



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Ajustamento Psicológico e Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide

Sónia Daniela Veiga Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Ana Isabel Cunha

Coorientador: Dr.^a Cláudia Vaz

Covilhã, junho de 2018

Dedicatória

Aos meus pais,
por serem os melhores, pelo apoio incondicional e por estarem sempre presentes.

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Cunha, um grande obrigado por sempre me orientar no melhor sentido, pela paciência infindável e por todo o apoio prestado. Sem si não teria concluído este trabalho.

Às médicas reumatologistas, Dr^a. Cláudia Vaz e Dr^a. Joana Ferreira, pela atenção dedicada na ajuda da recolha de dados.

Aos participantes pela sua disponibilidade, sem eles não seria possível realizar este trabalho.

Aos meus pais, um obrigado não chega para agradecer tudo o que fazem por mim. Obrigada pelo apoio incondicional, por apesar de as coisas nem sempre serem fáceis nunca desistiram de mim e sempre me apoiaram. Por serem o melhor que podia desejar e por serem a minha força.

Aos meus avós, por todo o apoio, amor e carinho transmitido. Obrigada por tudo o que fazem por mim.

À Fabi e à Joana por estarem sempre presentes, pelo apoio e compreensão. Pelas longas conversas, por estarem lá nos bons e nos maus momentos, por sempre acreditarem em mim. Obrigada por serem mais que amigas, quase irmãs.

À Marta, à Melanie e a à Sofia, pela amizade de anos, pelo apoio, por me acompanharem nas idas para a biblioteca, por tornarem o meu dia melhor. São do melhor que podia ter na minha vida, para a vida toda.

Aos amigos da Covilhã, obrigada por todo o apoio, por tornarem os meus dias mais felizes. Obrigada pelos sorrisos, pela boa disposição e pelas longas conversas.

Aos amigos de toda a vida por estarem sempre comigo, pelo apoio, pelo carinho e por serem quem são. Não podia ter chegado até aqui sem vocês na minha vida.

Resumo

Este estudo teve como objetivo contribuir para a compreensão da relação entre ajustamento psicológico e percepção de qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR). A amostra é composta por um grupo clínico (n=41), com doentes com AR e com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos, e um grupo de comparação (n= 46), com participantes sem doença crónica, com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos. Para avaliar o ajustamento psicológico foi utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro,1999) e para avaliar a dimensão física da qualidade de vida foi utilizado o Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2; Ferreira, 2000). Os resultados revelaram que, comparativamente aos participantes sem doença crónica, os participantes com AR apresentam classificações médias superiores nas dimensões somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade e ansiedade fóbica e pontuações médias inferiores em todas as escalas referentes à dimensão física da qualidade de vida. Foram encontradas associações significativas entre a percepção do estado de saúde e os níveis de sintomatologia psicopatológica nestes participantes. A idade e o número de anos após o diagnóstico também se associam a alguns domínios da qualidade de vida e do ajustamento psicológico. São discutidos os resultados e contributos do estudo.

Palavras-chave: artrite reumatóide, ajustamento psicológico, qualidade de vida

Abstract

This study aims to contribute to the understanding of the relationship between psychological adjustment and the perception of quality of life in people diagnosed with rheumatoid arthritis (RA). The sample includes a clinical group (n=41) with patients with RA, with ages ranging between 28 and 80 years, and a comparison group (n=46) with participants without chronic disease, with ages ranging between 30 and 83 years. To evaluate psychological adjustment, the Brief Symptom Inventory (BSI; Canavarro, 1999) was used, and to evaluate the physical dimension of quality of life, the MOS Short Form Health Survey 36 item v2 (SF-36v2, Ferreira, 2000) was used. The results revealed that, compared to the participants without chronic disease, the participants with RA have higher average classifications in the dimensions of somatization, obsession-compulsion, depression, anxiety and phobic anxiety and lower average scores in all scales referring to the physical dimension of quality of life. Significant associations were found between the perception of health status and the levels of psychopathological symptomatology in these participants. The age and number of years post diagnosis were also associated with some aspects of quality of life and psychological adjustment. The results and contributions of the study are discussed.

Keywords: arthritis rheumatoid, psychological adjustment, quality of life

Índice

Dedicatória.....	iii
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Lista de tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
Introdução.....	1
Capítulo 1: Corpo teórico.....	3
1. Artrite reumatoide.....	3
1.1. Etiologia.....	3
1.2. Epidemiologia.....	4
1.3. Manifestações e diagnóstico.....	4
1.4. Consequências.....	5
1.5. Tratamento.....	5
2. Funcionamento Psicológico e artrite reumatóide.....	6
2.1. Conceito de ajustamento psicológico.....	6
2.2. Sintomatologia psicopatológica.....	7
2.3. Fatores implicados no ajustamento psicológico.....	9
3. Qualidade de vida na doença reumática.....	11
3.1. Conceito de qualidade de vida.....	11
3.2. Artrite reumatóide e qualidade de vida.....	12
Capítulo 2: Metodologia.....	15
1. Objetivos e variáveis em estudo.....	15
2. Participantes.....	16
2.1. Caracterização da amostra.....	16
3. Instrumentos.....	18
a. Questionário sociodemográfico.....	18
b. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	18
c. Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2).....	19
4. Procedimentos de recolha de dados.....	20
5. Análise estatística.....	21
Capítulo 3- Resultados.....	23
1. Estudos prévios.....	23
2. Análise estatística.....	24

Capítulo 4- Discussão e reflexões finais	31
Limitações, implicações práticas e sugestões para futuras investigações.....	35
Referências Bibliográficas.....	37

Lista de tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos (grupo clínico e grupo de comparação)

Tabela 2: Valores de *alfa de Cronbach* para o BSI e o SF-36v2 e as respectivas dimensões

Tabela 3: Descrição das escalas do BSI do grupo clínico e do grupo de comparação.

Tabela 4: Teste U de Mann-Whitney para a comparação da sintomatologia psicopatológica entre o grupo clínico e o grupo de comparação.

Tabela 5: Teste U de Mann-Whitney para a comparação da percepção do estado de saúde entre o grupo clínico e o grupo de comparação.

Tabela 6: Correlações entre sintomatologia psicopatológica e percepção do estado de saúde nos participantes com AR.

Tabela 7: Diretrizes para verificar a força de uma correlação (Cohen, 1988)

Tabela 8: Correlações entre sintomatologia psicopatológica, percepção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Lista de Acrónimos

AR- Artrite Reumatóide

BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

DC- Doença Crónica

DGS- Direção-Geral de Saúde

IGS- Índice Geral de Sintomas

ISP- Índice de Sintomas Positivos

OMS-Organização Mundial de Saúde

SPR- Sociedade Portuguesa de Reumatologia

TSP- Total de Sintomas Positivos

Introdução

A doença crónica (DC) tem vindo a ser, em particular na Europa, responsável por uma parte da mortalidade e da morbilidade da população, existindo uma previsão do aumento deste cenário nos anos vindouros. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doença crónica como uma doença de longa duração, geralmente com uma progressão lenta, onde inclui as doenças reumáticas (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen & Zentner, 2010).

As doenças crónicas podem induzir alterações profundas na vida de uma pessoa e levar ao desenvolvimento de efeitos negativos sobre a qualidade de vida e o bem-estar (Batista, 2016). Com efeito, segundo Ahmad e Talaei (2012), a doença crónica é um problema de saúde que ainda é subestimado no mundo e que pode afetar o indivíduo a nível do seu bem-estar, da funcionalidade e da qualidade de vida, podendo conduzir a uma diminuição das interações sociais e/ou atividades como consequência de uma maior fadiga, perturbação do sono, incapacidade física ou da presença de ansiedade e depressão. As doenças crónicas são uma das principais causas de incapacidade, levando a um declínio económico, social e psicológico (Batista, 2016). Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2014) existem cerca de 5,3 milhões de residentes (60%) com 15 ou mais anos que referem sofrer de, pelo menos, uma doença crónica.

Definidas como “doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de fonte não traumática” (DGS, 2004, p.4), e constituídas por um grupo de várias centenas de patologias (Monteiro, 2013), as doenças reumáticas representam o mais comum sofrimento crónico do ser humano, provocando dor, sofrimento e incapacidade física. Com efeito, nos países desenvolvidos, as doenças reumáticas são consideradas a doença mais prevalente e a principal fonte de dor e de incapacidade (Monteiro, 2013). Este tipo de doenças pode provocar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas, quando não diagnosticadas ou tratadas atempadamente e corretamente. São consideradas as principais responsáveis pelos elevados custos de saúde, nomeadamente em consultas, internamentos, medicamentos e tratamentos de reabilitação. E, especialmente, pela perda de qualidade de vida, traduzem-se na primeira causa de incapacidade temporária, que resulta num elevado número de baixas por doença e de reformas antecipadas (DGS, 2004). Apesar de ter uma maior prevalência nos idosos, todos os grupos etários podem ser afetados (Silva, 2005).

Em Portugal, as doenças reumáticas em geral apresentam uma prevalência de 56%, sendo estas encaradas como responsáveis de 40-60% de incapacidade física prolongada e perda de autonomia, 43% de absentismo no trabalho e por 35-41% de reformas antecipadas devido a doença. São a causa de 16 a 23% das consultas de clínica geral e estão em 2º ou 3º lugar dos encargos resultantes da farmácia. Os doentes reumáticos têm uma maior necessidade de

apoio domiciliário, reportam sofrer mais de depressão e de ansiedade em relação à população sem doença reumática (EpiReumaPt, 2014).

Pires e Joyce-Moniz (2008) realçam a importância de compreender e acompanhar o impacto desta doença na qualidade de vida do paciente. De facto, as doenças reumáticas são caracterizadas pela perda da funcionalidade e da autonomia, além de também terem uma natureza emocionalmente perturbadora, revelando-se no facto de implicarem diversas perdas, particularmente a perda do bem-estar, a diminuição da autoestima, incapacidade para o desenvolvimento de atividades recreativas e de tempos livres, prejuízos financeiros e desenvolvimento de sentimentos de raiva, tristeza, ansiedade ou até mesmo sintomas depressivos. Assim, neste contexto, a avaliação da qualidade de vida pode revelar-se importante no sentido de explorar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo, tendo em conta aspetos como o desconforto quer a nível físico quer a nível emocional, os tipos de doença, a vitalidade, o estado geral de saúde, entre outros (Masson, Monteiro & Vedovato, 2010). Este conhecimento sobre o impacto da doença crónica em diferentes domínios da vida da pessoa torna-se ainda numa condição relevante tanto para um tratamento mais eficaz, como para a prestação de cuidados paliativos adequados (Paredes et al., 2008).

A artrite reumatóide é uma doença reumática inflamatória que pode afetar vários tecidos e órgãos, podendo levar a uma destruição progressiva da cartilagem articular e à anquilose das articulações. O seu diagnóstico é baseado em critérios clínicos e em exames laboratoriais (Castro-Santos & Díaz-Peña, 2016). Pacientes com artrite reumatóide mostram maiores défices na qualidade de vida relacionada com a saúde, nas várias dimensões de funcionamento físico e da saúde mental (Salaffi, Carotti, Gasparini, Intorcia & Grassi, 2009). Assim, atendendo à relação entre as doenças reumáticas e as perturbações psicológicas é de realçar a relevância e utilidade do papel da psicologia da saúde na adaptação do doente à sua doença (Pires & Joice-Moniz, 2008).

Tendo em conta a relevância da temática em questão, o presente trabalho procura contribuir para uma maior compreensão da relação existente entre o ajustamento psicológico e a qualidade de vida na doença reumática. Especificamente, será estudada a artrite reumatóide, considerada uma das doenças reumáticas mais frequentes. Assim, no primeiro capítulo será apresentada uma revisão bibliográfica de forma a enquadrar e descrever esta patologia, bem como os aspetos que podem ajudar a compreender ao ajustamento psicológico e qualidade de vida dos doentes. No segundo capítulo será descrita a metodologia, incluindo os objetivos de investigação, os instrumentos utilizados e a caracterização da amostra. Seguidamente, no terceiro capítulo, serão apresentados os resultados do estudo e por último, no quarto capítulo será apresentada a discussão e uma reflexão final.

Capítulo 1: Corpo teórico

Consideradas patologias crônicas, as doenças reumáticas constituem um vasto grupo de doenças do sistema músculo-esquelético e do tecido conjuntivo, caracterizando-se pela inflamação e lesão dos tecidos e pela perda de funcionalidade de uma ou mais articulações ou estruturas que suportam o corpo (Schumacher, 1993). Incluem-se neste âmbito patologias como artrite psoriática, espondilite anquilosante, fibromialgia, lúpus eritematoso sistêmico, osteoporose, síndrome de sjögren e a artrite reumatóide (AR), que será o objeto de estudo neste trabalho.

1. Artrite reumatoide

A AR foi, inicialmente, descrita por Augustin-Jacob Landré-Beauvais, como *Gota Astênica*, no ano de 1800. Mais tarde, no ano de 1907, o termo *Artrite Reumatóide* foi atribuído por Sir Archibald Garrod (Kulkamp, Dario, Gevaerd & Domenech, 2009). Segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) (2013), a AR é uma doença crônica, inflamatória, autoimune, que é caracterizada pela inflamação das articulações e que pode levar à destruição do tecido articular e periarticular.

1.1. Etiologia

A AR é uma doença inflamatória crônica sistêmica, de etiologia desconhecida (Monteiro, 2013). As doenças autoimunes têm origem multifatorial, ou seja, podem ter origem em mais do que um fator. Esses fatores podem ser ambientais ou intrínsecos ao organismo, como a predisposição genética, alterações hormonais ou alterações no sistema imunitário. No entanto, distintamente de outras doenças genéticas, as doenças autoimunes não têm origem no defeito de um único gene, mas sim na disfunção de um grupo complexo de genes. Este tipo de doenças apresentam uma diversidade clínica, porém todas elas têm uma similaridade quanto à disfunção do sistema imune (Persinoti, 2009).

Assim, e dado que se trata de uma doença multifatorial, a AR é resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais. Os principais fatores de risco incluem a suscetibilidade genética, idade, sexo, tabagismo, agentes infecciosos, fatores hormonais, dieta, fatores socioeconômicos e étnicos (Persinoti, 2009).

1.2. Epidemiologia

A AR é considerada a doença crónica mais frequente, estimando-se que afete cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo, revelando uma prevalência de 1% nos países ocidentais (SPR, 2013). A ocorrência global da AR é duas a quatro vezes superior em mulheres do que em homens, sendo que o pico de incidência nas mulheres é após a menopausa, mas pode afetar todas as idades. Existe uma maior incidência entre os 20 e os 50 anos (SPR, 2013). Num estudo recente realizado em Portugal, com objetivo de determinar a prevalência das doenças reumáticas, concluiu-se que os doentes com artrite reumatoide representam 0,7% da população portuguesa, existindo uma maior incidência nas mulheres, e existindo uma maior prevalência na região do Alentejo (EpiREuma.pt, 2014).

1.3. Manifestações e diagnóstico

A AR é vista como a forma mais comum de poliartrite crónica sendo caracterizada pelo envolvimento simétrico e bilateral das articulações periféricas, especialmente as das mãos e as dos pés. A deformação das articulações deve-se à intensa inflamação da membrana sinovial, resultando na invasão da cartilagem e, conseqüentemente, na erosão óssea (Persinoti, 2009). As articulações afetadas são, maioritariamente, as articulações interfalângicas proximais, as articulações metacarpofalângicas, as articulações dos punhos, cotovelos, coluna cervical e as articulações dos pés e joelhos (Monteiro, 2013).

O diagnóstico de AR nem sempre é fácil de realizar, devido às mudanças progressivas no curso da doença ao longo do tempo e inexistência de parâmetros laboratoriais clínicos para definir a patologia, portanto, depende de uma série de sintomas e sinais clínicos, testes laboratoriais e exames radiológicos. Quanto mais precoce for realizado, maior é o impacto do tratamento na progressão da doença (Kulkamp et al., 2009; Monteiro, 2013).

A orientação do diagnóstico é baseada nos critérios usados pela *American Rheumatism Association* (ARA) e pela *European League Against Rheumatism* (EULAR), sendo eles a rigidez matinal com duração superior a pelo menos meia hora, edema dos tecidos moles de três ou mais áreas articulares, edemas das articulações interfalângicas proximais, metacarpofalângicas ou de punho, edemas simétricos, nódulos reumatoides, alterações radiográficas e marcadores serológicos como o fator reumatóide e anticorpos anti péptido citrulinado cíclico, marcadores da resposta de fase aguda como a velocidade de sedimentação e a proteína C reativa, e a duração dos sintomas (Kulkamp et al., 2009; Monteiro, 2013).

Relativamente à gravidade da doença, a AR varia desde leve, a moderada ou grave. Na AR leve o doente apresenta dor, em pelo menos três articulações com sinais de inflamação, sem

manifestação extra-articular, fator reumatóide negativo e sem evidência de erosão ou perda de cartilagem no estudo radiográfico. Na AR moderada, o doente já apresenta entre 6 a 20 articulações comprometidas, fator reumatóide positivo e existe uma evidência de inflamação no estudo radiográfico. Por último, na AR grave, o paciente apresenta mais de 20 articulações comprometidas, anemia crónica, hipoalbuminemia, fator reumatóide positivo, manifestações extra-articulares e o estudo radiográfico demonstra erosão e perda de cartilagem (Persinoti, 2009).

1.4. Consequências

Nesta patologia reumática é predominante a dor, que surge associada a sintomas de fadiga, rigidez e perda de função das articulações, que podem condicionar o bem-estar e a qualidade de vida do doente. A doença pode tornar-se limitativa no que diz respeito ao autocuidado e às atividades do dia-a-dia, desde as tarefas domésticas, quer a ida às compras. Não existe só uma perda de funcionalidade e de autonomia, existem também alterações ao nível do impacto psicológico, tal como a perda de bem-estar, diminuição da autoestima consequente da imagem corporal, alterações da vida sexual, laboral, familiar e social (SPR, 2013).

Os doentes com AR incorrem num risco substancialmente superior de morte prematura, devido aos efeitos da inflamação sistémica. Sendo que os sujeitos que apresentam manifestações extra-articulares têm um risco elevado de desenvolver uma doença cardiovascular (Monteiro, 2013).

Em última análise, podemos constatar que as taxas de mortalidade são mais elevadas entre a população com AR comparativamente à população em geral. É relatado que existe uma diminuição da expectativa de vida entre 3 a 10 anos e que a mortalidade associada a esta doença não tem sofrido alterações ao longo das duas ou três últimas décadas. As principais causas de morte associadas a estes pacientes são as doenças cardiovasculares, complicações hematológicas, gastrointestinais e pulmonares (Tobón, Youinou & Saraux, 2010).

1.5. Tratamento

O tratamento da AR visa prevenir e controlar os danos articulares, melhorar a capacidade funcional do paciente, reduzir a dor e alcançar a remissão clínica. O tratamento deve ser adaptado a cada indivíduo e deve ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar, sob a orientação do reumatologista (Monteiro, 2013). A terapia tem início na educação e aconselhamento do paciente, dado que é uma doença debilitante, quer do ponto de vista

físico, quer pelas complicações psicológicas que podem surgir. É importante para a qualidade de vida do paciente, o estabelecimento da interação entre várias áreas da saúde incluindo o médico de família, reumatologista, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo e assistente social (Monteiro, 2013; SPR, 2013).

O tratamento específico inclui uma vertente terapêutica farmacológica, quer para combater a dor e o processo inflamatório, como também para prevenir ou tratar doenças associadas. No tratamento farmacológico são usados analgésicos, anti-inflamatórios, corticosteroides e medicamentos modificadores de AR clássicos ou biológicos. Outros tipos de tratamentos, complementares, passam pela fisioterapia e a cirurgia, dependendo da gravidade da doença (Monteiro, 2013). Após o diagnóstico da AR, os doentes devem ser vigiados regularmente, incluindo consultas médicas e a realização periódica de análises de sangue, para investigar a eficácia e efeitos adversos da medicação (SPR, 2013).

2. Funcionamento Psicológico e artrite reumatóide

2.1. Conceito de ajustamento psicológico

Durante muitos anos, psiquiatras e teóricos da área da psicologia questionaram-se sobre o porquê de umas pessoas enfrentarem o *stress* de ter uma doença crónica e manifestarem um bom ajustamento, enquanto outras demonstram um declínio significativo ao nível emocional e interpessoal (Stanton, Reverson & Tennen, 2007). Quando o indivíduo é afetado por uma doença crónica existe uma necessidade de alterar o seu estilo de vida de modo a poder viver melhor com a doença que o acompanha. Dependendo das características pessoais e da interação com o meio envolvente, alguns terão um melhor ajustamento do que outros (Lazarus & Folkman, 1985 cit in Pais-Ribeiro et al., 2010).

A estas alterações dá-se o nome de ajustamento ou adaptação. Apesar de estes termos poderem ser considerados sinónimos, a sua denominação em psicologia pode expressar conceitos diferentes, consoante a orientação teórica utilizada. Neste âmbito, o primeiro é mais interativo, referindo-se às mudanças que vão ocorrendo resultantes das consequências das interações com o meio envolvente, momento a momento, e o segundo é mais estrutural, ou seja, refere-se a fatores estáveis como os traços de personalidade ou estrutura cognitiva e as características estáveis do meio ambiente (Lazarus & Folkman, 1985 cit in Pais-Ribeiro et al., 2010).

Sharp e Curran (2006 cit in Pais-Ribeiro et al., 2010) definem o ajustamento como uma resposta à mudança no meio envolvente que permite a um indivíduo responder de uma forma adequada a essa mudança. Stanton et al. (2007) referem que o ajustamento pode ser definido através da presença ou ausência de um diagnóstico de uma perturbação psicológica, de sintomas psicológicos ou de humor negativo. Ridder, Geenen, Kuijjer e Middendorp (2008)

mencionam que os termos ajustamento e ajustamento psicológico são usados como referência ao reequilíbrio saudável que os pacientes fazem às suas novas circunstâncias.

Stanton, Collins e Sworowski (2001, cit in Stanton et al., 2007) identificaram cinco elementos-chave no processo de ajustamento bem-sucedido à doença crónica, nomeadamente, o desempenho bem-sucedido de tarefas adaptativas (e.g. ajuste à incapacidade e preservação de relacionamentos saudáveis), a preservação do estado funcional (e.g. trabalho), satisfação e bem-estar em vários domínios da vida, a ausência de perturbação psicológica e a presença de um baixo afeto negativo. Por outro lado, um mau ajustamento à doença poder-se á traduzir por um aumento da prevalência de sintomas psicológicos. Assim, e se por um lado, a maioria dos doentes consegue atingir um bom ajustamento psicológico, por outro, cerca de 30% dos pacientes mantém-se numa fase de ajustamento prolongada que, por vezes, não chega a ser bem-sucedida (Ridder et al., 2008).

Neste âmbito, os teóricos defendem que o ajustamento abrange vários componentes, desde os domínios cognitivos, aos emocionais, passando pelos físicos e comportamentais. Ou seja, os autores caracterizam o ajustamento à doença crónica como um processo dinâmico, que se vai desenvolvendo ao longo do tempo, marcado pela acentuada diversidade na forma como os indivíduos se ajustam à doença (Stanton et al., 2007). No caso específico da AR, em que existem uma alternância entre períodos de relativo conforto e períodos de dor articular severa e incapacitante, o processo de adaptação e readaptação constante pode ser esgotante (Riemsma, Taal, Kirwan & Rasker, 2004).

2.2. Sintomatologia psicopatológica

Tem sido sugerido que a existência de dor, limitações físicas e restrições de atividades associadas à AR podem conduzir a mudanças no estado psicológico, podendo resultar em sentimentos de ansiedade e depressão (Sharpe, Sensky & Allard, 2001) e no diagnóstico de perturbações psiquiátricas (El-Miedany & El-Rasheed, 2002).

Vários estudos têm explorado a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiógena na AR, sugerindo que a co-morbilidade entre estas patologias é comum nestes doentes (VanDyke et al., 2004; Dário, Kulkamp, Faraco, Gavaerd & Domenech, 2010). Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs e Bijlsma (2002) revelaram que 32% a 39% dos pacientes que sofrem de AR alcançaram valores iguais ou superiores às pontuações de depressão média de pacientes em ambulatório psiquiátrico. Matcham et al. (2013) sugerem que a taxa estimada de prevalência de depressão na AR está situada entre o intervalo de 9,5% a 41, 5%. Numa análise elaborada pelos mesmos autores, foi possível identificar que a prevalência média da depressão em pacientes com AR, é de 16,8%, sendo que as diferenças na prevalência foram identificadas a partir de vários instrumentos de triagem. Por outro lado, no estudo de Laquinta e McCrone

(2015) verificou-se que a taxa de prevalência da depressão na AR varia entre 6,6% a 66,25%, dependendo da amostra, localização geográfica e instrumento utilizado para avaliar a depressão.

De forma semelhante, Costa, Brasil, Papi e Azevedo (2008) encontraram uma prevalência de depressão e ansiedade de 33,7%, especificamente em pacientes do sexo feminino. Murphy, Sacks, Brady, Hootman e Chapman (2012) estudaram a prevalência e correlação da ansiedade e depressão em adultos americanos com diagnóstico médico de AR. Estes autores concluíram que a ansiedade é mais comum que a depressão (31% e 18%, respetivamente), um terço dos participantes afirmaram ter uma das duas condições e 84% dos que possuía depressão também relatava ter ansiedade. Também, Covic et al. (2012), num estudo com doentes com AR do Reino Unido e da Austrália, demonstraram que 13,5% dos participantes relatavam sofrer de ansiedade, 6,4% de depressão e 21,8% de ambas.

Numa amostra com 80 doentes com AR, El-Miedany e El-Rasheed (2002) encontraram prevalências bastante superiores, especificamente de 66,25% para a depressão e 70% para a ansiedade. A alta prevalência de depressão neste estudo pode ser explicada em parte pela idade relativamente mais jovem dos participantes, e por outro lado pelo *stress* social, por deixarem de trabalhar devido à condição médica e pela falta de suporte familiar. No mesmo sentido, a alta prevalência de ansiedade presente no estudo pode ser esclarecida pelo *stress* social, devido ao facto desta doença despertar suspeitas na mente do doente em relação à forma como vão enfrentar a sua vida e devido à possibilidade de poderem vir a ter algum tipo de incapacidade no futuro. Como no estudo dos autores acima mencionados, também Dirik e Karanci (2014) encontraram uma maior prevalência de ansiedade do que de depressão, uma amostra com 117 doentes com AR da Turquia (58,1% de ansiedade e 55,6% de depressão). Foi sugerido que o nível de prevalência de ansiedade e de depressão possa ser explicado pelo baixo nível de recursos económicos.

Isik, Koca, Ozturk e Mermi (2007) investigaram a prevalência de ansiedade e depressão numa amostra de 82 doentes com AR e 41 indivíduos saudáveis (grupo de controlo). Foi possível concluir que a prevalência total de ansiedade, depressão e perturbação ansiedade-depressão foi de 70,8% (n=58) no grupo clínico e de 7,3% (n=3) no grupo de controlo. No total de pacientes com AR, 41,5% tinham depressão, 13,4% ansiedade e 15,9% uma mistura da perturbação ansiedade-depressão. Foi, ainda, encontrada uma correlação positiva entre a duração da doença e o grau de depressão e uma correlação negativa entre a duração da doença e a o grau de ansiedade. Portanto, neste estudo foi demonstrado que a ansiedade e a depressão eram mais elevadas no grupo que possuía AR comparativamente ao grupo de controlo.

No contexto nacional, esta questão também tem sido abordada. Cunha, Ribeiro e André (2016) estudaram a prevalência de ansiedade, depressão e *stress* numa amostra de 80 doentes portugueses com AR. Os resultados revelaram que 37,5% manifestavam ansiedade moderada

ou alta e 25% ansiedade leve. No mesmo estudo, também foram relatados resultados relativos à depressão, verificando-se níveis elevados de depressão alta (35%) e depressão leve (33,8%). Relativamente aos níveis de *stress*, 45% dos pacientes com AR tinham níveis de *stress* elevado, 42,5% tinham níveis de *stress* moderado e 12,5% tinha níveis de *stress* leves. Alves (2015) estudou a relação entre ajustamento psicológico e percepção de doença em doentes portugueses com diferentes doenças reumáticas. No que diz respeito especificamente às pessoas que sofriam de AR (n=42), o estudo revelou uma taxa de depressão de 23,8%, atingindo a prevalência de ansiedade os 16,7%.

2.3. Fatores implicados no ajustamento psicológico

Vimos que a presença de sintomatologia psicopatológica é comum em doenças como a AR, embora não sejam lineares os fatores que podem estar implicados num melhor ou pior ajustamento à doença. No caso da relação entre a depressão e a AR sugere-se que a causa seja bidirecional, ou seja, a depressão tem um impacto na doença e a doença influencia o desenvolvimento da depressão (Rathbun, Reed & Harrold, 2013 cit in Laquinta & McCrone, 2015). Estudos prospetivos confirmam que a incapacidade é um preditor fortemente associado ao humor depressivo entre pessoas com diferentes doenças crónicas, nomeadamente na AR (Smith & Young, 2000 cit in Batista, 2016). Assim, a diminuição da qualidade de vida, associada aos sintomas físicos, pode levar ao desenvolvimento da depressão. Do mesmo modo, a depressão pode influenciar a percepção de dor, cansaço e qualidade de vida (laquinta & McCrone, 2015).

Tsai (2005) investigou preditores de *distress* e depressão em 235 idosos com AR e concluiu que a incapacidade, dificuldades financeiras, apoio social e idade podem ser preditores de *distress*. E verificou que a dor, incapacidade e *distress* tinham uma associação com a predição da depressão, ou seja, idosos com AR e com dor mais frequente são mais suscetíveis de experienciar níveis mais elevados de depressão.

A relação entre variáveis psicológicas e a fadiga em pacientes com AR tem sido igualmente descrita. Por exemplo, Matcahm, Ali, Hotopf e Chalder (2015) sugerem que os níveis de depressão, ansiedade e redução da saúde mental estão associados a níveis superiores de fadiga em doentes com AR. Outro exemplo é de Zolnierczyk-Zreda et al. (2017) que estudaram a evolução da relação entre o trabalho, saúde mental, saúde física e a fadiga em 282 pacientes com AR. Estes autores concluíram que estar laboralmente ativo está relacionado com níveis mais reduzidos de fadiga sendo esta relação mediada por meio da saúde mental, não tendo a saúde física um papel significativo neste relacionamento. Também, foi possível concluir que estar laboralmente ativo pode estar relacionado com falta (ou baixo nível) de desamparo e com uma maior aceitação da dor (até certo ponto). O papel

indiferente da saúde física na percepção de fadiga sugere que os doentes relacionam a sua fadiga reduzida a benefícios psicológicos do emprego e não à sua condição física.

Vários estudos sugerem que os pacientes com AR que tem depressão apresentam piores resultados na resposta ao tratamento, o que pode evidenciar um maior nível de dor e de desenvolvimento da doença (Hider, Tanveer, Brownfield, Matthey e Packham, 2009 cit in laquinta & McCrone, 2015; CDC, 2012 cit in laquinta & McCrone, 2015). Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que, quando os pacientes são examinados, os sintomas depressivos passam despercebidos, uma vez que podem ser confundidos com os sintomas somáticos da AR, incluindo o cansaço, as dificuldades de sono e as alterações de apetite (Laquinta & McCrone, 2015).

Tem sido sugerido que variáveis sociodemográficas possam ter uma influência no ajustamento psicológico da AR. Por exemplo, Cunha, et al. (2016), relatam que os homens apresentam menos sintomas depressivos comparativamente às mulheres (64,3% vs 27,3%), embora registem níveis mais elevados de ansiedade leve comparativamente às mulheres (50,0% vs 19,7%). Vários estudos têm destacado o papel de variáveis psicossociais no ajustamento à doença. Figueiredo, Soares, Cardoso, Alves e Dias (2004), verificaram que nas fases precoces e moderadas da doença pode existir uma deterioração do contexto doméstico, relacionamento familiar e sexual, na vida social e promover níveis mais elevados de *distress* psicológico. Também foi evidenciado um pior ajustamento psicossocial, a nível sexual, familiar e doméstico nos sujeitos não casados e uma maior vulnerabilidade a nível social, vocacional, na relação com os cuidados de saúde e níveis mais elevados de *distress* psicológico em indivíduos casados.

Numa investigação de Benka et al. (2014), que tinha como objetivo principal o estudo do papel mediador do apoio emocional e do apoio instrumental nos sentimentos depressivos em 124 indivíduos que sofriam de incapacidade funcional devido da AR, concluiu-se que o apoio emocional está, moderadamente, associado com sentimentos depressivos ao longo do tempo. Neste sentido, concluiu-se que os indivíduos com níveis baixos de apoio emocional experienciam mais sentimentos depressivos quando sofrem de uma maior incapacidade funcional. O apoio instrumental como ajuda ou assistência prática é importante para alguns indivíduos, mas nesta amostra os indivíduos adaptaram-se bem às limitações físicas em relação à depressão, em vez disso o seu funcionamento psicológico pode ser mais influenciado pelo ambiente social. Este estudo mostrou, ainda, que os sentimentos depressivos experienciados durante os anos anteriores foram uma variável importante na previsão da depressão mais tarde no decorrer da doença, ou seja, indivíduos que têm níveis elevados de sentimentos depressivos no início da doença, ou mesmo antes, têm um maior risco de apresentar elevados níveis de depressão à medida que a doença progride.

Coty, Salt, Myers e Abusalem (2015) realizaram um estudo com 80 homens e mulheres recentemente diagnosticados com AR, com o objetivo de avaliar o papel de alguns stressores

(conflito de papéis, sobrecarga de funções e o desequilíbrio de papéis na família) e variáveis psicossociais (apoio social e da autoeficácia) no bem-estar psicológico dos mesmos. Os resultados mostraram que os participantes que apresentavam níveis mais elevados no conflito de papéis e na sobrecarga de funções estavam mais propensos a sofrer de *distress* psicológico (humor deprimido, falta de afeto positivo e insatisfação com a vida), a expressarem níveis mais baixos de comportamento auto eficaz e a sentirem menos apoio pela parte dos outros. Por outro lado, os pacientes que expressam um maior equilíbrio de papéis na família são mais propensos a relatar um aumento da satisfação com a vida e um menor *distress* ou humor deprimido. Os autores também verificaram que o apoio social não é preditor significativo para nenhuma das variáveis em estudo. Esta evidência pode derivar do facto que os participantes tinham sido recentemente diagnosticados e podem, ainda, não ter necessitado de apoio significativo. A autoeficácia foi positivamente relacionada com a satisfação com a vida, com afeto positivo e com o apoio social, por outro lado, foi inversamente relacionada com o stress e com o papel do sofrimento, sendo também um preditor significativo das variáveis de resultado em todos os modelos. Ou seja, estes autores obtiveram resultados que sugerem que o bem-estar psicológico (a ausência de humor deprimido, satisfação com a vida e afeto positivo) é influenciado por sentimentos de autoeficácia e pelo equilíbrio de papéis.

3. Qualidade de vida na doença reumática

3.1. Conceito de qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 1). A qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se à contribuição de uma dada doença e do seu tratamento para o bem-estar de cada indivíduo, ou seja, ao modo como uma doença específica pode afetar ou limitar a qualidade de vida (Praça, 2012).

A abordagem da qualidade de vida relacionada com a saúde surgiu no contexto da saúde, da psicologia e da economia com o intuito de abordar a percepção relacionada com a doença, sobretudo com a doença crónica e das diferentes formas de tratamento das patologias e gastos em saúde. Este conceito é aplicado à avaliação da qualidade de vida associada aos processos de saúde/doença, incluindo os critérios de subjetividade, percepção pessoal e multidimensionalidade e valorização dos aspetos positivos (Praça, 2012).

Reconhece-se que a QV é um conceito multidimensional composto por diferentes dimensões: a dimensão física, que se refere à percepção do indivíduo sobre a condição física; a dimensão psicológica, que representa a percepção do indivíduo sobre a condição afetiva e cognitiva; a dimensão social, que reflete a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos

sociais e os papéis sociais adotados na vida; a dimensão ambiental, que reflete a percepção do indivíduo sobre os aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive; e a dimensão relacionada com a percepção pessoal, que reflete as crenças pessoais de cada indivíduo o nível da sua espiritualidade, religião, valores e crenças (Praça, 2012; WHO, 1997).

Na avaliação da qualidade de vida global, a percepção individual do estado geral de saúde é o mais importante em relação às outras vivências. Deste modo, apesar de existirem múltiplos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas, é relevante compreender o significado da qualidade de vida relacionada com a saúde (Praça, 2012). Assim, a percepção do estado de saúde depende das expectativas, experiências e atividades desenvolvidas em cada vivência, é única e individual (Praça, 2012).

A utilização da percepção do estado de saúde como um indicador de saúde é muito comum em investigação (Manderbacka, Lundberg & Martikainen, 1999), sendo um conceito recomendado pela OMS para monitorizar a saúde das populações (De Bruin, Picavet & Nossikov, 1996). A percepção do estado de saúde foi descrita como um bom preditor de morbidade e mortalidade (Bath, 2003), que mede a saúde no seu todo e não apenas ao nível do bem-estar (Okosun, Choi, Matamoros & Dever, 2001). Um dos instrumentos amplamente utilizado para avaliar a percepção do estado de saúde e a qualidade de vida no contexto da doença crónica é o MOS Short Form Health Survey 36 item v2 (MOS SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992), adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2000). Este instrumento é utilizado na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), pois define-a como uma medida em que a saúde física afeta a capacidade funcional de um indivíduo e o seu bem-estar percebido ao nível dos aspetos físicos, sociais e mentais (Matcham, Scott, Rayner, Hotopf, Kingsley, Norton et al., 2014). Este questionário é considerado uma medida confiável e válida para utilizar em doentes com AR e, uma vez que é uma medida genérica e que pode ser aplicável tanto à população normal como a grupos com doença (Matcham et al., 2014).

3.2. Artrite reumatóide e qualidade de vida

Vimos, anteriormente, que as doenças reumáticas implicam um forte impacto em termos físicos, psicológicos e sociais, pelo que diversos estudos se têm debruçado sobre a avaliação da percepção do estado de saúde e qualidade de vida nestes doentes. No caso da AR, algumas investigações têm procurado identificar diferenças na qualidade de vida entre estes doentes e a população geral, enquanto outras se dedicam a comparar diferentes doenças do foro reumático ou outras condições crónicas.

Assim, num estudo elaborado por Salaffi et al. (2009), que tinha como objetivo comparar a qualidade de vida relacionada com a saúde entre pacientes com AR, artrite psoriática,

espondilite anquilosante e população normativa, foi possível concluir que os doentes com AR apresentam índices de qualidade de vida inferiores relativamente à população geral. Os mesmos autores concluíram, ainda, que apesar de todos os domínios do SF-36 sofrerem alterações significativas em pacientes com doença reumática inflamatória, os sujeitos com AR apresentam pontuações piores no domínio “desempenho físico” comparativamente às outras doenças estudadas. Também Ouyolu, Ouyolu e Karadağ (2010) compararam a qualidade de vida de pacientes com AR, fibromialgia e espondilite anquilosante com indivíduos saudáveis e chegaram a resultados semelhantes, sugerindo que os pacientes com AR pontuam resultados piores na componente física. Neste mesmo estudo, foi concluído que os pacientes com AR têm piores pontuações na escala de qualidade de vida comparativamente ao grupo de indivíduos saudáveis. O estudo de Campos, Silva, Castro e Graminha (2013) vai ao encontro dos anteriores, concluindo que doentes com AR, quando comparados com pessoas com saúde estável, apresentam piores resultados nos oito domínios estudados. Apesar de existirem diferenças em todas os domínios estudados, as escalas mais afetadas no grupo com doentes com AR foram a “função física”, “desempenho físico”, “dor física” e a “saúde em geral”. Altinkesen e Gelecek (2011) compararam o estágio inicial e o estágio tardio de pacientes noruegueses com AR com a população normal. Os autores concluíram que no estágio inicial de AR, todos os domínios físicos pontuavam valores significativamente inferiores relativamente à população geral, observando-se o mesmo em estágios tardios da doença.

Outros estudos sugerem diferenças na qualidade de vida de doentes com AR comparativamente a outras doenças reumáticas. Salaffi et al. (2009) e Ouyolu et al. (2010) concluíram que pacientes com fibromialgia pontuavam piores resultados na componente mental, ao contrário, dos pacientes com AR que pontuam piores resultados na componente física. Numa meta-análise de 31 estudos sobre a qualidade de vida na AR, Matcham et al. (2014) concluíram que existe um impacto negativo na qualidade de vida comparativamente a outras doenças físicas. Os resultados revelaram que as pontuações do domínio físico foram inferiores ao domínio mental, podendo sugerir que esta doença tem um maior impacto a nível físico do que a nível mental. Também existe uma associação com o avançar da idade com resultados inferiores na função física, mas melhores pontuações na saúde mental. Foi ainda encontrada uma associação positiva entre a duração da doença com a pontuação da componente mental, ou seja, pacientes que apresentavam sintomas por um período mais longo poderiam ter um maior nível de aceitação da sua condição médica do que pacientes com um diagnóstico recente.

Num estudo de Bedi, Gupta, Handa, Pal e Pandey (2005), com o objetivo de reunir dados sobre a qualidade de vida em pacientes indianos com AR, concluíram que o domínio físico era o mais afetado nesta população. Revelou, ainda, que a doença tem uma influência negativa significativa nos domínios físicos e psicológicos da qualidade de vida. Não foi encontrada nenhuma associação com a idade, género ou duração da doença.

Síntese do capítulo

Neste capítulo pudemos verificar que a AR é uma doença crónica com etologia desconhecida, caracterizada pela inflamação das articulações e que pode levar à destruição do tecido articular e periarticular. Esta doença tanto pode afetar homens como mulheres em todas as faixas etárias, sendo mais frequente nas mulheres. A dor, as limitações físicas e as restrições de atividades associadas com a AR podem conduzir a mudanças no estado psicológico dos seus portadores. Os autores que têm estudado esta doença concluíram que a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiogénica é elevada nestes doentes e que essa prevalência pode depender da amostra, localização geográfica e do instrumento utilizado para a medir. Também concluíram que existe uma maior prevalência destas sintomatologias na população com AR comparativamente a população saudável. A AR também tem um grande impacto em termos físicos. Vários autores concluíram que pacientes portadores de AR apresentam piores níveis de qualidade de vida física comparativamente a indivíduos saudáveis e a doentes portadores de outras doenças reumáticas.

Capítulo 2: Metodologia

Este capítulo tem como finalidade a apresentação dos objetivos do estudo, bem como a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados e o procedimento de recolha e tratamento de dados.

1. Objetivos e variáveis em estudo

O presente estudo encontra-se inserido num projeto de investigação mais alargado designado por Projeto CRON 2016 - *Doença Crónica e Saúde Mental aos níveis psicossocial, familiar e comunitário*, liderado por uma equipa de docentes/investigadores do Departamento de Psicologia e Educação, e no qual participam alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

O estudo aqui apresentado é de natureza descritiva e comparativa (Ribeiro, 2010), utilizando uma metodologia quantitativa, tendo em conta que os dados foram recolhidos através dos instrumentos padronizados. O estudo é transversal, uma vez que a recolha de dados da amostra foi realizada num único momento temporal.

O estudo tem como objetivo geral contribuir para a compreensão da relação entre ajustamento psicológico e perceção de qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR). Deste modo, as variáveis que escolhemos estudar são as seguintes:

- a) Funcionamento psicológico: operacionalizado com base na avaliação da presença de sintomas psicopatológicos através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Canavarro, 1999). Foram consideradas as dimensões psicopatológicas (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e dois índices globais de ajustamento psicológico.
- b) Qualidade de vida: operacionalizada através da perceção do estado de saúde no domínio físico. Foram consideradas as dimensões função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral, avaliadas através do questionário de Estado de Saúde (SF-36) (Ferreira, 1998).

Posto isto, foram definidos como objetivos específicos do estudo apresentado:

- 1) Analisar o ajustamento psicológico em participantes com diagnóstico de artrite reumatóide e de indivíduos sem diagnóstico de doença crónica.

- 2) Comparar o funcionamento psicológico (presença de sintomatologia psicopatológica) entre participantes com diagnóstico de AR e participantes sem doença crónica.
- 3) Comparar a perceção do estado de saúde (componente física) entre participantes com diagnóstico de AR e participantes sem doença crónica.
- 4) Estudar a relação entre o funcionamento psicológico e a perceção do estado de saúde em participantes com diagnóstico de AR.
- 5) Analisar a associação entre o funcionamento psicológico e a perceção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (anos de diagnóstico) dos participantes com AR.

2. Participantes

O procedimento de amostragem decorreu de forma não probabilística e por conveniência. Foram constituídos dois grupos de participantes designados por grupo clínico (participantes com diagnóstico de AR) e grupo de comparação (participantes sem doença crónica).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão do grupo clínico os seguintes: ter diagnóstico de AR; ser seguido em consulta de Reumatologia em contexto hospitalar e ter mais de 18 anos. Relativamente aos critérios de inclusão do grupo normativo, foram estabelecidos os seguintes: não apresentar diagnóstico de nenhuma doença crónica e ter mais de 18 anos.

O grupo clínico é composto por 41 participantes com diagnóstico de AR, seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital Sousa Martins, na Guarda. O grupo de comparação é composto por 46 participantes que não apresentavam diagnóstico de qualquer doença crónica.

2.1. Caracterização da amostra

A amostra do grupo clínico foi constituída por um total de 41 participantes, sendo que 82,9% pertencem ao sexo feminino. A média de idades dos participantes foi de 56,95 anos, com um desvio padrão de 14,06, variando entre um valor mínimo de 28 e um valor máximo de 80 anos. Tal como se pode observar na Tabela 1, todos os participantes do grupo clínico relataram ter nacionalidade portuguesa. Quanto às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui o 4º ano de escolaridade (61%) e apenas 9,7% tem formação superior. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes do grupo clínico refere ser casado/a (80,5%) e 87,8% afirmam ter filhos. Quanto à situação profissional, 41,5% refere ter

um emprego a tempo inteiro, 39% referem estar reformados e 9,8% referem fazer trabalho doméstico. O tempo médio de diagnóstico foi de 9 anos e 3 meses, variando entre um mínimo de 2 meses a um máximo de 50 anos.

O grupo de comparação foi constituído por um total de 46 participantes, sendo que 67,4% pertencem ao sexo feminino. A média de idades foi de 45,48 anos, com um desvio padrão de 12,55, com um valor mínimo de 30 e um valor máximo de 83 anos. A grande maioria dos participantes (97,8%) é de nacionalidade portuguesa. No que diz respeito às habilitações literárias, 37% são licenciados, 28,3% detém o 12º ano e 13% tem apenas o 4º ano de escolaridade. Metade dos participantes referem ser casado/a, estando igualmente representados os indivíduos em união de facto (15,2%) e os solteiros (15,2%). A maioria dos indivíduos refere ter filhos (73,9%) e ter um emprego a tempo inteiro (76,1%). Na tabela 1 são igualmente apresentados os dados sociodemográficos destes participantes.

Tabela 1: Dados sociodemográficos (grupo clínico e grupo de comparação)

		Grupo Clínico	Grupo de comparação
		N(%)	N(%)
Nacionalidade	Portuguesa	41(100%)	45(97,8%)
	Outra	0(0%)	1(2,2%)
Estado Civil	Solteiro(a)	2(4,9%)	7(15,2%)
	Casado(a)	33(80,5%)	23(50%)
	União de facto	2(4,9%)	7(15,2%)
	Divorciado(a)	2(4,9%)	4(8,7%)
	Viúvo(a)	1(2,4%)	5(10,9%)
Habilitações Literárias	Até ao 4º ano	25(61%)	6(13%)
	9º ano	6(14,6%)	10(21,7%)
	12º ano	6(14,6%)	13(28,3%)
	Licenciatura	3(7,3%)	17(37%)
	Mestrado	1(2,4%)	0(0%)
Situação Profissional	Doméstico	4(9,8%)	2(4,3%)
	Emprego a tempo inteiro	17(41,5%)	35(76,1%)
	Desempregado(a)	2(4,9%)	5(10,9%)
	Reformado(a)	16(39%)	4(8,7%)
	Outra	2(4,9%)	0(0%)
Se tem filhos	Sim	36(87,8%)	34(73,9%)
	Não	5(12,2%)	12(26,1%)

3. Instrumentos

a. Questionário sociodemográfico

Foram construídos dois questionários para a recolha dos dados sociodemográficos, um para o grupo clínico e outro para o grupo normativo. Ambos os questionários continham informações relativas à idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias, local de residência, estado civil, número de filhos, se reside sozinho e situação profissional.

O questionário destinado ao grupo clínico, continha informações de natureza clínica, nomeadamente o tempo de diagnóstico de AR e de seguimento em consulta. O questionário sociodemográfico do grupo normativo incluía uma lista de condições de saúde crónicas, que em caso de resposta afirmativa, permitiu excluir os respondentes da participação no estudo.

b. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O inventário de sintomas psicopatológicos é um inventário de autorrelato, formulado a partir da versão abreviada do SCL-90, traduzido e adaptado para português por Canavarro, em 1999 (Canavarro, 2007). Consiste num inventário com 53 itens, no qual o sujeito tem de classificar o grau em que cada problema o afetou na última semana, tendo em conta uma escala de likert, que varia entre 0 “nunca” e 4 “muitíssimas vezes”. Permite a avaliação dos sintomas psicopatológicos, entre nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. É um instrumento que pode ser aplicado a doentes do foro psicológico ou psiquiátrico e a indivíduos que não tenham uma perturbação emocional, com uma idade mínima de aplicação de 13 anos (Canavarro, 1999; 2007)

As dimensões avaliadas referem-se à somatização, que se concentra nas queixas relacionadas com o funcionamento somático; a obsessões-compulsões, que avalia cognições e comportamentos recorrentes, indesejados e egodistónicos; a sensibilidade interpessoal, focando-se nos sentimentos de inadequação e inferioridade social no contato com os outros; a depressão, indicador de depressão clínica, reflete alterações no humor, anedonia e falta de energia; a ansiedade, inclui sintomas de ansiedade generalizada e a presença de ataques de pânico; a hostilidade, engloba comportamentos, cognições e emoções típicos de em estado afetivo negativo; a ansiedade fóbica, reflete manifestações do comportamento fóbico; a ideação paranoide, representa o comportamento e pensamento paranoide, e o psicoticismo, que inclui os indicadores de isolamento, atividade alucinatória e estilo de vida esquizoide (Canavarro, 1999; 2007).

Os três índices fornecidos pelo inventário são o Total de Sintomas Positivos (TSP), que engloba o número de queixas sintomáticas apresentadas, o Índice Geral de Sintomas (IGS),

que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número total de sintomas e o Índice de Sintomas Positivos (ISP), que representa a média da intensidade de todos os sintomas assinalados (Canavarro, 1999; 2007).

As características psicométricas do BSI englobam valores de alfa de Cronbach, situados no intervalo de 0,7 e 0,8, exceto nas escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007).

c. Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

O Short Form (SF)-36 é questionário abreviado, desenvolvido a partir do Medical Outcomes Study por John Ware e pela sua equipa e foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa, em 1998, por Pedro Ferreira (Ferreira, 1998). Passado um ano foi desenvolvida a versão Portuguesa 2, pelo mesmo autor. Este questionário tem como objetivo a avaliação do estado de qualidade de vida em geral, sem especificar um grupo etário, doença ou tratamento (Mendes, 2009).

O questionário é constituído por 36 itens, divididas em oito dimensões do estado de saúde e avaliando os estados positivos e negativos da saúde. O seu conteúdo pode referir-se tanto à saúde física como à saúde mental. A dimensão física engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral, por outro lado, a dimensão mental é compreendida pela saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade (Ferreira, 1998; 2000).

A escala relativa à função física pretende medir a limitação nas atividades físicas menores, tais como, tomar banho ou vestir-se, até às atividades mais exigentes, tais como subir vários lanços de escadas ou andar uma determinada distância. As escalas de desempenho, físico e emocional, pretendem medir a limitação do tipo e da qualidade do trabalho executado, incluindo a limitação nas tarefas diárias, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas. A escala de dor mede a intensidade e desconforto causado pela dor, assim como a extensão da forma como esta interfere nas atividades diárias. A escala de saúde geral pretende medir a perceção holística da saúde, englobando a saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável. A escala de vitalidade pretende distinguir as diferenças de bem-estar ao incluir os níveis de energia e de fadiga. A escala de funcionalidade social pretende medir a qualidade e quantidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nas mesmas. Por último, a escala de saúde mental que inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico. As diferentes escalas contêm 2 a 10 itens e são pontuadas através de uma escala de Likert (Ferreira, 1998; 2000).

As pontuações das dimensões são apresentadas numa escala de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). Este questionário ainda engloba uma escala de transição em saúde, que tem o intuito de medir a quantidade de mudança em geral na saúde, sendo pontuada de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior). Constatado que quando maior for a pontuação obtida melhor é a qualidade de vida dos indivíduos (Ferreira, 1998).

No que diz respeito ao estudo de adaptação e validação para a população portuguesa, este instrumento obteve valores de alfa de Cronbach globais de 0,82 e 0,87, respetivamente para as dimensões física e mental, o que remete para a existência de um bom valor de consistência interna. As oito dimensões avaliadas no geral pontuaram bons valores de consistência interna, sendo que a mediana dos coeficientes de fiabilidade iguala ou excede 0,80, ficando apenas a escala de função social com um coeficiente de Cronbach ligeiramente abaixo dos restantes (Ferreira, 1998).

No presente estudo, vão ser utilizada apenas as escalas físicas, sendo estas compostas pela função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral. O cálculo das dimensões foi realizado no CEISUC (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra), cumprindo as exigências do autor aquando do pedido de autorização para a utilização do questionário.

4. Procedimentos de recolha de dados

No âmbito do Projeto CRON 2016, o projeto em questão foi apresentado ao Hospital Sousa Martins- Guarda, sendo aprovado pela respetiva Comissão de Ética

A recolha de dados referentes ao grupo clínico decorreu na consulta de Reumatologia do referido hospital, existindo sempre por parte dos médicos reumatologistas uma confirmação do diagnóstico de doença reumática dos participantes. A recolha foi feita presencialmente, iniciando-se em dezembro de 2016 e terminando em julho de 2017. Os participantes preencheram os questionários numa sala disponibilizada para o efeito, no tempo em que aguardavam pela chamada para a consulta, ou após esta ter terminado, demorando aproximadamente 40/45 minutos a responder ao protocolo. Embora se tratem de questionários de autorresposta, num reduzido número de situações foi necessário ajudar e acompanhar alguns participantes a responderem, ou por falta de compreensão de algumas questões ou pelo avanço da doença que dificultava a mobilidade na escrita.

No que diz respeito ao grupo de comparação, a recolha decorreu no âmbito da rede de contactos da equipa de investigação e em instituições públicas ou privadas. A recolha decorreu entre os meses de dezembro de 2016 e o mês de fevereiro de 2017. A recolha foi feita de forma presencial e os questionários respondidos em papel.

Em ambas as situações de recolha de dados, previamente à entrega dos protocolos, os participantes foram informados relativamente aos objetivos da investigação, sendo sempre garantido o anonimato dos dados, assim como a confidencialidade das suas respostas, efetuando-se sempre o preenchimento do consentimento informado.

5. Análise estatística

Para a análise dos dados, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics* versão 24.

Em primeiro lugar, foi feita a descrição da caracterização da amostra, recorrendo às medidas de tendência central. De seguida, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos instrumentos utilizados.

Antes de passar a análise dos dados é importante escolher para a credibilidade da investigação, quais os testes estatísticos a utilizar, sendo que variam conforme a natureza da distribuição dos resultados (Ribeiro, 2010). Recorreu-se, desta forma, ao teste Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição das variáveis em estudo. De seguida, com o intuito de realizar a análise inferencial foi escolhido o teste U de Mann-Whitney, uma vez que a amostra não segue uma distribuição normal e este é o teste não paramétrico alternativo ao teste t-Student para amostras independentes (Marôco, 2014). Por último, foram realizadas as análises correlacionais, mais uma vez foi escolhido a versão não paramétrica do teste, sendo assim utilizado o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

Capítulo 3- Resultados

Nesta parte serão apresentados os resultados do nosso estudo, pretendendo seguir a ordem dos objetivos estabelecidos no capítulo anterior. Num primeiro momento serão apresentados os dados relativos à consistência interna das dimensões dos instrumentos utilizados e os dados relativos ao teste da normalidade. De seguida, é apresentada a análise descritiva das escalas do BSI do grupo clínico e do grupo de comparação. Posteriormente, são apresentadas as comparações entre o grupo clínico e o grupo de comparação, depois, será estudada a correlação entre o funcionamento psicológico e a qualidade de vida e por último será analisada a correlação entre o funcionamento psicológico e a qualidade de vida e a idade e os anos de diagnóstico.

1. Estudos prévios

Foi calculada a consistência interna das escalas e dimensões dos instrumentos usados, através do *Alpha de Cronbach*. Este refere-se a uma medida de consistência interna de um grupo de variáveis (itens), sendo utilizada maioritariamente para estimar a fiabilidade de um teste psicométrico para uma determinada amostra (Pereira & Patrício, 2013). Os valores do alfa variam entre 0 e 1, considerando que a consistência interna é interpretada tendo como base os seguintes valores: <0,50 inaceitável; 0,50-0,60 fraca; 0,60-0,70 aceitável; 0,70-0,90 boa e por último >0,9 muito boa (Pestana & Gageiro, 2008). Atendendo a que as duas amostras não vão ser analisadas conjuntamente, apresentaremos os índices de consistência interna das escalas em separado, para o grupo clínico e de comparação.

Como se pode verificar na tabela 2, na amostra respeitante ao grupo clínico, o BSI apresenta muito boa consistência interna na escala total (0,952) e, no que diz respeito às suas dimensões, os valores alfa variam entre 0,626 e 0,844. Por sua vez, o SF-36v2 apresenta uma aceitável consistência interna para a escala total (0,685), sendo que apenas a escala saúde em geral apresenta um valor mais baixo, embora aceitável (0,60). No grupo de comparação, o BSI apresenta, também, muito boa consistência interna na escala total (0,952) e as suas dimensões variam de 0,558 a 0,835. No que diz respeito ao SF-32v2 apresenta uma aceitável consistência interna para a escala total (0,666), sendo que as suas escalas variam entre 0,604 e 0,943.

Tabela 2: Valores de *alpha de Cronbach* para o BSI e o SF-36v2 e as respectivas dimensões

	Dimensões/escalas	Grupo clínico	Grupo de comparação
		Valores de alfa	Valores de alpha
BSI	Total	0,952	0,952
	Somatização	0,626	0,680
	Obsessões-compulsões	0,751	0,835
	Sensibilidade interpessoal	0,787	0,674
	Depressão	0,844	0,812
	Ansiedade	0,793	0,730
	Hostilidade	0,817	0,718
	Ansiedade Fóbica	0,642	0,692
	Ideação Paranoide	0,779	0,715
	Psicoticismo	0,772	0,588
	SF-36v2	Total	0,685
Função Física		0,913	0,943
Desempenho Físico		0,932	0,787
Dor Física		0,919	0,839
Saúde em geral		0,610	0,604

De seguida, para analisar distribuição da amostra recorreu-se ao teste de normalidade de *kolmogorov-smirnov* para auxiliar na tomada de decisão relativamente à natureza dos testes a utilizar (ie. paramétrico ou não paramétrico). Os resultados obtidos, permitiram concluir que a amostra não segue uma distribuição normal, pelo que se optou pela utilização dos testes não-paramétricos.

2. Análise estatística

2.1. Estudo descritivo: sintomatologia psicopatológica

Na tabela 3 estão apresentadas informações sobre duas escalas do BSI, o índice geral de sintomas (IGS) e o índice de sintomas positivos (ISP). A média de sintomatologia psicopatológica do grupo clínico obtida foi de 0,998, com um desvio-padrão de 0,555 e a do grupo de comparação foi de 0,619 com um desvio-padrão de 0,411. A média para a população geral segundo Canavarro (1999; 2007) é de 0,835 (DP=0,480), o que significa que ambos os grupos se encontram dentro do valor esperado na literatura existente.

Em relação à escala ISP, o grupo clínico obteve uma média de 1,84 (DP=0,491) e o grupo de comparação obteve uma média de 1,405 (DP=0,376). Tendo por avaliação o ponto de conte de 1,7 estabelecido por Canavarro (1999; 2007) para diferenciar a população geral de um

grupo com perturbações emocionais, podemos considerar que o grupo clínico se encontra acima dessa pontuação.

Tabela 3: Descrição das escalas do BSI do grupo clínico e do grupo de comparação.

Variáveis	Grupo clínico (n=41)		Grupo de comparação (n=46)	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
IGS	0,998	0,555	0,619	0,411
ISP	1,84	0,491	1,405	0,376

2.2. Comparação entre grupos: sintomatologia psicopatológica

Procurando dar resposta ao segundo objetivo do estudo, procedeu-se à comparação dos níveis de sintomatologia psicopatológica (BSI) entre o grupo clínico e o grupo de comparação, através do teste U de Mann-Whitney.

Na tabela 4¹ é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis somatização (U= 322,00; Z=-5,298; p=0,000), obsessão-compulsão (U=533,50; Z=-3,499; p=0,000), depressão (U=701,50; Z=-2,064; p=0,039), ansiedade (2,993; p=0,003), ansiedade fóbica (U=697,50; Z=-2,157; p=0,031), com o grupo clínico a revelar classificações médias superiores. I.

Tabela 4: Teste U de Mann-Whitney para a comparação da sintomatologia psicopatológica entre o grupo clínico e o grupo de comparação.

Variáveis	População	N	Classificação Média	U	Z	p
Somatização	Grupo clínico	41	59,15	322,00	-5,298	0,000*
	Grupo de comparação	46	30,50			
Obsessão-Compulsão	Grupo clínico	41	53,99	533,50	-3,499	0,000*
	Grupo de comparação	46	35,10			
Sensibilidade interpessoal	Grupo clínico	41	47,90	783,00	-1,379	0,168
	Grupo de comparação	46	40,52			
Depressão	Grupo clínico	41	49,89	701,50	-2,064	0,039*
	Grupo de comparação	46	38,75			
Ansiedade	Grupo clínico	41	52,52	593,50	-2,993	0,003*
	Grupo de comparação	46	36,40			

¹ O teste U de Mann-Whitney compara as medianas das duas amostras e não as suas médias (Pestana & Gageiro, 2008). É por esta razão que se opta por dizer classificação média e não apenas média.

Ansiedade Fóbica	Grupo clínico	41	49,99	697,50	-2,157	0,031*
	Grupo de comparação	46	38,66			
Ideação Paranoide	Grupo clínico	41	47,41	803,00	-1,196	0,232
	Grupo de comparação	46	40,96			
Psicoticismo	Grupo clínico	41	47,84	785,50	-1,365	0,172
	Grupo de comparação	46	40,58			
Hostilidade	Grupo clínico	41	46,74	830,50	-0,965	0,335
	Grupo de comparação	46	41,55			
	Grupo de comparação	46	32,38			

* $p < 0,05$

2.3. Comparação entre grupos: percepção do estado de saúde

Para responder ao terceiro objetivo do estudo, procedeu-se à comparação da percepção do estado de saúde (qualidade de vida) entre o grupo clínico e o grupo de comparação, através do teste U de Mann-Whitney.

Na tabela 5, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis em estudo, ou seja, na função física ($U=328,00$; $Z=-5,280$; $p=0,000$), no desempenho físico ($U=350,50$; $Z=-5,075$; $p=0,000$), na dor física ($U=232,50$; $Z=-5,074$; $p=0,000$) e na saúde em geral ($U=232,50$; $Z=-6,049$; $p=0,000$), observando-se que o grupo clínico apresenta resultados médios inferiores no SF-36.

Tabela 5: Teste U de Mann-Whitney para a comparação da percepção do estado de saúde entre o grupo clínico e o grupo de comparação.

Variáveis	População	N	Classificação Média	U	Z	P
Função física	Grupo clínico	41	29,00	328,00	-5,280	0,000*
	Grupo de comparação	46	57,37			
Desempenho físico	Grupo clínico	41	29,55	350,50	-5,075	0,000*
	Grupo de comparação	46	56,88			
Dor física	Grupo clínico	41	29,54	232,50	-5,074	0,000*
	Grupo de	46	56,89			

		comparação				
Saúde em geral	Grupo clínico	41	26,67	232,50	-6,049	0,000*
	Grupo de comparação	46	59,45			

* $p < 0,01$

2.4. Associação entre sintomatologia psicopatológica e percepção do estado de saúde

Procurando responder ao quarto objetivo do estudo, foi analisada a associação entre a sintomatologia psicopatológica e a percepção do estado de saúde, no grupo clínico, calculando-se o coeficiente de correlação de Spearman².

Tal como se pode observar na Tabela 6, os resultados indicam que a escala desempenho físico apresenta uma relação moderada e negativa com a dimensão somatização ($r = -0,315$; $p = 0,045$). A escala dor física apresenta uma relação forte e negativa com a dimensão somatização ($r = -0,573$; $p = 0,000$) e moderada e negativa com as dimensões depressão ($r = -0,388$; $p = 0,012$), ansiedade ($r = -0,334$; $p = 0,033$) e ansiedade fóbica ($r = -0,402$; $p = 0,009$). A escala saúde em geral apresenta uma relação forte e negativa com a dimensão somatização ($r = -0,545$; $p = 0,000$) e moderada e negativa com as dimensões obsessão-compulsão ($r = -0,46$; $p = 0,003$), depressão ($r = -0,387$; $p = 0,013$), ansiedade ($r = -0,390$; $p = 0,012$), ansiedade fóbica ($r = -0,352$; $p = 0,012$) e psicoticismo ($r = -0,386$; $p = 0,013$).

Tabela 6: Correlações entre sintomatologia psicopatológica e percepção do estado de saúde nos participantes com AR.

Variáveis		Função física	Desempenho físico	Dor física	Saúde em geral
Somatização	Correlação de spearman	-0,302	-0,315*	-0,573*	-0,545*
Obsessão-Compulsão	Correlação de spearman	-0,213	-0,163	-0,305	-0,456*
Sensibilidade interpessoal	Correlação de spearman	0,143	0,258	-0,175	-0,091
Depressão	Correlação de spearman	-0,099	-0,049	-0,388*	-0,387*
Ansiedade	Correlação de spearman	-0,151	-0,050	-0,334*	-0,390*

² Tabela 7: Diretrizes para verificar a força de uma correlação (Cohen, 1988)

Fraca	$r = .10$ até $.29$ ou $r = -.10$ até $-.29$
Moderada	$r = .30$ até $.49$ ou $r = -.30$ até $-.49$
Forte	$r = .50$ até 1.0 ou $r = -.50$ até -1.0

Ajustamento Psicológico e Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide

Ansiedade Fóbica	Correlação de spearman	-0,137	-0,160	-0,402*	-0,352*
Ideação Paranoide	Correlação de spearman	0,011	0,110	-0,160	-0,139
Psicoticismo	Correlação de spearman	0,049	0,128	-0,144	-0,386*
Hostilidade	Correlação de spearman	0,045	0,016	-0,252	-0,126

* $p < 0,05$

2.5. Associação entre sintomatologia psicopatológica, percepção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas e clínicas

Para analisar a relação entre variáveis sociodemográficas (idade) e clínicas (diagnóstico em anos) com as dimensões do ajustamento psicológico e da qualidade de vida, efetuou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman no grupo clínico.

Os resultados demonstram que a idade apresenta uma correlação moderada e negativa com a dimensão hostilidade ($r = -0,316$; $p = 0,044$), com a dimensão função física ($r = -0,422$; $p = 0,006$) e com a dimensão desempenho físico ($r = -0,362$; $p = 0,020$). A variável anos de diagnóstico apresentou uma correlação moderada e negativa com a dimensão sensibilidade interpessoal ($r = -0,371$; $p = 0,0017$) e com a dimensão hostilidade ($r = -0,381$; $p = 0,014$) (Tabela 8)

Tabela 8: Correlações entre sintomatologia psicopatológica, percepção do estado de saúde e variáveis sociodemográficas e clínicas.

Variáveis		Idade	Diagnóstico em anos
Somatização	Correlação de spearman	0,139	0,177
Obsessão-Compulsão	Correlação de spearman	0,156	-0,143
Sensibilidade interpessoal	Correlação de spearman	-0,140	-0,371*
Depressão	Correlação de spearman	0,046	-0,228
Ansiedade	Correlação de spearman	0,152	-0,034
Ansiedade Fóbica	Correlação de spearman	0,177	-0,022
Ideação Paranoide	Correlação de spearman	0,075	-0,072
Psicoticismo	Correlação de spearman	-0,193	-0,266

	spearman			
Hostilidade	Correlação de spearman	-0,316*		-0,381*
Função física	Correlação de spearman	-0,422*		-0,229
Desempenho físico	Correlação de spearman	-0,362*		-0,134
Dor física	Correlação de spearman	-0,076		-0,104
Saúde em geral	Correlação de spearman	-0,186		-0,181

*<0,05

Síntese dos resultados

Da análise descritiva sobre o ajustamento psicológico dos participantes, podemos destacar:

- O índice de sintomas positivos no grupo clínico é superior ao ponto de corte de 1,7 definido por Canavarro (1999), o que revela que esta população se encontra dentro dos parâmetros do grupo com perturbações emocionais. Por seu lado, o grupo de comparação encontra-se no limiar abaixo do ponto de corte, o que indica que está dentro dos parâmetros da população geral.

Da comparação entre os grupos ao nível da sintomatologia psicopatológica destacam-se os seguintes resultados:

- Os participantes com AR apresentam classificações médias superiores nas dimensões somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, na escala de índice geral de sintomas e na escala de índice de sintomas positivos.

Da comparação entre os grupos ao nível da qualidade de vida foi possível concluir:

- Os participantes com AR apresentam resultados médios inferiores ao nível da função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral.

Da análise correlacional entre qualidade de vida e os níveis de sintomatologia psicopatológica nos participantes com AR, podemos destacar que:

- Quanto mais negativa é a perceção do desempenho físico, maior é o nível de somatização;

Ajustamento Psicológico e Qualidade de Vida na Artrite Reumatóide

- Quanto mais negativa é a percepção de dor física, maiores são os níveis de somatização, depressão, ansiedade e ansiedade fóbica;
- Quanto mais negativa é a percepção de saúde em geral, maiores são os níveis de somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica e hostilidade.

Por fim, da análise da associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida, foram obtidos os seguintes resultados:

- Á medida que a idade aumenta, diminui a hostilidade, a função física e o desempenho físico nos pacientes;
- Á medida que aumentam os anos após o diagnóstico, o menor é a sensibilidade interpessoal e a hostilidade.

Capítulo 4- Discussão e reflexões finais

O objetivo principal do presente estudo foi contribuir para a compreensão do impacto da AR no ajustamento psicológico e qualidade de vida, comparando um grupo de doentes com AR com participantes sem doença crónica. Seguidamente será elaborada uma discussão, confrontando os resultados obtidos com a literatura sobre este tema.

A amostra total foi composta por 87 participantes, que foram divididos em dois grupos de acordo com os objetivos da investigação. A amostra clínica englobou um total de 41 participantes, com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos, com média aproximada de 57 anos de idade, e sendo maioritariamente do sexo feminino (82,9%). Com efeito, sabe-se que a AR é uma doença que pode afetar todos os grupos etários e que é mais comum nas mulheres (SPR, 2013). Este mesmo grupo era composto por participantes com baixo grau de escolaridade, maioritariamente casados, com filhos, com emprego a tempo inteiro e que não residem sozinhos. O tempo de diagnóstico de AR apresenta uma grande amplitude, variando entre 2 meses aos 50 anos. No que concerne à amostra do grupo de comparação foi composta por um total de 46 participantes sem diagnóstico de doença crónica, na sua maioria também do sexo feminino (67,4%), e com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos. Na sua maioria têm nacionalidade portuguesa, são casados, têm um grau de escolaridade superior, têm filhos e têm um emprego a tempo inteiro.

O primeiro objetivo deste estudo passou por uma análise descritiva dos grupos ao nível do ajustamento psicológico (sintomatologia psicopatológica). Tendo por base os resultados do BSI, verificou-se que os participantes com AR apresentaram uma média no Índice de Sintomas Positivos (i.e. a média da intensidade de todos os sintomas assinalados) superior ao ponto de corte sugerido por Canavarro (1999; 2007), para diferenciar a população geral de um grupo com perturbações emocionais. O nosso estudo pode assim sugerir que os doentes com AR apresentam um maior número de queixas somáticas e de sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, o grupo de comparação, em termos do ponto de corte nesta medida de ajustamento psicológico, está inserido na população normativa, o que poderá, eventualmente, dever-se ao facto deste grupo não sofrer de nenhuma doença crónica.

Com base no segundo objetivo, que tinha como intuito averiguar se existiam diferenças ao nível do ajustamento psicológico entre o grupo clínico e o grupo de comparação, o nosso estudo revelou que os doentes com AR percecionam mais sintomas psicopatológicos, comparativamente aos participantes sem doença crónica. As diferenças encontradas ao nível da presença de sintomatologia de ansiedade e depressão vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a ansiedade e a depressão são mais prevalentes nesta patologia do que na população sem doença (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002; VanDyke et al., 2004; Isik et al., 2007). O nosso estudo aponta ainda para diferenças nas dimensões de somatização e obsessão-compulsão, sugerindo que os doentes com AR estão mais concentrados nas queixas

relacionadas com o funcionamento somático e com a avaliação das cognições e comportamentos recorrentes, indesejados e egodistônicos. Embora no âmbito de uma patologia do foro reumático distinta, Karaiskos et al. (2010) estudaram características de personalidade psicopatológicas em pacientes com síndrome de Sjögren, concluindo que a personalidade destes pacientes pode incluir traços de neuroticismo (caracterizado por altos níveis de afeto negativo), psicoticismo, obsessão (preocupação com detalhes, regras e perfeccionismo) e ansiedade.

No que concerne ao terceiro objetivo, e ao analisar a existência de diferenças ao nível da perceção de qualidade de vida entre participantes com AR e sem doença crónica, os resultados apontam para uma perceção de pior estado de saúde nos participantes do grupo clínico. Com efeito, os doentes com AR avaliam como mais baixas as dimensões função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, o que pode sugerir a perceção de pior qualidade de vida. Embora não tenha sido estudada a dimensão da saúde mental, os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a dimensão física da qualidade de vida é a mais afetada na AR (Matcham et al., 2014; Bedi, Grupta, Handa, Pal & Pandey, 2005; Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia & Grassi, 2009) e que esta é inferior em relação à população geral (Ovayolu, Ovayolu & Karadağ, 2010; Altinkesen & Gelecek, 2011; Campos, Silva, Castro & Gramina, 2013). A dimensão que pontuou valores inferiores no grupo clínico foi a “saúde em geral”, que está relacionada com a perceção holística da saúde (Ferreira, 1998). Este resultado pode sugerir uma visão negativa em relação à saúde como um todo nos doentes com AR, o que também vai ao encontro de outros estudos (e.g. Campos et al., 2013).

No que diz respeito ao estudo da relação entre ajustamento psicológico e a componente física da qualidade de vida nos doentes com AR, os resultados vieram demonstrar que estas variáveis se associam significativamente de forma negativa. De notar que resultados mais elevados nas dimensões do BSI significam um pior ajustamento psicológico e que resultados inferiores no SF-36 significam uma pior qualidade de vida nas respetivas dimensões. Assim, os nossos resultados vieram demonstrar que um maior nível de somatização se associa à perceção de pior desempenho físico, dor física e saúde em geral, o que sugere que os pacientes com AR se concentram mais nas queixas relacionadas com o funcionamento somático, quando têm mais limitações das tarefas do dia-a-dia, na intensidade da dor e pior perceção holística da sua saúde. Também Hyphantis et al. (2013) concluíram que a somatização pode estar associada a uma pior qualidade de vida, independentemente da ansiedade e da depressão. No nosso estudo, a dimensão obsessão-compulsão surge negativamente associada com a perceção de saúde em geral, o que pode indicar que os participantes se centram mais nas preocupações relacionadas com a doença e com o seu desenvolvimento, o que pode levar a uma intensificação dos sinais da doença e por consequente os doentes tem uma perceção holística da saúde pior. Os resultados revelam ainda que, quanto pior é a dor física e a perceção de saúde geral, maiores são os níveis de depressão, ansiedade e ansiedade fóbica. Uma possível explicação poderá ser que a

intensidade e o desconforto causado pela dor condicionem as tarefas diárias e essa percepção de incapacidade conduza ao desenvolvimento de sentimentos negativos sobre si mesmo e a um aumento da ansiedade nestes doentes, por quererem fazer mais do que efetivamente conseguem. Estes resultados vão ao encontro de Rogers et al. (2015) e Campos et al. (2013), que concluíram que os sintomas depressivos e de ansiedade estão relacionados com pior qualidade de vida. Segundo Rezaei et al. (2014), os sintomas de depressão estão associados a uma maior percepção da dor que afeta negativamente a vida e as emoções do doente, e por consequente, essas percepções negativas da doença estão relacionadas com maiores sintomas de dor. E por fim, a dimensão psicoticismo que se relaciona com o isolamento interpessoal e um maior controlo de pensamento, está associada negativamente com a escala saúde em geral, sugerindo que os participantes que têm uma visão mais negativa sobre a sua saúde atual e uma maior resistência à doença podem experienciar sentimentos de fracasso quando não conseguem controlar a sua doença e podem querer isolar-se das outras pessoas, por sentirem vergonha das suas limitações e das suas vulnerabilidades.

Ao analisar a associação entre ajustamento psicológico, qualidade de vida e idade dos participantes com AR, verificou-se que à medida que aumenta a idade, diminuem os níveis de hostilidade. Este resultado pode sugerir que, com o avançar da idade as pessoas vão aprendendo a lidar com a sua doença, levando a uma diminuição do afeto negativo sobre si mesmo e a uma maior aceitação das consequências de ter uma doença crónica. Segundo Piazza, Charles e Almeida (2007) os jovens adultos têm uma maior dificuldade em lidar com as modificações recorrentes de ter uma doença crónica do que os idosos, devido a que os jovens adultos enfrentam um maior número de responsabilidades em relação à carreira e à família do que os idosos. A idade também está associada a um declínio do afeto negativo, uma vez que com a idade as pessoas aprendem estratégias de coping para lidar com a sua doença (Piazza et al., 2007). Também o aumento da idade se associa, nos participantes com AR, a uma pior função física e desempenho físico. De facto, sabe-se que a saúde física declina com a idade (Wolff et al. 2002, cit in Piazza et al., 2007), ainda mais se tivermos em conta as limitações que esta doença pode originar, nomeadamente em tarefas diárias por dificuldades motoras. Por fim, os nossos resultados demonstraram que à medida que aumentam os anos após o diagnóstico de AR, menores são os níveis de sensibilidade interpessoal e hostilidade. Isto pode indicar que com o avançar do diagnóstico, os participantes acabam por aceitar as suas limitações e já não sentem inferioridade social, diminuindo a tendência para o isolamento social. Também com o avançar do diagnóstico, os pacientes acabam por encontrar estratégias de coping para lidar com consequências de ter esta doença, levando a uma diminuição de comportamentos agressivos resultantes da não aceitação das limitações impostas pela mesma.

Limitações, implicações práticas e sugestões para futuras investigações

Uma vez findada a investigação, torna-se relevante apresentar as suas limitações, bem como algumas sugestões para investigações futuras. Uma primeira limitação remete para o reduzido tamanho da amostra e a limitação geográfica da sua recolha, o que não permite a sua representatividade. Outra limitação prende-se com o facto de os grupos diferirem ao nível de algumas variáveis sociodemográficas (e.g. idade e habilitações literárias), o que poderá ter influência na leitura dos resultados. A heterogeneidade da amostra em termos de características sociodemográficas não permitiu a realização de um maior número de análises e, conseqüentemente, uma maior exploração dos dados. Desta forma, sugestões para futuras investigações remetem pela realização de novos estudos com um grupo maior de participantes, para melhor compreender as diferenças que existem tanto a nível do sexo, como das habilitações literárias, entre outras. Também seria importante realizar uma investigação longitudinal para uma maior compreensão do impacto da doença com o avançar do diagnóstico e da idade.

Destacamos por outro lado, a forma como o ajustamento psicológico foi concetualizado incluindo o estudo de outras dimensões psicopatológicas, para além da ansiedade e da depressão. De referir que foi tomada a opção metodológica de avaliar apenas a componente física da qualidade de vida, considerando o estudo do ajustamento psicológico a partir do BSI. Neste sentido, seria pertinente, em estudos futuros, incluir também a componente da saúde mental para uma avaliação global da qualidade de vida.

Em conclusão, este estudo vem sugerir maiores dificuldades ao nível do ajustamento psicológico e a percepção de pior qualidade de vida (domínio físico), em doentes com AR. Desta forma é de realçar a importância de uma completa intervenção com doentes reumáticos, ou seja, o foco não seja apenas mantido na incapacidade e na função física, mas também nas conseqüências da doença ao nível mental e social (Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia & Grassi, 2009). Assim, a avaliação do ajustamento psicológico dos doentes com AR e a elaboração de programas de educação com o objetivo de ajudar o paciente a ajustar-se à nova condição física condicionada pela doença, torna-se relevante, não só como forma de monitorizar o *distress* psicológico, mas também de oferecer intervenções adequadas de âmbito psicossocial (Riemsma, Taal, Kirwan & Rasker, 2004; Dirik & Karanci, 2010). Neste contexto, será, ainda, importante enfatizar a importância dos profissionais de saúde se unirem para contribuírem para uma intervenção mais completa e ajudar a diminuir ou eliminar as perturbações psicopatológicas e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida geral dos pacientes (Cunha et al., 2016)

Referências Bibliográficas

- Ahmad, A. & Talaei, S. (2012). Understanding chronic pain patient's quality of life using interpretative phenomenological analysis approach. *Journal of Advanced Social Research*, 2 (2), 110-119.
- Altinkensen, E. & Gelecek, N. (2011). Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis. *Fizyoterapy Rehabilitasyon*, 22, 93-99.
- Alves, I. (2015). *Perceção de doença e ajustamento psicológico nas doenças difusas do tecido conjuntivo* (Dissertação de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Bath, P. (2003). Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist*, 43 (3), 387-395.
- Batista, J. (2016). *Adaptação à doença crónica: o caso das doenças auto-imunes* (Dissertação de Mestrado em Medicina). Universidade do Porto, Porto.
- De Bruin, A., Picavet, H. & Nossikov, A. (1996). *Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments*. WHO, Regional Publications European series, No. 58.
- Bedi, G., Gupta, N., Handa, R., Pal, H. & Pandey, R. (2005). Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Quality of life research*, 14, 1953-1958.
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenverger, J., Calfova, A., Macejova, Z., Lazurova, I., Dijk, J. & Groothoff, J. (2014). Social support as a moderator of functional disability's effect on depressive feelings in early rheumatoid arthritis: a four-year prospective study. *Rehabilitation Psychology*, 59 (1), 19-26. Doi: 10.1037/a0035115.
- Busse, R., Blümer, M., Scheller-Kreinsen, D. & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Campos, A., Silva, C., Castro, S. & Graminha, C. (2013). Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: Um estudo comparativo. *Revista de fisioterapia e pesquisa*, 20 (4), 401-407.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-3331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Castro-Santos, P. & Díaz-Peña, R. (2016). Genética da artrite reumatoide: é necessário um novo impulso em populações latino-americanas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56 (2), 171-177.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (Ed.). Hillsdale, NJ: Wadsworth.
- Costa, A., Brasil, M., Papi, J. & Azevedo, M. (2008). Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48 (1), 7-11.
- Coty, M., Salt, E., Myers & Abusalem, S. (2015). Factors affecting well-being in adults recently diagnosed with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 22(4), 493-504. Doi: 1177/1359105315604887.
- Covic, T., Cumming, S., Pallant, J., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, anxiety and depression scale (HADS). *BMC Psychiatry*, 12 (6). Doi: 10.1186/1471-244X-12-6.
- Cunha, M., Ribeiro, A. & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 217, 337-343.
- Dario, A., Kulkamp, W., Faraco, H., Gevaerd, M. & Domenech, S. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade*, 3 (6), 21-30.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64, 52-60.
- Dirik, G. & Karanci, A. (2014). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology & Health*, 25 (5), 617-632.
- DGS (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas: Plano nacional de saúde 2004-210. Retirado de http://www.spreumatologia.pt/files/page/15_programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas_file.pdf
- El-Miedany, Y. & El-Rasheed, A. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Join Bone Spine*, 69 (3), 300-306.

- Epireuma. (2014). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. Retirado de http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf.
- Evers, A., Kraaimaat, F., Geenen, R., Jacobs, J. & Bijlsma, J. (2002). Long-term predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: A 3 and 5 year follow-up. *Journal of Rheumatology*, 29 (11), 2327-2336.
- Ferreira, P. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa dos MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 33-66.
- Figueiredo, M., Soares, V., Cardoso, R., Alves, M. & Dias, S. (2004). Artrite reumatóide: Um estudo sobre a importância na artrite reumatóide da depressão e do ajustamento psicossocial à doença. *Revista Portuguesa de psicossomática*, 6 (1), 13-15.
- Hyphantis, T., Kotsis, K., Tsifetaki, N., Creed, F., Drosos, A., Carvalho, A. & Voulgari, P. (2013). The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 32, 635-644. Doi:10.1007/s10067-012-2162-6.
- Iaquinta, M. & McCrone, S. (2015). An integrative review of correlates and predictors of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 265-278.
- INS (2014). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Isik, A., Koca, S., Ozturk, A. & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 872-878. Doi: 10.1007/s10067-006-0407-y.
- Karaiskos, D., Mavragani, C., Sinno, M., Déchelotte, P., Zintzaras, E., Skopouli, F., Fetissov, S. Moutsopoulos, H. (2010). Psychopathological and personality features in primary sjögren's syndrome - associations with autoantibodies to neuropeptides. *Rheumatology*, 49 (9), 1762-1769.
- Kulkamp, W., Dario, A., Gevaerd, M. & Domenech, S. (2009). Artrite reumatoide e exercício físico: Resgate histórico e cenário atual. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 14 (1), 55-64.
- Manderbacka, K., Lundberg, O. & Martikainen, P. (1999). Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science & Medicine*, 48, 1713-1720.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6º Ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Masson, V., Monteiro, M. & Vedovato, T. (2010). Qualidade de vida e Instrumentos para a Avaliação de Doenças Crônicas- Revisão de Literatura. In *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no Século XXI* (1ª edição). Campinas: IPES.
- Matcahm, F., Ali, S., Hotopf, M. & Chalder, T. (2015). Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 39, 16-29.
- Matchm, F., Rayner, L., Steer, S. & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 12 (52), 2136-2148.
- Matcham, F., Scott, I., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G., Norton, S., Scott, D. & Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2 (44), 123-130.
- Mendes, S. (2009). *Avaliação do Estado Subjetivo de Saúde: Utilização de Questões Singulares por Diferentes Modos de Administração* (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Universidade do Porto, Porto.
- Monteiro, A. (2013). *Artrite Reumatoide: impacto da terapêutica com agentes biológicos nos parâmetros clínicos e laboratoriais* (Dissertação de Mestrado em Bioquímica). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Murphy, L., Sacks, J., Brady, T., Hootman, J. & Chapman, D. (2012). Anxiety and depression among US adults with Arthritis: Prevalence and correlates. *Arthritis Care & Research*, 64 (7), 968-976. Doi: 10.1002/acr.21685.
- Okosun, I., Choi, S., Matamoros, T. & Dever, G. (2001). Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Preventive medicine*, 32 (5), 429-436.
- Ovayolu, N., Ovayolu, O. & Karadag, G. (2010). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: A comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clinical Rheumatology*, 30, 655-664. Doi: 10.1007/s10067-010-1604-2.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A., Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspetos conceptuais. In Leal, I. & Pais- Ribeiro, J. *Psicologia da saúde: sexualidade, género e saúde*. (pp. 147-155). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & doenças*, 9(1), 73-87.
- Pereira, T. & Pereira, A. (2013). *SPSS-Guia Prático de Utilização* (8º Ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Persinoti, G. (2009). *Auxílio ao Diagnóstico de Artrite Reumatóide através de Técnicas de Inteligência Artificial* (Dissertação de Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, Ribeiro Preto.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5º Ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Piazza, J., Charles, S. & Almeida, D. (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *The Journal of Gerontology*, 62 (6), 313-321.
- Pires, A. & Joyce-Moniz, L. (2008). Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 309-326.
- Pires, A. & Joyce-Moniz, L. (2010). Procedimentos de auto-sugestão no confronto com duas patologias reumáticas auto-imunes: Artrite reumatoide e espondilite anquilosante. *Psychologica*, 1 (52), 301-314.
- Praça, M. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes/Nordeste* (Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Queiroz, M. & Branco, J. (2003). História Breve da Reumatologia Portuguesa. Retirado de <http://www.spreumatologia.pt/historia-breve-da-reumatologia-portuguesa>
- Rezaei, F., Doost, H., Molavi, H., Abedi, M. & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36 (2)., 57-64.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R. & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255.
- Riemsma, R., Taal, E., Kirwan, J. & Rasker, J. (2004). Systematic review of rheumatoid arthritis patient education. *Arthritis & Rheumatism*, 51 (6), 1045-1059.
- Rogers, H., Brotherton, H., Plaza, S., Durán, M. & Altamar, M. (2015). Sintomas depressivos e de ansiedade e apoio social estão associados de modo independente à qualidade de vida específica da doença em pacientes colombianos com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55 (5), 406-413.

- Salaffi, F., Carotti, M., Gasparini, S., Intorcchia, M. & Grassi, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: A comparison with a selected sample of healthy people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (25), 1-12. Doi: 10.1186/1477-7525-7-25.
- Schumacher, H. (1993). Classification of the rheumatic diseases. In Schumacher, H. (Ed.). *Primer on the rheumatic diseases* (pp.36-37). Atlanta: Arthritis Foundation.
- Sharpe, L., Sensky, T. & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713-719.
- Silva, J. (2005). *Reumatologia Prática*. Diagnóstico, Coimbra.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2013) Manual informativo para o doente com artrite reumatóide. Retirado de http://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_AR_01.pdf
- Stanton, A., Revenson, T & Tennen, H. (2007). Health Psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Tobón, G., Youinou, P. & Saraux, A. (2010). The environment, geo-epidemiology and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *Journal of Autoimmunity* 35, 10-14. Doi: 10.1016/j.jaut.2009.12.009.
- Tsai, P. (2005). Predictors of distress and depression in elders with arthritic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (2), 158-165.
- VanDyke, M., Parker, J., Smarr, K., Hewett, J., Johnson, G., Slaughter, J. & Walker, S. (2004). Anxiety in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51 (3), 408-412.
- Ware, J. & Sherbourne, C., (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- WHO (1997). WHOQOL-Measuring quality of life. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, R., Bombardier, C., Goldenberg, D., ... Sheon, R. (1990). The American College of Rheumatology: criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160- 172.
- Zolnierczyk-Zreda, D., Jedryka-Góral, A., Bugajska, J., Bedynska, S., Brzosko, M. & Pazdur, J. (2017). The relationship between work, mental health, physical health, and fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, 00 (0), 1-9. Doi: 10.1177/1359105317727842.