraguai durante semanas e meses. Não dava nenhuma notícia de onde se metia. Enchi de tudo e resolvi pedir a separação. Nossas brigas começaram mais porque ele cortava minhas roupas com estilete, rasgava e quebrou tudo o que encontrava pela frente, pois dizia que eu o traía enquanto ele viajava a trabalho. Há quatro meses ele arranhou outra mulher, e passou a viver com ela. Fiquei magoada demais com isto, fiquei louca de ciúmes... Eu me culpava por não ter sido paciente com ele, por não ter esperado mais... Cheguei a escrever uma carta pedindo para ele voltar para casa. Mas nada disto adiantou... "

Caso 23: M.E.O.C., 26 anos, fem., casada (em vias de separação conjugal), residente em Americana, S.P., costureira, secundário incompleto, um ano e quatro meses de A.R. (FR-).

Relata que sua doença começou com uma dor no "dedão" do pé direito - a junta ficou muito inchada, vermelha e quente, e a unha caiu. " Fiquei aguentando a dor por mais de três meses, sem procurar tratamento. Como vi que a dor só piorava, resolvi vir na Unicamp buscar ajuda ".

" Sou uma pessoa isolada, quieta. Falo pouco e guardo muito as coisas para mim mesmo. Com isto sofro muito ".

Conta que antes de se manifestar as dores da A.R. estava passando por muitos problemas com o marido - " há dois anos começamos a brigar muito, e há seis meses resolvemos viver separados. Ele bebe demais e não gosta de trabalhar; nunca assumiu as despesas da casa, não pagava o aluguel. Para não padecer de fome e de humilhação, por ver os outros nos cobrar na porta, tive que voltar para casa de minha mãe, e com isto preferi a separação definitiva ". Diz que o marido não a espancava, mas a irritava muito com a sua atitude passiva de se comportar. " Eu vivia muito triste e angustiada antes das dores reumáticas começarem. Não conseguia dormir e nem me alimentar direito!... Com o início das dores piorou tudo, pois fiquei pouco a pouco como inválida - doía tudo ao mesmo tempo. Teve época que eu não conseguia nem pentear o cabelo de tanta dor que sentia. Assim mesmo eu tentava fazer os serviços de casa, mas ficava mais irritada e nervosa ainda, pois

ele não me ajudava em nada. Há seis meses resolvi ir para a casa de minha mãe, porque não dava mais para suportar ".

Acha que os problemas piores em sua vida vieram com o casamento, embora reconheça que sempre foi muito nervosa - " mas de dois anos para cá estou muito pior ".

Conta que seus pais sempre foram bons para os filhos - " eu sô apanhava deles quando merecia ".

Sou uma pessoa que gosta de tudo limpo e em ordem. " Quando as coisas não saem do meu agrado, fico mais nervosa e irritada ainda!... "

Caso 24: M.A.P.S., 37 anos, fem., solteira, residente em Campinas, S.P., doméstica, primário completo, 11 anos de A.R. (FR-).

" A doença começou doendo as juntas dos dedos do pé D, principalmente do dedão ". " Depois passou para as juntas das mãos, atê que devagarinho pegou todas as juntas do corpo - tudo dói, e algumas vezes dói tudo ao mesmo tempo! Há noites que eu não posso nem me virar na cama. As juntas além de doerem ficam quentes, avermelhadas e inchadas. Há seis meses as das mãos e dos pés estão crescendo e entortando. Sinto-me triste, deprimida, com a vida assim, pois há dias que a gente se sente bem, parece que tudo vai melhorar, mas de repente volta tudo, e a gente cai de novo na tristeza, do mesmo jeito que antes.

Logo no início da doença procurei o médico para me tratar - não sou muito de aguentar dor! Se eu puder pagar

para não sentir dor, eu pago tudo o que tenho para me aliviar. Tratei um tempo até na Inglaterra, onde fui trabalhar com meus patrões, mas neste tempo todo troco de remédios, mas nunca obtenho melhora completa - um ou outro acalma minhas dores, mas tirá-las de vez não!... As juntas quando começam a doer latejam, e não dobram - me sinto sem forças!... Quando não consigo trabalhar, evito encasquetar coisas na cabeça. Procuro sair de casa, conversar com alguém para esquecer os problemas. Quanto mais penso, mais me entristeço... Quando posso trabalhar não penso em muita coisa, não?! "

" O grande problema de minha vida é minha família. Não conheci meus pais e meus irmãos. Fui criada pela minha tia, e ela me judiou muito. - ela batia muito, me castigava, me "dava com pau na cabeça", me deixava de joelhos em sal grosso. Ela fazia pra mim coisas que não eram de pessoa normal. Certa vez ela me cortou a língua, porque cismou que eu tinha feito intriga dela para o meu tio. Ela me deixava presa horas e horas no escuro, amarrada. Fiquei com ela até os 16 anos, quando fugi de casa para viver com um cara mais velho que eu. Uma amiga acabou roubando ele de mim, e isto me fez muito mal. Ela me empurrou para ficar com um irmão dela, que era casado, só para ficar com meu companheiro. Sofri muito com este homem, que era muito agressivo e violento. Com ele tive três filhos. Não aguentei a vida que levava, e me separei dele em 1968. Ele tomou as crianças de mim, e as registrou no nome dele e da sua atual companheira. Deixei as crianças irem com ele com a condição dele trazê-las para eu visitá-las, mas depois de dois anos ele sumiu com elas. Há

15 anos que não vejo os meus filhos, e nem tenho mais notícias deles. Depois que larguei deste homem é que comecei a trabalhar, mas minha vida tem sido sempre isto - tristeza, mágoa, saudades!... "

Caso 25: M.R.D., 34 anos, fem., solteira, residente em Campinas, S.P., doméstica, analfabeta, dois anos de A.R. (FR+).

" Faz pouco mais de dois anos que peguei a doença. Ela se manifestou após eu chegar de Minas Gerais, a passeio. Lá não me dava bem com a água do lugar. Vim para passar na casa de meus tios, aqui em Campinas. Como não gosto de ficar parada, resolvi trabalhar um pouquinho como empregada doméstica, para ver se eu me habituava à Cidade. No serviço, o mesmo onde estou até hoje, comecei a ter dores nas juntas das mãos, e a ter moleza nas pernas. Sentia também muito desânimo. Depois as dores atacaram as dobras dos joelhos. As mãos incharam até mesmo antes de começarem a doer. Depois que elas pegaram a doer, ficaram quentes e avermelhadas. Após melhorarem as dores das mãos, começaram a doer e a inchar os pés, tornozelos e os cotovelos. Estes ficavam duros, dolorosos, e não se espixavam mais. Por último começaram a doer todos os músculos dos braços, das pernas, etc!"

Passei muita tristeza quando cheguei de Minas, pois tive que me separar do pai e de meus irmãos. Senti muitas saudades!... Minha mãe morreu há 22 anos atrás, e ela faz muita falta para mim, principalmente agora que estou doente "

" Nunca tive boa vida. Quando mamãe morreu, meu pai casou de novo. Não me dava bem com a madrasta - ela não batia, mas não deixava comer as coisas, castigava a gente com muito serviço, tratava muito diferente a nãs, em comparação com os filhos dela. Meu pai não defendia a gente - depois que ele casou com ela, ele não foi mais aquele pai. Passei fome, sofri muito. Também foi por este motivo que decidi sair de casa para vir visitar meus tios e primos aqui em Campinas. Meu pai criou a gente muito preso. Nas coisas de casa a gente não podia mandar - era como se nada fosse meu. Me sentia intrusa ali. A madrasta vivia doente, e eu cuidava dela melhor que as próprias filhas dela... "

"Após pegar a doença do reumatismo fiquei mais nervosa, mais contrariada com tudo - não sou capaz de brigar, de falar o que penso ou sinto, mas fico muito mal quando me sinto nervosa. Se eu encontro alguém para desabafar, o nervoso passa mais rápido!... Onde eu trabalho somos em duas empregadas, e nãs temos que morar juntas, comer juntas, trabalhar juntas. Nãs duas não nos entendemos bem, e brigamos demais. Ela faz muita pirraça para mim! O reumatismo piora muito com minhas contrariedades. Não saio de lá porque a doença não me permite fazer todo o serviço. Tenho medo de não arranjar outro emprego, ou que os patrões não sejam bons para mim. Lá onde trabalho podemos comer à vontade e à toda hora - eu sou pobre, mas preciso comer bem! Não saio do emprego também, porque me sinto cativa... Seria um grande mal que faria para os meus patrões. Acho que a patroa me fez uma caridade, porque me pegou doente.

A patroa compara muito o meu serviço com o da outra empregada. Ela diz que eu não faço muita coisa que a outra faz só porque não quero fazer. Tento explicar para ela que é pela doença, mas ela é muito nervosa, e "despeja" todo nervoso em cima de mim. Não posso voltar para a casa do meu pai, porque tenho medo de ficar deformada se parar de tratar".

"A coisa que eu mais sinto falta é da minha saúde. Antes fazia tudo rapidinho e não me cansava, agora não consigo mais. O casamento não me faz muita falta - nem namorado eu nunca tive!... A doença tirou muito da felicidade da minha vida, apesar que eu nunca fui muito feliz. Ela transtornou minha vida - me limitou!... Ela me faz pensar como vai ser o meu fim - no fundo de uma cama? Vou ficar deformada? Meu grande medo é ficar no fundo de uma cama, sofrendo e dando trabalho aos outros. Se fosse para morrer de repente eu nem me importava. O que não quero é ficar deficiente no fundo de uma cama. Esta doença me tirou as forças!... Queria ser pessoa "dependente" - não queria ser tão cativa assim!... No entanto, sou uma pessoa que sempre preciso dos outros..."

"Não gosto de brincadeiras. Não gosto de falta de respeito. Queria uma companheira de trabalho que falasse coisas sérias. A única vantagem na minha vida é que eu gosto muito de trabalhar. Quando não tenho serviço procuro sempre fazer alguma coisa. Parada de tudo eu não gosto de ficar. Quando paro penso na doença, na saudade da família, na solidão!... Tenho muitas saudades de minha saúde, também!..."

Caso 26: E.A.L., 47 anos, fem., casada, residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, analfabeta, seis anos de A.R. (FR-).

Relata que a A.R. começou há seis anos atrás, com uma dor no segundo dedo da mão D. " Naquela época a situação da família estava muito ruim - todos lá em casa estavam desempregados e morando num barraco da prefeitura. Eu chorava muito, pois vim de Minas Gerais pensando em melhorar de vida, mas quando chegamos aqui vi que as coisas ficaram piores!... Para arranjar o que comer tínhamos que trabalhar do brado. De início consegui, com muito custo, um emprego num clube de Mães Pobres. Lá eu carpia, lavava roupa, arrumava as casas. O trabalho era muito duro:... Eu aguentava porque eles me davam além do trabalho, coisas para "nóis" comer. Trazia o que podia para ajudar os outros que ficavam lá em casa com fome. Neste emprego eu também tinha a função de mexer os doces de goiaba que as irmãs faziam, com uma imensa colher de pau. Depois de duas semanas de trabalho comeceia ter dores nos dedos da mão D. Em seguida começou a inchar e a doer o cotovelo, que se encheu de água e começou a vazar. Pouco a pouco todas as juntas do corpo doíam como brasa viva. Os joelhos ficaram quentes, vermelhos e cheios de água. Procurei a Santa Casa de Campinas logo que as dores começaram. Melhorei muito com as injeções de antibióticos que eles me aplicaram, e com o Meticorten que passei a tomar.

Diz ser nervosa, caracterizando o nervosismo como

sendo uma agitação por dentro - " os nervos ficam tremendo, e sobe um calor pela cabeça. Sinto muita vontade de chorar quando fico assim. O coração fica abafado, e há noites que não durmo de tanto chorar ".

" Meus pais são vivos e moram em Minas. Quando vim para São Paulo tive de me separar deles. Isto me deixou muito abalada e triste. Tenho muitas saudades deles ". Conta também que após três meses de residência em São Paulo teve um aborto: " trabalhava na roça, na lama e em lugar muito frio - participava da colheita de arroz! Isto também estragou minha saúde... "

Depois da manifestação da Artrite teve que parar de trabalhar fora do lar. Atualmente executa todas as tarefas da casa, visto que as filhas trabalham fora. " Com a doença piorou o meu nervoso, pois não consigo ver as coisas sem fazer, que me sinto mais contrariada ainda. As coisas não vão bem, não!... "

Caso 27: O.M.S.P., 49 anos, fem., casada, residente em Nova Veneza, S.P., doméstica, primário completo, nove meses de A.R. (FR+).

Conta que sua doença começou com uma dor em cima do pé D. " Pensei na época que fosse uma quebradura. Procurei um médico que fez um Raio X e disse que era reumatismo ". Comecei o tratamento com ele mesmo, e as dores ~~melhoraram~~ melhoraram. Algumas semanas mais tarde, no entanto, começaram as dores nas juntas das mãos, punhos, pescoço, ombros, etc. Tudo doía!...

"fiquei dura como pau" - não podia nem dobrar os dedos e nem virar o corpo!... Para trabalhar era o maior sacrifício... Doía até com o sopro do vento!... Nem mesmo os cabelos eu conseguia pentear - era preciso chamar meus filhos para me ajudarem".

Relata que uma de suas irmãs faleceu três meses antes dela manifestar os sinais e os sintomas da A.R. " Isto me deixou muito nervosa, muito triste. Minha irmã tinha 24 anos. Ela morreu trabalhando. Ela estava fazendo um despacho de roupas, e acidentalmente caiu no poço do elevador do prédio onde ela ia fazer a entrega. Depois deste fato perdi toda minha vontade, todas as minhas forças! Depois disto eu parei!... Não dá mais vontade e nem coragem de fazer mais nada. Cada vez que pego em roupas me lembro dela. Fiquei triste, sem vida!... Após a morte de minha irmã, minha mãe também ficou com Diabetes e com pressão alta. Tudo isto se acumulou em minha vida. Não sabia como resolver... Como se não bastasse tenho um filho que sofre dos nervos, e há seis meses ele está internado em Hospital Psiquiátrico. Meu marido também está desempregado há mais de um ano - uma pessoa só para trabalhar na família é muito duro!...

Relata nunca ter sido nervosa antes deste período ruim de sua vida. Acha que ficou nervosa depois destas desgraças.

Há um ano e quatro meses está residindo em Campinas - " Senti muito a mudança, pois gostava do barulho, da correria de São Paulo... Acho que eu deveria ser como eu era lá". "Aqui é muito diferente... "

Caso 36: M.R.C.M., 36 anos, fem., casada, residente em Campinas, S.P., aposentada, primário incompleto, 13 anos de A.R. (FR-).

Relata que sua Artrite começou há 13 anos atrás, embora se recorde de na adolescência ter tido duas crises de dores muito fortes nas pernas, que foram tratadas com chásca-seiros e repouso. Há 13 anos, no entanto, as dores atacaram as juntas do pé D: elas ficaram inchadas, quentes e endurecidas. Depois começaram a doer as juntas dos braços, das mãos, os punhos!... " As juntas foram sendo atacadas aos poucos, mas doíam demais, a tal ponto de eu não poder nem fechar as mãos ". Nestes anos todos tem convivido com muita dor, mesmo tomando corretamente os remédios prescritos.

Há 17 anos conta ter perdido o pai, ao qual se sentia muito apegada. Há 13 anos perdeu o tio do lado materno, e logo em seguida sua avó. Conta que nos seis meses que antecederam as manifestações da Artrite estava muito nervosa, pois trabalhava como doméstica, e as ordens da patroa a deixavam muito contrariada. Estava também vivendo uma fase difícil com o marido - " ele queria sair muito à noite, e não me levava. Eu cismava que ele estava me traindo, e ainda hoje guardo comigo estas desconfianças. Tinha muita mágoa disto..."

Diz ter sido sempre uma pessoa calma, mas reconhece que após a doença ficou mais emotiva, mais tensa.

Caso 38: R.P.M., 45 anos, fem., casada, residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, secundário incompleto, 13

anos de A.R. (FR-).

Conta que suas dores começaram após sair de Ribeirão Preto, onde morava, para ir viver no Rio Grande do Sul. "Lá, mexendo com muita água fria e quente, e devido o clima ser muito frio, comecei a ter dores nas juntas das mãos, acompanhadas de muita coceira. Com este problema de saúde decidi-me a voltar para o Estado de São Paulo, onde passei mais de um ano sem ter qualquer dor. Após um ano, já residindo em Campinas, voltei a ter dores em quase todas as juntas do corpo": "começou a coçar, e as juntas ficavam inchadas, quentes e avermelhadas". "No Rio Grande do Sul não procurei médico algum, pois me diziam que era do frio!... Em São Paulo procurei primeiro o farmacêutico da redondeza, pois não tinha dinheiro para procurar um médico. Ele, no entanto, recomendou que eu fosse a um reumatologista imediatamente. Vim direto para o Casarão. Lá eles me tratavam muito bem, como se eu fosse do ente particular. Noto muita diferença no tratamento de agora... Hoje em dia é cada vez um médico que me trata, e cada vez é um tratamento diferente. Sinto muita diferença entre esta época e a outra... Antes eu conhecia o médico que tratava de mim!... Naquela época cheguei a ficar três anos sem sentir nada! Agora, quando vou me acostumando com um médico já vem outro no lugar. Fui me desacorsoando... Tenho me afastado bastante do tratamento.

Com a evolução da doença foram atacadas as dores nos punhos, cotovelos, ombros, etc... Fizeram infiltração no ombro. Senti medo de fazer isto, pois sabia que era perigoso. Eles nem me perguntaram se eu queria ou não!... Quando

o reumatismo ataca, pega no osso. Parece que eles estão partindo... Repuxa os nervos, as veias!... É terrível a dor... Não tem posição que a gente possa ficar. Não consigo dormir, comer, e nem mesmo respirar direito, quando ela ataca. Além do problema da dor, existe a dificuldade de fazer o trabalho de casa. Não tenho filhos, e ver tudo por fazer é pior ainda."

Diz ter sido sempre nervosa. " Atualmente me sinto pior - tudo me angustia!... "

" Fiz duas cirurgias no estômago. Não posso comer nada, e nem mesmo tomar os remédios, pois me ataca os intestinos. Atualmente tudo o que como, eu solto. Tenho diarreia direto. Estou emagrecendo muito com isto, pois tenho úlcera no duodeno. "

" Fiz um mal casamento. Me casei num dia e no outro meu pai morreu. Meu marido não queria que eu fosse no velório, para não estragar a lua de mel. Isto me aborreceu muito, e me deixou mágoas profundas. Minha família acha que meu pai morreu de emoção pelo casamento, pois ele e eu éramos muito apegados. Acho que meu pai morreu de problemas no intestino. Ele comeu um torresmo que não lhe fez bem. A morte dele é algo estranho, que não compreendo bem, mas guardo comigo... "

Minha irmã também faleceu há 16 anos atrás. Ninguém sabe do que ela morreu, mas as evidências indicam que ela se suicidou. Com ela morreram o gato e o cachorro. Ela tinha perdido, dois dias antes, um filho...

Hã 13 anos atrás perdi também minha cunhada. A morte dela me impressionou mais do que a morte de minha própria irmã. Passamos o Natal juntas, e logo depois ela morreu. Acho que não aprendi a perder!... Por tudo isto entrei no espiritismo, para me dar forças, e para entender o que aconteceu - senão estaria no hospício!... Acho que a morte de minha cunhada foi falha médica. Ela precisava ser operada, e no dia de marcar a cirurgia o médico nem apareceu. Fiquei traumatizada com a morte dela, e após o fato comecei a gaguejar. " Nunca pensei que fosse tão difícil ver uma pessoa se matando e não poder fazer nada ".

" Minha vida conjugal tem muitos problemas. Meu marido é autoritário, violento. Tudo o que ele quer tem que ser dado na hora. Ele é impotente e é estéril. Os médicos fizeram exames e constaram que o esperma dele está fraco. É talvez por isto que não temos filhos. Brigamos muito, e eu não me separo pois isto faz mal à minha família e a dele..."

Caso 39: M.L.B., 43 anos, fem., casada, residente em Mogi Mirim, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, cinco anos de A.R. (FR+).

Relata que sua Artrite Reumatóide começou há cinco anos, com uma dor no joelho D. Com a piora dos sintomas dolorosos, começou a atacar também as juntas das mãos, dos pés os ombros, punhos, cotovelos, tornozelos. Doíam até mesmo os músculos do corpo todo!... " Se doessem só, não era nada... O negócio é que eles ficavam duros, e eu não conseguia nem mesmo esticã-los. Hã dias que não consigo nem levantar da

cama, de tanta dor!..."

Há um mês decidiu-se a tratar no ambulatório de Reumatologia da Unicamp, por sugestão de um médico de sua cidade.

Conta que dez meses antes de manifestar sua A.V.R. teve uma grande contrariedade em sua vida: "perdi meu filho de oito anos!..." "Ele foi atropelado na pista, próximo da Boch. Fiquei muito triste, muito aborrecida com esta perda. Eu tinha cinco meninas e sô ele de menino... Eramos muito apegados!... A partir disto comecei a ficar muito triste, e dei de beber. Ele não morreu em seguida ao acidente - ficou mais de 30 dias em coma. Neste tempo em que ele estava hospitalizado deixei o serviço, e não queria fazer mais nada - dei de beber pinga direto, sem parar!... Já tive algumas internações por alcoolismo".

"Antes do reumatismo tive uma alergia muito forte na pele - uma dermatite, segundo os médicos. Esta doença durou quase quatro anos para sarar. Acho que o reumatismo veio porque eu fazia muitos banhos, e passava muitos remédios na pele... Eu tomava muita coisa quente que me ensinavam - fiquei podre mesmo!..." "Depois que sarou a alergia (com chá de ervas do campo), atacou o reumatismo!..."

É casada, mas não vive bem com o marido: "ele não tem vícios, não é agressivo comigo, mas é muito mentiroso!... Isto mexe ainda mais com o meu nervoso".

Sempre fui uma pessoa inquieta, ansiosa e triste";

" por mais que me esforce, não consigo ver coisas boas ".

" Meu pai sempre bebeu muito, e era muito malvado - batia nos filhos, e até mesmo queria manter relações sexuais com os filhos. Ele chegou a me agarrar quando tinha 15 anos. Na segunda vez que ele tentou eu já estava com 17 anos. Até mesmo depois de casada ele queria ter relações sexuais comigo. A mãe, ao contrário dele, é muito boa e sofre muito em suas mãos... "

Queixa-se dos remédios que vem tomando: " eles estão me fazendo mal!... Sou magra, e os remédios me deixam de formada, inchada... Veja também minhas juntas - elas estão gordas, encaroçadas e deformadas. Se há alguém que esteja podre, este alguém sou eu!... "

Já teve oito tentativas de suicídio. A última foi no ano passado, quando tentou atear fogo ao próprio corpo, sofrendo queimaduras sérias. Nunca fez tratamento psiquiátrico especializado em ambulatório.

Caso 40: F.F.S., 49 anos, fem., casada, residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, analfabeta, seis anos de A.R. (FR-).

" A doença se manifestou primeiramente com dores no segundo dedo da mão D. Depois atacou as juntas do terceiro, quarto e quinto dedos da mesma mão. Pouco a pouco foi doendo tudo - as juntas ficavam quentes, inchadas e endurecidas, principalmente de manhã. Tratou cerca de três anos no INAMPS sem resultados positivos. Em virtude disto procurou a Santa

Casa, onde começou a obter melhores respostas terapêuticas. "Agora estou num dilema, não tenho dinheiro para comprar os remédios. Uma caixa de Naprosyn custa mais de dez mil cruzeiros. Meu marido é aposentado por invalidez e ganha pouco. Eu, por causa da doença, não posso trabalhar. Se eu pudesse ajudava, mas tem dia que nem o serviço da casa eu posso fazer!... Isto me deixa nuns nervos!... Falã p'ra Senhora, me sinto triste de ver o serviço e não dar conta dele, de querer trabalhar e não poder".

Antes de ter as manifestações da A.R. conta que tinha muitas brigas conjugais: "passava muito nervoso, pois eu saía para trabalhar e ele também, mas quando estávamos os dois juntos, discutíamos o tempo todo. Sou casada duas vezes: da primeira vez, aos 16 anos, eles arranjaram um casamento p'ra mim. Ele era um homem muito mais velho do que eu (quase 20 anos!). A Senhora acha que eu podia ter amor por ele? Não... não sentia nada!... Fiquei viúva após quatro anos de casamento. No entanto, sofri quando fiquei de novo sozinha - tinha sô 20 anos!... Para sobreviver trabalhava numa casa e noutra, pois não tinha família (perdi o pai e a mãe muito cedo - fui criada na casa dos outros). Passei um período muito ruim, na solidão!... Assim fiquei por uns dez anos, até que decidi arranjar um outro companheiro. No começo eu não queria, mas minha patroa me aconselhava: "filha, você não tem família nenhuma, e no fim de sua vida você vai viver como?!" "Estamos juntos há 16 anos. Depois que fiquei doente as brigas aumentaram, porque desconfiei que ele tinha outra mulher. É duro a gente saber que é passada para trás. Ele bateu pē

firme dizendo que não era, que não era!... Antes de ter a doença as brigas já eram por causa disto - eu desconfiava da fidelidade dele!... "

Caso 41: M.C.G., 47a., fem., amasiada, residente em Piracicaba, S.P., Servente da Prefeitura, primário incompleto, seis anos de A.R. (FR-).

" Minha doença começou com dores nas juntas das mãos - doía e tinha uma coceirinha. Depois passou a doer as cadeiras. As juntas ficavam inchadas, quentes e duras. Tratei em Piracicaba durante quatro anos, mas não vi nenhum resultado. Decidi então procurar os médicos da Unicamp, e aqui tenho sentido um pouco mais de melhora. Tem dias, no entanto, que dói tudo - o pē fica desta grossura!... O trabalho também não ajuda, pois fico o dia todo andando e catando lixo nas ruas, com um carrinho da prefeitura. Não deixo o serviço, pois meu marido ganha pouco, e sem o que ganho estariamos passando fome. No momento meu marido está desempregado, e a situação está muito difícil. Mesmo com as dores trabalho o dia todo, com medo de ser despedida. Muitas vezes gemo de dor, e fico dura como um pau - é preciso as companheiras carregarem eu!... "

Nega desencadeantes emocionais antes das manifestações clínicas da A.R. Diz viver bem com seu marido, que ela refere ser calmo até demais - " ele só não liga de me tratar. Eu é que tenho que pelear com dinheiro emprestado, para comprar os remédios. Não saro, e ele não é homem de levar um

um copo de água para mim na cama. Ele é deste jeito... Tem dias que fico com tanta raiva dele, que tenho vontade de lhe bater na cara. Tudo é eu lá em casa: pago a luz, a água, faço as despesas de comida... Ele não se preocupa com nada mesmo, principalmente quando está desempregado. Além de eu trabalhar como servente, faço todo o serviço de casa. Ele nunca me fez um agrado, e nunca me deu um vestido de presente. É a mesma coisa de ter "dois peões" dentro de casa...

Caso 42: T.B.F., 32 anos, fem., solteira, residente em Salto, S.P., prendas domésticas, primário completo, 17 anos de A.R. (FR-).

A doença começou com um inchaço nos joelhos - "Eles doíam, ficavam quentes, avermelhados e inchados! Depois atacou os tornozelos, os punhos, as juntas das mãos". Tudo doía ao mesmo tempo, depois de 15 dias da primeira manifestação. "O pescoço foi segurando, e ficou completamente duro a tal ponto de eu não conseguir mais me virar. Até o queixo travou, e eu não podia mais mastigar. Fui internada em Itú durante dois meses. Lá tomava Aspirina, mas não resolveu nada. Pedi alta do hospital, porque senti que não estava melhorando. Doía tanto, que eu não podia mais me virar na cama: o corpo foi endurecendo todo! Fiquei muito deprimida - tudo me irritava e me fazia chorar. Não conseguia dormir de dor, e nem me alimentar. Procurei outros médicos em Itú, mas foi tudo em vão. Depois de três meses minha família me levou para o hospital das Clínicas de São Paulo. Lá, embora eles tivessem recomendado internação, meus parentes

não quiseram me deixar - eles se encarregaram de me levar ca da oito dias ao ambulatório. Comecei a tomar Meticorten e analgésicos, e mais um monte de remédios que não me recordo o nome. Pouco a pouco fui melhorando - recomecei a andar e a sentir um pouco mais de prazer em viver... " Tratou no Hos pital das Clínicas de São Paulo durante dois anos. Depois decidiu parar com o tratamento por três anos, fase em que se auto-medicava. Numa noite, entretanto, as dores voltaram fortes, e ela foi hospitalizada em Salto por mais de dois me ses. De lá, sem conseguir melhora - (" o corpo todo doía, e a cabeça latejava sem parar "), foi transferida para a Santa Casa de Campinas, onde após 40 dias de internação foi melho rando: " os nervos soltaram!... " Voltou para casa tomando Meticorten, Indocid e remédios para o coração, pois sentia mui ta falta de ar.

Diz ter sido sempre muito nervosa: " desde crian- ça sempre gostei de brincar sozinha. Se alguma criança mexia comigo, eu corria atrás dela até bater. Minha primeira cri- se de nervos foi na escola, quando eu tinha sete anos! Eu não sabia nada da lição, e a professora, que era muito braba, deu um grito comigo. Tomei um choque com isto - minhas pernas não governavam mais, e eu chorei muito. Fiquei dois meses sem voltar para as aulas. Depois o pai tirou eu da escola. Sõ voltei a estudar com 10 anos, mas ã noite ".

Antes de apresentar os primeiros sintomas e sinais da A.R., faleceu o pai da paciente: " não fazia nem um ano que ele tinha morrido " (a paciente chora muito, neste momen to da entrevista)!... " Eu era muito apegada a ele!... Fiquei

muito triste... O pior veio depois - fui morar com meu irmão casado, pois a minha mãe morreu quando eu tinha três anos. Minha cunhada era muito ruim para mim - ela e meu irmão bebiam muito, e judiavam de nós. Eles ameaçavam bater, faziam minha irmã e eu trabalharmos demais. Tudo o que eles compravam de bom para comer, eles proibiam pra nós. Se nós chegava antes da hora esperada do trabalho, nós apanhava; se chegava depois, apanhava também. Eu trabalhava numa fábrica, e muitas vezes era obrigada a ficar no serviço até meia noite. Quando chegava em casa, minha irmã e eu quase não dormíamos - tinha medo que ele aproveitasse de nós. Se uma cochilava um pouco, a outra vigiava... Quando ele vinha para o quarto, uma acordava a outra. Minha cunhada não protegia nós, pois ela estava sempre bêbada. Aguentei seis meses lá e depois deu uma crise de nervos em mim - fui morar na casa de um outro irmão, solteiro. Não fui antes, porque diziam que por ele ser solteiro não ficava bem. Lá era muito melhor, pois ele não tinha vício nenhum, mas logo que cheguei as juntas já começaram a doer, e eu não pude trabalhar mais. Morei com ele até os 18 anos; depois ele morreu (aos 30 anos!) de derrame. Minha irmã e eu ficamos morando na casinha dele. Após sua morte fiquei mais doente ainda - doía tanto as juntas, que não conseguia mais me levantar da cama. Fiquei muito triste, e sem vontade de fazer mais nada!... "

Há 11 anos a irmã casou-se, e ela foi morar com ela. A convivência entre elas e sua família é boa; no entanto, diz ter uma outra irmã mais velha que vive provocando-a com ofensas: " ela é mais velha, e se acha no direito

de ofender a gente. Ela acha que sou vagabunda, porque não consigo trabalhar!... " " Quando ela me irrita, voltam as dores ". " Hã seis meses venho tão nervosa, que não tenho vontade de conversar com ninguém - sinto vontade ã de brigar e agredir todo mundo!... " " A vida não tem sentido para mim!..."

Faz tratamento psiquiátrico hã três meses, no ambulatório de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp.

Caso 43: M.A.P., 23 anos, fem., casada, residente em Santo Antonio da Posse, S.P., prendas domésticas, primário completo, um ano e meio de A.R. (FR-).

Relata que hã um ano e meio começou a sentir dores nos pês - " não sei se foi de eu tirar o pã quente do sapato e pôr no chão frio, ou das feridas provocadas no calcanhar por uma sandália!..." As dores eram acompanhadas de inchaço, quentura e vermelhidão das juntas. Foi tratada com antibiõticos, sem obter melhora. Procurou o ambulatório da Unicamp, onde hã cinco meses vem tomando Meticorten e analgênicos com boa melhora dos sintomas - " estou melhor, mas não estou boa de tudo, não?!... Agora, com o frio, as dores pioram muito. Ontem mesmo tive de pôr uma bolsa de água quente nos pês, para poder dormir... "

Nega qualquer fator desencadeante antes do aparecimento da Artrite Reumatõide, como perdas, separações, brigas conjugais, dificuldades sãcio-econõmicas mais marcantes, etc...

Diz ser uma pessoa muito nervosa desde que se

conhece por gente: " tem hora que dá vontade de largar tudo o que existe. Ninguém pode falar nada que me contrarie, que já me ataca os nervos na hora; brigo fácil, me irrita por qualquer coisa ". " Não durmo bem e acordo muito durante a noite. Custa muito para dormir... "

Conta que não teve uma infância muito feliz, pois os pais brigavam muito: " o pai sempre foi muito nervoso, irritado. Ele tinha crises de tristeza profunda, e por muitas vezes falava em se matar. Cresci num ambiente muito explosivo... Ele tentou suicídio com uma arma de fogo, mas escapou... "

Relata ser muito agressiva e explodir muito fácil. " Meu marido mesmo fala que eu não tenho paciência com nada. Com a doença então, fiquei pior!... "

Caso 46: G.R.P., 45 anos, fem., casada, residente em Conchal, S.P., comerciante, primário incompleto, dois anos de A.R. (FR+).

Relata que sua doença começou com uma forte dor na região inguinal E (articulação do fêmur com a bacia) - doía tanto, que pensava que estava com uma língua!... Não conseguia sentar, deitar ou esticar a perna. Depois começaram a doer as juntas das mãos, os punhos, os tornozelos, as juntas dos pés, e os ombros. As juntas ficam quentes, avermelhadas e inchadas. Por vezes dói uma articulação e melhora outra, mas em geral dói tudo ao mesmo tempo. Mesmo tomando os remédios corretamente queixa-se de muitas dores, principalmente nos

ombros e nos pés.

Nega qualquer episódio mais conflitante em sua vida nos 12 meses anteriores às manifestações da A.R.: " fazia meu serviço de casa normalmente, não tinha maiores problemas que antes, quando as dores começaram!... " " Vivo bem com meu marido - ele é muito bom para mim ". " Com meus filhos às vezes passo algumas contrariedades, pois eles vivem brigando entre eles. Sou uma pessoa que adora paz, sossego! Infelizmente minhas filhas não são assim... "

" Detesto falar muito! Detesto coisas que se repetem. Até mesmo ruídos, barulhos estridentes, me irritam muito; se tiver uma bola batendo perto de mim, ou uma porta rangendo, é suficiente para me irritar!... "

" Trabalho bastante, porque quero coisas melhores. Sou costureira, e além deste trabalho, faço todo o serviço doméstico e ajudo meu marido no bar. Raramente saio de casa - vivo só para trabalhar!... São me sinto bem tendo minha vida ocupada. São não gosto de atropelo e de hora marcada!... Isto me deixa mais nervosa ainda ".

(Observações: Notem as contradições, pois gosta de paz e trabalha num bar no centro da cidade; não gosta de atropelo, mas faz pizzas e salgadinhos com hora marcada).

Relata ter tido uma boa infância, embora os pais fossem explosivos e nervosos entre eles, e com os filhos. No entanto não tem queixas deles, pois "não foi judiada".

Caso 57: I.M.S.A., 24 anos, fem., casada, residente em Nova

Odessa, S.P., prendas domésticas, primário completo, quatro anos de A.R. (FR+).

" Minha doença começou com dores nas juntas das mãos e nos joelhos. Elas inchavam e ficavam grossas, a tal ponto que não conseguia dobrã. Ficavam quentes e avermelhadas!... Aguardei seis meses sem procurar o médico, pois tomava por minha própria conta analgésicos ". Acha que sua doença foi provocada pelo fato de lidar com água fria e quente ao mesmo tempo - " sou cozinheira, e ao mesmo tempo que tenho que lidar no forno, lido também com água fria e quente, para lavar as louças. Isto sô me prejudica!... "

Depois de seis meses tomando analgésicos, não teve qualquer sintoma durante mais de oito meses. Neste período mudou-se de Minas Gerais para Campinas: " lã onde morava era quente, e aqui peguei, logo de cara, uma geada, e o reumatismo voltou... Começaram de novo a doer todas as juntas do corpo - " tudo doía, e eu fiquei como paralítica. Daí recorri ao médico, que me receitou Monocord e umas injeções que não me recordo o nome. Com estes remédios as dores melhoraram, e o inchaço e a quentura nas juntas sumiram. Passei dois anos completamente boa, mesmo sem tomar qualquer medicamento ".

No período de melhora referido a paciente se casou, e após ter sua primeira filha (" nos 20 dias da dieta ") " o reumatismo voltou ": " fiquei quase paralítica de novo. Até a roupa meu marido é que tinha que me trocar!... Voltei a tomar por conta própria o Monocord. Senti melhora, mas

persistiam as dores nos punhos, ombros e nos joelhos. Parando de tomar o Monocord, voltava tudo ". " Decidi então voltar a procurar o ambulatório da Unicamp ", onde vem se tratando há três meses.

Diz que na fase que antecedeu as manifestações clínicas da A.R., não vinha passando por contrariedades - naquele tempo eu era alegre, comunicativa. Tinha muitas amigas, e gostava de trabalhar. " Agora, com a doença, é que me modifiquei completamente - sou triste, estou mais fechada e sem disposição para nada!... Tem dias que não tenho ânimo para fazer os serviços de casa. Conforme a doença foi progredindo, e as dores não passavam, fui perdendo mais e mais a alegria de viver!... "

Relata ser bem sucedida no casamento - " meu marido é compreensivo e me ajuda muito em casa. Eu mando mais que ele - ele é mais passivo!... Faz tudo sem reclamar. Eu sou mais ativa em tomar as decisões "

" Sempre me dediquei muito às coisas que faço ".
" Detesto ver as coisas malfeitas. Se eu não faço tudo direitinho, nem durmo de tanto pensar "

" Depois do nascimento de minha filha fiquei mais nervosa ainda - uma coisinha pequena já é motivo de uma grande explosão. Fiquei mais agitada, mais cheia de preocupações com a casa, com a saúde da menina. Logo que casei engravidei; não queria filho naquele momento!... Com as dores e a criança para cuidar, fiquei mais desligada. Às vezes alguém fala comigo e eu nem percebo, de tão desligada que fiquei!... Não suporto mais... "

Caso 50: M.A.S., 27 anos, fem., casada, residente em Americana, S.P., prendas domésticas, primário completo, seis anos de A.R. (FR-).

Relata que a artrite começou após o falecimento de um dos seus filhos, de três meses de idade: " quando minha criança morreu, comecei a ficar muito nervosa e irritada com tudo. Não tinha vontade de comer, de fazer os serviços de casa. Chorava muito e não dormia bem. Com o nervoso sentia muitas dores no corpo, e os médicos diziam que era "dor de nervos". Fiquei tão chocada com a morte de meu filho, que quis arranjar um outro; três meses após engravidei novamente ". A criança, ao nascer, não era forte - tinha muitos furuncos e inguas. Foi diagnosticado que ela tinha leucemia. Ela vem sendo tratada, e nestes seis anos que se seguiram, está passando bem. As dores nas juntas, no entanto, recomeçaram após o nascimento deste bebê ".

Relata que aos 16 anos de idade teve uma crise de pressiva, tendo sido tratada por um psiquiatra de Campinas : " chorava o tempo todo! Levantava à noite e saia andando de sesperada... " Após esta crise casou-se. Após quatro meses de casamento engravidou. Durante a gravidez teve crise hi-pertensiva. Fez cesariana, e após o nascimento de seu filho entrou em um surto psicótico: " eu gritava, me agitava muito, via vultos e figuras de gente morta ". " Fiquei internada durante uma semana em Hospital Psiquiátrico. Continuou o tratamento em casa por mais um mês. Logo em seguida teve nova recaída, tendo sido internada por mais 15 dias. Teve alta, tendo continuado o tratamento, por vários meses, no Hospital

Santa Izabel de Campinas. Após esta data sô procurou o psiquiãtra após o nascimento de seu filho com leucemia, quando entrou em nova crise depressiva. Nos seis anos seguintes não procurou mais tratamento psicológico.

De 1ã para cã vem tendo dores freqüentes nas juntas dos pês, das mãos, dos ombros, cotovelos, etc. " Já cheguei a ficar internada, pois fiquei completamente dura ". Des de 1982 faz tratamento na Unicamp, apresentando, no entanto, queixas dolorosas freqüentes. Continua depressiva e bastante ansiosa.

B) Pacientes sem manifestações dolorosas

Caso 4: L.C., 50 anos, masc., casado, residente em Americana, S.P., aposentado, primário completo, cinco anos e meio de A.R. (FR+).

" Estou sofrendo desta doença hã quase seis anos. Primeiro atacou as juntas das mãos: o dedo começou a doer e a inchar! Pouco a pouco foi pegando tudo - doia os pês, os punhos, os joelhos, os ombros. Não podia nem mexer... Quando começou a doer, eu trabalhava como tecelão. Ia trabalhar com muita dor, pois o mínimo que ia conseguir, ficando em casa, era ser despedido. Procurei, desde o início, o médico da fãbrica, que me receitava analgênicos. Eles aliviavam as dores, mas no dia seguinte voltava tudo de novo. O médico achava que era problema da coluna!... Fiquei neste vai e volta

do médico da fábrica, por mais de um ano. Daí atacou mais as dores na espinha, e o Doutor me encostou por um ano e meio. Após este tempo consegui a licença para me aposentar por invalidez."

" Em janeiro de 1984, comecei a me tratar na Unicamp. Se tomo os remédios, as dores melhoram; se paro de tomar, volta tudo de novo!... Agora estão aparecendo uns caroços nas juntas, que estão endurecidas e deformadas... "

Nega qualquer desencadeante emocional nos 12 meses que antecederam sua A.R. Conta, no entanto, que antes de ter sido diagnosticada a A.R., há nove anos atrás, teve após a morte da mãe, uma coceira muito forte na planta dos pés - " não era dor, mas coçava como se fosse uma formiguinha me mordendo. Naquela fase eu me sentia muito triste, principalmente porque seis meses depois morreu meu pai também. Isto me abateu demais, pois eles eram muito bons para mim, e eu sempre fui muito apegado a eles ".

Vive bem com a esposa, de quem diz gostar muito. Tem um bom relacionamento com os filhos.

Caso 5: T.J.C., 30 anos, fem., solteira, residente em Campinas, S.P., atendente na creche da Unicamp, secundário incompleto, dois meses de A.R. (FR+).

Relata a paciente que sua doença começou há dois meses atrás, quando "sem querer" sofreu uma pancada na mão D. Em consequência a este trauma, " nasceu um cisto no local. Resolveu extraí-lo, mas antes de ser feita a cirurgia o médico pediu para ser feito um RX, com contraste, da área afetada. No

mesmo dia deste procedimento começou a sentir fortes dores na mão D. Procurou novamente o médico, que lhe aplicou uma injeção de analgésico e receitou Anador gotas para tomar em casa. Antes de dispensá-la ele imobilizou a mão e o braço direito com uma tala gessada, durante 15 dias. Após retirar a tala começou a sentir as dores nas juntas das mãos, dos joelhos, do tornozelo E, dos ombros, etc... " Tudo doía ao mesmo tempo "... As juntas ficaram inchadas e quentes. " A dor era tanta que não conseguia mexer o corpo. Os tendões do calcanhar doíam de mais - parecia que eles esticavam, a tal ponto de arrebentar. Não conseguia achar posição para ficar - tudo doía e incomodava. Fiquei feito um robô - "endurecida" completamente ".

Procurou o ambulatório de Reumatologia da Unicamp a conselho da mãe: " ela quando me viu naquele estado disse: você está com reumatismo!... Com os remédios vem melhorando muito. A única coisa que sinto é que estou fazendo bastante xixi - me sinto como uma mulher grávida, sem poder segurar ".

Relata que nos meses que antecederam as manifestações dolorosas estava passando muitas contrariedades no ambiente de trabalho. " Me sentia injustiçada! Vinha trabalhar porque tinha que vir. Se naquela época eu pudesse mudar de serviço, eu mudava. Sou uma pessoa muito franca, que falo o que sente e pensa, e ninguém gosta de ouvir verdades!... Estava muito ansiosa e irritada com tudo. Na fase que precedeu o traumatismo na mão "estava guardando muita raiva dentro de mim" ".

Conta que no período em que ficou com a mão imobilizada, ficou extremamente nervosa e deprimida: " foi terrível

- parece que demorou uns 15 anos e não 15 dias! Me desanimei mais naqueles dias, do que agora que sei que estou com reumatismo!... "

Diz não ter tido grandes problemas com os pais - "meu pai sempre bebeu um pouco, mas não batia muito na gente. Quando apanhava era porque merecia... "

Caso 6: J.C.S.S., 30 anos, fem., casada, residente em Pedreira, S.P., prendas domésticas, secundário incompleto, 11 anos de A.R. (FR+).

Relata que sua artrite começou com uma dor no pulso D: " eu estava com o corpo quente e peguei uma chuva muito forte. Tinha ido socorrer um passarinho. O pulso ficou quente, inchado e avermelhado. Depois pegou a doer o pescoço ("hucaca") - parecia que tinha areia por dentro. Pouco a pouco foi atacando todas as juntas do corpo: dos pés, dos tornozelos, cotovelos, os ombros. A sola do pé ardia - andava dura como um robô. Os joelhos depois atacaram a inchar e a juntar água. Até hoje os médicos retiram líquido de dentro dele. Atualmente as juntas estão encaroçando, e os dedos estão ficando tortos ".

" Quando a doença se manifestou, a turma lá em casa achava que tinham feito macumba para mim - carregavam-me para os Centros Espiritas!... A minha patroa era a que mais me levava em Centro. Aguentei assim até quase um ano. Depois vi que não dava mais, e a patroa resolveu levar-me num médico reumatologista. Ele me desenganou, achando que eu ia morrer, de tão doente que eu estava!... Eu tinha anemia também, e eles

precisaram aplicar sangue em mim. Fiquei internada por mais de dois meses. Fiz a vida de ir e voltar dos hospitais por mais quatro anos. Tive neste período mais de dez internações ". Começou a se tratar na Unicamp há dois anos.

Conta que " após ficar mocinha, atacou o nervoso": " tudo esquentava a minha cabeça! Ficava inquieta, aflita, e não dormia direito ". Antes de apresentar os primeiros sintomas da A.R. " estava muito deprimida: chorava muito, não co mia e não dormia bem, pois meu pai caiu doente de reumatismo. Ele tem problemas de ácido úrico!... Precisei internar meu pai, e alguns dias antes o enfermeiro me disse - "cuidado que você vai ter a mesma coisa"... " Meu pai é muito bom para mim, e sempre era eu que corria com ele. Sempre fui eu que praticamente manteve as despesas de casa. Ficava muito nervosa com tudo aquilo - com as responsabilidades que tive que assumir!... Meu pai também pegou o reumatismo, pelo nervoso que ele passou ao ver o pai dele ser atropelado por um trem.

" Minha mãe bebia demais, e não cuidava bem dos filhos. Ela espancava muito eu, e um dia quebrou uma garrafa na minha cabeça. Se não fosse uma vizinha me socorrer, tinha morrido!... "

Não tem um bom relacionamento com o marido - "brigamos muito, eu não gosto de relações sexuais ". " Tenho me do de engravidar, e se pudesse passar sem elas eu passava... "

Caso 7: G.S.S., 34 anos, fem., solteira, residente em Campinas, S.P., faxineira, secundário incompleto, três anos e dois meses de A.R. (FR+).

A doença começou com uma dor muito forte nas plantas dos pés - " queimava como brasa!... " " Tomei analgésicos, e ela melhorou ". Dois meses após teve um quadro gripal, com dor de garganta e febre alta, recomeçando a sentir dores, sô que nos tornozelos. Após 15 dias as dores foram se agravando e acometendo as juntas dos pés, das mãos e dos punhos. Procurou um médico que lhe receitou Despacilina e Butazolidina (segundo referências da paciente). Após um mês de tratamento estava bem melhor, porém algumas semanas mais tarde teve nova recaída: " desta vez as dores eram muito fortes, e os médicos queriam me internar. Não aceitei ir para o hospital, e quis fazer o tratamento em minha própria casa. Melhorei bastante, e desde então nunca mais tive crises fortes ".

" Quando fico nervosa doem mais as juntas!... Por exemplo, na semana passada passei contrariedades com minha família, e as juntas doeram duas noites e dois dias sem parar. Noto que o nervoso faz aparecer e piorar as dores ".

Conta que antes de se manifestar a A.R. estava passando por uma crise muito profunda de solidão e desespero: "sou mãe solteira de dois filhos, e vivia com um companheiro. Naquela época ele ficou de assumir as crianças (que são filhos dele), de pagar o aluguel da casa, e de me ajudarnas despesas. Ele não cumpriu nada disto, e sumiu de casa. Eu tive de arcar com as conseqüências sozinha. Fiquei muito deprimida - sentia sô vontade de chorar, e não tinha ânimo para comer. Nem dormir direito eu estava conseguindo mais. Dois a três meses após nossa separação, comecei a sentir as dores nas juntas. Este indivíduo sempre volta a aparecer na minha

vida - ele não me dá nada, nem carinho e nem dinheiro, mas se acha com direitos sobre as crianças. Ele tem sempre uma desculpa para não ajudar - diz que não tem condições, porque a vida está difícil. Mas e eu?... Como fico? Sempre tenho que arranjar um jeito para cuidar de mim e dos filhos. Passo muita contrariedade com esta situação, e todas as vezes que fico nervosa voltam as dores nas juntas e nos músculos".

" Tive sempre muitos problemas em casa ": " meu pai começou a beber quando eu tinha 12 anos. Tinha brigas horríveis em nosso lar - agressões entre pais e filhos!... Meu pai sempre andou armado, e eu tinha que entrar no meio das brigas e das armas (revólver, faca) para evitar mortes na família. A vida da gente era um verdadeiro tormento!... Há quatro anos meu pai vem bebendo menos, mas há seis meses atrás, quando eu estava grávida do meu segundo filho, meu pai tentou me matar. A mãe sempre foi boa para nós, e tentava contornar as coisas... Ela é uma sofredora nas mãos dele até hoje ".

Diz que há quatro anos saiu da casa dos pais, e foi morar com as crianças numa casinha pequena. Este companheiro referido acima por vezes frequenta sua casa, mas sempre que ele a procura é para discutir: "ele me agride, e agride as crianças também. Acho que não é batendo que ele vai educar os filhos. Meu menino menor acha que não é certo o que o pai faz!... Mas eu, mesmo vendo tudo isto, não consigo me desligar dele..."

Caso 8: M.C.S., 33 anos, fem., casada, residente em Mogi-Guaçu, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, dois anos de A.R. (FR+).

" Minha doença começou há dois anos atrás. Primeiro travou o joelho E, e depois a dor subiu para o ombro e me "descanhotou". Doía demais, mas eu sô pensava que tinha que me esforçar para andar, porque a dor é terrível. Quando eu me movimentava a dor melhorava um pouco. Se eu não me esforçasse para andar, acho que não levantava mais da cama... Daí atacou a doer os punhos, os braços, as juntas das mãos. As juntas queimavam como fogo!... Fiquei aguentando as dores durante alguns meses, dois ou três... Depois resolvi procurar um médico de um Posto de Saúde lá em Minas Gerais. Este me encaminhou a um especialista em Reumatologia. Quando o médico me disse que esta doença não tinha cura, eu respondi: então não adianta eu insistir em vir atrás disto!... As palavras do médico atacaram mais os nervos - me desgostou!... Pouco a pouco, no entanto, fui pensando: o que é p'ra gente o outro não passa!... O especialista me encaminhou então aqui para a Unicamp, onde faço tratamento há pouco mais de um mês.

Relata ser bem sucedida no casamento - " meu marido é muito bom para mim, nossa!... Ele faz tudo o que eu peço. Ele é meu segundo pai. Meus filhos também são muito obedientes, e não dão trabalho nenhum ".

Conta, no entanto, que quatro meses antes de apresentar as manifestações dolorosas da A.R., passou um grande susto e contrariedade: " Tinha ido visitar meu filho de três anos (que estava com pneumonia) num hospital da cidade, quando ao

passar perto do cemitério ouvi falar que tinha havido um acidente com um caminhão, em que tinha morrido um menino de 13 anos. Levei um susto muito grande, pois tinha um filho desta mesma idade que tinha saído a trabalho no caminhão do patrão. Fui ver o garoto morto, mas não era o meu menino, e sim o seu coleguinha de trabalho. Meu filho estava no veículo a c i d e n t a d o, e sofreu ferimentos leves e estava hospitalizado. Naquela época eu estava grávida de sete meses, de meu filho ca ç u l a. Acho que o acidente me deixou transtornada. Fiquei uns meses que não pensava em outra coisa. Quatro meses após comecei a sentir as dores em quase todas as juntas do corpo - fiquei com o corpo todo duro!... Assim começou o meu reumatismo... "

" Sempre fui nervosa e bastante preocupada com as coisas. São quando choro muito parece que os nervos passam!... "

"Em minha infância apanhei muito, porque era muito arteira. A mãe batia mais, mas o pai era mais brabo. Ele b e b a s t a n t e ".

Caso 9: F.A.O., 33 anos, fem., casada, residente em A m e r i c a n a, S.P., costureira, primário completo, cinco anos de A R. (FR-).

Relata que há cinco anos começou a apresentar os primeiros sintomas da A R.: "a doença começou com uma dor nos dedos do pé. E. As juntas ficaram dolorosas, inchadas, quentes e v e r m e l h as. Logo que senti os sintomas, procurei um médico de A m e r i c a n a que disse tratar-se de reumatismo. Ele fez várias infiltrações com corticóide, e me receitou Decadron e analgê

sicos para tomar. Entretanto, mesmo com o tratamento, após alguns meses voltei a sentir dores, sō que no ombro E. Depois as dores passaram para o punho E, e em seguida atacou as juntas das mãos ". Hã um ano iniciou o seu tratamento na Unicamp.

Estã casada hã 15 anos, e a sete vem tendo crises conjugais. " Meu marido viaja muito, e com isto venhome sen tindo atraída por outros homens. Sinto falta de carinho e de companhia, embora minha natureza nunca vã aceitar que eu traia meu marido. Luto muito com meus desejos de procurar um outro. Sinto muita culpa por isto ".

Relata que seu marido, no entanto, jã teve um ca so com uma vizinha, que se dizia muito amiga dela, e com isto frequentava a casa com a maior liberdade. " Era duro pa ra mim, pois toda hora eu via as coisas que me desagradavam. Eles trocavam olhares afetuosos, mostravam muito carinho um com o outro. Eu segurava uma mágoa muito grande por dentro, e não desabafava com ninguém. Eu achava tudo aquilo um inmenso desrespeito ã minha pessoa, que estava ali dentro e era a dona da casa. Se eu notasse que o problema era com ele, a gente soltava e brigava, mas não!... Era ela que dava em cima dele... Eu queria evitar de brigar com ela para não me rebaixar mais ainda. Isto me levava a uma tensão permanente. Esta situação durou uns quatro anos. Depois deste facto, descobri um caso dele com outra mulher. Senti-me pior ainda, mas depois fui me acalmando. Acho que sã por estes motivos que o amor que tinha por ele acabou. O meu marido tem uma natureza muito ruim - ele ã exigente demais!... A

gente tem medo dele. Ele sempre acha algo para reclamar. Como procuro evitar brigas, dou tudo o que ele pede, mesmo que me sacrifique. Isto cria um clima ruim em casa ".

Diz ter tido uma infância problemática, pois o pai era alcôolatra e muito explosivo. " Vivi num ambiente de brigas e de medo!... "

Acha que o serviço que faz como costureira não a prejudica, embora seja muito agitado. " O pior mesmo é meu problema conjugal!... " " Não vejo solução... "

Caso 10: E.B.B., 53 anos, fem., casada, residente em Campininas, S.P., passadeira de roupas, primário completo, oito anos de A.R. (FR-).

" Minha doença começou com um inchaço nos pês, e dores nas juntas dos dedos. O pê ficava quente, crescido e avermelhado... Em questão de algumas semanas começou a doer também as juntas das mãos. Depois atacou o joelho D, os tornozelos e os punhos. Tem dia que dõi tudo ao mesmo tempo - não consigo andar e nem dobrar os dedos, de tanta dor e endurecimento... "

" Procurei de início um farmacêutico, que disse que aquilo era reumatismo. Ele me receitou Monocord e Benzetacyl. Não melhorei com os remédios, e inclusive tive uma infecção (abscesso) na nãdega, provocada pelas injeções. Decidi, então, procurar um médico do INPS, que me pediu uns exames de sangue, e me receitou o Meticorten. Tive um pouco de melhora, mas nestes anos de doença já estive cinco vezes internada,

pelas dores fortes que às vezes sinto. Quando elas aparecem não há remédio que ajude - é preciso repousar as juntas!..."
Há seis meses vem se tratando na Unicamp.

Relata que desde que se casou vem sofrendo muitas contrariedades. " Meu marido é epilético, e quando me casei com ele não sabia disto. Eu trouxe um barril de pólvora para dentro de casa. Ele é demais nervoso, e as brigas são frequentes. Eu queria que ele fosse embora, mas ele não vai. Agora ele vive para brigar com o filho. Eu defendo o menino, e ele vira um bicho contra mim. O menino, que já é um homem feito, vive desorientado. Desde o início do nosso casamento queria pedir a anulação, mas quando dei por mim já era tarde, pois estava grávida. Ele briga com todos os vizinhos: as mulheres do bairro já correram atrás dele de pau. Vivo sempre em estado de alerta, de medo - nunca tenho sossego ".

" Meu filho tem 20 anos, e nunca deu para estudo. Ele é quieto demais, e isto aumenta as brigas em casa, pois meu marido cisma com ele por qualquer motivo ".

" Quando eu era solteira vivia melhor!... Tive dois padrastos. Perdi meu pai com seis anos de idade. Meus padrastos eram bons para mim. Minha mãe é que era muito geniosa e exigente. Tinha hora certa para entrar, para sair, para ter amizades... Ela não me deixava namorar. Acho que a escolha precipitada para me casar foi para sair da casa de les!... "

Caso 11: M.J.M., 26 anos, fem., solteira, residente em Santa Bárbara D'Oeste, S.P., gerente de vendas, colegial completo,

quatro meses de A.R. (FR-).

" Minha doença começou há quatro meses. Inicialmente senti umas dores nas juntas do pé D - ele ficou todo inchado, quente e vermelho. Após 10 dias doíam também as juntas do pé E. Logo no primeiro dia procurei um ortopedista, que me disse tratar-se de um "mal jeito" no pé. Ele não receitou qualquer remédio, mas mandou-me fazer compressas com água quente. Como não obtive melhora, procurei um outro médico que suspeitou de reumatismo. Fiz vários exames de sangue, que não constatarem nada, além de uma anemia. O Doutor não receitou nada, só vitaminas. Depois de algumas semanas as dores voltaram muito fortes, e começou a doer também os joelhos. Doía tudo, e eu não conseguia nem me mexer. Os dedos não dobravam mais, de tão inchadas e inflamadas que estavam as juntas. Em virtude disto fui encaminhada para ser tratada aqui na Unicamp, onde estou sob cuidados há três meses ".

Conta que os pais estão separados há dois anos, e que isto a deixou muito abalada, e nervosa. Dois meses antes das manifestações sintomáticas da A.R., teve forte discussão com um irmão: " ele é muito metido, e eu não gosto dele. Ele é o tipo do cara casado, mas muito folgado. Quer viver às custas de minha mãe, e acha que ela tem obrigação de sustentá-lo, assim como a sua família. Ele morava em nossa casa, mas após esta briga pedi para ele sair. Após dez dias eles se mudaram. Fiquei muito braba e remoendo as coisas que ele me disse, por muitas semanas. Isto me abalou muito, pois somos minha mãe e eu quem sustentamos a casa. Tenho mais uma irmã, casada, que vive a vida dela, e inclusive é proprietária

da loja onde trabalho ".

" Sempre fui muito mais apegada ao meu pai que a minha mãe. Sofri muito com a separação, pois meu pai me decepcionou demais. Ele arranhou outra, e minha mãe descobriu!... Foi um choque, e depois disto a visão que eu tinha dele mudou. Tanto que a gente não se entende mais, até hoje. Se eu estivesse no lugar de minha mãe, faria a mesma coisa. Ele vai, de vez em quando, me visitar lá na loja. Vai só para me pedir alguma coisa! Se deixar, ele tira tudo o que nós temos. Minha mãe vai receber uma herança, e nós pedimos para ele deixar este dinheiro só para ela, visto que nem pensão ele dá. Ele além de exigir metade do dinheiro, fica fazendo chantagem: ele diz que se nós não lhe dermos a metade, ele não assina os documentos necessários, etc... Com meu pai nós só resolvemos as coisas na briga!... "

" Discuto muito com minha mãe também. Sou muito nervosa e não gosto de nada fora do lugar. Não gosto de nada sujo!... Sou chata por causa disto, e mesmo no serviço crio muito caso por estas coisas. Com minha irmã me entendo bem, porque ela mora longe. No serviço nós não brigamos ".

" Sou tão nervosa, que quando passo alguma contrariedade, a menstruação não chega a passar nem oito dias que ela vem de novo. Quando fico nervosa desarranja tudo em mim!... "

Caso 12: W.M.S., 19 anos, fem., solteira, residente em Sumaré, S.P., secundário incompleto, quatro anos de A.R.(FR+).

Relata que sua doença começou há quatro anos atrás, com uma dor nas juntas das mãos: "melhorava uma e depois passava para a outra!... As juntas ficavam, além de dolorosas, inchadas, quentes e avermelhadas. Depois começou a doer os joelhos, os tornozelos, os pés. Quando fazia muito calor, e o sol era forte, doíam mais. No frio eles não incham e nem doem tanto!... Aos poucos foi atacando todas as juntas do corpo, e eu nem conseguia me virar mais. Não podia pegar nada nas mãos, nem andar e nem mesmo calçar sapatos, pois as solas dos pés queimavam. Fiquei uns dois anos inativa, visto que não procurei o médico de imediato. Quando começou a doer eu estava trabalhando, e pensei que aquilo era passageiro. Ao ver que estava atacando todas as juntas do corpo vi que não era bem assim, e daí uma vizinha pegou-me e me trouxe à Unicamp. Comecei a fazer o tratamento, mas com o passar dos meses vi que não estava resolvendo. Cheguei a ficar 28 dias internada na Santa Casa, mas ao voltar para casa estava boa. Após isto eles me receitaram um remédio que me fez muito mal. Decidi então parar com tudo. Fiquei mais de um ano sem tratamento. Ao voltarem as dores retornei à Unicamp".

Nega qualquer desencadeante emocional para a sua doença, como perdas, separações, crises sócio-econômicas maiores, crises conjugais. Conta, no entanto, que morava fora de casa, pois trabalhava na residência de uma senhora "que vivia entevada na cama". "Ela tinha varizes internas, sei lá... O que mais me chateava era que eu não podia ficar na minha casa, com minha família. Aos domingos, quando ia visitar minha mãe e meu padrasto, tinha que voltar logo-no mesmo

dia, ou segunda cedinho. Trabalhei oito meses nesta condição. Quando a doença se manifestou, eu estava há seis meses morando com ela. Lá eu me sentia muito sô: quando eu não tinha o que fazer ficava num canto da casa, e pegava um rádio para ouvir. Na casa dela eu não me alimentava bem, pois ela não gostava que eu ia fazer comida sô para mim. Todos diziam que eu estava emagrecendo muito, e que estava ficando com curvas nas pernas. Na época que tudo isto ocorreu eu estava com 15 anos, e me sentia muito apegada ã minha mãe. Ficar naquela casa foi um suplício... "

Caso 13: M.L.P., 19 anos, fem., solteira, residente em Campinas, S.P., doméstica, secundário completo, quatro anos de A.R. (FR+).

" Tenho a impressão que minha doença começou com uma dor nas costas. Quando eu senti mesmo, doiam todas as juntas, e eu não conseguia mais me movimentar. As juntas ficavam inchadas e muito dolorosas. Nesta época eu morava no Paraná, e fiquei totalmente entrevada. Passei 20 dias suportando as dores, e quando procurei o médico, ele já me disse de cara, que eu estava com reumatismo. Fiz os exames de sangue, e os resultados deram positivos ". Logo em seguida mudou-se para Campinas, e veio se tratar na Unicamp.

Relata que antes de manifestarem-se os sintomas e sinais da A.R., não queria mudar-se do Paraná para Campinas. " Eu era boa aluna na escola, tinha muitos amigos lá, e a mudança de cidade me pareceu algo terrível. Eram os meus pais que queriam mudar e não eu, mas me senti sem forças. A situação

me deixou muito abalada, pois afinal de contas vinha toda a família, e eu tinha mais ê que aceitar.

Conta ter " uma família maravilhosa ", e que se dá muito bem com os pais e os irmãos. Diz ser muito ligada aos familiares e aos amigos: " embora meu pai bebesse um pouco, ele não nos tratava mal... "

Já teve inúmeros namorados, porém relata não ter se ligado a nenhum mais profundamente.

Caso 14: M.H.B., 26 anos, fem., solteira, residente em Limeira, S.P., costureira, primário completo, oito anos de A.R. (FR+).

Relata que sua doença começou há oito anos atrás, com uma dor no terceiro dedo da mão D. Procurou de imediato um médico no INAMPS, que lhe receitou vários remédios para reumatismo, e a encaminhou para um especialista. O reumatologista pediu vários exames, e ela seguiu o tratamento por dois anos. Os medicamentos receitados, no entanto, faziam inchar o rosto e o corpo: " tive medo de complicar ainda mais a minha saúde, e decidi parar com os remédios. Passei a tomar chás caseiros, e depois procurei um médico homeopata. Não deu resultado, e eu parei de vez com tudo!... "

Alguns dias após voltou a sentir dores nas juntas dos pés, cotovelos, joelhos, bacia, ombros, etc... " Tudo doía. Ficava sem poder sequer me mexer!... Mesmo assim fui suportando com analgésicos por quase um ano, somente para não voltar a tomar "aqueles remédios". Há dois anos resolveu procurar a

Unicamp. Vem obtendo melhora, porém queixa-se que os movimentos articulares estão reduzidos: " o braço não vira, e estão endurecidos e atrofiados ".

Nega qualquer fator desencadeante emocional para a sua A.R., dentre as pesquisadas.

Mora com os pais, e diz dar-se bem com eles: "meus pais sempre foram muito bons ". Contradiz-se, no entanto, quando diz que " o pai é alcôolatra e que por vezes se mostra irritável e explosivo ".

Mostra-se muito fechada e desconfiada durante a entrevista psiquiátrica.

Não tem namorados, e muito dificilmente sai de casa a passeio. Tem poucos amigos. Diz que suas maiores virtudes são a sinceridade, o capricho e, gostar de ajudar as pessoas.

Caso 15: M.M.S., 44 anos, fem., viúva, residente em Ipuí-
na, M.G., costureira, primário incompleto, 18 anos de A.R.
(FR+).

" Minha doença começou com dores nas juntas das mãos. Depois atacou a doer o pulso D, as juntas dos pés, o pulso E, os tornozelos, etc... Após cinco anos de dores quase que constantes, elas começaram a deformar, e agora estão bem tortas! (mostra as juntas das mãos!...) ".

Conta que mesmo antes de se manifestarem os sintomas da A.R. já era muito nervosa: " eu tinha muitos problemas em casa, com meu marido. Ele era violento e bebiademais.

Ele me espancava por qualquer coisa que cismava. Eu vivia triste, e chorava muito. Depois de muitos anos de sofrimento ele caiu doente - teve trombose, e as pernas ficaram paralisadas. Com isto ele ficava mais em casa, e a gente brigava noite e dia. Sua doença se manifestou quatro anos antes da minha.

Com a inatividade do marido começaram a ter problemas financeiros sérios: " eu fiquei praticamente sozinha para cuidar de dois filhos menores. Tinha que dar conta de tudo, pois ele não ganhava um tostão ".

A paciente está viúva há 13 anos. Vive sozinha com os filhos, e relata que para ela a vida sexual não tem qualquer importância: " depois do que passei com meu marido, não penso em arranjar outro homem na minha vida ". " Após ele morrer, as coisas melhoraram muito para nós todos em casa ".

Trabalha muitas horas por dia, e diz que atualmente sua vida econômica melhorou muito, pois os filhos ajudam bastante. Quase não sai para se divertir. Prefere trabalhar, pois "trabalhando em casa, se sente muito feliz".

Caso 16: O.A.B.P., 36a., fem., casada, residente em Leme, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, um ano e oito meses de A.R. (FR+).

" A doença começou quando eu trabalhava na roça. As juntas da mão D começaram a doer, que eu não podia dobrar os dedos - não sabia nem onde pôr as mãos, de tanta dor!... A médica do posto de saúde tirou uma radiografia e disse que não tinha quebradura, mas que era reumatismo. Receitou-me vários

remédios, com os quais obtive melhora durante vários meses ". Depois de nove meses de doença a paciente engravidou, e durante a gestação não sentiu dores. Entretanto, após alguns dias do parto as juntas voltaram a inchar, e a mostrarem sinais inflamatórios: " não podia nem me virar de dor, e tinha uma criancinha para cuidar e os serviços todos de casa para fazer. Sentia-me desesperada!..." Recomeçou a tomar os remédios prescritos (injeções, analgésicos) e pouco a pouco obteve grande melhora.

Não estabelece desencadeantes emocionais para sua A.R. Diz relacionar-se muito bem com seu marido, o qual é muito calmo e bom.

Relata que teve uma infância tranquila. O pai faleceu há seis anos, mas segundo a paciente, a morte dele "foi um alívio", visto que ele estava sofrendo muito com sua doença. Relaciona-se muito bem com a mãe, a qual diz ser compreensiva e prestativa para ela.

Nega ter trabalhado demais na roça: " resolvi trabalhar por mim mesma, para ajudar um pouco meu marido. Ninguém me obrigava a nada!... Fui, porque quis ".

Não tem muitos amigos, pois " tem muito serviço em casa, e não dá para prostrar ". " A vida é esta, e agente tem que se conformar com o que tem!... " Gosta das coisas muito em ordem, e " quando elas não estão direitas, desmancha tudo e faz tudo novamente!... "

Caso 17: I.S.S., 38 anos, fem., viúva, residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, primário completo, dois meses

de A.R. (FR-).

Relata que há dois meses começou a sentir dores nas juntas das mãos: " elas dão demais, incham e ficam quentes e vermelhas ".

Na mesma semana que as dores começaram, a paciente procurou uma médica no posto de saúde, que lhe receitou a nalgêsicos. Com estes obteve melhora, porém temporária. Após dez dias começou a ter febre, e dores nos punhos e nas juntas dos pés. Em virtude desta evolução, a médica encaminhou-a ã Unicamp.

Diz ser chagásica há dois anos. Manifesta lesões máculo-papulosas na pele, que apareceram após o uso de uma medicação cardiológica chamada Ancoron.

Conta que está viúva há oito anos: " fiquei sozinha, com quatro filhos pequenos para cuidar!... Sempre fui muito nervosa, e durante os 13 anos que estive casada foram anos de tristeza, de mágoa e de aborrecimentos. Ele era muito ruim para mim. Era militar, e achava que devia tratar a família como tratava o povo lá no quartel. Proibia-me de sair de casa, pois era muito ciumento!... Eu era uma verdadeira prisioneira... Ele morreu de ataque cardíaco, nadando num pequeiro. Depois que morreu, nem os filhos sentiram a falta!.."

Acha que após o casamento é que ficou nervosa. " Casei-me muito nova. Tinha só 17 anos, e com isto estraguei minha vida ".

" Meu pai era muito bom, e apesar de ter perdido minha mãe com 11 anos, não tinha muitos problemas em casa. Senti

muito a falta de minha mãe, e quando ela adoeceu meu pai não tinha dinheiro nem para chamar um médico para cuidar dela ".

" Depois da morte do meu marido, tive um abalo financeiro muito grande. Fiquei três meses sem receber a pensão, e tive que deixar as crianças na casa de parentes. Fui trabalhar para ajudar nas finanças, mas aguentei só três anos no serviço, pois comecei a ter dores na coluna ".

" Após a morte de meu esposo, um de meus filhos começou a andar em más companhias e a fumar maconha. Há dois meses e meio mandei-o para a casa da avó, em Ituveraba - SP., onde ele conseguiu uma ocupação. Sofri muito com esta atitude e com a ausência dele em casa, mas era preciso fazer alguma coisa. A gente é mãe, não é?!... Depois do meu casamento e dos problemas com meu filho, venho muito nervosa... "

Há quatro anos atrás tentou uma nova ligação amorosa. Engravidou e tem um filho de três anos com este ex-companheiro. Esta relação, no entanto, não durou mais do que dois meses.

Caso 18: N.A.M.H., 24 a., fem., casada, residente em Campinas, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, três anos de A.R. (FR+).

" Minha doença começou com dores nas juntas do pé E. Eu morava, nesta época, em Santa Bárbara D'Oeste, e lá procurei uma médica que me disse que eu estava com friagem nos pés. Como não melhorava com o passar dos dias, ela me encaminhava aqui para a Unicamp. Aqui os médicos me disseram que

eu estava com reumatismo. Consultei três vezes no ambulatório, mas como não tinha dinheiro para retornar, decidi deixar de vir e continuar tomando os remédios receitados, sem controle médico". Assim permaneceu por mais de um ano.

" Daí aconteceu de eu engravidar; procurei o Posto de Saúde e o médico disse para eu parar de tomar o Meticorten, porque ele poderia prejudicar a criança. Quando parei com tudo, as dores nas juntas voltaram fortes: doía tudo quanto era osso do corpo!... As juntas ficavam grossas, quentes... Eu não podia nem me mexer. As dores me deixavam nervosa, triste, principalmente porque via todos os serviços de casa para fazer, as crianças pequenas para cuidar, e eu não podia fazer mais nada!... Ao mesmo tempo que doía, se eu ficasse parada, sentada por exemplo, me sentia pior - a dor aumentava, e eu não conseguia mais sair do lugar. Tinha que me mexer um pouco, mas não conseguia fazer os serviços. Foram as vizinhas que me ajudaram: elas passavam pano na casa, lavavam minhas roupas... Nem de pé eu conseguia ficar. Agora mesmo, eu gostaria de ir para a roça trabalhar, mas a mão não guenta tomar soco. Não pude nem amamentar o nêne, pois sabia que o remédio podia passar para o leite, e prejudicar a criança!... "

Há um ano voltou a se tratar na Unicamp. Queixa-se do preço dos medicamentos, dizendo que passam dificuldades para comprá-los, embora ganhe amostras grátis da Doutora.

Relata que dois meses antes de ter a A.R., estava passando por um período difícil em sua vida conjugal: " meu marido e eu brigávamos muito. Ele arranhou uma outra mulher

e nãis vivia discutindo. Eu ficava muito triste e aborrecida... Eu me sentia desprezada por ele, por causa da outra - me sentia sem valor!... Eu fazia tudo p'ra ele e ele nãoreconhecia nada. Quando eu descobri a verdade, as brigas aumentaram; ele largou a outra, mas daí atacou a minha doença. Quem me contou que ele estava saindo com outra mulher, foi o povo dela mesmo. Daí eu perguntei p'ra ele, e ele me confirmou. Passada esta fase resolvi perdoã ele, mas esquecer a gente nãoesquece não?!... A gente guarda mãgoa... Achava que se ele não melhorasse, o melhor seria largar dele. Depois pensei que se eu fosse embora e com filhos pequenos, a gente ia passar mais necessidades. Decidi ficar!... Depois disto ele melhorou muito, agora estamos vivendo bem ".

Relata ter tido uma vida feliz na casa dos pais. Eles eram bons para mim - não batiam nos filhos e não deixavam faltar nada em casa.

È muito ligada ã famãlia, e diz sair muito pouco de casa: " ã mais por dificuldades de dinheiro. Sair sem precisã, não dã não!... "

Caso 19: M.S.S., 39 anos, fem., casada, residente em Paulãnia, S.P., faxineira, primãrio incompleto, 17 anos de A.R. (FR-).

Relata a paciente que sofre de A.R. hã 17 anos. " A doença começou porque tinha torrado cafã de noite, num fogão de lenha, e molhei as mãos em ãgua fria. No dia seguinte jã senti a garganta doer. Depois atacou o pescoço, que ficou

endurecido e sem possibilidades de eu movimentã, pela dor que sentia. Apõs atacou os joelhos, as munhecas, os ombros. Pro curei imediatamente o mēdico, que me receitou uma porção de remēdios. As dores passaram... "

" Fiquei quase nove anos sem necessitar procurar mais o mēdico: doia fraquinho, e eu mesma tomava Anador ou Ci balena para me aliviar ". " Apõs eu mudar para Paulinia, no entanto, um de meus irmãos veio a falecer. Fiquei muito angustiada. Daĩ a doença voltou a se manifestar. Na hora que saiu o enterro, precisei ser levada para o Pronto Socorro, de vido as dores fortes nos joelhos, tornozelos, pēs e mãos!... Doia o corpo todo!... Precisei ficar internada vãrios dias, devido tanta dor. No mesmo dia em que voltei para minha casa, tive nova recaída. Atē banho eles tinham que me dar!... Custei a me recuperar. Doia também muito o peito e o coração!... Quando o reumatismo ataca, me dã um desgosto muito grande - parece que nada tem mais jeito, parece que o mundo pode acabar!... Fico assim também, porque passo a depender dos outros para tudo ".

Tratou-se no Casarão atē 1982. Apõs, retornou aos cuidados mēdicos em meados de 1983. Relata ter parado com o tratamento agora em dezembro/83, porque se cansou: " ē lerd za mesmo. Eu me aborreci com o mēdico, porque ele sō me pas sa remēdio e não conversa comigo. Eu acho que a vontade da gente também tem importância!... "

Mesmo com a A.R., estã trabalhando como faxineira hã seis meses. " Comecei a tomar o Naprosyn por conta prõpria, mas o remēdio estã muito caro, e eu mesma resolvi parar.

Ve z ou outra tenho dores nos tornozelos e nos joelhos.

Relata que antes de se manifestar os sintomas da A.R., ficava muito contrariada e nervosa com a sogra: "vivíamos brigando, porque ela se intrometia demais na minha vida. Meu marido bebia demais, e jogava até altas horas da noite num bar próximo lá de casa. Isto tudo me aborrecia muito. Meu marido não é quem eu esperava... Ele vive me acusando de não ser uma mulher completa.

Caso 28: J.S., 30 anos, masc., casado, residente em Campinas, S.P., desempregado, secundário incompleto, sete meses de A.R. (FR-).

" Minha doença começou há sete meses. Todas as juntas começaram a doer ao mesmo tempo. Não conseguia mais virar o corpo e me mexer. Fiquei todo duro... As juntas ficavam quentes, inchadas e latejantes. No mesmo dia procurei o médico do P.S.Municipal. Lá, eles me receitaram sete injeções vermelhas e comprimidos para dor. Mas nada resolveu! Voltei várias vezes ao P.S., e em muitas delas cheguei carregado em casa pelos companheiros de trabalho. Como nada resolvesse, os médicos me encaminharam à Unicamp "

Na primeira vez que veio ao ambulatório de Reumatologia, diz ter demorado quatro horas para chegar: " tinha que andar devagarinho, porque doía muito ". Obteve melhora com os remédios prescritos. Em maio de 1984 teve uma recaída, tendo sido recomendada a sua hospitalização. Nestes últimos dias sentiu " muita dor do lado do coração e barriga. Sentia também dores no tornozelo D e joelhos ". " Em consequência,

foi pedida sua hospitalização para fazer exames. Hoje se encontra praticamente sem dores.

Conta que antes de ter a A.R., estava muito nervoso: " tinha perdido meu emprego, e tenho três filhos e esposa para sustentar. Estava passando necessidades... Ficava pensando muito nas dificuldades da vida. Pensava até em suicídio!..." Atualmente ainda está desempregado.

Teve uma infância muito problemática: " meu pai bebia demais e brigava muito com minha mãe. Eles estão separados há 18 anos. Eu apanhava muito dele, e a única pessoa que me protegia era minha mãe. Sou muito apegado a ela. Minha mãe sofreu tanto, que já esteve internada em Sanatório dos nervos!... "

Acha que é prejudicado nos serviços que arruma como bico, porque a A.R. provoca dores nos pés e tornozelos - " eu não aguento mais que quatro dias!... "

Quase não sai de casa, e sua única diversão é ver televisão na casa do irmão.

Caso 29: P.T.S., 54 anos, masc., casado, residente em Americana, S.P., pedreiro, analfabeto, oito anos de A.R. (FR+).

Relata que sua doença começou com uma dor na sola do pé D - " queimava e me impedia de andar, e até mesmo de calçar sapatos!... " " Passei quatro a cinco meses sem procurar o médico, pois pensava que ia melhorar. Quando vi que não passava, consultei um médico que me recomendou uma buchinha no sapato; ele me receitou também uns comprimidos para as dores

que não resolveram nada. Decidi, então, procurar um médico particular, que fez vários exames e constatou reumatismo no sangue. Ele me receitou o Meticorten, que é o único remédio que tira as minhas dores ".

Conta que " quando a doença se manifesta, ataca várias juntas do corpo ao mesmo tempo. As juntas ficam grossas, inchadas e quentes. Sinto também muita fraqueza nos músculos: parece que acaba a força da gente!... Não consigo fazer mais nada que preste!... "

Nega fatores desencadeantes significativos em sua vida emocional, nos 12 meses que antecederam as manifestações clínicas da A.R.

Diz ter sido sempre calmo. Atualmente, no entanto, anda muito nervoso ("ansioso e inquieto"), pois " vê o serviço e não consegue mais dar conta dele ". "a munheca não ajuda!... Doí, e não tem força!..." " Tenho precisão, em casa, e não consigo trabalhar. Às vezes tenho vontade de sumir, de sair correndo, sem rumo!... "

Teve uma infância tranqüila: " fui bem criado, e gostava muito de meus pais ".

Tem um bom relacionamento afetivo com a esposa e filhos: " ela é compreensiva, e dá bons conselhos p'ra gente!... "

Caso 30: J.T., 34 anos, masc., casado, residente em Santa Bárbara D'Oeste, S.P., tecelão, primário completo, seis anos de A.R. (FR-).

Conta que sua A.R. começou com as seguintes manifestações: " doíam os dois joelhos, que inchavam e acumulavam água. Eles inflamavam muito!... Com estas dores, fiquei mais de três meses sem poder andar ou trabalhar ".

Procurou logo um médico do INAMPS, que lhe receitou antibióticos e ácido acetil-salicílico (A.A.S.). Melhoraram as dores, e durante cerca de um ano não sentiu mais nada. Após este tempo o quadro voltou a se manifestar, acometendo as juntas das mãos, dos pés, tornozelos, punhos, joelhos, etc. " Desta vez foi muito pior, e decidi procurar diretamente os médicos da Unicamp. Aqui eles me receitaram Meticorten e sais de ouro. Com isto melhorei bastante, embora tenha tido algumas recaídas. Uma delas se deveu ao fato de eu ter passado quatro meses sem procurar o médico, e sem tomar os remédios ". Conta que quando se sente bem não toma nada, pois os remédios lhe atacam o estômago.

Relata que algumas semanas antes de ter as primeiras manifestações da A.R., teve uma separação temporária da esposa: " Nunca vivemos bem, porém os problemas eram contornados, mas de repente as brigas foram se tornando mais frequentes, e ela achou que não dava mais certo e, resolveu se separar de mim. Foi nesta fase que fiquei muito nervoso, e os sintomas se manifestaram. Eu pensava muito nos nossos filhos; não dormia e não me alimentava bem. Depois de oito meses achamos melhor conversar, e decidimos voltar a viver juntos. Atualmente a situação está mais calma ".

Conta que se casou com 20 anos - " minha esposa estava com 14. Nós não sabíamos viver bem a vida de casados!.

Isto atrapalhou muito, porque a gente não tinha a idéia muito firme do que queria!... "

Relata que sua infância não foi muito feliz, por causa da mãe: " ela era muito nervosa, e falava muito. Tinha hora que estava boa, e em outras gritava e batia na gente. Nunca me entendi bem com ela não?!... "

Caso 31: J.F., 26 anos, masc., solteiro, residente em Santa Bárbara D'Oeste, S.P., tecelão, primário completo, dois anos de A.R. (FR+).

Conta que quando se manifestou os sintomas da A.R., trabalhava como vendedor ambulante: " andava bastante, e com isto começou a doer muito as solas dos pés, as juntas dos dedos dos pés, e os joelhos. As juntas ficavam quentes, inchadas e avermelhadas. " Demorei cerca de dois meses até procurar um médico, pois pensava que a dor era uma consequência de eu andar muito. Decidi procurar um médico apenas quando as dores passaram para as juntas das mãos. Estes sintomas começaram a se manifestar quando troquei de serviço, e passei a trabalhar num setor de montagem de peças. O serviço era pesado, e exigia muito das mãos - senti que não dava conta!.."

" Ao procurar o doutor, ele me receitou vários remédios, e eu melhorei muito pouco com o tratamento - os sintomas dolorosos iam passando de uma junta para outra!... Daí o doutor resolveu me mandar tratar aqui na Unicamp ", onde se encontra há seis meses.

Relata que obteve melhora clínica com os remédios,

mas que por vezes senté ainda dores nos cotovelos e punhos.

Conta que antes de se manifestar a A.R., sentia-se muito insatisfeito em seu trabalho de vendedor: " andar muito e vender pouco me chateava bastante. Eu tinha muita aflição por dentro, principalmente porque pensava que daquele modo não ia ganhar para sustentar minha vida!... "

Diz que atualmente sente-se muito mais nervoso (ansioso), pois: " sinto os nervos ã flor da pele, mas não sei o por quê? Tudo me desagrada, e eu não sinto mais alegria em nada... "

Mostra-se muito aborrecido em relação ã sua doença e ãs suas perspectivas de vida: " desde criança sempre fui muito fraquinho, muito doente. Tudo ccnigo dã errado!... Quando penso que vou me afirmar em alguma coisa, ela dã para trás".

Relata ter um bom relacionamento com os pais, os quais diz serem bons para ele. O pai ã também reumático, e desde pequeno conviveu com as dores dele. Sobre ele, diz ser uma pessoa muito irritadiça e nervosa, mas de coração bom.

Caso 32: O.L.L., 39 anos, fem., residente em Joaquim Egídio, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, dois anos de A.R. (FR-).

" Minha doença começou com dores nas juntas da mão. E. No início as dores eram fracas, e por isto não fui ao mēdico. De um ano para cã, no entanto, elas vem se mostrando mais fortes, e as juntas começaram a inchar, a se tornarem quentes e avermelhadas. As dores foram passando também para as juntas

da outra mão, para os punhos, cotovelos e joelhos. Nestes, as dores não são constantes, e demoram para aparecer - as mais doloridas são as das mãos!... "

Diz ter sofrido muito na vida: " minha mãe morreu quando eu tinha 14 anos, de derrame cerebral, e aí eu fui morar com uma de minhas irmãs, a qual me criou como mãe. Ela era a mais velha, e eu sempre fui muito ligada nela. Esta minha irmã, há cinco anos atrás, veio a falecer de leucemia. Sofri muito com a doença dela - mais do que com a de minha verdadeira mãe, pois naquela época eu era muito criança e não pensava muito... Perdi meu pai quando eu tinha 19 anos, com Câncer de Esôfago. A ele eu não era muito ligada, pois ele não se apegava muito aos filhos. Minha sogra, que era uma pessoa muito boa para todos nós, também morreu há dois anos atrás. Ela teve um problema no coração. Com a sua morte começaram as dores de meu reumatismo. Minha sogra e minha irmã eram as pessoas que eu mais gostava nesta vida... (chora muito).

" Após a morte de minha mãe, me tornei uma pessoa triste, solitária. Mãe faz falta para a gente sempre, mesmo quando a gente tem um lar, marido e filhos ".

" Meu marido é bom para mim. Às vezes temos umas discussões, mas no fundo ele é bom!... Ele é companheiro, e me faz participar de tudo; ele não faz nada sem falar comigo ".

Diz detestar tomar remédios, e quando toma sente um caroço na garganta. " Meu pai morreu de Câncer, e eu comecei a pôr na cabeça que vou morrer assim também... "

Caso 33: M.A.O., 22 anos, fem., solteira, residente em Suma

rê, S.P., costureira, secundário incompleto, um ano e dois meses de A.R. (FR+).

Relata que sua doença começou com um inchaço nos pés e nas mãos. Daí começaram a doer as juntas dos pés: " primeiro as do pé esquerdo, e depois passou para o direito. Pouco a pouco foi pegando as juntas do corpo todo - melhorava uma e piorava outra!... Aguentei um pouco as dores, porque elas não eram muito fortes - eram mais o inchaço e a quentura nas juntas, que me impressionavam. Sô procurei um médico após cinco meses de doença. O médico que procurei não era um especialista, e me deu uns remédios que não valeram de nada. Mudei de médico, mas foi a mesma coisa... Ele me pediu uma série de exames de sangue, mas os resultados foram negativos. Nesta época doíam as juntas do corpo todo. Fui internada durante quatro dias, sem obter qualquer melhora, apesar de ter tomado muitas injeções e comprimidos. Passei cerca de quatro meses neste estado... " Há cinco meses decidiu-se a procurar o ambulatório de Reumatologia da Unicamp. Aqui eles fizeram exames de sangue, e os resultados foram positivos. Embora sinta ainda dores fracas, acha que seu estado está muito melhor com o tratamento que lhe vem sendo dado neste serviço.

Diz ter sido sempre uma pessoa nervosa - "por qualquer coisa me irrita, me contraria!... " Nega, no entanto, desencadeantes emocionais importantes antes das manifestações da A.R.

Tem um bom relacionamento com os pais, os quais

diz serem criaturas carinhosas com os filhos, e entre eles mesmos. Tem um namorado, e "com ele diz estar tudo bem!..."

Caso 34: A.A.V., 41 anos, fem., separada, residente em Sumarê, S.P., costureira, secundário incompleto, quatro anos de A.R. (FR-).

Relata que sua doença começou acometendo os dois joelhos: " primeiro pegou o esquerdo, e depois passou para o direito. Eles ficavam inchados e muito quentes. No prazo de uma semana doíam também as juntas dos dedos das mãos, dos pés, os tornozelos, ombros, cotovelos, etc. Praticamente doía todo o corpo - fiquei dura que nem pau!... Após um mês de suportar as dores, procurei um médico na Unicamp. Eles fizeram todos os exames, e constataram reumatismo ". Com o tratamento obtive melhora clínica.

" Após alguns meses de tratamento, tive de parar com os remédios; meu marido estava desempregado e não podia comprá-los. Procurei o Serviço Social, e elas não me deram os remédios, dizendo que eu pertencia a Sumarê, e que era lá que devia pedir. Em Sumarê eles não tinham os remédios receitados. Parei então com tudo!... Já estou há um ano sem tomar nada... " Salienta, no entanto, que vem tomando um medicamento que uma desconhecida lhe ensinou num ponto de ônibus: caroço de abacate em vinho branco - " ralo ele e deixo de molho por uma semana; depois tomo a calda! Fiz isto desde que parei com o tratamento, e até agora não senti mais nada ".

Diz que as dores, quando se manifestam, a deixam muito

nervosa e deprimida, pois não pode fazer os serviços de casa. Quando não as tem, passa bem.

Relata que quatro meses antes de se manifestar a A.R. passou um grande nervoso, pois o pai tem coração grande (ê chagásico) e esteve para morrer. "Fiquei muito aflita, pois nunca perdi ninguém na família. Estava também com problemas de desemprego de meu marido, e nós estávamos com precisão lá em casa. Temos quatro filhos para alimentar!... Foram meses muito difíceis, e de muita intranquilidade. Perdi até o sono naqueles meses... Daí aconteceu de numa manhã, eu acordar sentindo aquelas dores no corpo".

Está separada do marido há um ano, porque acha que ele não tem muita vontade de trabalhar: "quando ele arruma algum dinheiro, invés dele gastar em casa, ele vai e gastar na rua. Isto me desgostou muito. Quando ele saiu, fui no juiz e pedi a separação. Sinto-me melhor agora, porque passo menos nervoso que antes".

Conta que quando fica nervosa sente mais dores articulares. Meu marido sempre foi um homem que saía muito, e eu sempre me sentia sozinha. Cheguei até a fazer uma hemorragia no olho D, de tanto nervoso que passei com ele!... Em casa sô havia brigas e pancadarias - ele batia muito em mim!."

Teve uma infância tranqüila: "meus pais eram bons, e não batiam nos filhos - sô quando nós merecia!... "

Caso 35: M.R.G.O., 22 anos, fem., solteira, residente em Nova Odessa, S.P., prendas domésticas, secundário completo, seis

anos de A.R. (FR-).

" Minha doença começou após eu ter tido uma hepatite. Já no hospital comecei a ter dores nos joelhos. Esta dor passou com uma pomada que o médico mandou a enfermeira passar no local, dizendo: "isto passa!..." Fiquei 15 dias de repouso em casa, mas depois começou a atacar as juntas do corpo; tudo endureceu, e eu não conseguia mais levantar da cama. Procurei o médico que me havia tratado da hepatite. Ele pediu vários exames de sangue, e me disse tratar-se de um reumatismo!"

Após dois meses do quadro inicial, mudou-se de cidade. Fez novamente os exames de sangue, e começou a tomar corticóides e analgésicos. Com os medicamentos começou a ter crescimento de pêlos no rosto, inchaço, e apareceram estrias nos braços, região lombar, coxas e nos seios. Mesmo assim não abandonou a terapia. Teve melhora clínica, embora com recaídas frequentes. Já sofreu inúmeras hospitalizações, por motivos como: "complicações no fígado, infecção na bexiga, dores muito fortes... Tudo complicava!..."

" Antes de ter a A.R. eu trabalhava bastante, mas saía muito também. Tinha prazer em participar. Agora com a doença, tudo parou!... O que me deixa mais nervosa, é ver os serviços para fazer e não poder. No início da doença era bem pior - não saía de casa, e só ficava remoendo besteiras. Agora que fiz mais amizades em Nova Odessa, meus amigos me visitam mais. Quando eu não tenho dor eu saio, me divirto!... Eu falo p'ra minha mãe: é bom eu aproveitar enquanto posso!... Sempre me preocupo em não me esforçar demais, porque os excessos

podem me prejudicar.

Diz que uma coisa que a afetou bastante, antes de se manifestar a hepatite e a A.R., foi a separação de seu na morado: " ele decidiu vir trabalhar aqui em Campinas, e eu não esperava que ele fosse capaz. Sofri muito com a separação. Fiquei deprimida e chorava muito!... "

Conta não ter pai: " ele foi assassinado há 18 anos atrás por meu próprio tio (irmão de minha mãe). Foi "sui cídio"! (comete um lapso).. Eu tinha quatro anos e lembro disto, porque o fato me marcou muito. Depois da morte de meu pai a situação complicou, porque meu avô morreu de desgosto de ver tudo aquilo que os filhos dele fizeram. Ele, durante os cinco anos após o crime, gastou sua vida para defender os dois filhos envolvidos. Ele morreu do coração. Meu tio que não matou, mas que estava envolvido também na briga, ficou louco e foi levado para o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. O irmão de minha mãe, que matou o meu pai, mora com minha avô. Todas as vezes que vejo ele, fico sem saber o que dizer. Ele é meu padrinho, mas não tenho jeito de conversar com ele!... O motivo deles terem brigado foi porque o meu tio, que o matou, fugiu com a irmã do meu pai e depois a abandonou. Isto gerou uma rixa de muitos anos, até que houve a briga e a morte. Minha mãe é revoltada com eles, pois o fato estragou a vida dela. Depois disto ela teve que dar duro no trabalho, para nos sustentar. Meu pai não deixou nada para ela, e aos 14 anos comecei a trabalhar fora para ajudá-la. Nossa vida é bem difícil e complicada ".

Caso 37: J.C.F.A., 49 anos, fem., casada, residente em

Indaiatuba, S.P., prendas domésticas, primário completo, 15 anos de A.R. (FR+)

Relata que sua doença começou há 15 anos, manifestando-se com uma dor forte no joelho D: " ele inchava, endurecia e mostrava-se quente e avermelhado ". Foi medicada, desde o início do quadro, com infiltrações de corticóide no local. Tinha períodos de melhora e de piora dos sintomas inflamatórios.

Durante os dois anos que se seguiram continuou sob tratamento com um mesmo médico, em clínica particular; fez uma cirurgia no joelho D e no punho E. Estas cirurgias foram indicadas, segundo a paciente, pois não conseguia mais mover os membros afetados. Após as operações ficou quase um mês internada, mas com excelente resposta terapêutica, visto que não voltou mais a ter derrames líquidos nestes locais.

Entretanto, após um ano desta primeira cirurgia, precisou ser operada novamente, só que do cotovelo direito. Em dezembro de 1983 fez sua terceira cirurgia - desta feita no cotovelo E. As indicações cirúrgicas foram também por grandes derrames articulares, que impediam o movimento articular.

Acha que ficou mais nervosa com a sua doença, pois vive sempre com a expectativa de que pode, a qualquer momento, ter um novo derrame em alguma outra junta do corpo: "Acho até que sou calma demais, por tudo isto que me atinge!..."

Nega qualquer fator desencadeante emocional para sua doença reumatóide. Diz ser muito feliz no casamento,

pois, " meu marido é muito bom. Ele não faz nada sem conver sar comigo. Eu estou mais acostumada a mexer com as coisas, e a dar as ordens do que ele!... Ele deixa tudo para eu de- cidir!... Nós não somos ricos, mas vivemos sem dificuldades".

Acha-se muito ligada à família, mas é da opinião que eles dependem mais dela, do que ela deles: " praticamente sou eu quem decide tudo. Meu pai mesmo, pede opinião para mim até para tomar um remédio!... "

Julga-se muito ambiciosa e possessiva - " o que é meu, é meu!... "

Educa o filho com muito rigor, dizendo: " eu co loco na cabeça dele que se ele ouve algo, ele tem que apren- der - ele tem que tirar algum proveito, pelo menos, das coi- sas!... " " Não adianta nada ouvir, e não saber pôr em prã- tica ao menos um pouco daquilo que ouviu de bom... "

Caso 44: R.V.J., 39 anos, fem., casada, residente em Ampa- ro, S.P., prendas domésticas, primário incompleto, sete anos de A.R. (FR+).

" A doença começou há sete anos atrás, com uma dor nos joelhos. No dia seguinte comecei a sentir também dores nos ombros, cotovelos, punhos e nas juntas dos dedos das mãos. Às vezes doíam também os tornozelos. Doía tudo ao mesmo tem po, o que me impedia até de mexer o corpo. Pela manhã piora va tudo, porque não conseguia dobrar as juntas "

" Aguardei as dores em casa por dois meses. Quan do vi que não dava mais, decidi-me a procurar o Pronto Socorro.

Eu aguentei este tempo, mais porque tomava chás caseiros bem quentes!... No Pronto Socorro o médico me deu umas injeções para reumatismo (SIC). Com elas passei vários meses completamente boa. Depois as dores voltaram, principalmente porque mexia com muita água fria ".

Trata-se na Unicamp há mais de seis anos. Há períodos que passa completamente sem dor, mas há outros em que mesmo tomando os remédios, " as dores voltam devagarinho, principalmente quando lavo muita roupa na água fria. No calor en tão é pior - dói mais que no frio!... "

Conta que sua A.R. "começou no resguardo de sua se gunda filha": " estava no 15º dia do resguardo, quando as dores me pegaram. Não estava muito nervosa naquele período, pois queria ter a criança, e tinha condições para cuidar de meus fi lhos e da casa ".

Nega fortes desencadeantes emocionais nos 12 meses que antecederam a A.R. Acha que sua vida é boa e satisfatória - " estou muito contente com a vida que levo!... "

A paciente, no entanto, mostrava-se bastante introvertida e desconfiada em relação à entrevista, respondendo em monossílabos o que lhe era perguntado. Diz que mesmo estando com dor, canta, assovia e ri. Acha que tem que se con formar, e aceitar aquilo que Deus dá!... "

Caso 45: I.M.R., 46 anos, fem., separada, residente em Limeira, S.P., doméstica, analfabeta, nove meses de A.R. (FR-).

Diz que sua doença começou com " uma coceira na

sola do pê; esta coceira durou cerca de um mês ou dois. Depois começaram as dores: primeiro foi no pê E, e apôs no D; em seguida começaram a doer as mãos, os tornozelos, cotovelos, e agora dõem os joelhos e a região inguinal ". Alêmdas dores articulares, queixa-se também que incham e arroxaiam suas unhas. " O local onde dôi esquenta muito, mas eu sinto também um frio pelo corpo todo: é como se fosse uma febre!..."

Conta que o seu filho caçula começou a beber há quatro anos. " Invês dele ir brigar com a mulher, ele ia brigar era comigo. Ele me acha culpada de tê-lo posto no mundo. Eu criei ele sozinha, sem o marido! Até no emprego eu levava ele junto. Sempre foi um menino bom. Depois de casado é que começou a me dar trabalho, pois deu de beber muito. Com isto vieram as minhas preocupações... Ele briga muito nas ruas, e a vizinhança vem me chamar para eu ir buscã ele. Ele sô apanha dos outros, pois não sabe se defender. Às vezes sou acordada de madrugada para ir buscã ele no bar. Não paga suas contas, e sou eu quem tem que arcar com as dívidas dele, pois estã cheio de cobranças na minha porta. A mulher dele ficou tão doente com os problemas, que foi internada em um sanatório de nervos lã em Rio Claro. Meu filho morava no fundo de meu quintal, até há dez meses atrás. Eu mandei ele embora, pois não aguentava mais!... Filhos sô dão desgostos, pois por qualquer coisa correm com a mãe. A gente não sabe dizer nunca não, senão eles ficam perdidos!... Ele estava desempregado, e isto deixava ele pior... "

" Depois que ele saiu lã de casa doutora, é que senti a canseira. Isto me deixou doente assim... As vezes quan

do eu pensava que ele estava melhor e ia tirar um cochilo, eu ouvia ele abrir o portão e entrar aos tropeções. Eu acordava de sobressalto, e já esperava ele vir à beira de minha cama me chingar. Se eu fechasse o portão com o cadeado, ele esmurrava a porta até eu abrir. Podê ser que estas dores apareceram com a friagem que eu tomava!... "

" Mesmo tendo problemas, procuro não levã eles para o trabalho. Acho que não devemos misturar as coisas. Não tenho com quem conversar - guardo tudo para mim mesmo!... "

Estã separada do marido hã 30 anos, pois ele bebia muito, e era muito violento em casa. Vive hã um ano e três meses com outro, a quem não tem o menor apreço: " já mandei ele andar, mas ele não vai!... "

Teve uma infância muito turbulenta, pois o pai era alcôolatra, e a mãe bastante enérgica e agressiva: " era ela quem mandava. Batia muito nos filhos, e exigia que eu fizesse todo o trabalho de casa. Ela não era muito limpa - eu era mais prestimosa que ela!... "

Caso 47: M.J.C., 28 anos, fem., casada, residente em Capivari, S.P., prendas domésticas, primário completo, três anos de A.R. (FR+).

Conta que sua doença começou com dores nas juntas das mãos, dos pês e nos calcanhares. As articulações ficaram aumentadas de volume, quentes e avermelhadãs. " Não podia andar e nem movimentar as partes afetadas ". Para andar era necessário se apoiar no rodo, ou numa vassoura. Procurou

inúmeras vezes os médicos do P.S. de sua cidade, que lhe receitavam analgésicos. Os medicamentos prescritos começaram a lhe fazer mal para o estômago - "ardia direto!..." " Daí resolvi parar de procurar médicos por dois a três meses ". Após este tempo, decidiu-se a procurar diretamente o ambulatório de reumatologia da Unicamp. Com o tratamento as dores desapareceram; entretanto, as juntas mostram-se deformadas e endurecidas.

Nega fatores desencadeantes emocionais nos 12 meses que antecederam o aparecimento da A.R.

Atualmente não vem se entendendo bem com o marido, pois " ele não suporta barulho e anda muito nervoso ", por motivos que ela desconhece. " Até calmantes para dormir ele está tomando!... "

Difícilmente sai de casa para passeios - " quando saio é para fazer exames médicos!... "

Teve uma infância tranqüila, pois segundo a paciente, os pais eram calmos e muito bons.

Quando tem dores sente-se muito nervosa, pois não suporta ver o trabalho por fazer, e não poder executá-lo: " Sinto muita aflição por dentro, porque se não fizer o meu serviço, ninguém faz por mim!... " " Aí me ataca tanto os nervos, que nem comer eu consigo!... "

Caso 48: M.C.P., 45 anos, fem., casada, residente em Jundiaí, S.P., aposentada por invalidez, primário incompleto, - oito anos de A.R. (FR+).

Sua doença começou há oito anos atrás, com uma dor na junta do terceiro dedo da mão D: " ela coçava e doía muito... " Após alguns dias começaram a doer todas as juntas das mãos, que inchavam e se mostravam quentes e avermelhadas. Nesta época trabalhava como cozinheira, em uma fábrica de Jun dia. O próprio médico da empresa pediu exames de sangue, e constatou reumatismo. Trabalhei mais dois anos e meio neste estado: " por vezes trabalhava doente, e em outras conseguia li cença para me ausentar por alguns dias ".

Após dois anos e meio de doença, as juntas do pé E e D, e os joelhos, também começaram a manifestar os mesmos sinais inflamatórios descritos acima. Desta feita já não suportava mais ficar em pé - " eu faltava muito no serviço, e o mé dico decidiu me afastar ". Atualmente está afastada por inva lidez.

Conta que antes da A.R. se manifestar, vivia numa ansiedade muito grande, pois tinha muito trabalho quando chegava em casa. " Quando voltava do serviço, cansada, tinha rou pa para lavar e passar, casa para arrumar e, comida para fazer. Trabalhava às vezes até meia noite, para no dia seguinte levantar às quatro horas da manhã. Isto tudo me deixava muito agitada. Trabalhei assim uns 15 anos, pois não suporto chegar em casa e ver as coisas sujas!... Não tenho natureza pa ra ver desordem, e coisas fora do lugar... Mesmo que eu me sacrifique, não deixo nada para os outros fazerem por mim!... Muitas vezes, mesmo com o corpo doendo, pendurava aquelas cal ças grossas no varal. Não consigo descansar se não puser tudo em ordem... "

" Nunca soube o que é divertimento - nem à missa eu ia! Por vezes fazia horas extras aos sábados e domingos, porque o chefe exigia. Para não ficar marcada eu ia trabalhar, mesmo doente!... Isto me deixava muito angustiada, e não foram poucas as vezes que pensei em sair do emprego. Mas sair como, se o dinheiro fazia falta?!... Não dormia (e não durmo) muito bem. Ter obrigações a fazer, me tira o sono!"

Diz que mesmo aposentada, trabalhava como doméstica para ajudar nas despesas de casa. Há dois anos terminaram de pagar a casa, e com isto a situação econômica melhorou um pouco. Mesmo assim continua trabalhando muito no lar.

Conta ter sido sempre muito nervosa e "sentida" com as coisas: " se alguém fala algo que me desgosta, eu fico sentida a vida inteira!..." Se diz muito preocupada, exemplificando com o fato de que não consegue adormecer enquanto todos os filhos não chegam.

Relaciona-se bem com o marido, e não tem queixas do casamento.

Teve uma infância sem grandes problemas, pois segundo ela, embora os pais fossem exigentes e enérgicos, "não deixavam faltar nada em casa".

Caso 49: J.F.B., 51 anos, fem., casada, residente em Americana, S.P., prendas domésticas, analfabeta, 18 anos de A.R. (FR+).

Relata a paciente que sua doença começou da se-

guinte maneira: " fui dormir, e quando acordei estava sentindo dores nos dois joelhos. Eles estavam inchados e muito quentes. Pouco a pouco, com o passar dos dias, fui sentindo dores por todo o corpo: nos braços, nos ombros, nas juntas das mãos e pés. Fui tratando com banhos de ervas, pomadas quentes, e com peixe elétrico. Fazia implastos de farinha de mandioca, onde doía mais! Procurei também inúmeros curandeiros, mas de nada resolvia... Fiquei deste jeito por mais de anos. Daí resolvi procurar um farmacêutico, que me receitou umas injeções de Butazona, com isto obtive um pouco de melhora, mas terminadas as injeções as dores voltaram mais fortes ainda!"

Tratou-se com leigos em medicina por mais de um ano. Sô com o agravamento de seu quadro, quando já não podia mais fazer os serviços domésticos, resolveu procurar os médicos de Tupã - SP, local onde residia - " eles me disseram que era reumatismo o que eu tinha, e me receitaram muitas injeções (não se recorda os nomes dos medicamentos) ". Melhorou muito com o tratamento, passando desde então a fazer controles periódicos nos ambulatórios especializados.

Hã quatro anos mudou-se para Americana - SP, onde iniciou a terapêutica com Meticorten. Hã dois anos foi encaminhada pelo médico de sua cidade, para o serviço de reumatologia da Unicamp.

Nega fatores desencadeantes emocionais no aparecimento de sua A.R. Conta, no entanto, que naquela época trabalhava muito em casa: " sou mãe de bastante filhos (14), e tenho uma família grande demais!... Eu lavava, passava, cozinhava, fazia queijos, sabão... Às vezes ia ajudar na

lavou, não porque era obrigada a ir, mas porque me sentia na obrigação de ajudar meu marido nas despesas. Meu marido era retirante - ele trabalhava com gado, e tirava leite das vacas. Era por isto que eu fazia queijo em casa!... Levantava muito cedo também, (três horas da manhã), e ia dormir tarde (11 horas da noite). Sou uma pessoa que não gosta de deixar o serviço para depois. Gosto de tudo na hora, e não deixo nada para ninguém fazer por mim... "

É muito ligada à família, e diz não passear a lugar algum: " já me acostumei a ficar dentro de casa. O único lugar onde vou é na igreja!... " Não assiste televisão, pois é crente e sua religião não permite.

Diz ter tido uma infância muito boa, pois os pais embora fossem enérgicos, " não deixavam os filhos passar precisão ".

Caso 51: J.P.N.S., 47 anos, fem., casada, residente em Campinas, S.P., babã, analfabeta, três anos e quatro meses de A.R. (FR+).

" Minha doença começou numa fase ruim para mim e meus filhos - estávamos desempregados há quatro meses. Eu sentia uma enorme aflição, e só pensava no pior. Precisava trabalhar para "nóis" comer, e não via saída para a crise. Daí a doença pegou o meu corpo: primeiro foram as juntas das mãos, depois os joelhos e as juntas dos pés. No joelho acumulou tanta água, que precisaram tirar com uma seringa. Depois começou a doer também o pescoço, a tal ponto de eu não conseguir virar mais. Com a doença minha vida piorou ainda

mais, pois sempre gostei de trabalhar, de ter meu dinheiro, e as coisas sempre em ordem!... Ficava muito triste e nervosa com a situação - piorou tanto, que eu sentia uma dor profunda por dentro do peito, de tanto nervoso que eu passava!... Após alguns dias procurei um médico ("e eu não sou pessoa de me queixar, não?!..."), e ele me receitou o Meti corten e o Profenid. Com o tratamento fui melhorando pouco a pouco. Arranjei um emprego na casa da Dra. Mária, que cuidou de mim, mesmo quando precisei ser internada. Quando saí do hospital, fazia o que podia na casa dela. Há um mês a Dra. mudou para Itú, e eu estou agora como babá, em uma nova casa. Estou me dando bem lá também!... "

Diz ter um relacionamento bom com seu esposo, o qual diz ser um homem trabalhador e bom para ela e os filhos (nove).

Relata ter tido uma infância razoável, pois a mãe exigia muito dela, e era " muito preocupada com tudo ". O pai sempre foi mais calmo e tranquilo!...

Quase não sai de casa para passeios, pois diz " ter muito trabalho a fazer, e o dinheiro é pouco para isto!... "

Caso 52: J.G.L., 49 anos, masc., casado, residente em Indaiatuba, S.P., licenciado pelo INAMPS, primário incompleto, cinco anos e meio de A.R. (FR+).

Conta que na época do aparecimento dos primeiros sintomas da A.R. trabalhava como faxineiro, e que ao

chegar em casa começou a sentir dores no tornozelo E: " Inchou muito e ardia... Não podia nem andar, e daí meus familiares levaram-me ao Pronto Socorro ". " Fiquei 15 dias internado ", e após fazer inúmeros exames ", constataram ser reumatismo no sangue ". " Passei seis meses completamente bom ", tomando os remédios prescritos.

Parou o tratamento durante mais de um ano, mas após voltaram as dores fortes nas juntas dos pés, mãos, punhos, joelhos e cotovelos - " doía tudo e formigava demais as pernas!... " " Eu ficava a toda hora esfregando-as, ou me mexendo para aliviar o que sentia. Procurei novamente um médico, que me receitou o Meticorten de 20 mg. Quando tomo o Meticorten de 20 mg a dor passa logo, mas o de 5 mg é muito fraquinho!... As dores quando vêm, parecem que eu estou levando umas pauladas nas mãos!... "

" Há dois anos peguei Diabetes, e por causa disto já tive duas vezes internado em Indaiatuba ".

Há cinco meses vem se tratando aqui na Unicamp. " Os médicos daqui me proibiram de tomar o Meticorten de 20 mg. Eles me mandaram tomar o de 5 mg só quando eu tiver muita dor ".

Queixa-se de que as juntas dos dedos começaram a ficar encaroçadas, e os dedos estão deformando. O mesmo está acontecendo nos punhos.

Diz ter sido sempre muito nervoso, " mas com o reumatismo relata piora " - " fiquei mais sem paciência com as coisas! Por qualquer motivo eu me irrito e expludo!... "

Com o reumatismo tive também que parar de trabalhar, pois as juntas endurecem todas, e dão direto, se eu me esforço. Viv^{ia} perdendo dias de serviço, e para não ser mandado embora pedi ao Doutor para me encostar de vez!... "

Teve uma boa convivência com os pais: " eles eram bons para mim. Saí da casa deles só para me casar ". No casamento diz ser feliz: " minha velha é mais que esposa - ela é uma mãe para mim!... "

Caso 53: T.C.S., 37 anos, fem., casada, residente em Sumarê, S.P., prendas domésticas, primário completo, dez anos de A.R. (FR+).

O quadro clínico começou com dores nas juntas das mãos e pés: " as juntas ficavam muito dolorosas e inchadas. Procurei, desde o início, vários médicos em Indaiatuba - SP, onde morava. Eles pediram vários exames de sangue, mas nunca dava nada. Eles me davam remédios apenas para nervoso!... " Após alguns meses, no entanto, decidiu-se a procurar um massagista da Ponte-Preta, que lhe recomendou uma consulta ao reumatologista. Tratou-se vários anos com o especialista, em clínica particular, e após não ter mais condições econômicas de tratar-se naquele consultório, foi encaminhada à Unicamp.

Diz que antes de ter a A.R. já era uma pessoa muito nervosa (ansiosa): " eu guardava muito os problemas para mim mesma. Desde criança tinha conflitos com meus pais. Eles eram muito durões, não dialogavam com os filhos!... Eu tinha medo de apanhar, e apanhei bastante!... Minha mãe era muito braba e exigente. Agora eles estão ótimos, porque estão

mais velhos, mas antes!... "

" Quando fico nervosa aparecem uns pontos luminosos nas minhas vistas, e me ataca uma dor de cabeça muito forte!... Às vezes tenho vômitos e formigamentos nos nervos dos braços e nas mãos ". Já fez E.E.G., mas não sabe dizer o resultado.

Nega fatores desencadeantes emocionais nos 12 meses que antecederam sua A.R., como: perdas de entes queridos, separações, crises sócio-econômicas mais pronunciadas, conflitos conjugais, etc...

Conta que o marido é calmo demais: " sou eu quem decido tudo lá em casa. Às vezes me irrita, de tanto que ele deixa as coisas para eu resolver... "

Há oito anos perdeu uma filha de seis meses, com Broncopneumonia. Ficou muito triste com a sua morte, fato que desencadeou uma crise de dores reumáticas, naquela fase difícil.

Caso 54: F.C.M., 52 anos, masc., casado, residente em Piracicaba, S.P., licenciado pelo INAMPS, analfabeto, dois anos e meio de A.R. (FR+).

Há mais ou menos dois anos e meio começou a ter dores nas juntas dos pés, das mãos, nos joelhos e tornozelos. Elas ficavam quentes, avermelhadas e aumentadas de volume: doía o corpo todo, o que me impedia até de andar, ou de me mexer!... "

Logo no início do quadro procurou um médico de Piracicaba, que lhe receitou inúmeros remédios para inflamação

e dor (não se recorda os nomes). Como não obteve melhora com estes medicamentos, foi-lhe recomendada internação. Passou dez dias hospitalizado aqui na Santa Casa de Campinas: " entrei em cadeira de rodas, e saí andando ". A partir daí começou tratamento no ambulatório de reumatologia deste serviço.

Acha que está doente assim, porque não levou a sērio a sua doença desde o início: " eu não ligava muito para mim, e pensava que iria me recuperar fácil. Nunca pensei que ficaria assim!... "

Não estabelece qualquer desencadeante emocional nos 12 meses que antecederam sua A.R., dentre os fatores pesquisados.

Em sua infância diz não ter tido muitos conflitos: a mãe era muito calma e carinhosa. O pai já era mais explosivo, porém não batia muito nos filhos - " sō quando mereciam!... "

Relata ter sido bem sucedido no casamento. Vive em harmonia com a esposa e filhos.

Caso 55: J.A., 37 anos, masc., casado, residente em Monte Mor, S.P., tratorista, primário incompleto, seis anos de A.R. (FR+).

" Meus sintomas começaram com dores nos ombros e cotovelos "; depois passaram para as juntas dos dedos das mãos, dos pés, tornozelos e coxo-femural - " Melhorava uma articulação, e depois passava para a outra ". Às vezes doíam todas

as juntas, porém em geral a característica era de uma dor mi
gratória. Além das dores, o paciente relata que as articula
ções ficavam quentes, avermelhadas e aumentadas de volume:
" eu não podia nem fechar os dedos da mão, pois eles foram fi
cando endurecidos... "

Após um ano e meio procurou um médico, que lhe dis
se que as dores eram consequência dele pegar as chaves do ma
quinário. O médico enfaixou-lhe as mãos, mas esta conduta não
aliviou suas dores. Com a intensificação dos sintomas infla
matórios procurou outro profissional, que "fez inúmeros exa
mes de sangue e constatou reumatismo". Foi encaminhado ao am
bulatório da Unicamp, onde faz tratamento há mais de dois
anos.

Diz que a única preocupação que tinha na época que
antecederam os sintomas e sinais da A.R., era o fato de não
ter um filho: " eu já estava casado há 12 anos, e o povo
começava a falar certas coisas que eu não gostava. Eu sô pen
sava nisto, e me aborrecia muito. Em 1976 adotamos uma meni
na; e em 1978, quase na mesma época que apareceram os sinto
mas da A.R., minha esposa engravidou de um menino. Antes da
gravidez de minha mulher, eu ficava pensativo e ansioso com
os comentários dos colegas - eles diziam: "hei! Você casou
há tanto tempo, e não apareceu nenhum filho?! O que está a
contecendo?!..." Eu levava na brincadeira, mas por dentro es
quentava demais a cuca. Depois que o menino nasceu, eu me
tranquilizei mais!... " " Acho que eles duvidavam de minha
masculinidade... "

Trabalho como tratorista desde 1976. Passo cerca

de oito horas sentado no trator. Quando é época de colheita, após meu serviço faço horas extras na irrigação e na aplicação de pesticidas".

Diz ter sido criado numa família tranqüila, porém apanhava muito dos pais, pois era "muito arteiro": "o pai batia mais que a mãe... "

Acha-se bem casado, pois a esposa é compreensiva, e eles se entendem muito bem. Sexualmente, entretanto, acha-se fraco, principalmente após a A.R. Atribui este fator a "tomar remédios fortes".

Sai bastante nos fins de semana, pois seus familiares moram em Campos do Jordão, e eles viajam muito para lá. Diz ser muito apegado à esposa e aos filhos.

Caso 56: W.D.L., 19 anos, masc., solteiro, residente em Campinas, S.P., técnico em laboratório, secundário incompleto, três anos de A.R. (FR+).

Relata que o início de sua doença foi há três anos atrás: "começou doendo as juntas da mão E; depois atacou os punhos, as juntas da mão D, os ombros, os tornozelos, os joelhos, os cotovelos". Em questão de seis meses doíam quase todas as juntas do corpo. Neste tempo suportou os sintomas, sem procurar recursos médicos. "Achava que elas passariam sozinha!... Quando começou a doer tudo, comecei a me queixar demais, e minha mãe trouxe-me ao ambulatório de reumatologia da Unicamp. Ela também tem a mesma doença que eu!.. "

Relata que antes de ter a A.R., estava muito desgosto-

toso em seu trabalho. Era debulhador de milho num setor da Genética desta Universidade: " o serviço lá era muito pesado. Eu tinha que carregar sacos de milho nas costas, e ficava muitas horas em pã debulhando as espigas. Aguentei este serviço durante dois anos..." Com a doença, deixou de subir ao campo e passou a ser funcionário do laboratório, onde trabalha em cultura de fungos. Está se sentindo bem mais tranquilo e satisfeito neste ramo de atividades.

Com o tratamento especializado, e a mudança de setor em seu emprego, vem se sentindo muito melhor. Não teve recaídas desde então.

Tem uma boa convivência com os pais, referindo-se a sua mãe como sendo uma pessoa que faz tudo o que pode pelos filhos.

Sai muito pouco de casa, justificando o fato pelo fator que os amigos vão muito lá, bater papo. " Gosto muito de ver televisão ".

Atualmente não tem namorada, e não teve ainda qualquer experiência sexual com garotas.

Caso 58: J.M.T., 25 anos, masc., solteiro, residente em Americana, S.P., construtor, primário incompleto, três anos de A.R. (FR-).

Relata que sua doença começou com uma dor no punho D. Após alguns dias, começou a doer e a inchar também o punho E. Depois houve acometimento do joelho D e das juntas dos pés. As dores se mostravam mais acentuadas pela manhã, quando

o paciente levantava-se da cama. Com a movimentação do corpo, elas abrandavam um pouco.

Procurou logo nas primeiras semanas tratamento médico, tendo ficado internado alguns dias para fazer exames de sangue. Constatou-se através destes, a A.R. Morava nesta época no Paranã, e ao saber da doença, decidiu-se por aconselhamento médico, a vir tratar-se aqui na Unicamp. Obteve grande melhora clínica, a tal ponto de atualmente não estar tomando qualquer medicamento.

Relata que antes de ter a doença reumatóide, bebia bastante: " a doença caiu do dia para a noite p'ra mim! Eu estava bem, jogava bola, tinha muitos amigos. Eu acho que ela me pegou, porque eu trabalhava muito, de dia e de noite com um tio meu. Eu não me cuidava, não tomava sequer uma vitamina! Quando eu falava em me cuidar, o meu tio ficava brabo. Ele gritava: "quê se cuidar nada rapaz!... Você precisa é trabalhar..." Trabalhei seis anos com ele. Até os divertimentos ficaram para trás. Eu era muito nervoso naquela época; qualquer coisa me irritava demais. Meus pais vieram para São Paulo trabalhar, e para conquistarem uma vida melhor. Eu não quis vir com eles, pois pensava em conseguir vencer na vida lá mesmo, e em arranjar dinheiro para comprar uma casa para nós. Vi meus velhos trabalharem a vida toda, sem nunca terem nada!... Fiquei morando na casa deste tio, mas sentia muita falta de meus pais e irmãos. Queria me aventurar para conseguir alguma coisa na vida!... No fim o que consegui foi este reumatismo, e com ele gastei tudo o que ganhei com seis anos de trabalho duro. Gastei pagando passagens de ônibus ,

remédios, médicos, e... mais nada!... "

Após chegar em São Paulo, o paciente ficou cerca de dois anos sem poder trabalhar, em consequência das dores. " Isto me deixava nervoso, revoltado! Tentei, após este período, trabalhar em tecelagem, já em Americana, porém as dores voltaram a me pegar. Tive de sair do emprego. Fiquei mais de um ano parado. Faz 60 dias que estou trabalhando como mestre de obras, em construções. Estou me sentindo animado, pois gosto do serviço!... "

Conta que os pais sempre brigavam muito, e estavam separados há vários anos: " eu sou como o chefe da família. Fui eu quem procurou unir os dois de novo ". Cita o exemplo de uma irmã de 16 anos, que é mãe solteira, e que ele e uma outra irmã se comprometeram em amparar a irmã caçula e o bebê: " ela voltou para casa, pois tinha fugido para se juntar a um homem sem juízo e, bem mais velho que ela. Isto, mais o fato do pai também ter voltado, me tranqüilizou bastante! "

Trabalha muito, e poucas vezes sai de casa para se divertir. Diz que ficou mais de um ano sem sair, porque não tinha dinheiro, e também porque não ligava tanto para isto: " gosto mais de casa, do que da rua!.. "

Não tem namoradas, e acha que está melhor sozinho.

Caso 59: W.G., 22 anos, masc., solteiro, residente em Conchal, S.P., pedreiro, colegial incompleto, cinco anos de A.R. (FR+).

" A minha doença começou quando eu estava traba-

lhando: " foi numa quinta-feira, na parte da tarde, quando me apareceu uma dor no tornozelo. Durou pouco tempo, e eu continuei a trabalhar. No dia seguinte a dor voltou forte, e não parou mais. Procurei imediatamente o médico do Pronto Socorro de Conchal. Ele pediu radiografias do local e vários exames de sangue. O resultado veio reumatismo. Na época fiquei uma semana internado, e após continuei o tratamento em casa ".

Não sentiu melhora com vários medicamentos tomados, e após uma semana decidiu-se trocar de médico. Este pediu novos exames, que vieram negativos para reumatismo. " Parei então com tudo, e resolvi procurar um massagista. As dores pioraram muito com as massagens. Resolvi ir em outro, pois já não conseguia nem pisar no chão. Com este as dores melhoraram um pouco, mas somente durante as sessões de massagens: saía de lá e voltava tudo de novo!... Era a mesma coisa que se me colocassem num lugar seguro, e depois me pusessem na rua... Tive uma acalmada nos sintomas, e parei de procurar os massagistas. Quando recomecei a trabalhar, no entanto, as dores voltaram, principalmente pela manhã. Doía mais no frio, e tinha dias que eu mal podia pisar no chão: as juntas ficavam endurecidas, travadas, e muito dolorosas!... Decidi-me então a fazer acupuntura. Fiz só uma sessão, pois os responsáveis mudaram-se para outra cidade. Resolvi então voltar ao médico de Mogi-Mirim. Eles decidiram operar o meu pé D, pois a junta do segundo dedo estava repuxada, e se deformando para baixo. Ao me operarem, eles aproveitaram para fazer novos exames. Este médico achou que era Artrite Reumatóide, mas não afirmava. Ele me receitou alguns remédios (não se lembra os nomes), e recomen-

dou fisioterapia. Depois ele me encaminhou para um especialista em reumatismo, pois disse que não estava ao alcance dele resolver o meu problema. Neste especialista fui poucas vezes, pois achei que ele estava menos capacitado ainda que o outro. Fiquei mais de um ano sem me tratar, mesmo tendo dores: tinha tempo que eu ficava aliviado, mas em outros me atacava tudo. Fazia repouso e tomava analgênicos por conta própria!"

" Houve um período, no entanto, que atacou a doer todas as juntas do corpo - eu não podia me mexer!... Procurei o P.S. de Conchal, e eles me encaminharam aqui para a Unicamp. Os médicos me internaram na Santa Casa, para fazerem os exames e o RX! Eles ainda não me disseram direito o que eu te nho. Estou me tratando neste ambulatório há cinco meses. Es tou confiante!... "

" Após começar esta doença, fiquei nervoso - perdi o controle! Fiquei sem paciência para tudo!... Não que eu goste de ser assim, mas sei lá - perdi mesmo o controle!... Antes eu não tinha motivos para ser assim! Sem notar acho que descarrego onde não devo. Não gosto de esperar!... "

Diz que seus pais são muito bons, e que nunca foram severos com ele.

Sai pouco, e prefere ir em festinhas em que "possa sair rápido, se lhe der na cabeça" - " não consigo ficar esperando!... " " O que me prejudica, é que eu não me abro com os outros. Isto me deixa pior!... "

Está noivo, e pretende se casar breve: " acho que a vida de solteiro e a saúde, já me fizeram parar com as extrava

gâncias. Me entendo bem com minha noiva, e me sinto realizado com ela!... "

ANEXO 2

Modelo do Pedido de Comparecimento ao Hospital das Clínicas
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas.

" Faculdade de Ciências Médicas - U.E.C. "
 Serviço Social Médico do Hospital das Clínicas
 Cidade Universitária - Barão Geraldo
 Campinas - CEP: 13.100
 Fone: 39-3111 - Ramal 212

Campinas,.....de.....de 19.....

Nome da paciente:

O Serviço Social Médico pede que compareça ao
 Hospital para.....consulta médica

Solicitamos para tanto que esteja aqui dia.....
 de.....às.....horas no.....Ambulatório de Reumatologia
 procure por.....Dra. Mara

Se não puder comparecer avise-nos.

Saudações,

Assistente Social - Auxiliar Social

Observação: Deve trazer esta carta para apresentá-la no Ser
 viço Social.

ANEXO 3

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE (61)

Responder as questões seguintes com:

(+) = sim e (-) = não

I - ANSIEDADE

- a - tensão física (tensão muscular) ()
- b - tensão psíquica (inquietação, aflição, sensação de que algo vai acontecer) ()
- c - pânico fácil ()
- d - falta de confiança em si ()
- e - nervosismo ()
- f - medos sem motivos ()
- g - incapacidade de se relaxar ()
- h - sentimento de se super exigir ()
- i - tendência a se "dopar" (a tomar medicamentos excitantes ou relaxantes) ()

II - DEPRESSÃO

- a - se sente infeliz ()
- b - se sente solitário ()
- c - apresenta um desespero existencial ()
- d - sente-se sombrio, triste ()
- e - sente um desgosto profundo e sem causa aparente ()
- f - sente dificuldades em se concentrar ()
- g - apresenta idéias de suicídio ()
- h - já fez tentativas de suicídio ()

III - COMBATIVIDADE

- a - guarda ressentimentos e despeito ()
- b - não erra jamais e critica facilmente os outros por seus erros ()
- c - já cometeu agressões consumadas contra outros ()
- d - não tolera frustrações ()

- e - é impulsivo, colérico ()
- f - está sempre em oposição às idéias e atitudes dos outros ()
- g - tem atitudes "de provocação" em relação aos outros ()
- h - está sempre disposto a atacar os outros ()
- i - apresenta tensão muscular ()
- j - apresenta "hostilidade" verbal (na maneira como fala aos ou
tros ()

IV - DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE

- a - é instável, não perseverante ()
- b - oscila entre o aborrecimento e a irritação ()
- c - oscila entre a arrogância e a flexibilidade ()
- d - despreza os costumes, as regras sociais ()
- e - tendência à delinqüência e à toxicomania ()
- f - tem liberdade sexual ()
- g - é egocêntrico (voltado para si mesmo, para seus próprios inte
resses ()
- h - é grosseiro (malcriado) ()

V - SOMATIZAÇÃO

- a - apresenta dor de cabeça ()
- b - opressão no peito e claustrofobia (não suporta lugares fecha
dos) ()
- c - suores ()
- d - tremores ()
- e - problemas vasomotores: formigamento e esfriamento de membros,
batedeira, hipertensão ou hipotensão arterial, etc. ()
- f - tonturas ()
- g - crises nervosas histeriformes (contrações do corpo, adormeci-
mentos de membros, etc...) ()

VI - INTROJEÇÕES

- a - tiques ()
- b - roe suas unhas ()
- c - apresenta reações de cólera solitárias (inesperadas e sem cor
tejos explicativos) ()
- d - quebra objetos impulsivamente ()
- e - apresenta episódios de excesso de servilidade e de cerimo-
niais ()

f - tem tendências a se ligar excessivamente (viscosamente) às
pessoas ()

g - tem sonhos de violência, de destruição ()

h - tem idéias imaginárias de destruição ()

ANEXO 4

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

ESCALA DE BECK PARA DEPRESSÃO (18,105)

Cada ítem, com os diversos sub-ítems, deve ser lido pelo experim^{en}tador à vista do paciente. O paciente deve escolher o sub-ítem que melhor corresponda ao seu estado quando da entrevista. Todos os ítems devem ser respondidos.

(1)

- 0 - Eu não estou triste
- 1 - Eu me sinto triste, deprimido
- 2 - Eu me sinto triste e deprimido e não consigo me livrar disto
- 2^a - Eu me sinto tão triste e infeliz que isto se torna até doloroso
- 3^b - Eu me sinto tão triste e infeliz que eu não consigo suportar

(2)

- 0 - Eu não estou pessimista, sem coragem em relação ao futuro
- 1 - Eu estou sem coragem com relação ao futuro
- 2 - Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro
- 2^a - Eu sinto que nunca vou superar, acabar com (resolver) meus problemas
- 3 - Eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro e as coisas não podem melhorar

(3)

- 0 - Eu não me sinto fracassado
- 1 - Eu sinto que eu fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 - Eu sinto que eu consegui muito pouco da vida
- 2^a - Quando olho para o meu passado sô vejo fracassos
- 3^b - Eu sinto que eu sou um verdadeiro fracassado (como pai, marido, filho)

(4)

- 0 - Eu não estou insatisfeito
- 1 - Eu me sinto chateado a maior parte do tempo
- 1^a - Eu não tenho prazer nas coisas como eu tinha antes
- 2^b - Eu não tenho satisfação alguma com as coisas
- 3 - Eu estou insatisfeito com tudo

(5)

- 0 - Eu não me sinto culpado
- 1 - Eu me sinto uma pessoa ruim, na qual não se pode confiar boa parte do tempo
- 2 - Eu me sinto culpado
- 2^a - Eu me sinto atualmente uma pessoa na qual não se pode confiar praticamente todo o tempo
- 3 - Eu me sinto como se fosse ruim e sem valor

(6)

- 0 - Eu não sinto que estou sendo castigado
- 1 - Eu tenho sentimento de que alguma coisa de muito ruim pode acontecer para mim
- 2 - Eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado
- 3 - Eu sinto que eu mereço ser castigado
- 3^a - Eu quero ser castigado
- 3^b

(7)

- 0 - Eu não me sinto desapontado comigo mesmo
- 1 - Eu estou desapontado comigo mesmo
- 1^a - Eu não gosto de mim mesmo
- 2^b - Eu estou chateado comigo mesmo
- 3 - Eu me odeio

(8)

- 0 - Eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa
- 1 - Eu me critico muito por causa dos meus erros e fraquezas
- 2 - Eu me acuso por tudo o que acontece de errado
- 2^a - Eu sinto que eu tenho muitos maus atos
- 2^b

(9)

- 0 - Eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo
- 1 - Eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio, mas eu não os faria
- 2 - Eu sinto que eu estaria melhor se estivesse morto
- 2^a - Eu tenho planos definitivos de me matar
- 2^b - Eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto
- 3^c - Eu me mataria se pudesse

(10)

- 0 - Eu não choro mais do que eu costume
- 1 - Eu choro mais agora do que antes
- 2 - Atualmente eu choro sempre. Eu não consigo parar
- 3 - Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo que eu queira

(11)

- 0 - Eu não estou mais irritado e nervoso agora do que eu costume
- 1 - Eu fico mais irritado e nervoso do que antes
- 2 - Eu me sinto sempre irritado e nervoso
- 3 - Eu não fico irritado com as coisas que antes me deixavam nervoso

(12)

- 0 - Eu não perdi o interesse em outras pessoas
- 1 - Eu estou menos interessado em outras pessoas do que antes
- 2 - Eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas
- 3 - Eu perdi todo o meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam

(13)

- 0 - Eu tomo decisões tão bem como sempre
- 1 - Eu estou mais insegura e tento evitar de tomar decisões
- 2 - Eu não consigo mais tomar decisões sem ajuda
- 3 - Eu não consigo tomar mais nenhuma decisão

(14)

- 0 - Eu não sinto que minha aparência piorou
- 1 - Eu estou muito preocupado porque eu aparento estar velho e aca
bado
- 2 - Eu sinto que existem mudanças definitivas na minha aparência e elas me fazem sentir acabado
- 3 - Eu sinto que eu sou feio ou até que estou repugnante

(15)

- 0 - Eu costumo trabalhar tão bem como antes
- 1 - Custa um esforço muito grande fazer alguma coisa
- 1^a - Eu não trabalho tão bem como antes
- 2^b - Eu preciso me empurrar para fazer alguma coisa
- 3 - Eu não consigo trabalhar

(16)

- 0 - Eu consigo dormir tão bem como antes
- 1 - Eu me acordo de manhã mais cansado que antes
- 2 - Eu me acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir
- 3 - Eu acordo muito cedo todo dia e não consigo dormir mais que 5 horas

(17)

- 0 - Eu não fico mais cansado agora do que antes
- 1 - Eu me canso mais facilmente agora do que antes
- 2 - Eu me canso de fazer qualquer coisa
- 3 - Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa

(18)

- 0 - Meu apetite não está pior agora do que sempre
- 1 - Meu apetite não está tão bom agora como costumava ser
- 2 - Meu apetite está muito pior
- 3 - Eu não tenho mais apetite nenhum

(19)

- 0 - Eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente
- 1 - Eu perdi mais de dois quilos
- 2 - Eu perdi mais de quatro quilos
- 3 - Eu perdi mais de seis quilos

(20)

- 0 - Eu não estou mais preocupado com minha saúde do que antes
- 1 - Eu estou preocupado com dores, desin^{ter}ia, principalmente de ven
tre ou outras queixas
- 2 - Eu estou tão preocupado sobre como eu me sinto, ou o que sin
to, que é difícil pensar em outra coisa
- 3 - Eu só penso nas minhas queixas

(21)

- 0 - Não houve nenhuma mudança recente quanto ao meu interesse por sexo
- 1 - Eu estou menos interessado em sexo do que antes
- 2 - Eu estou atualmente muito menos interessado em sexo
- 3 - Eu perdi completamente o interesse em sexo.

ANEXO 5

ESQUEMA DA HISTÓRIA CLÍNICA (101)I) Dados demográficos

Nome
Idade
Sexo
Endereço
Profissão
Ocupação
Estado civil
Grau de escolaridade

II) Questões Gerais

Tempo de Doença Reumatóide

Tipo de doença reumatóide

F.R. ()

Severidade da Doença Reumatóide - Vista pelo médico =

- Vista pelo doente =

(Leve, Moderada, Grave)

Faz tratamento psiquiátrico especializado?

Em caso positivo, há quanto tempo?

Em caso positivo, qual tipo de terapia psiquiátrica ou psicológica (Psicoterápica, Psicofarmacológica, Psicoterápica e Psicofarmacológica).

Medicações em uso:

Usa corticóides? * Dose média/diária de corticóides

Há quanto tempo usa corticóides?

Sentiu mudanças do humor após uso de Corticóides?

Em caso positivo, qual tipo de mudança de humor foi sentida?

III) História Progressiva da Moléstia Atual

Descrição coerente e detalhada da doença, em ordem cronológica, desde os primeiros sintomas ou sinais clínicos - observados, até a admissão no hospital.

Observar se teve algum desencadeante específico na vida desta pessoa (mortes de entes queridos, acidentes, perdas de empregos, brigas significantes no meio familiar ou profissional, alterações significantes de nível sócio-econômico) antes do aparecimento dos primeiros sintomas e sinais físicos da Doença Reumatóide. Em caso positivo, descrever suscintamente como foram vividas estas emoções pelo paciente (suas reações, seus sintomas e sinais afetivo-emocionais). Descrever suscintamente o grau de relação do paciente com estes indivíduos diretamente envolvidos nestas circunstâncias estressantes.

IV) Personalidade Prê-Mórbida

(Antes de apresentar os sintomas e sinais da doença reumatóide). Frisar este item - antes - ao paciente.

Relações Sociais: 1) Com a família (União, Dependência)

2) Com os amigos

3) Com os grupos sociais

4) Com o trabalho

5) Com os colegas

6) Com clubes

(líder ou não, organizado, agressivo, submisso, ambicioso, ajustável, independente).

Atividades Intelectuais, passatempos e interesses: livros, quadros preferidos, memória, observação, julgamento, capacidade de crítica.

Humor: Alegre/ ou Triste/ Nem Alegre e Nem Triste/

Preocupado/ ou Plácido/

Tenso/ ou Calmo/ Nem Tenso e Nem calmo

Otimista/ ou Pessimista

Autodepreciativo/ ou Autoconfiante

Humor estável/ ou Instável

(sem ou com motivos)

Caráter:

A) Atitude em relação ao trabalho e às responsabilidades

- sente-se Ditoso ou Pertubado pelas responsabilidades

- toma decisões com facilidade ou com dificuldade

- improvisador e desorganizado, ou metódico e me
tuculoso
- rígido ou flexível
- cuidadoso e previdente, ou descuidado
- crítico ou não
- Impulsivo
- Negligente
- Perseverante e determinado, ou facilmente ente
diado e desencorajado

B) Relacionamentos Interpessoais

- Autoconfiante, ou tímido e envergonhado
- Insensível a críticas
- Confiante, ou desconfiado e ciumento
- Emocionalmente controlado, ou irascível e irri
tável
- Age com tato, ou é franco ou rude
- Aprecia, ou evita o auto-exibicionismo
- Calado e retraído, ou expansivo e aberto no fa
lar e nos gestos (no exprimir seus sentimentos).
- Interesses e entusiasmos firmes, ou frágeis.

C) Padrões morais, religiosos (em assuntos sociais e de saúde)

- Nível de aspiração elevado ou baixo
- Perfeccionista, ou Autocrítico, ou complacente
(em relação ao próprio comportamento e às realizações)

- Resoluto face às dificuldades, ou mal tolera as frustrações
- Egoísta ou altruísta
- Dá muita ou pouca importância à própria saúde
- É religioso? Como encara a religião? Voltou -se mais para a religião após a doença?

D) Energia, Iniciativa

- Enérgico ou Preguiçoso
- Capacidade de trabalho constante ou inconstante
- Fatigabilidade (fácil ou não)
- Quaisquer flutuações regulares ou irregulares - da energia ou da capacidade de trabalho.

Fantasia:

- Fantasias e frequências destas
- Conteúdo dos devaneios

Hábitos:

- Alimentos (Caprichos)
- Consumo Alcoólico
- Automedicação com drogas ou remédios caseiros (especificar as quantidades ingeridas recente e anteriormente)
- Consumo de tabaco
- Sono
- Funções excretoras

V) Antecedentes PessoaisA) Condições de Nascimento

- Data e local de nascimento
- Condições da mãe durante a gravidez
- Parto a termo
- Nascimento prematuro
- Parto normal
- Alimentação materna ou artificial

B) Desenvolvimento inicial

- Criança frágil ou sadia
- Precoce ou retardada
- Idade da dentição, da fala, do andar, do asseio com relação aos excrementos

C) Traços Neuróticos na Infância

- Terrors noturnos
- Sonambulismo
- Crises de birra
- Enurese noturna
- Chupar os dedos, roer as unhas, caprichos alimentares, gagueira, maneirismos, estado de medo, criança modelo (Pormenorize cada dado).

D) Saúde durante a Infância

- Infecções
- Coreia
- Convulsões infantis
- Conseqüências dos problemas de saúde sobre o desenvolvimento
- Folguedos
- Jogos infantis espontâneos
- Faz de conta
- Jogos organizados, principalmente durante a adolescência

E) Escola

- Idade de Início e de Término
- Padrão alcançado
- Prova de capacidade ou de incapacidade
- Habilidades ou Inabilidades especiais
- Passatempos e Interesses
- Relacionamentos com colegas (Alcunhas, Insolência, Arrogância ou Submissão)

F) Ocupação

- Idade com que começou a trabalhar
- Empregos em ordem cronológica
- Salários, Datas, Razões de Mudanças
- Circunstâncias econômicas atuais

- Ambições
- Satisfações ou motivos para insatisfações
- Horas de trabalho antes e após a doença (atualmente)

G) Ciclo menstrual

- Menarca
- Como aceitou ?
- Regularidade
- Duração e quantidade
- Dores
- Alterações Psíquicas, principalmente na fase pré-menstrual
- Data do último ciclo
- Sintomas de climatério

H) Tendências e Práticas Sexuais

- Educação Sexual- como foi adquirida, como foi recebida?
- Masturbação
- Fantasias sexuais
- Pudicícia
- Homossexualidade
- Experiências heterossexuais
- Satisfação sexual e frigidez
- Medidas Anticoncepcionais

I) Antecedentes Mórvidos

- Doenças
- Operações e Acidentes
(Cronologicamente e com detalhes)

J) Antecedentes de Doença Mental

- Data
- Duração
- Sintomas das crises
- Hospital ou ambulatório onde se tratou

K) Filhos

- Lista cronológica dos filhos e abortos
(Data de nasc., nomes, personalidades, doenças).

VI) Antecedentes Familiares

- Pai: profissão, saúde, idade (ou idade ao falecer) e causa do falecimento. Personalidade
- Mãe: Idem
(Os pais são consanguíneos?)
- Irmãos: Enumerados por ano de nascimento
- Idade
- Estado civil

- Personalidade
- Profissão
- Estado de Saúde física e mental
- Doenças - tentativas de suicídio

(Incluir também abortos e natimortos)

- Doenças familiares como: Alcoolismo, Epilepsia, Personalidades Anormais, Distúrbios Mentais): Anotar se é conhecida, desconhecida ou inexistente.

ANEXO 6

TENTATIVA PARA VALIDAÇÃO DA ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE DE GAYRAL (61).I) INTRODUÇÃO

A utilização de escalas em Psiquiatria constitui um instrumento de estudo, sem dúvida útil, para avaliar estados mentais que antes só eram possíveis através de uma descrição qualitativa (167). Entretanto, sua utilização requer cuidados e senso crítico de suas limitações, principalmente quando pensamos que estas foram desenvolvidas e validadas em idiomas e culturas diferentes da nossa (167). Os problemas ligados à tradução fide-digna dos termos, à equivalência das expressões idiomáticas, assim como as dificuldades inerentes à compreensão destas expressões, ilustram as desvantagens atribuídas a este tipo de instrumento.

A escala referida nesse trabalho correlaciona traços e comportamentos de agressividade à depressão, ansiedade, e desajustes de personalidade. A agressividade, segundo definiu LORENZ, é "o instinto de combate do animal e do homem, dirigida contra seus próprios congêneres". Seu reconhecimento na prática clínica constitui um achado valioso, pois esta pode se manifestar por perturbações do comportamento (atitudes de provocação, de oposição, por atuações verbais ou físicas), ou pode encontrar - se reprimida, não manifesta, causando danos ao próprio corpo, através de sentimentos e atitudes que chamamos de auto-agressivas (processos

de psicossomatizações vários, auto-flagelação, etc...)

GAYRAL, um pesquisador francês, apresenta extensa vivência clínica com pacientes agressivos. Após utilizar em seus estudos inúmeras escalas de agressividade, como: de Mac Nair e Lorr, o Teste de Gottschalk, etc..., decidiu construir sua própria escala, através dos elementos psicopatológicos que evidenciou como mais marcantes e exuberantes em sua prática. Inicialmente sua escala consistia de cinco itens: Ansiedade, Depressão, Combatividade, Desajustes de Personalidade e Somatização. Posteriormente, após estudos realizados em pacientes acometidos de distúrbios graves de personalidade (characteropatas), GAYRAL acrescentou o item Introjecção.

Esta escala já foi aplicada na França em pesquisas psicofarmacológicas, em toxicômanos, em pacientes epilépticos, histéricos, obsessivos, etc...

II) FINALIDADES DA VALIDAÇÃO

Verificar se esta escala mede, em pacientes do nosso meio, clinicamente diagnosticados como neuróticos deprimidos e ansiosos graves, com introjecções e manifestações de sentimentos hostís, os traços e comportamentos de agressividade associados à esta depressão e ansiedade.

Em caso positivo, poderíamos aceitar também os dados obtidos de sua aplicação em pacientes acometidos de Artrite Reumatóide, participantes dessa tese, visto que a escala se mostra sensível à detecção psicopatológica destes dados.

III) PACIENTES E MÉTODOS

A escala foi traduzida do francês para o português, e posteriormente do português para o francês, por três professoras bilingues (português/francês). Após a tradução, ela foi aplicada em 18 pacientes neuróticos crônicos, em reagudização de seus quadros depressivos e ansiosos. Estes pacientes tinham entre 20 - 38 anos, sendo 14 mulheres e quatro homens; possuíam, em sua maioria, nível sócio-econômico baixo, e grau de escolaridade correspondente ao primário completo/secundário incompleto. Clínicamente estes enfermos mostravam-se com humor distímico (triste e ansioso), insones, anoréticos, com dificuldades de concentração e memorização; apresentavam idéias suicidas, sendo que alguns já tinham várias tentativas com armas de fogo e ingestão de barbitúricos. Por dados da anamnese, haviam evidências de que estes pacientes exteriorizavam comumente seus sentimentos agressivos, através de discussões, ou mesmo agressões físicas contra pessoas de seus núcleos familiares. Eles apresentavam também queixas, em grau moderado, de somatizações em diversos órgãos, como: dores de cabeça, obstipação intestinal, diarreias sem causas parasitárias ou infecciosas, gastrite, falta de ar, hipertensão arterial, mialgias, etc ... Relatavam também guardarem mágoas e rancores de parentes e amigos, esperavam momentos para revidarem as agressões recebidas (ou que julgavam tê-las recebido), apresentavam sonhos com conteúdo de violência, etc...

A técnica de aplicação da escala consistia em ler os subítens ao paciente, através de perguntas feitas

diretamente, com a intenção de obter respostas de sim (+) ou não (-). A aplicação era efetuada durante a primeira consulta com a autora dessa pesquisa.

Em geral estes pacientes tinham sido avaliados primeiramente por um psicólogo (Prof. Durval Checchinato), que após constatar a gravidade dos quadros depressivos e ansiosos, encaminhava-os para serem medicados por mim.

Foi aplicada também nestes pacientes a escala de Beck, e os mesmos apresentaram os seguintes resultados:

ESCALA DE BECK	Nº DE PACIENTES
MENOS DE 18 PONTOS (DEPRESSÃO AUSENTE)	0
18 — 25 PONTOS (DEPRESSÃO MODERADA)	3
MAIS DE 25 PONTOS (DEPRESSÃO GRAVE)	15
T O T A L	18

Logo, a maioria destes pacientes (83,33% dos 18) encontrava-se gravemente deprimida pela Escala de Beck para depressão (18,105).

IV) RESULTADOS

Os resultados obtidos na aplicação da Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral nestes 18 pacientes foram:

ÍTEMS	AVALIAÇÃO CLÍNICA	MÉDIA DE PONTOS	DESVIO PADRÃO DOS PONTOS
ANSIEDADE	GRAVE	6,944 (T=9,000)	1,3492
DEPRESSÃO	GRAVE	6,333 (T=8,000)	1,1882
COMBATIVIDADE	LEVE/MODERADA	4,055 (T=10,000)	1,5894
DESAJUSTES DE PERSONALIDADE	AUSENTE/LEVE	1,888 (T=8,000)	1,1136
SOMATIZAÇÃO	MODERADA	4,500 (T=7,000)	1,2948
INTROJECCÃO	MODERADA	4,000 (T=8,000)	1,6450

T= TOTAL DE PONTOS POSITIVOS EM CADA ÍTEM.

V) CONCLUSÃO

Os dados da Escala de Gayral parecem ser sensíveis à mensuração dos dados psicopatológicos dos diversos

Ítens componentes desta, de acordo com a confrontação da avaliação clínica, e de seus resultados.

Obs: Uma outra tentativa de validação desta escala foi feita através de um método matemático, em que se construiu um modelo em que se analisavam as variâncias entre os dados da Escala de Beck para Depressão e os da Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral. Todas as análises de variância foram validadas através de extensa análise de resíduos, verificando-se que a hipótese de homoscedasticidade (variâncias iguais) e distribuição Gaussiana de erros foram adequadamente atendidas.

Não incluí os resultados destas análises matemáticas nesse trabalho devido à complexidade destas, encontrando-se os mesmos à disposição daqueles que queiram consultá-los.