



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Ajustamento Conjugal e Psicológico em Doentes Reumáticos**

**Catarina Sofia Dória Gonçalves**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia clínica e da saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Ana Isabel Silva Santos Barbosa Cunha  
Co-orientadores: Prof. Doutora Marta Alves; Dra. Margarida Oliveira; Dr. Paulo Monteiro

**Covilhã, Outubro de 2015**



## Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e irmão. É com o maior orgulho que vos dedico esta minha conquista, que no fundo também é nossa.



## Agradecimentos

Inicialmente gostaria de começar por agradecer à Prof. Doutora Ana Cunha, por todos os ensinamentos partilhados, assim como por todo o apoio e atenção que sempre demonstrou ao longo deste trabalho, o meu grande obrigado.

Aos coorientadores, Prof. Dra. Marta Alves, pela sua total disponibilidade e apoio fundamental no progresso deste trabalho. Agradeço ainda à Dra. Margarida e o Dr. Paulo Monteiro.

Ao Hospital Cova da Beira e ao Centro Hospitalar Tondela Viseu que permitiram que este trabalho fosse possível. A todos os auxiliares do sector da reumatologia, particularmente à enfermeira Isabel por todo o carinho, apoio e profissionalismo com que me recebeu.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram ao longo desta caminhada, e que reuniram todos os esforços para que se tornasse possível, não há palavras que possam descrever a gratidão e amor que tenho para com vocês. Ao meu irmão, que está sempre lá para mim, e do qual me orgulho cada vez mais. Sem vocês nada disto seria possível, amo-vos.

Ao meu avô, que me ensinou que sem esforço e dedicação não vamos a lado nenhum, pelas inúmeras manifestações de carinho e pelo exemplo que serás sempre para mim, um especial obrigado por tudo o que me deste até aqui. Pelas imensas saudades que tenho.

Aos meus avós e tios pelos gestos de carinho, amor incondicional e dedicação que sempre demonstraram. Aos primos e primas, aos meus índios e aos meus dórias, que serão sempre irmãos do coração para mim, e com os quais faço questão de partilhar todos os momentos. Que continuemos sempre a ser os melhores amigos.

Ao João Pedro, por estar sempre presente ao longo destes anos, contigo ao meu lado tudo tem um significado diferente, foste fundamental. Pelo namorado que és, mas acima de tudo pelo grande amigo que sempre demonstras ser. Pelo carinho, dedicação, pelos bons e maus momentos, pelas palavras certas quando eu mais preciso, pelo tempo que não estive contigo e pelo tempo que espero vir ainda a partilhar contigo. Um obrigado nunca será suficiente.

Aos amigos, especialmente à Vanessa Rodrigues, por estarmos sempre lá uma para a outra há mais de 20 anos, pela amizade incondicional, que mesmo estando longe está sempre perto. És essencial na minha vida. À Nádia e ao meu pequenino Martim, por terem entrado na minha vida e se terem tornado tão especiais, obrigado por tudo.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Á Tânia Martins, André Barros, e especialmente ao Micael, que são o melhor que estes 5 anos me poderiam ter dado, levo-vos comigo para onde quer que eu vá. Um grande obrigado, pelas gargalhadas, pelos choros, pela preocupação, pelo conhecimento partilhado, pelos momentos de grande companheirismo que partilhamos juntos, sem vocês não teria sido a mesma coisa. Tornaram-se muito importantes, e quem me dera ser estudante para sempre, só para vos ter por perto.

## Resumo

As doenças reumáticas são um importante problema social e económico, cujo impacto tem vindo a crescer, sendo essencial compreender e acompanhar o impacto que estas acarretam na qualidade de vida do doente.

A presente investigação teve como objetivo analisar a relação entre o ajustamento conjugal e o ajustamento psicológico em doentes reumáticos. Participaram neste estudo 52 sujeitos, com diagnóstico de doença reumática, com idades entre os 25 e 77 anos. Os instrumentos utilizados foram: a Escala de Ajustamento Mútuo (Lourenço e relvas, 2003) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).

Os resultados sugerem a existência de uma associação significativa entre as dimensões do ajustamento conjugal e as dimensões de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ansiedade e depressão. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis sexo, idade, ter outra doença crónica e o acompanhamento psicológico, e a perceção de ajustamento mútuo global. Os resultados serão discutidos com base na literatura sobre a área.

## Palavras-chave

Doenças reumáticas; Ajustamento psicológico; Ajustamento conjugal.



## Abstract

Rheumatic diseases are an important social and economic problem, whose impact has been growing, being essential to understand and monitor the impact that these entail on the patient's quality of life.

The present research aimed to analyse the relationship between the marital adjustment and psychological adjustment in rheumatic patients. Participated in this study 52 subjects, with diagnosis of rheumatic disease, aged 25 and 77 years. The instruments used were: the mutual adjustment scale (Lourenço e relvas, 2003) and the inventory of psychopathological symptoms (Canavarro, 1999).

The results suggest the existence of a significant association between the dimensions of the marital adjustment and the dimensions of psychopathological symptoms, including anxiety and depression. There were no statistically significant differences for the variables sex, age, have another chronic disease and psychological follow-up, and the perception of mutual global adjustment. The results are discussed on the basis of the literature on the area.

## Keywords

Rheumatic diseases; Psychological adjustment; Marital adjustment.



# Índice

Dedicatória

Agradecimentos

Resumo

*Abstract*

Lista de tabelas

Lista de acrónimos

1. Introdução	1
<b>Capítulo I: enquadramento teórico</b>	<b>3</b>
1. Doenças reumáticas	5
2. Tipos de doenças reumáticas	6
A. Artrite reumatóide;	6
B. Lúpus;	7
C. Artrite psoriática;	8
D. Espondilite Anquilosante;	9
E. Esclerodermia;	10
F. Sjögren.	11
3. Ajustamento psicológico	12
3.1 Definição;	12
3.2 Factores de protecção e de risco do ajustamento psicológico;	13
4. Ajustamento conjugal	16
4.1 Definição;	16
4.2 Impacto da doença no ajustamento conjugal;	16
4.3 Importância do apoio e satisfação conjugal na doença;	17

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

<b>Capitulo II: Metodologia</b>	<b>21</b>
1. Objetivos do estudo	23
2. Participantes	23
a. Critérios de inclusão;	23
b. Caracterização da amostra;	23
3. Instrumentos;	26
a. Questionário sócio - demográfico;	26
b. Escala de ajustamento mútuo (Lourenço e relvas, 2003);	26
c. Inventário de sintomas psicopatológicos (Canavarro, 1999);	27
4. Procedimentos de recolha de dados.	28
5. Análise estatística.	28
<b>Capitulo III- resultados</b>	<b>31</b>
1. Estudos prévios;	33
2. Apresentação dos resultados.	34
3. Síntese dos resultados	38
<b>Capitulo IV- discussão e conclusões</b>	<b>41</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>47</b>





## Lista de Tabelas

Tabela 1: caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas;

Tabela 2: caracterização da amostra em função dos dados familiares;

Tabela 3: caracterização da amostra em função da condição clínica;

Tabela 4: valores de alpha de cronbach para o BSI e a EAM e as respetivas dimensões;

Tabela 5: teste de kolmogorov-swirnov para a distribuição da amostra;

Tabela 6: comparação entre médias entre o IGS, depressão e ansiedade e os valores de referência do instrumento;

Tabela 7: coeficiente de correlação de Pearson, entre EAM e o IGS;

Tabela 8: correlação de Spearman para as dimensões da EAM e do BSI;

Tabela 9: teste T-EStudent para comparações de médias entre a perceção de ajustamento e a variável sexo;

Tabela 10: ANOVA para comparação de diferenças entre a percecao de EAM \_ total e a idade;

Tabela 11: teste T-EStudent para comparação de médias entre a perceção de ajustamento e a variável outro problema de saúde crónico;

Tabela 12: teste T-EStudent para comparação de médias entre a perceção de ajustamento conjugal e a variável acompanhamento psicológico.



## Lista de Acrónimos

AR	Artrite reumatóide
LES	Lúpus eritematoso sistémico
BSI	Inventário de sintomas psicopatológicos
EAM	Escala de ajustamento mútuo
EAM _ Total	Somatório da escala de ajustamento mútuo
IGS	Índice geral de sintomas
ANOVA	Análise da variância



## Introdução

Com base nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), Bastos (2012) define a doença crónica como sendo uma doença geralmente de progressão lenta, com longa duração e que inclui um conjunto variável de situações, tendo-se assistido nos últimos anos a um crescimento considerável deste tipo de doenças. Quando nos referimos a dor crónica, é aquela que persiste por mais de três meses, para fins clínicos, ou seis meses, para fins de pesquisa, manifestando-se de forma contínua ou intermitente (Almeida, Kurita, Braga, & Pimenta, 2010).

A doença crónica tem implicações ao nível psicossocial, físico (atividade corporal e aparência física), psicológico (reações emocionais) e social (família e amigos), o que conseqüentemente vai resultar em alterações no modo de vida do doente e da família que necessitam de fazer um reajustamento devido à nova circunstância (Bazako, 2003; Paul, et al., 2001, cit in Mendes, 2004)

Dentro das doenças crónicas inserem-se as doenças Reumáticas que constituem o grupo de patologias mais frequentes nos países desenvolvidos. São um importante problema social e económico, cujo impacto negativo em termos de saúde pública tem tendência a crescer devido ao aumento da longevidade da população e aos estilos de vida, sendo em algumas sociedades a maior causa de mortalidade (Sá & Oliveira, 2012).

V. Queiroz (1996, cit in Pires & Joice-Monyz, 2008) refere que as doenças reumáticas representam a primeira causa de doença do homem, o primeiro motivo de consulta médica, a primeira causa de absentismo laboral, o primeiro motivo de invalidez, atingindo 8 a 10% dos portugueses, levando estas doenças a ocupar o primeiro lugar no que diz respeito a prevalência de doenças crónicas, sendo uma das maiores causas de custos económico-financeiros no campo da saúde.

Pires & Joice-Monyz (2008) referem que devido ao aumento significativo destas patologias em todo o mundo, é essencial compreender e acompanhar o seu impacto na qualidade de vida do doente. Para além da perda de funcionalidade e de autonomia, características das doenças reumáticas, esta têm também uma natureza emocionalmente perturbadora, pois além das perdas acima referidas acrescem outras que aumentam o sofrimento ao utente, nomeadamente perda do bem-estar; diminuição da auto-estima; incapacidade para o envolvimento em atividades recreativas e de tempos livres; perda do estatuto profissional; prejuízos financeiros, sendo comuns sentimentos como raiva, tristeza, ansiedade entre outros (Pires & Joice-Monyz, 2008).

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Como referido anteriormente, estas doenças são crónicas, podendo muitas vezes durar longos períodos ou apresentarem recaídas frequentes ao longo do tempo, sendo que a sua maioria não tem cura. (Catalano & Hardin, 2004).

Existindo assim uma relação entre as doenças reumáticas e perturbações psicológicas, é de referir a relevância e utilidade do papel da psicologia da saúde na adaptação do doente á sua doença (Pires & Joice-Monyz, 2008). Para além disso também esta demonstrado uma vez que está demonstrado que existe uma relação entre um fraco ajustamento conjugal e um estado de saúde física mais pobre, mostrando que a relação conjugal afeta a saúde física (Slatcher, 2010).

Atendendo a relevância do tema em questão, o presente trabalho procura contribuir para compreender e descrever a relação existente entre o ajustamento conjugal e ajustamento psicológico nas doenças reumáticas. Assim no primeiro capítulo será apresentada uma revisão teórica de forma a enquadrar e elucidar acerca da problemática em questão. No segundo capítulo será descrita a metodologia, incluindo os objetivos da investigação, os instrumentos usados e a caracterização da amostra. Por fim no terceiro capítulo serão apresentados os resultados do estudo e no quarto capítulo a respetiva discussão, terminando o trabalho com uma conclusão.

# Capitulo I: Enquadramento teórico



## 1. Doenças reumáticas

As doenças reumáticas, constituem um importante problema económico e social, sendo o grupo de doenças mais frequentes nos países desenvolvidos, e como resultado do aumento da longevidade da população e dos seus hábitos de vida, o seu impacto negativo em termos de saúde pública tem tendência para crescer (Costa, 2011).

Queiróz (2002, cit in Sá & Oliveira, 2012) refere que as doenças reumáticas podem ser definidas como alterações funcionais do sistema músculo-esquelético, sem fonte traumática. Sá & Oliveira (2012) referem ainda que a dor é o primeiro sintoma a aparecer e o mais predominante, sendo assim condição permanente para quem vive com uma doença reumática. Com a evolução da doença diversas articulações e órgãos podem ser afectados, resultando muitas vezes numa diminuição da independência e mobilidade.

Tendo por base os dados da Direcção Geral de Saúde, Costa (2011) refere que, em Portugal, a prevalência das doenças reumáticas é de 20 a 30%, com aproximadamente 4000 doentes diagnosticados. De acordo com a mesma autora, cerca de 40 a 60% de situações de incapacidade prolongada para algumas actividades de vida diária e entre 35 a 41% do total de reformas antecipadas por doença, são devidas a estas doenças, representando assim a primeira causa de incapacidade temporária em Portugal.

Os sintomas crónicos das doenças reumáticas, a incerteza acerca da variabilidade dos sintomas e a dor causam impacto psicológico nos indivíduos e, muitas vezes, contribuem para a depressão e ansiedade. As várias doenças reumáticas afetam os pacientes em diversos níveis, inclusive a nível emocional, físico, sexual, psicológico e financeiro, e consequentemente causam problemas nas relações, na maioria das actividades e tornam tarefas simples em tarefas difíceis (Sá & Oliveira, 2012).

Existem mais de 100 tipos de doenças reumáticas. No nosso estudo serão incluídas doentes com a Artrite Reumatóide, Lúpus eritematoso sistémico, Artrite Psoriática, Espondilite Anquilosante, Esclerodermia e Síndrome de Sjögren, pelo que apresentaremos, em seguida, uma breve caracterização destas patologias.

## 2. Tipos de doenças reumáticas

### A. Artrite reumatóide

Sirois e Hirsch (2013), referem com base na *Arthritis Society* de Toronto, que a artrite reumatóide (AR) é uma das doenças reumáticas mais comuns, tratando-se de uma das dez principais causas de incapacidade do mundo. Podemos definir AR como uma doença inflamatória crónica, que causa danos progressivos no sistema músculo-esquelético, tendo uma origem auto-imune, com etiologia ainda desconhecida (Plasqui, 2008, cit in Dário, Kulkamp, Farraco, Gevaerd & Dowenech, 2010).

Apesar de o termo artrite se referir a inflamação das articulações, mais do que isso, trata-se de uma doença do tecido conjuntivo que pode envolver vários órgãos, com manifestações articulares, orgânicas e sistémicas (Moreland, 2006 cit in, Nunes, 2011). Pacientes com esta doença experienciam sintomas como dor, rigidez articular (particularmente matinal), tumefacção e destruição das articulações (Kojima, Kojima, Ishiguro, Oguchi, Oba et al, 2009). Frequentemente as articulações mais afectadas são as sinoviais periféricas, como os punhos, tornozelos, e as metacarpofalângicas. Contudo, com o avanço da doença também podem ser envolvidos os joelhos, ombros, cotovelos e ancas (Goeldner, Skare, Reason & Utiyama, 2011).

Num estudo (EpiReuma.pt) que teve como objetivo determinar a prevalência das doenças reumáticas em Portugal, conclui-se que os doentes com artrite reumatóide representam 0.7% da população portuguesa, com maior incidência nas mulheres, sendo mais prevalente na região do Alentejo.

As manifestações clínicas resultantes desta condição prejudicam a execução das atividades profissionais, sociais e de vida diária, resultando num aumento do impacto da doença, tanto ao nível da qualidade de vida, como sobre a saúde mental dos seus portadores, acrescendo o risco de mudanças negativas no bem-estar psicológico (Salaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia & Grassi, 2009 cit in Dário et al, 2010). Juntamente com as dores, a incapacidade física e a dificuldade na realização de atividades prazerosas, pode resultar numa falta de controlo percebido, levando a sentimentos de ansiedade, depressão e impotência (Barlow, Cullen & Rowe, 2002). Numa meta análise sobre o tema, Dickens, McGowan, Clark-carter e Creed (2002) relataram uma maior prevalência de perturbação depressiva major entre os pacientes com artrite reumatóide, quando comparados com indivíduos saudáveis. Fatores como o stress e o isolamento social podem contribuir para o desenvolvimento dessa perturbação, sendo o stress social reconhecido como a grande causa de depressão na população em geral e tendo sido associado com a depressão na artrite reumatóide (Dickens, Jackson, Tomenson, Hay & Creed, 2003).

Apesar do carácter crónico enunciado anteriormente, a artrite reumatóide pode ser controlada através do uso adequado de medicamentos antireumáticos, sendo o seu tratamento um processo contínuo e complexo que requer um acompanhamento periódico (Goeldner, Skare, Reason & Utiyama, 2011).

### B. Lúpus eritematoso sistémico

O lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma doença crónica, de natureza auto-imune, que afeta particularmente o tecido conjuntivo. É de causa ainda desconhecida e caracterizada pela presença de diversos tipos de auto-anticorpos, podendo expressar-se de maneira multisistémica (Rodrigues, Freitas & Correa, 2013). Dentro dos vários tipos de lúpus inclui-se, o lúpus discoide, o lúpus eritematoso cutâneo subagudo, o lúpus induzido por drogas e o lúpus eritematoso sistémico, sendo de destacar o último pelo seu carácter sistémico e abrangente (Martins, 2005).

O lúpus eritematoso sistémico (LES) pode causar sérios problemas ao longo da vida, uma vez que se trata de uma doença inflamatória, auto-imune, caracterizada por períodos de remissões e exacerbações, que podem atingir várias partes do corpo, particularmente a pele, as articulações, o sangue e os rins (Araújo & Traverso - Yepez, 2007). Esta doença ocorre em qualquer idade, afetando ambos os géneros e raças, contudo é 8-10 vezes mais prevalente nas mulheres em estado fértil do que em homens (Martins, 2005). Segundo o EpiReuma.pt, o LES tem uma prevalência de 0.1% na população portuguesa, com maior incidência nas mulheres, particularmente na região do Algarve.

Dentro dos sintomas associados à doença, Zerbini & Fideliz (1989, cit in, Araújo & Traverso - Yepez, 2007) referem como principais, a artrite, a febre e os problemas de pele (vermelhidão da face em “asa de borboleta”). Para além destes também são comuns a fotossensibilidade, queda de cabelo, feridas no nariz e na boca e ainda cansaço, perda de peso, problemas renais, cardíacos, pulmonares e aumento dos gânglios. Depressão e complicações neurológicas e psicóticas são também comuns.

O LES afeta o doente em vários níveis, nomeadamente a nível biológico, cognitivo, social e psicológico. A repercussão psicológica no doente, o peso físico da doença e da sua gravidade, e ainda as dores e limitações que a doença acarretam nas actividades do dia-a-dia, afetam a qualidade de vida e o bem-estar destes doentes (Sampaio, 1998, cit in Martins, 2005).

São vários os sintomas psicológicos que os portadores de LES podem apresentar, nomeadamente sintomas como tristeza, choro, insónia, falta de apetite, desânimo ou ansiedade, irritabilidade, diminuição da auto-estima, dificuldades na concentração, diminuição da memória e fadiga (Tavares, 2004 cit in, carvalho, 2013). A própria doença e as

repercussões psicológicas podem levar a que indivíduos com LES sofram de perturbações de humor, sendo também comum os mesmos apresentarem maiores níveis de ansiedade quando comparados com a população saudável (Skare, Biondo, Outi, Marfim, Pedri e Kroda, 2008).

O facto das manifestações clínicas serem tão variáveis, contribuem para que por vezes não ocorra um diagnóstico precoce e se aplique a terapêutica adequada, o que vai prejudicar a evolução clínica dos pacientes (Ayache & Costa, 2005), devendo o tratamento ser personalizado e ajustado em função da gravidade e dos sistemas e órgãos afetados (Araújo & Traverso - Yopez, 2007).

### C. Artrite psoriática

O termo artrite psoriática deve-se a Louis Aliberti, que, em 1818, reconheceu a associação entre psoríase e artrite. Contudo, atualmente, é reconhecida como condição articular inflamatória, distinguida dos outros tipos de artrite pela presença concomitante, de psoríase cutânea e negatividade para fator reumatóide (Goldenstein-Snainberg, Faravato & Ranza, 2012).

A artrite psoriática insere-se dentro do grupo das espondiloartrites, onde se inclui, a espondilite Anquilosante, a artrite reativa, a artrite associada a doença intestinal inflamatória e a espondiloartrite indiferenciada (Moll & Wright, 1973 cit in, Feutchtenberg, Kleinert, Tony & Kneitz, 2008). Esta doença é mais prevalente em populações de raça branca, apresentando um pico de incidência por volta dos 40-50 anos de idade, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, com uma frequência semelhante em ambos os géneros (Goldensteins-Schainberg, Favarato & Ranza, 2012).

Representa uma doença crónica inflamatória, que afeta as articulações periféricas, axiais e estruturas periarticulares (Feurchtenberg et al, 2008), tendo uma evolução frequentemente recorrente (Mease & Goffe, 2005). Os sintomas desta incluem dor recorrente nas articulações, nos tendões e ligamentos e rigidez articular; ao nível físico ocorrem tumefacção e deformidades articulares (Kammer, Gibson, Schur, 1979 cit in Mease & Goffe, 2005), fadiga, e redução da mobilidade.

A artrite psoriática tem um forte impacto negativo na qualidade de vida dos seus portadores, tratando-se de uma doença grave que afecta em larga escala a forma como a pessoa se vê a si mesma e como os outros a vêem (Bhosle, Kulkarni, Feldman & Balkrishnan, 2006). A estigmatização social, assim como a dor, o desconforto, a incapacidade física e a angústia psicológica são alguns dos aspetos frequentemente associados a esta doença. Como resultado disso, muitas vezes os pacientes têm de lidar com problemas relacionados com a imagem corporal, auto-estima, auto-conceito e ainda sentimentos de estigma, vergonha e

embaraço em relação a sua aparência ( Fortune, Richards & Griffiths, 2005 cit in, Bhosle, Kulkarni, Feldman & Balkrishnan, 2006 ).

O stress emocional resultante da artrite psoriática, representa um fator importante no desencadear de uma crise articular ou cutânea, pelo que o suporte psicológico deve ser tido como importante e indispensável na condução do tratamento dos pacientes psoriáticos, de forma a garantir um sentimento de controlabilidade da doença (Weinstein, cit in Sampaio - Barros, Azevedo, Bonfiglioli, Campos, Carneiro, Carvalho, et al, 2007). O tratamento deve ser assim individualizado e precoce, de forma a evitar a incapacitação funcional e melhorar a qualidade de vida dos doentes, sugerindo-se sempre uma abordagem multidisciplinar (Goldenstein-Snainberg, Faravato & Ranza, 2012).

### D. Espondilite Anquilosante

A Espondilite Anquilosante, também inserida no grupo das espondilartrites, é caracterizada por uma restrição da mobilidade e inflamação da coluna vertebral e da pelve (Aydin, Bayraktar, Turan, Omurm, Tastaban & Sendur, 2015).

Com base nos dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Santos (2013), refere que apesar da taxa de prevalência não estar bem estudada em Portugal, estima-se que existam 2-3 casos em cada 1000 indivíduos, incidindo particularmente no sexo masculino. Em Portugal existem 3000 a 5000 casos diagnosticados com Espondilite Anquilosante (Silva & Portelinha, 2006, cit in, Santos, 2013).

A Espondilite Anquilosante apresenta um carácter evolutivo, tendo uma etiologia ainda desconhecida. Como doença progressiva e dolorosa que é, afeta particularmente o esqueleto axial (articulações entre as vértebras), e as articulações sacro - ilíacas (articulações entre o sacro e os ossos ilíacos), gerando dores nas costas e rigidez na coluna (Santos, 2013). São característicos desta doença, sintomas como a rigidez, a dor inflamatória axial, a fadiga, dificuldades no sono, falta de flexibilidade, preocupação com a aparência, sendo que para além destes também acarreta implicações psico-familiares e socioprofissionais, levando a que esta tenha um forte impacto na qualidade de vida do seu portador, a todos os níveis, incluindo ao nível do bem-estar psicológico (Santos, 2013).

A qualidade de vida dos doentes fica assim comprometida, levando-o a restringir as atividades do dia-a-dia, assim como a diminuir a sua atividade física, gerando sentimentos de fadiga, distúrbios de sono, ansiedade, depressão e stress (Ribeiro, Leite, Silva & Sousa, 2007).

Atualmente já existem boas opções terapêuticas (Santos, 2013), que têm como principal objetivo, minimizar e prevenir os sintomas característicos desta (Ribeiro et al, 2007).

### E. Esclerodermia

A Esclerodermia é uma doença que afeta inúmeros sistemas fisiológicos, tornando difícil o diagnóstico, o prognóstico e mais importante ainda o tratamento (Ruzek, Sharda, Ledbetter, Richards & Garman, 2004). Com uma extensão e causa amplamente variável, a Esclerodermia pode ser definida como uma doença auto-imune, caracterizada por uma acumulação excessiva do tecido conjuntivo, afetando a pele, os músculos, articulações e órgãos internos, particularmente os pulmões, o coração, os rins e o intestino (Lankveld, Vonk, Teunissen & Hoogen, 2007). Segundo Hinchcliff & Varga (2008), a esclerodermia envolve o sistema cardiovascular (tendo como característico o *fenómeno de Raynaud*, caracterizado pela mudança de cor dos dedos quando expostos a baixas temperaturas ou a stress emocional), o sistema gastrointestinal, o músculo-esquelético, o sistema pulmonar, o renal e por fim a pele.

Com uma incidência mais elevada entre os 40 e os 50 anos, esta doença afecta particularmente as mulheres entre os 30 e os 60 anos (Villas et al, 2002, cit in Araújo, 2014), estimando-se que em Portugal existam 2500 doentes diagnosticados com esta doença.

Com graves alterações físicas, particularmente ao nível do rosto e das mãos, a Esclerodermia pode provocar, inchaço nos dedos das mãos, perda de pregas cutâneas naturais, hipo - ou hiperpigmentação e alterações faciais, que envolvem modificações no aspecto dos olhos e nariz, diminuição da flexibilidade dos lábios, perda de capacidade de abrir e fechar a boca e os lábios (Malcarne, Hansrdottin, Greenbergs, Clements & Meisman, 1999 cit in, Sampaio-barros, Zimmermann, Muller, Borges, Freire, Marett, et al, 2013).

A presença de dor crónica, a fadiga, a insatisfação com a aparência física e a incapacidade física, leva a que a prevalência de sintomas depressivos seja muito comum em pacientes com esta doença, resultando numa reduzida qualidade de vida dos mesmos (Haythornthwaite, 2003 cit in Araújo, 2014). Num estudo que tinha como objectivo perceber a associação entre as variáveis sociodemográficas, a doença e os aspetos psicossociais, incluindo a aparência física e o medo em relação ao futuro, e os sintomas depressivos em doentes com esclerodermia, foi encontrada uma forte presença de sintomas depressivos nos pacientes em questão (Kwakkenbos, Lankveld, Vonk, Becker, Horgen & Ende, 2012), sendo também de destacar a presença de sintomas de ansiedade, muito comuns nestes doentes (Hansdottin, Malcarne, Furst, Weisman & Clements, 2004 cit in, Leite & Maia, 2013).

O tratamento, como resultado da grande variabilidade de manifestações clínicas, é baseado em estratégias órgão - específicas, uma vez que cada um pode precisar de medicação diferente e específica (Sampaio - Barros, et al, 2013).

### F. Síndrome de Sjögren

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

A síndrome de Sjögren é uma doença relativamente recente, tratando-se de uma condição inflamatória crónica, com natureza auto-imune, sistémica, na qual há uma infiltração linfocítica das glândulas exócrinas, sendo as glândulas salivares e lacrimais os principais órgãos afectados (Santos, Bruno, Sandoval, Albanesi, Florez, Zanini & Zanini, 2013).

A Sjögren pode ser distinguida entre dois tipos, a primária caracterizada pela xerostomia (boca seca), e a xerofthalmia (olhos secos), com manifestações extra glandulares, mas sem mais nenhuma doença reumática auto-imune associada; e a secundária, que ocorre em associação com outra doença reumática auto-imune como o lúpus, ou a artrite reumatóide, por exemplo (Suicliffe, 2006).

Dentro dos sintomas característicos desta doença encontram-se principalmente as manifestações glandulares (olhos arenosos e secos ou boca seca, dificuldades em produzir lágrimas, inchaço nas glândulas salivares maiores, cáries dentárias severas e infecções recorrentes); e ainda manifestações sistémicas, sendo as mais comuns a dor, a secura e o cansaço. Além das mencionadas também há um comprometimento articular, podendo ocorrer vasculites, manifestações gastrointestinais, envolvimento pulmonar, lesões renais e neurológicas (Suicliffe, 2006).

Com uma relação entre os sexos na proporção de 9 mulheres para 1 homem, a Sjögren pode ocorrer em todas as idades, contudo afecta particularmente mulheres entre os 52 a 72 anos, representando 2.7 % da população geral (Santos, et al, 2013).

Para além do impacto físico anteriormente mencionado, esta doença também afecta os doentes a nível social e emocional (Amenabar, Martins, Cheubini, 2004 cit in, Santos et al, 2013). Neste tipo de doentes, são comuns patologias como a depressão, ansiedade e perturbações de personalidade (marcadas pelo neuroticismo, psicoticismo e obsessão), (Karaiskos, Mauragani, Sinno, Dechelotte, Zintzaras, Skopouli & Moutsopoulos, 2010).

Não existe atualmente uma cura para a Sjögren, sendo o seu tratamento direccionado para o alívio dos sintomas (Rehman, 2003), de forma a melhorar a qualidade de vida dos portadores, modificando o curso da doença, evitando e minimizando as sequelas (Felberg & Dantas, 2006).

### **3. Ajustamento psicológico nas doenças reumáticas**

#### **3.1. Conceito de ajustamento**

Aquando do diagnóstico médico de uma doença crónica, é necessário que os pacientes encontrem novas maneiras de se ajustar a sua nova condição, uma vez que são confrontados

com situações novas, com as quais podem não estar preparados para enfrentar, podendo ser necessário alterar as suas maneiras habituais de lidar com estas situações (Taylor, Aspinwall, 1996, cit in Ridder, Geenen, kuijer & Middendorp, 2008).

Os termos ajustamento e ajustamento psicológico, referem-se ao reequilíbrio saudável que os pacientes fazem às suas novas circunstâncias (Ridder, Geenen, kuijer & Middendorp, 2008). Deste modo o conceito refere-se, a um estado desejável, permitindo uma melhor adaptação à situação nova, podendo ser visto como uma resposta a uma mudança no ambiente biologicamente determinado, remetendo-nos para uma dimensão temporal ao considerar que o ajustamento acontece com o passar do tempo (Brennan, 2001, citado por Sharpe & Curran, 2006).

Com base no Dicionário de Psicologia de Pieron, Pais - Ribeiro, Silva, Pedro, Meneses, Cardoso, & Mendonça et al (2010) referem que o ajustamento diz respeito às alterações provocadas pelo aparecimento e desaparecimento de uma excitação, estando relacionado com os esforços para eliminar um estímulo específico em acção nesse momento. De acordo com Diener (2000, cit in kohlsdorf & Costa Júnior, 2008), podemos definir o ajustamento psicológico como sendo o equilíbrio entre afectos negativos e positivos usados por um indivíduo diante de uma dada situação, representando assim, um relato de natureza emocional e subjetiva.

O ajustamento engloba vários componentes, inclusive os domínios interpessoais, cognitivos, emocionais, físicos e comportamentais (Stanton, Revenson, e Tennen, 2007). Os mesmos autores caracterizam o ajustamento à doença como um processo dinâmico, que se desenvolve ao longo do tempo, marcado por uma diversidade acentuada na forma como os indivíduos se ajustam a essa condição. Stanton et al (2001, cit in Stanton, Reverson, & Tennen, 2007), referem que podemos entender e estudar o processo de ajustamento, através do domínio de tarefas relacionadas com a adaptação à doença; da preservação do estado funcional; da percepção da qualidade de vida em diferentes domínios; e ainda através da ausência de perturbação psicológica; do baixo afecto negativo, e do humor positivo e manutenção de objectivos de vida.

Ryff (1989, cit in Resende, et al, 2007) tendo em conta seis domínios do funcionamento psicológico, propôs um modelo multidimensional de bem-estar psicológico como sinónimo de ajustamento, incluindo a auto aceitação; o estabelecimento de metas e objectivos que permitam ter um propósito na vida; ter domínio sobre as exigências complexas da vida diária; ter um sentido de desenvolvimento contínuo e auto realização (crescimento pessoal); possuir relações positivas de afecto e confiança com os outros e por fim, estar apto a seguir as suas próprias convicções (autonomia).

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Walker, Jackson e Littlejohn (2004) com base em diversos estudos afirma que indivíduos com condição reumática têm de lidar com a dor, a incapacidade e a incerteza sobre as suas capacidades físicas, ambiguidade sobre o curso da sua doença, sendo que isso influencia a adaptação física e psicológica à sua condição, mostrando o importante papel do ajustamento psicológico no curso da doença. Assim os indivíduos deparam-se com mudanças na sua condição, caracterizada por remissões e flutuações na dor e incapacidade, no qual as tarefas de ajustamento psicológico irão certamente alterar-se.

A aceitação que os factores psicológicos têm um papel na etiologia e curso das doenças crónicas, incluindo as doenças reumáticas, foi durante algum tempo desconhecido. De facto, agora é reconhecido que o ajustamento psicológico tem um papel relevante na resistência e no curso da doença (Walker, Jackson & Littlejohn, 2004), sendo assim necessário para que as pessoas assumem o controlo da doença e da sua vida e como resultado melhorem o ajustamento, estimular as capacidades para se adaptarem de maneira positiva ao novo estilo de vida (Resende, 2006).

As doenças crónicas reumáticas requerem assim uma constante adaptação psicológica, uma vez que os indivíduos têm de aprender a chegar a um acordo com uma dolorosa e incapacitante condição, que é imprevisível no seu curso (Newman & Mulligan, 2000). A condição reumática não é estática mas muda com o tempo, e como tal requer um ajustamento contínuo as novas características de modo a permanecer o mais saudavelmente possível (Watts, Conaghan, Denton, Foster, Isaacs & Muller-Ladner, 2013).

### 3.2. Factores implicados no ajustamento psicológico à doença reumática

Durante décadas, teóricos estudaram porque algumas pessoas, quando se deparam com uma doença crónica e o stress resultante desta, se ajustam bem e outras demonstram um declínio significativo a nível emocional e interpessoal (Stanton, Reverson & Tennen, 2007).

Para indivíduos com uma condição reumática, a forma como estes lidam com a sua doença é repetidamente associada aos resultados do ajustamento psicológico. Smith e Wallston (1996, cit in, Walker et al, 2004) examinaram como as estratégias de coping influenciaram o ajustamento psicológico de 171 indivíduos com artrite reumatóide, observando que os indivíduos com coping ativo obtiveram um ajustamento psicológico mais positivo, o que demonstra que adoptar um coping ativo perante a dor é mais adaptativo, e pelo contrário um coping passivo é mal adaptativo.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Um número crescente de estudos tem demonstrado que também o otimismo, concetualizado como um recurso de coping, desempenha um importante papel na adaptação à doença crónica. De uma forma geral, pacientes otimistas, com artrite reumatóide por exemplo, apresentam melhor funcionamento físico e psicossocial (Brenner, Melamed, & Panush, 1994).

McCracken (1998, cit in Walker et al, 2004) examinou indivíduos com doenças reumáticas (incluindo artrite reumatóide), procurando perceber como a aceitação da condição crónica influencia o ajustamento psicológico, concluindo que a aceitação da sua condição e da dor prediz um melhor ajustamento, em vários níveis como na incapacidade, na situação de trabalho e na depressão.

Também, Groarke, Curtis, Coughland e Gsell, (2004) procuraram examinar o impacto relativo das perceções da doença, das estratégias de coping e dos indicadores clínicos da doença no ajustamento em pacientes com artrite reumatóide. Os autores concluíram que as perceções que os pacientes têm sobre a sua doença, inclusive a gravidade dos sintomas e a percepção de que não tem controlo sobre esta, estão relacionadas com um ajustamento psicológico mais pobre.

Beckham, Rice, Shannon, Talton, Helms e Young (1994) procuraram estudar a relação entre as medidas cognitivas relacionadas com a artrite e a sua relação com a deficiência física, dor e ansiedade na artrite reumatóide, concluindo que as expectativas de auto-eficácia estão fortemente relacionadas com as medidas do ajustamento, sendo que pacientes com expectativas de eficácia elevadas, relataram níveis mais baixos de deficiência física, dor, depressão e ansiedade.

Nagyovaa, Stewartb, Macejovac, Dijkb e Heuvele, (2005) procuraram determinar se a auto-estima e o ajustamento á doença medeiam a associação entre a dor e o bem-estar psicológico em pacientes com artrite reumatóide. Os resultados indicaram que os pacientes com artrite que relataram níveis mais elevados de dor, apresentaram índices mais elevados de ansiedade e depressão e que, da mesma maneira esses altos níveis de dor estão associados a uma diminuição da auto-estima e um pior ajustamento as situações que o reumatismo gera. Por sua vez também concluíram que os doentes que relataram níveis mais elevados de auto-estima, ou que se percecionam como bem ajustados à experiencia de artrite, referem menos stress psicológico.

Algumas pesquisas concluíram que o suporte social fornecido pelos membros da família e amigos pode ajudar na forma como os pacientes lidam com a doença, estando associado a um bom ajustamento psicológico nestes pacientes, sendo que o facto de ter um cônjuge muito crítico está associado a uma forma mais mal adaptativa de lidar com a doença e a um ajustamento psicológico mais fraco (kenneth, Griffin, Ronald, Alan, Kaell, Ronald & Bennett,

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

2001). Também o facto de o paciente e o cônjuge terem percepções semelhantes ou congruentes do controle sobre a doença reumática, está relacionado com um melhor ajustamento emocional enquanto, pelo contrário, uma discrepância na visão sobre a doença é associada a elevados níveis de stress (Sterba et al, 2008, cit in Sarafino & Smith, 2012). Esta ideia é também reforçada por outros estudos que referem que o suporte social reduz o mal-estar psicológico, inclusive depressão e ansiedade, e ainda que promove o ajustamento psicológico à doença crónica, inclusive na artrite reumatóide. Vários estudos examinaram a relação entre o suporte social e a saúde psicológica em pacientes com artrite e concluíram que os pacientes com um suporte emocional elevado experienciam níveis de bem - estar emocionais mais elevados e são menos deprimidos (Curtisa, Groarkea, Coughlanb, & Gse, 2005)

## 4. Ajustamento conjugal nas doenças reumáticas

### 4.1. Conceito de ajustamento conjugal

Constituindo um conceito chave da literatura sobre a família desde há muitas décadas, o ajustamento conjugal tem sido entendido não como algo que os indivíduos levam de uma relação para outra, mas sim como um domínio interpessoal (Johnson, Amoloza, & Booth, 1992 cit in, Gomez e Leal, 2008). Correia (2010) baseando-se em Spanier e col. (1976), refere que o ajustamento conjugal diz respeito aos resultados dos processos conjugais e da comunicação, que por sua vez estão relacionados com o nível de ajustamento do casal. Quando nos referimos ao ajustamento conjugal são vários os condicionantes sociais que o podem afectar, inclusive: o suporte social, o funcionamento familiar e a satisfação conjugal.

Assim, o ajustamento conjugal é um processo no qual aspectos importantes para o funcionamento da díade e as incómodas diferenças diádicas, como por exemplo, as tensões interpessoais e a ansiedade pessoal, determinam o seu resultado em função da satisfação, coesão e consenso diádico. Este conceito é caracterizado por uma dimensão qualitativa que se pode avaliar, em qualquer ponto do tempo, numa direcção de bem - ajustado a desajustado, estando em constante mudança, definição esta que procurou representar uma síntese da produção científica na área até a metade dos anos 70 (Hernandez, 2008).

O conceito de ajustamento conjugal é criticado muitas vezes pela impossibilidade de se distinguir da satisfação conjugal, sendo muitas vezes de difícil definição, existindo ainda escassos estudos que se centram neste (Mosmann, Wagner, & Féres-Carneiro, 2006).

### 4.2. Impacto da doença na relação conjugal

Estudar a relação conjugal permite-nos entender o ajustamento às condições crónicas (Reese, Somers, Keefe, Williams & Lumley, 2010) devido ao grande impacto que estas têm a este nível, contudo a influência no casamento, é ainda pouco estudada (Bermas, Tucker, Winkelman & Katz, 2000).

As limitações no dia-a-dia, associadas a problemas de saúde crónicos, podem afetar os relacionamentos interpessoais dos indivíduos, nomeadamente ao nível da relação com o cônjuge (Roper & Yargason, 2009). Westman e Vinokur (1998 cit in, Roper & Yargason, 2009) sugerem três mecanismos que operam cruzadamente no parceiro e no doente e que podem ser aplicados em situações de doença nomeadamente, que a doença leva a interações

negativas entre os pares; um parceiro enfatiza o stress do outro e leva a que os parceiros respondam a um esforço comum.

Os cinco aspetos da doença crónica que mais frequentemente têm impacto nos doentes, nos cônjuges e na sua relação conjugal são: ver o seu companheiro com dores e sentirem-se desamparados por não poderem fazer nada; frustração pelas limitações físicas do companheiro e o impacto que a deficiência tem na vida diária; redução na partilha de atividades prazerosas, incluindo socialização, atividades recreativas e ainda na função sexual; ver o seu companheiro tornar-se mais depressivo; e preocupações em relação ao futuro da saúde dos seus companheiros e como o casamento poderão ser afectado pela doença (Suls & Wallston, 2003).

A artrite reumatóide, por exemplo, afeta os vários aspectos da vida do paciente, incluindo o aspecto físico, comportamental, psicológico e social. A incapacidade e o stress tornam improvável que os vários problemas que o paciente experiencia não afectem a sua rede familiar e por vezes, os parceiros experienciam também vários problemas decorrentes da doença, passando a ter de acatar a maioria das responsabilidades do paciente, e ainda dar suporte (Walsh, Balnchard, Blanchard, Kremer & Balnchard, 1999). Os mesmos autores referem que os cônjuges acabam por ver a sua vida social reduzida, sentem-se angustiados por verem os parceiros com dor e em sofrimento e ainda tem de lidar com os efeitos negativos que a doença tem na saúde psicológica do paciente como por exemplo, depressão.

Cônjuges de pacientes com artrite relataram que ver o parceiro a sofrer com as dores é um dos aspectos mais geradores de stress (Druley et al, 2003). Relataram ainda sentir maior depressão, raiva e insatisfação conjugal em função do comportamento de dor (referindo-se este à maneira como o doentes expressam a sua dor, por exemplo gemendo ou chorando) dos seus parceiros, sugerindo que este pode aumentar o sofrimento dos seus cônjuges (Druley et al, 2003).

No caso das espondiloartrites, como a artrite e a Espondilite Anquilosante, devido as limitações que estas acarretam no movimento da coluna vertebral, resultam muitas vezes em problemas na vida conjugal, nomeadamente ao nível das relações sexuais, prejudicando as interacções entre o casal (Ward, 1998 cit in Yim, Lee, Lee, Jun, Kim, Bae & Yoo, 2003). Também em doentes com lúpus, aspectos como a dor, fadiga, stress, diminuição da auto-estima, alteração da auto-imagem, diminuição da libido, incapacidade física, uso de medicamentos, necessidade de apoio de outras pessoas e dificuldades financeiras podem contribuir para uma pior qualidade das suas relações interpessoais, nomeadamente com a família e com o companheiro (Ayache & Costa, 2005, cit in Silva, Amorim, Silva, Silva & Correia, 2013).

Posto isso, para que o desenvolvimento individual de cada elemento da família, e do próprio doente, não saia comprometido nas situações de doença crónica é necessário que a família procure aprender a lidar com as exigências da doença na sua evolução (Carter & McGoldrick, 2001, cit in Fernandes, 2011).

### 4.3. Importância do apoio e ajustamento conjugal

Está demonstrado que o casamento afeta a saúde física, existindo uma relação entre um fraco ajustamento conjugal e um estado de saúde física mais pobre (Slatcher, 2010). Dentro da literatura do apoio social, o cônjuge é muitas vezes apontado como a fonte mais importante de apoio, especialmente quando remete para questões de saúde (Revenson, 1994). O cônjuge dá amor e afecto, assegurando que o outro se sinta amado, desviando muitas mudanças adversas que a doença acarreta quer no aspecto físico, na personalidade e na qualidade do casamento; fornece assistência nas responsabilidades do dia-a-dia e nas necessidades especiais criadas pelo tratamento, autenticando as suas escolhas e ajudando na manutenção do significado da doença; partilha as preocupações existenciais e práticas sobre como a doença pode afectar o casamento e a família no futuro; e fornece continuidade e segurança numa vida interrompida pelas indicações físicas e significados emocionais da doença (Suls & Wallston, 2003).

No caso particular dos pacientes que são casados, o cônjuge normalmente acarreta o papel de cuidador principal, fornecendo suporte e auxílio (Lanza, Cameron, & Revenson, 1995). Os cônjuges ocupam assim um papel duplo no processo de coping: primeiro dão suporte ao parceiro doente e ajudam a lidar com a doença, e segundo como membro da família que precisa de apoio para lidar com a doença que esta a experienciar (Suls & Wallston, 2003). A associação entre o estado civil e o estado de saúde, depende sobretudo da qualidade da união e não apenas do simples facto de ser ou não casado, sendo que um casamento bem ajustado está relacionado com melhoras nas condições de saúde, por sua vez um ajustamento conjugal baixo é equivalente a ser solteiro (Reese, Somers, Keefe, Williams & Lumley, 2010). Esta ideia é também reforçada por outros autores (Bermas, Tucker, Winkelman, & Katz, 2000) que referem que tem-se demonstrado que o casamento em si não está relacionado com um melhor estado de saúde em doentes com artrite reumatóide, mas sim ter um casamento bem ajustado, aspecto esse que é associado com menos dor e melhor funcionamento psicológico.

O suporte conjugal é um aspecto importante da relação conjugal, particularmente quando um dos parceiros adoece, ou tem uma doença crónica, sendo que neste caso, sentir um bom suporte social e satisfação com o suporte conjugal, está associada a menos dor e mais aceitação da mesma (Kool, Woertman, Prins, Middendorp & Geenen, 2006). Assim, ter uma melhor qualidade da relação conjugal, torna a doença mais tolerável emocionalmente e reduz efectivamente os componentes de dor e incapacidade dos pacientes, pelo contrário um

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

pobre ajustamento conjugal ou ser solteiro pode aumentar o stress ao lidar com a doença, assim como fazer com que os doentes adotem comportamentos maladaptativos, aumentando a dor e o sofrimento (Resse, et al 2010).

Vários estudos examinaram o papel que os esposos, companheiros ou outro suporte próximo proporcionam na vida de pacientes com doenças reumáticas. Pacientes que vivem com o esposo ou companheiro referiram sentir mais suporte social, menos depressão e ansiedade, e melhor bem-estar psicológico, quando comparados com pacientes sem companheiro (Kenneth, Griffin, Ronald, Alan, Kaell, Ronald & Bennett, 2001). Em pacientes com artrite reumatóide, o apoio do companheiro e o suporte emocional facilitam a expressão emocional o que prediz um ajustamento psicológico e melhor adaptação à doença (Tewary & Farber, 2012).

Burman e Margolin (1992) analisaram a relação existente entre três tipos de variáveis conjugais (estado civil, ajustamento conjugal e interação conjugal) e os problemas de saúde (etiologia, curso / resultado / tratamento), bem como o efeito que os problemas de saúde têm sobre o casamento e concluíram que, as relações conjugais podem influenciar os resultados da saúde física em doenças que incluem inflamação, dor e incapacidade funcional, por meio de factores psicológicos e comportamentais, podendo ser estes, stress, ansiedade, medo, depressão, baixa motivação e suporte funcional, emocional e financeiro limitado.

Reese, et al, (2010) examinaram a influência que as relações tem no ajustamento à condição crónica, usando como exemplo a artrite reumatóide. Concluíram que o ajustamento conjugal está associado a um melhor estado de saúde, mostrando que entre os participantes casados com um ajustamento conjugal satisfatório foi relatada menos dor e incapacidade psicológica. Por sua vez, concluíram ainda que pessoas casadas com baixos níveis de ajustamento conjugal terão maior risco de desenvolver mais dor e ser afectadas a nível psicológico, comparativamente com os que tem níveis altos de ajustamento conjugal. Mustafa, Looper, Purden, Zelkowitz & Baron, (2012) examinaram a associação entre o ajustamento conjugal e os resultados da doença em pacientes com artrite inflamatória e concluíram que um melhor ajustamento conjugal está associado com uma menor atividade da doença, inclusive menos inflamação.

Em suma, os vínculos sociais na vida de um portador de doença crónica e reumática são extremamente importantes, assim como o tipo e a qualidade das relações os rodeiam (Andrade & Vaistamn, 2002).



## Capitulo II - Metodologia



Este capítulo tem como objetivo apresentar a metodologia adotada ao longo do estudo e ainda os objetivos do estudo, incluindo aspectos sobre o desenho do estudo, sobre a amostra, os instrumentos aplicados e procedimentos de recolha de dados.

### 1. Objetivos do estudo

O objetivo geral do presente estudo foi analisar o ajustamento psicológico e conjugal em pessoas com doenças reumáticas. Como objectivos específicos foram definidos os seguintes:

(1) Avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica, particularmente depressão e ansiedade nestes doentes;

(2) Avaliar se existe relação entre a percepção de ajustamento conjugal global e o índice de sintomatologia psicopatológica em doentes reumáticos;

(3) Avaliar se existe relação entre as dimensões do ajustamento conjugal (consenso, coesão, satisfação mútua e expressão afectiva) e a percepção de sintomas de psicopatologia;

(4) Perceber se existem diferenças na percepção de ajustamento conjugal em sujeitos com doença reumática em função de algumas variáveis sócio-demográficas como o sexo e a idade e algumas variáveis clínicas, como ter outra doença crónica e acompanhamento psicológico;

Tendo como base a revisão da literatura efetuada, recorreu-se a um estudo descritivo, que tem como finalidade descrever e verificar as relações entre as variáveis, com uma metodologia quantitativa uma vez que se recolheu os dados observáveis e quantificáveis através de instrumentos padronizados. Quanto a duração do estudo este teve um delineamento transversal, uma vez que a análise de resultados foi obtida com base numa amostra recolhida num único momento temporal.

### 2. Participantes

#### a. Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão no estudo: 1) ter diagnóstico de uma doença reumática; 2) ser seguido em contexto hospitalar; 3) manter uma relação conjugal (estar casado ou em união de fato).

#### b. Caracterização da amostra

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Neste estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística, onde os sujeitos foram selecionados de forma não aleatória e por conveniência, uma vez que foram selecionados as pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes para o estudo, sendo recolhidas em dois hospitais distintos.

A amostra foi constituída por 52 participantes, dos quais 80 % são do sexo feminino (tabela 1). A média de idade dos participantes foi de 53 anos ( $D.P = 12.739$ ) variando entre um valor mínimo de 25 e um valor máximo de 77.

Dos participantes envolvidos, 96.2 % são de nacionalidade portuguesa (tabela 1). Quanto as habilitações literárias, a maioria dos participantes possui o 4º ano (57.7 %), sendo que 11.5% possuem o 9º ano, 23.1% têm o 12º ano, 3.8% uma licenciatura e por fim 3.8% Mestrado (tabela 1). No que diz respeito a situação profissional dos participantes envolvidos 32.7 % mantêm um emprego a tempo inteiro (full-time), 30.8 % estão desempregados, 17.3 % tem emprego em regime parcial e 15.4% é doméstico, sendo que a maioria não se encontra de baixa neste momento (98.1 %) (tabela 1).

Tabela 1: caracterização da amostra em função das variáveis sociodemograficas.

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	10	19.2
	Feminino	42	80.8
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	50	96.2
	Outra	2	3.8
<b>Habilitações literárias</b>	Ate ao 4º ano	30	57.7
	9º Ano	6	11.5
	12º Ano	12	23.1
	Licenciatura	2	3.8
	Mestrado	2	3.8
<b>Situação profissional</b>	Estudante	1	1.9
	Domestico	8	15.4
	Emprego a tempo inteiro	17	32.7
	Emprego em regime de tempo parcial	9	17.3
	Desemprego	16	30.8
	Reformado	1	1.9
<b>Baixa Médica</b>	Não	51	98.1
	Sim	1	1.9

Relativamente a situação familiar (tabela 2) os participantes são na sua grande maioria casados (96.2 %), tendo o casamento uma duração média de 28.1 anos ( $DP=14.84$ ), com um

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

mínimo de 2 e um máximo de 52 anos. De acrescentar que 92.3 % dos participantes têm filhos, sendo o número médio de filhos de 1.73 ( $DP= 1.01$ ) variando entre 0 e 5. Todos os participantes vivem acompanhados, particularmente pelo conjugue ou companheiro (46.2 %) e pelo conjugue ou companheiro e filhos (36.6 %).

Tabela 2. Caracterização da amostra em função dos dados familiares.

		N	%
<b>Estado civil</b>	Casado	50	96.2
	União de facto	2	3.8
<b>Filhos</b>	Não	4	7.7
	Sim	48	92.3
<b>Número de filhos</b>	0	4	7.0
	1	17	29.8
	2	25	43.9
	+ de 3	6	10.6

Por fim e referente à condição clínica, a média do tempo de diagnóstico foi de 9.63 anos ( $D.P= 7.78$ ), com um mínimo de 1 e máximo de 40 anos, tendo um tempo médio de acompanhamento nas consultas no hospital de 5.65 anos ( $DP= 4.12$ ). No que diz respeito a tipologia do diagnóstico a maioria dos pacientes (50.9 %) apresentava diagnóstico de artrite reumatóide. A maioria não tem mais nenhum problema de saúde crónico (61.5 %), e não tem algum tipo de acompanhamento psicológico (69.2%), sendo que apenas 30.8% tem ou já tiveram acompanhamento.

Tabela 3. Caracterização da amostra em função da condição clínica.

		N	%
<b>Tipologia do diagnóstico</b>	Artrite psoriática	4	7.0
	Artrite reumatóide	29	50.9
	Esclerodermia	3	5.3
	Espondilite Anquilosante	5	8.8
	Lúpus	8	14.0

	Sjögren	3	5.3
<b>Problema de saúde crónico</b>			
	Não	32	61.5
	Sim	20	38.5
<b>Acompanhamento psicológico</b>			
	Não	36	69.2
	Sim	16	30.8

### 3. Instrumentos

#### a. Questionário sócio-demográfico

Foi construído um questionário para a recolha dos dados sócio-demográficos, dados familiares e dados relacionados com a doença.

#### b. Escala de Ajustamento Mútuo (adaptação de Lourenço e Relvas, 2003);

A escala de ajustamento mútuo é uma adaptação da versão original *Dyadic Adjustment Scale* (DAS), construída por Graham Spanier em 1976, adaptada e validada para português por Lourenço e Relvas em 2003. Trata-se de um instrumento de auto-resposta, constituído por 32 itens, os quais pretendem avaliar quatro dimensões do ajustamento conjugal, nomeadamente: 1) Consenso mútuo (i.e. o acordo entre os parceiros no que diz respeito a assuntos como dinheiro, religião, diversão, amigos ou tarefas domésticas); 2) Satisfação mútua (i.e. satisfação e compromisso para a continuação da relação conjugal), 3) Expressão afetiva (i.e. a satisfação do indivíduo com a vida sexual e a expressão de afeto na relação); 4) Coesão mútua (i.e. as atividades partilhadas pelo casal e os interesses comuns) (Lourenço, 2006 cit in Duarte, 2012).

Destes trinta e dois itens, a maioria são de resposta tipo likert, com 5 a 7 opções de resposta, destacando-se dois diferentes cuja escala é de resposta dicotómica, em que o sim corresponde a zero e o não a um ponto (inclusive o item 29 e o 30) (Lourenço, 2006 cit in, Frazão, 2012). Resultados baixos na escala sugerem a existência de um problema e, por sua vez, resultados altos sugerem a ausência de problemas (Mota, 2012).

No que diz respeito ao estudo de adaptação e validação para a população portuguesa, este instrumento apresenta um valor de coeficiente de Cronbach (*alpha* global) de 0,93, o que nos remete para a existência de um bom valor de consistência interna, tratando-se de um

instrumento pertinente para avaliação do ajustamento na relação conjugal. Tendo em conta as subescalas estas também apresentam valores de consistência interna bons, inclusive para a satisfação mútua, consenso mútuo e coesão mútua (.81; .89; .76), ficando apenas a subescala da expressão afetiva com um coeficiente de *Cronbach* ligeiramente a baixo de .70. (Lourenço, 2006 cit in Lourenço, 2012).

### c. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (adaptação portuguesa de Canavarro, 1999);

O inventário de sintomas psicopatológicos é um inventário de auto-relato desenvolvido como versão abreviada do SCL-90-R, adaptado para português por Canavarro (1999), com o objetivo de avaliar a sintomatologia psiquiátrica geral, avaliando assim sintomas psicopatológicos.

Trata-se de um inventário constituído por 53 itens, no qual o sujeito deverá classificar o grau em que cada problema o afectou na última semana, recorrendo a uma escala de tipo likert, que varia entre o 0 “nunca” e o 4 “muitíssimas vezes”. Como referido este avalia sintomas psicopatológicos, entre nove dimensões de sintomatologia, sendo estas a somatização, obsessão - compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, e ainda três índices globais, o índice geral de sintomas (IGS), total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos (Moreira & Gonçalves, 2010).

Do ponto de vista clínico a análise das pontuações obtidas nas dimensões permite-nos perceber o tipo de sintomatologia que mais perturba o sujeito, e por sua vez a simples leitura dos índices globais, permite nos avaliar, de forma geral o nível de sintomas psicopatológicos apresentados (Canavarro, 1999). A amplitude do inventário varia entre um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 196 pontos, sendo que se parte do pressuposto de que, quanto maior for a pontuação obtida, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999).

Os estudos psicométricos efetuados na versão Portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, nomeadamente: Somatização (.80); obsessões - compulsões (.77); sensibilidade interpessoal (.76); depressão (.73); ansiedade (.77); hostilidade (.76); ansiedade fóbica (.62) ; ideação paranóide (.72) e por fim psicoticismo (.62). (Canavarro, 1999).

#### **4. Procedimentos de recolha de dados**

O presente estudo enquadra-se no Projeto CRON/ PFT2104, que tem como objetivo abordar a doença crónica e a saúde mental englobando variáveis psicossociais, familiares e do contexto do trabalho. O projeto em questão foi apresentado ao Centro Hospitalar Tondela Viseu e ao Hospital Cova da Beira, sendo aprovado pelas respectivas comissões de ética.

A recolha de dados decorreu na consulta de Reumatologia dos referidos hospitais, havendo sempre por parte dos técnicos (enfermeiros ou médicos) uma confirmação do diagnóstico de doença reumática dos participantes. A recolha teve início em Março de 2015 e terminou em Julho do mesmo ano. A amostra foi recolhida presencialmente em conjunto com outras alunas de mestrado da UBI (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e Mestrado em Psicologia Social e das Organizações) que também pertenciam ao projecto. A maioria dos protocolos foi respondida na sala de espera, enquanto os pacientes aguardavam a chamada para a consulta, demorando aproximadamente 30/40 minutos a responder ao protocolo. Previamente à entrega dos protocolos os participantes foram devidamente informados relativamente aos objetivos da investigação, sendo sempre garantido o anonimato dos sujeitos respondentes, assim como a confidencialidade das respostas, procedendo-se sempre ao preenchimento do consentimento informado. Apesar de os questionários serem de auto-resposta, e a maioria dos participantes conseguir preencher de forma independente todos os questionários, por vezes foi necessário a ajuda e acompanhamento de alguns sujeitos para que conseguissem responder corretamente, maioritariamente por falta de compreensão do sentido de algumas questões.

Por fim e após terminada a recolha da amostra, procedeu-se a análise dos dados, recorrendo ao programa SPSS (versão 22).

#### **5. Análises estatísticas**

Primeiramente começou-se pela construção da base de dados, sendo depois feita a caracterização da amostra, com recurso a análises descritivas básicas como a média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo.

Posto isso, procedeu-se ao cálculo dos resultados tendo sido usados testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente Teste T-EStudent para amostras independentes para verificar se existe diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes; a ANOVA (análise da variância) para testar a diferença

### **Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos**

entre 3 ou mais grupos, e por fim a Correlação de Pearson para distribuições normais e a correlação de Spearman para distribuições não normais, para testar a associação entre variáveis, sendo essa interpretação feita com base nos seguintes valores: uma correlação fraca encontra-se entre os valores 0 e 0,3; uma associação moderada entre 0,3 e 0,7; entre 0,7 e 1 a associação é tida como forte e por fim, uma associação perfeita é quando o valor obtido é um.



## Capitulo III- Resultados



## 1. Estudos prévios

Num primeiro momento, foi calculada a consistência interna dos resultados das escalas e dimensões dos instrumentos usados através do *Alpha de Cronbach*. Este refere-se a uma medida de consistência interna de uma escala, sendo geralmente usado para estimar a fiabilidade de um teste psicométrico para uma determinada amostra (Pereira & Patrício, 2013). Os valores do alpha devem ser interpretados com base nos seguintes valores: <0,50 inaceitável; 0,50-0,60 fraca; 0,60-0,70 aceitável; 0,70-0,90 boa e por fim 0,90-1 muito boa.

Assim e como se pode verificar na tabela 10, o BSI apresenta uma muito boa consistência interna, no que diz respeito as dimensões a sua consistência varia entre .78 e 0.57. Por sua vez relativamente à EAM esta apresenta boa consistência interna assim como as respectivas dimensões, sendo a expressão afectiva a subescala que apresenta o valor mais baixo.

Tabela 4: valores de *alpha de Cronbach* para o BSI e a EAM e as respectivas dimensões

	Dimensões	Valores de alpha
<b>BSI</b>		<b>.95</b>
	Somatização	.67
	Obsessões compulsões	.66
	Sensibilidade interpessoal	.64
	Depressão	.77
	Ansiedade	.72
	Hostilidade	.57
	Ansiedade fóbica	.57
	Ideação paranóide	.78
	Psicoticismo	.76
<b>EAM</b>		<b>.89</b>
	Consenso mútuo	.84
	Satisfação mútua	.75
	Coesão mútua	.70
	Expressão afectiva	.66

De seguida e para a análise da normalidade e da distribuição da amostra recorreu-se ao teste de normalidade de *kolmogorov-swirnov-lilliefors* para auxiliar na tomada de decisão relativamente à natureza dos testes a usar, isto é paramétricos ou não paramétricos, sendo que com base nos resultados obtidos, foi possível concluir que a EAM e as dimensões, exceto a dimensão expressão afectiva ( $k_s = .000$ ), seguem uma distribuição normal. No caso do BSI este seguem uma distribuição normal, contudo as dimensões não seguem, à excepção da dimensão obsessão - compulsão, que segue uma distribuição normal ( $k_s = .200$ ) ( $p > 0.05$ ).

Tabela 5: teste de *kolmogorov-swirnov* para a distribuição da amostra.

	<b>BSI</b>	<b>EAM</b>
<b>Valores de sig.</b>	0.18	0.20
	Normal	Normal

## 2. Apresentação dos resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados com base nos objetivos previamente definidos. De enunciar que quando nos referimos ao ajustamento conjugal (EAM\_total) é uma variável nova criada através do somatório dos itens da escala de forma a obter uma pontuação total, que diz respeito ao ajustamento mútuo, e por sua vez quando falamos em ajustamento psicológico, estamos a referirmos ao IGS, que foi selecionado para a análise uma vez que é apresentado como o melhor indicador único de sintomas psicopatológicos (Canavarro, 1999). Foi considerado um nível de significância igual ou inferior a 0.05%.

**Objetivo 1: avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica em doentes reumáticos, particularmente depressão e ansiedade.**

A média de sintomatologia psicopatológica obtida foi de 0.72, com um DP= 0.49. Por sua vez, a média de depressão encontrada na amostra geral foi de 0.91 (DP=0.72), e a de ansiedade foi de 0.74 (DP=0.58) (tabela 6).

Tabela 6: Comparação de médias, entre IGS, depressão e ansiedade e os valores de referência do instrumento (Canavarro, 1999).

		<b>População geral</b>	<b>Perturbações emocionais</b>
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<b>IGS</b>	0.720 (0.49)	0.835 (0.480)	1.430 (0.705)
<b>Depressão</b>	0.914 (0.83)	0.893 (0.722)	1.828 (1.051)
<b>Ansiedade</b>	0.744 (0.588)	0.942 (0.766)	1.753 (0.940)

**Objetivo 2: Avaliar se existe relação entre a percepção do ajustamento conjugal global o índice de sintomatologia em doentes reumáticos;**

Procurando responder a este objetivo, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson. Conclui-se que a EAM \_ total está negativamente correlacionada com o IGS,  $r = -0.330$ ,  $p=0.01$ . A correlação encontrada é moderada, sendo estatisticamente significativa, significando que existe uma tendência para quando mais EAM \_ total menos IGS, isto é quanto maior a percepção de ajustamento menor índice geral de sintomatologia psicopatologia (tabela 7).

Tabela 7. Coeficiente de correlação de Pearson, entre EAM e IGS.

	r	P
<b>Coeficiente de correlação de Pearson, entre EAM e IGS.</b>	-0.33	0.017

**Objetivo3: Avaliar se existe relação entre as dimensões do ajustamento conjugal (consenso, coesão, satisfação mútua e expressão afectiva) e a percepção de sintomas de psicopatologia;**

De forma a analisar a relação entre as dimensões do ajustamento conjugal e as respectivas dimensões do BSI, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Atendendo a percepção de ajustamento conjugal global, encontraram-se associações negativas e estatisticamente significativas com a depressão e a ansiedade, não se verificando o mesmo para as restantes dimensões, nomeadamente o psicoticismo, a ansiedade fóbica, a sensibilidade interpessoal, obsessão - compulsão, somatização, e a hostilidade.

Quanto as dimensões do ajustamento conjugal e a percepção de sintomas de psicopatologia, não se encontraram associações estatisticamente significativas entre o consenso mútuo e as dimensões de sintomatologia psicopatológica e o índice geral de sintomatologia. Foram encontradas associações negativas e estatisticamente significativas entre a coesão mútua e as dimensões dos sintomas de psicopatologia, nomeadamente com a ansiedade, a depressão, a obsessão - compulsão e o índice geral de sintomatologia, não se verificando o mesmo para as restantes dimensões. Quanto a expressão afectiva, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a depressão, não sendo associada às restantes dimensões do índice de sintomatologia. Por fim verificou-se ainda associações negativas e estatisticamente significativas entre a satisfação mútua e quase todas as dimensões de sintomatologia, nomeadamente a ideação paranóide, a ansiedade, depressão,

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

sensibilidade interpessoal, obsessão - compulsão, somatização e o índice geral de sintomatologia, não se verificando associações significativas com as restantes dimensões.

Tabela 8: coeficientes de correlação de spearman, entre as dimensões do EAM e do BSI.

	<u>Dimensões</u>				
	<u>EAM</u>				
<u>Dimensões BSI</u>					
	Consenso	Coesão	Expressão afectiva	Satisfação	EAM_total
Psicoticismo	-.037	-.110	.014	-.246	-.121
Ideação_paranoide	.067	.018	-.096	-.356*	-.124
Ansiedade_fóbica	.115	-.048	-.009	-.196	-.061
Hostilidade	-.063	-.193	-.039	-.222	-.227
Ansiedade	.032	-.285*	-.232	-.398*	-.278 *
Depressão	-.121	-.337	-.287*	-.443*	-.386*
Sensibilidade_interpersoal	.050	-.250	-.133	-.299*	-.231
Obsessão_compulsão	.072	-.333*	-.143	-.356*	-.224
Somatização	.066	-.192	-.008	-.285*	-.168
IGS_bsi	-.025	-.318*	-.240	-.442*	330

\* $p < 0.05$ .

**Objectivo 4: Perceber se existem diferenças na percepção de ajustamento conjugal em sujeitos com doença reumática em função de algumas variáveis sociodemográficas, como o sexo, a idade, e variáveis clínicas, como ter outra doença crónica e ter acompanhamento psicológico.**

- **Sexo**

Verificou-se que não há diferenças na percepção do ajustamento mútuo em função do sexo,  $t(50) = .819$ ,  $p = .596$ .

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Tabela 9: Teste T- EStudent para comparação de médias entre a perceção de ajustamento e o sexo.

		N	Média	t	df	EAM_total P
				.819	50	.596
<b>Sexo</b>	Masculino	10	121.70			
	Feminino	42	117.11			

- **Idade**

Verificou-se que não há diferenças na perceção de ajustamento mutuo em função da idade,  $f(3) = 1.06$ ,  $p = .371$ .

Tabela 10: ANOVA para comparação de médias entre a perceção de ajustamento mútuo e a idade.

		N	Média	f	Df	EAM_total p
				1.068	3	.371
<b>Idade</b>	25-44	15	120.40			
	45-55	11	111.72			
	56-61	13	116.72			
	61-77	13	122.30			

- **Outro problema de saúde crónico;**

Verificou-se também que não há diferenças significativas entre a perceção do ajustamento conjugal e variável ter outro problema de saúde crónico,  $t(50) = .339$ ,  $p = .736$ .

Tabela 11: Teste t-student para comparação de médias entre a perceção de ajustamento e a variável outro problema de saúde crónico.

		N	Média	t	df	EAM_total p
<b>Outro problema de saúde crónico</b>				.339	50	.736
	Sim	30	117.05			
	Não	32	118.59			

- **Acompanhamento psicológico;**

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a perceção de ajustamento mútuo e o acompanhamento psicológico,  $t(50) = -.527, p = .276$ .

Tabela 12: teste T - EStudent para comparação de médias entre a perceção de ajustamento mútuo global e o acompanhamento psicológico.

		N	Média	t	df	EAM_total p
Acompanhamento psicológico				-.527	50	.276
	Não	36	117.22			
	Sim	16	119.75			

### 3. Síntese dos resultados:

Das análises efectuadas, podemos destacar os seguintes resultados:

- A amostra não apresenta sintomatologia psicopatológica, assim como depressão e ansiedade, uma vez que as médias obtidas estão dentro dos valores esperados para a população geral, excluindo a presença de perturbação emocional;
- A perceção de ajustamento mútuo está associada com o índice geral de sintomatologia, sendo que quanto menos perceção de ajustamento mútuo mais índices de sintomatologia psicopatológica;
- O consenso mútuo não está associada a nenhuma dimensão do BSI nem ao índice geral de sintomas;

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

- A coesão mútua está associada a ansiedade, depressão, obsessão - compulsão e ainda ao índice geral de sintomas, existindo uma tendência para quanto menos coesão mais índice geral de sintomatologia;
- A expressão afectiva parece estar associada à depressão, sendo que quanto menos expressão afectiva mais depressão;
- A satisfação mútua parece estar associada com a ideação paranóide, a ansiedade, a depressão, a sensibilidade interpessoal, a obsessão-compulsão, a somatização e também com o índice geral de sintomatologia, sendo que quanto menos satisfação mútua mais índice geral de sintomatologia;
- A ansiedade parece influenciar a percepção de ajustamento mútuo, sendo que quanto menos ansiedade, mais percepção de ajustamento mútuo;
- Também a depressão parece estar associada com a percepção de ajustamento mútuo, existindo uma tendência para quanto menos depressão, mais percepção de ajustamento mútuo;
- Por fim, parecem não existir diferenças na percepção de ajustamento mútuo em função do sexo, assim como da idade e do facto de ter outra doença crónica e do acompanhamento psicológico.



## Capítulo IV: Discussão e conclusão



## Discussão

O objetivo geral do presente estudo foi contribuir para a compreensão da ligação entre o ajustamento psicológico e conjugal em doentes reumáticos. Para cumprir esses objetivos foram criados outros mais específicos com base na revisão da literatura previamente efetuada. De seguida procuraremos dar resposta aos objetivos propostos confrontando os resultados com a literatura na área.

A nossa amostra é composta na sua totalidade por 52 participantes com diagnóstico de doença reumática, na sua maioria do sexo feminino. A faixa etária dos participantes revelou uma grande amplitude (entre os 25 e os 61 anos), tendo por base os critérios de inclusão no estudo, verificou-se que todos os sujeitos mantêm uma relação conjugal. Relativamente à situação familiar é de destacar que a grande maioria tem filhos e vive acompanhado. Da análise dos dados sociodemográficos, destaca-se ainda que a maioria possui apenas a escolaridade mínima, estando o número de indivíduos que têm emprego a tempo inteiro, próximo do número de desempregados. Todos os participantes são seguidos em contexto hospitalar, com um tempo médio de acompanhamento de 5 anos, na sua maioria sem mais nenhum problema de saúde crónico associado. Embora a artrite reumatoide seja a patologia mais representada, inclui-se outros diagnósticos como a artrite psoriática, esclerodermia, espondilite anquilosante, lúpus e síndrome de Sjögren.

No que diz respeito ao primeiro objetivo deste estudo, que passou pela avaliação da presença de sintomatologia psicopatológica, particularmente de depressão e ansiedade, os estudos revelaram que a nossa amostra não apresenta sintomatologia psicopatológica, uma vez que o valor obtido se encontra dentro dos valores esperados para a população geral. Esta ideia não vai ao encontro de outros estudos que indicam a presença de sintomatologia psicopatológica em doentes reumáticos, como é possível verificar através de Dickens, McGowan, Clark-Carter e Creed (2002) que, numa meta análise relataram uma maior prevalência de perturbação depressiva entre os pacientes com artrite reumatóide, em comparação com indivíduos saudáveis. Também Skare, Biondo, Outi, Marfim, Pedri e Kroda (2008) enunciam que em pacientes com lúpus, os níveis de ansiedade são mais elevados, quando comparados com a população normal, e por fim Karaiskos, Mawagani, Sinno, Dechelotte, Zintzaras, Skopouli e Moutsopoulos (2010) referem que em pacientes com síndrome de Sjögren são comuns patologias como depressão, ansiedade e perturbação da personalidade (marcadas pelo psicoticismo, neuroticismo e obsessão). Costa, Brasil, Papi e Azevedo (2008) referem a existência de uma relação entre pacientes com artrite reumatóide e o diagnóstico de perturbações depressivas e ansiosas, e também Hurizky e Mota (2010) enunciam que na artrite Psoriática a mobilidade psicológica é comum, especialmente depressão e ansiedade. Tendo em conta os resultados enunciados pode sugerir-se que a nossa amostra apresenta um bom ajustamento psicológico à doença, podendo este ser entendido,

entre outros aspectos, pela ausência de perturbação psicológica (Stanton, Reverson & Tennen, 2007).

Tendo em conta o segundo objetivo que procurou analisar a relação entre a perceção geral de ajustamento mútuo e o índice geral de sintomatologia, observou-se que há uma associação entre estes, sendo que um melhor ajustamento mútuo foi associado a menos sintomatologia psicopatológica, notabilizando assim a importância da relação entre estas duas variáveis. De modo semelhante, Reese e colaboradores (2010) concluíram que um ajustamento conjugal satisfatório está associado a menos incapacidade psicológica, assim como pessoas com baixos níveis de ajustamento terão maior risco de ser afectadas a nível psicológico, Brito e Pereira (2012) sugerem que elevados níveis de morbidade psicológica no doente estão associados a uma pior perceção de ajustamento conjugal por parte do parceiro. Por fim também Bermas, Tucker, Winkelman, e Katz (2000) referem que ter um casamento bem ajustado é associado a menos dor e a um melhor funcionamento psicológico. Neste mesmo estudo o cônjuge foi muitas vezes mencionado pelos participantes como sendo o seu principal suporte, sendo que a qualidade da relação estava sempre implicada na vivência da doença, valorizando o facto de o cônjuge compreender e apoiar a sua doença como relevante para enfrentar a mesma.

O terceiro objetivo que procurou analisar a associação entre as dimensões da perceção de ajustamento mútuo e as dimensões do BSI, conclui-se que algumas dessas dimensões parecem estar associadas a sintomatologia psicopatológica, a exceção do consenso mútuo que parece não estar associado a nenhuma dimensão nem ao índice de sintomatologia geral, aspecto esse contrário ao que alguns autores dizem, referindo estes que no âmbito da doença o facto de o paciente e o cônjuge terem percepções semelhantes ou congruentes acerca do controle sobre a doença reumática, está relacionado com um melhor ajustamento emocional enquanto, pelo contrário, uma discrepância na visão da doença é associada a elevados níveis de stress (Sterba et al, 2008, cit in Sarafino & Smith, 2012). A coesão mutua parece estar associada aos níveis de ansiedade, depressão e obsessão - compulsão, assim como ao índice geral de sintomatologia, sendo que quanto menos coesão mutua entre o casal, mais índices de sintomatologia psicopatológica, assim como ansiedade, depressão e obsessão-compulsão. A expressão afectiva, por sua vez, parece estar associada com a depressão, sendo que quanto menos expressão afectiva mais depressão. Esta ideia foi apoiada por outros autores como Groarkea, Coughand e Gse (2005) que enunciam que pacientes com suporte emocional elevado por parte do cônjuge, experienciam níveis de bem-estar emocionais mais elevados e são menos deprimido, Kasle, Wilhwnm e Zautra (2008), que concluíram que em pacientes com artrite reumatóide nos quais os parceiros mostram empatia e reciprocidade nas conversas e nos afectos, o impacto dos sintomas depressivos é mais reduzido, e por fim também por Tewary e Farber (2012) que referem que em pacientes com artrite reumatóide o apoio do companheiro e o suporte emocional facilitam a expressão emocional o que prediz um

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

melhor ajustamento psicológico e melhor adaptação á doença. Por fim a satisfação mútua, parece ser a dimensão que está associada com mais dimensões, nomeadamente ideação paranoide, ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, obsessão - compulsão, somatização, sendo também associada com o índice geral de sintomatologia, existindo uma tendência para quanto menos satisfação mútua, isto é a satisfação e o compromisso para a continuação na relação, mais índice geral de sintomatologia. Esta conclusão final foi apoiada por Lankveld, Ruitkamp, Naris e Rooji (2004) que referem que o comprometimento da saúde psicológica pode ter um efeito negativo na satisfação conjugal, assim como a insatisfação conjugal está intimamente relacionada com a presença de perturbação psicológica, nomeadamente depressão. Brito e Pereira (2012) referem ainda que um aumento da morbilidade psicológica diminui a satisfação conjugal.

Olhando agora às dimensões específicas de sintomatologia, o nosso estudo sugere que a depressão encontra-se negativamente associada com a perceção de ajustamento mútuo, existindo uma tendência para quanto mais depressão menos perceção de ajustamento. Esta ideia foi reforçada por outros autores que referem que a depressão no paciente contribui para um forte impacto na vida conjugal, tanto do ponto de vista do paciente como do cônjuge, assim como diminui a satisfação conjugal levando a problemas conjugais mais intensos (Bouras, Henrik & Pontes, 1986). Por sua vez também a ansiedade parece estar negativamente associada com a perceção de ajustamento, mostrando mais uma vez que quanto mais elevada for a ansiedade menor a perceção de ajustamento mutuo.

Por fim, remetendo-nos para o quarto e último objetivo que teve como finalidade perceber se há diferenças na perceção do ajustamento mútuo em função de algumas variáveis, nomeadamente do sexo, idade, ter outro problema de saúde crónico e o acompanhamento psicológico, verificou-se que não há diferenças na perceção em função destas variáveis. No nosso estudo verificou-se assim, que não há diferenças na perceção de ajustamento mútuo em função do sexo, sugerindo que o sexo não tem influência na perceção do ajustamento, assim como para a idade. Quanto às variáveis clínicas, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a perceção de ajustamento mútuo, ter outra doença crónica e o acompanhamento psicológico. Não foram encontrados estudos que pudessem suportar estas nossas conclusões, uma vez que são escassos os estudos que se centram no estudo destes aspetos em amostras clínicas, nomeadamente doentes reumáticos, pelo que se torna difícil o confronto com outros estudos a este nível.

Tendo em conta o referido, o nível de ajustamento da relação conjugal, assim como a satisfação para com a relação, devem ser aspectos a ter em conta, aquando do diagnóstico de doença reumática, dada a importância que este tem na presença de sintomatologia psicopatológica.



## Conclusão

Findada a investigação que procurou contribuir para uma visão sobre a perceção do ajustamento mútuo e a sua relação com a sintomatologia psicopatológica, podemos tecer como principal conclusão, a associação existente entre o ajustamento mútuo e os índices de sintomatologia psicopatológica, sendo um melhor ajustamento mútuo associado a menos índices de sintomatologia. Esta conclusão demonstra a importância e a pertinência de se procurar entender a qualidade e o nível de ajustamento conjugal aquando do diagnóstico de doença reumática, uma vez que este pode influenciar no curso da doença, nomeadamente ao nível da presença de sintomatologia psicopatológica.

No que diz respeito as potencialidades do estudo destaca-se o foco numa problemática ainda pouco abordada em amostras clínicas, nomeadamente em doentes reumáticos, o que veio contribuir para um melhor conhecimento acerca da mesma. No entanto apesar das potencialidades, uma investigação contém sempre dois lados distintos, não se ignorando as limitações. Como limitações de referir a dimensão da amostra, que pelo seu tamanho reduzido, se impõe a questão da representatividade, devendo ter-se cuidado na generalização dos resultados. Também as condições de recolha que nem sempre foram as mais desejáveis, ou ideais, na medida em que foram realizadas na sala de espera onde há interferência de outras pessoas, tendo sido mais desejável que tivessem sido feitas num contexto mais reservado com condições mais confortáveis e livres de distrações e interrupções. Por fim, de acrescentar a desajustabilidade social, uma vez que os participantes podem em alguma fase da recolha terem respondido da forma que pensaram ser a mais adequada e não o que realmente sentiam, apesar de o aspecto da confidencialidade e anonimato ter ficado bem explícito.

Em estudos futuros acerca da problemática julgamos que seria uma mais-valia envolver não somente o paciente, mas também o cônjuge, uma vez que poderá dar uma visão ainda mais alargada acerca das dinâmicas do casal e da própria vivência da doença por parte do companheiro. Assim como será fundamental que a intervenção nestes pacientes não se centre somente no paciente, mas que envolva o casal, tendo sempre em conta o nível de ajustamento ou qualidade da relação, dada a importância que este pode ter na gestão e nos resultados da doença, tanto para o próprio paciente como para o parceiro. Em suma, as intervenções nestes doentes deverão assim, para além dos aspectos clínicos, centrar-se também nas variáveis conjugais, e se necessário fornecer apoio e estratégias (por exemplo de comunicação ou competências comportamentais) que fomentem o aumento da qualidade da relação conjugal.



**Bibliografia**

Almeida, J. Kurita, G. Braga, P. & Pimenta, C. (2010). Dor Crónica em Pacientes Esquizofrénicos: Prevalência e Características. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (3), p. 591-602.

Andrade, G. R. B. & Vaistman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e saúde colectiva*, 7 (4), p.925-934.

Araújo, A.D., & Traverso-Yopez, M.A., (2007). Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistémico (LES). *Estudos De Psicologia*, 12 (2), p.119-127.

Araújo, V.M.S.R. (2014). *Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com esclerose sistêmica: uma revisão sistemática*. Tese de mestrado, Universidade federal da Bahia, Salvador- Bahia.

Ayache, D.C.G., & Costa, I.P. (2005). Alterações da personalidade no lúpus eritematoso sistémico. *Revista brasileira de reumatologia*, 45 (5), p. 313-318.

Aydin, E., Bayraktara, K. Turana, Y. Omurlub, I. Tastabana, E. & Sendura, O.F. (2015). Qualidade do sono em pacientes com espondilite anquilosante. *Rev Bras reumatologia*, 55 (5), p. 340-345.

Barlow, J.H. Cullen, L.A. Rowe, I.F. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling* 46,p.11-19.

Bastos, F.S. (2012). *A pessoa com doença crónica Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento. Escola Superior de Enfermagem do Porto - Universidade

Beckham, J. C., Rice, J. R., Talton, S. L., & Young, B. G., (1994). Relationship of Cognitive Constructs to Adjustment in Rheumatoid Arthritis Patients. *Cognitive Therapy and Research*, 18 (5).

Bermas, B. l. Tucker, J. S. Winkelman. D.K & Katz. J. N. (2000). Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *Athritis care and research*, 13 (3).

Bhosle, M. Kulkarni, A. Feldman, S.R. & Balkrishnan, R. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4.

Bouras, N. Vanger, P. & Bridges, P.K. (1986). Marital problems in chronically depressed and psysically ill patients and their spouses. *Comprehensive psychiatry*, 27 (2), p. 127-130.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Brenner, G. F., Melamed, B. G., & Panush, R. S. (1994). Optimism and coping as determinants of psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, p. 115-134.

Brito, L. & Pereira, M.G. (2012). Variáveis individuais e familiares na psoríase: um estudo com doentes e parceiros. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28 (2), p. 171-179.

Burman, B., & Margoli, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: na interaction perspective. *Psychological Bulleyin*, 112 (1), p.39-63

Carvalho, S.S.M. (2013). *Relação entre qualidade de vida, ansiedade, depressão, stress e fadiga nos doentes com lúpus eritematoso sistémico*. Dissertação de mestrado, Faculdade de filosofia, Universidade patológica portuguesa, Portugal

Catalano, E.M. & Hardin, K.N. (2004). *Dores crónicas: um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Editorial summus

Correia, M. E. J., (2010). *Avaliação da influência do diagnóstico e dos tratamentos médicos na qualidade de vida e no ajustamento conjugal dos pacientes oncológicos num serviço de cirurgia geral*. Dissertação de mestrado, universidade de Lisboa, Portugal

Costa, J.A.S. (2011). *Modelo de manutenção de estados emocionais negativos na artrite reumatóide*. Tese de mestrado, faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Coimbra: Texto policopiado, Portugal.

Curtisa, R. Groarkea, A. Coughland, R. & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 59, p.192-198.

Dário, A.B. Külkamp, W. Faraco, H.C. Gevaerd, M.S. & Domenech., S.C. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade*, 6 (3), p. 21-30.

Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, & Creed F.(2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with metaanalysis. *Psychosom Med*, 64, p. 52-60.

Dickens, C. Jackson, J. Tomenson, B. Hay, E. & Creed, F. (2003). Association of Depression and Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 44 (3), p. 209-15.

Druley, J.A. Stephens, M.A. P. Martine, L.M. Ennis, N. & Wojno, W. C. (2003). Emotional Congruence in Older Couples Coping With Wives' Osteoarthritis: Exacerbating Effects of Pain Behavior. *The American Psychological Association, Inc*; 18 ( 3), p. 406-414.

Duarte, C.R.A. (2012). *Quando a mania do amor oscila com a depressão: impacto da Perturbação Afetiva Bipolar na relação de casal*. Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra.

Fernandes, D.M.A. (2011). *Dor Crónica: Adaptabilidade e Coesão Familiar*. Tese de mestrado, Faculdade de Filosofia - Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Católica Portuguesa, Portugal.

Fernandes, L.S.O. (2009). *Dor no Corpo e na Alma Vivências de dor em utentes com Artrite Reumatóide*. Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

Feuchtenberger, M. Kleinert, S. Tony, H.P. & Kneitz, C. (2008). Psoriatic arthritis: therapeutic principles. *Clinics In Dermatology* 26,p. 460-463.

Goeldner, I. Skare, T.L. Reason, I.T.M. & Utiyama, S.R.R. (2011). Artrite reumatoide: uma visão atual. *J Bras Patol Med Lab*, 47 (5) p. 495-503.

Goldensteins-schainberg, C.G. Favarato, M.H.S., & Ranza, R. (2012). Conceitos atuais e relevantes sobre artrite psoriásica. *Revista Bras Reumatologia*, 52 (1), p. 92-106

Gomez, R. & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), p. 625-638.

Groarke, A., Curtis, R., Coughland, R,M & Gsel, A.,(2004). The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*;43:1142-1149

Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2008). Gravidez do primeiro filho: Papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), p. 133-141.

Hinchcliff, M. & Varga, J. (2008). Systemic Sclerosis/Scleroderma: A Treatable Multisystem Disease . *Am Fam Physician*. 78 (8), p. 961-968.

Karaiskos, D., Mavragani, C. P., Sinno, M. H., Dechelotte, P., Zintzaras, E., Skopouli, F. N., Fetissov, S. O., & Moutsopoulos, H. M.,(2010). Psychopathological and personality features in primary Sjögren syndrome-associations with autoantibodies to neuropeptides. *Rheumatology*, 49, p.1762-1769.

Kasle, S. Wilhelm, M. S. & Zautra, A. J. (2008). Rheumatoid arthritis patients perceptions of mutuality in conversations with spouses/ partners and their links with psychological and psysical health. *Arthirits reuma*. 59 (7), p.921-8.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Kenneth. W. Griffin, P.D.M.P.H. Ronald. F.P.D. Alan, T. Kaell. M.D. Ronald. S. & Bennett. M. D. (2001). Distress and disease status among patients with rheumatoid arthritis: roles of coping styles and perceived responses from support providers. *Ann behav med*, 23(2), p. 133-138

Kohlsdorf, M., & Costa júnior, A.L., (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia Campinas*,25(3), p. 417-429.

Kojima, M. Kojima, T. Ishigurob, N. Oguchib, T. Obab, M. Tsuchiyab, H. Sigiurab, F. Furakawac, T.A. Suzukia, S. & Tokudomea, S. (2009). Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 67, p. 425-431.

Koll, M, B. Woertman, L. Prins, M. A. Middendorp, V. & Geenen, R. (2006). Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. *Jornal of sex & marital therapy*, 32(5), p.409-423.

Kwakkenbos A.L. Lankveld, W.G.J.M. Vonk, M.C., Becker, E.S., Hoogen, V.D., & Ende, C.H.M. (2012). Disease-related and psychosocial factors associated with depressive symptoms in patients with systemic sclerosis, including fear of progression and appearance self-esteem. *Journal of Psychosomatic Research*, 72,p. 199-204.

Lankveld, V.W.G., Vonk, M.C., Teunissen, H., & Hoogen,V.D.F.H. (2007). Appearance self-esteem in systemic sclerosis—subjective experience of skin deformity and its relationship with physician-assessed skin involvement, disease status and psychological variables. *Rheumatology*, 46, p. 872-876.

Lanza, A. Cameron, A. & Reverson, T.(1995). Perceptions of helpful and unhelpful support among individuals with rheumatic diseases. *Psychology and Health*, 10, p. 449-462

Leite, C.C. & Maia, A.C. (2013). Sintomas de doença e adaptação psicológica em pacientes brasileiros com esclerodermia. *Rev Bras Reumatol*. 53(5), p.405-411.

Lourenço, A.M.M. (2012). *Cônjuges com ou sem filhos. Diferenças e semelhanças na percepção da conjugalidade*. Dissertação de mestrado, universidade de Coimbra, Portugal

Martins, C.S.C. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. *Portal dos psicólogos*.

Mease, P. Goffe, B.S. (2005). Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. *Jornal acad dermatol.*, 52 (1), p. 1-19.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Mendes, M.L.S. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Tese de mestrado, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Portugal.

Moreira, N.A.C. & Gonçalves, R.A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII), p.133-148.

Mota, R.F.(2012). *Percepções da conjugalidade. Existem efeitos em função do número de filhos?*. Tese de mestrado, universidade de Coimbra, Portugal.

Mustafa, S.S. looper, K.J. Purden, M. zelkowitz, P. & baron, M.(2012). Better marital adjustment is associated with lower disease activity in early inflammatory arthritis. *Turk. J. med sci.* 42(1), p.1180-1185

Nagyova, Stewart, R.E. Macejova, Z. Can Dijk, J.P. & Heuvel, V.D.W.J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58, p. 55-62.

Newman, S. & Mulligan, K.(200). The psychology of rheumatic diseases. *Baillieres best practice and research clinical rheumatology*, 14, p. 773-786

Nunes, A.C.N. (2011). *Percepção do estado de saúde e das funções manifestas e latentes do trabalho no paciente com artrite reumatóide*. Tese de mestrado, Universidade do porto, Portugal

Pais-Ribeiro, J. L, Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., et al. (2010). *O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais*. ISPA.

Pires. A. & Joice-Monyz. L. (2008). Significações de doença, confronto sintomático e adaptação em pacientes de Reumatologia e Ortopedia: Uma abordagem desenvolvimentista e dialéctica. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), p.309-326.

Rehman, H., (2003). Sjogren syndrome. *Yonsei Medical Journal*. 44 (6), p. 947-954

Resende, M. C. (2006). *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, SP.

Resende, M.C. Santos, F.A. Souza, M.M. & Marques, T.P (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crónica: em busca do ajustamento psicológico. *Psic. Clin, Rio de Janeiro*, 19 (2), p. 87-99.

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Resse, J. B. Somers, T. J. Keefe, F. J. Williams, A. M., Lumley, M. A., (2010). Pain and functioning of rheumatoid arthritis patients based on marital status: is a distressed marriage preferable to no marriage?. *The journal of pain*, 11 (10), p.958- 964.

Revenson, T. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of behavioral medicine*, 16, p. 122-130.

Ribeiro, F. Leite, M. Silva, F. & Sousa, O. (2007). Exercício físico no tratamento da espondilite anquilosante: uma revisão sistemática. *Acta Reumatologica Portuguesa* 32, p.129-137.

Ridder, D. Geenen, D. Kuijer, R. Middendorp, H.V. (2008 )Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, p.246-55

Rodrigues, A.M.X. Freitas, R.M. Correa, F.I. (2013). Lupus eritematosos sistémico: uma revisão bibliográfica. *Revista Electrónica Estácio Saude*, 2(1).

Roper, S.O. Yorgason, J. B. (2009). Older adults with diabetes and osteoarthritis and their spouses: effects of activity limitations, marital happiness, and social contacts on partner's daily mood. *Family relations*, 58, p.460-479

Ruzek, M.C. Sharda, J.H.A. Ledbetter, S. Richards, S.M. & Richard, D.G. (2004). A Modified Model of Graft-Versus-Host-Induced Systemic Sclerosis (Scleroderma) Exhibits All Major Aspects of the Human Disease. *Arthritis & rheumatism*, 50 (4), p.1319-1331.

Sá, M.C.& Oliveira, A. (2012). Psychological and social factors in rheumatic diseases. *Proceedings of the 2° International Conference on Human and Social Science*. 2, p. 198-203

Sampaio-Barros, Azevedo, V.F. Bonfiglioli, R. Campos, W.R. carneiro, S.C.S. carvalho, M.A.P et al (2007). Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento. *Rev Bras Reumatol*, 47 (4) p. 233-242.

Sampaio-Barros, P.D.A. Zimmermann, A.F. Muller, C.S. Borges, C.T.L. Medeiros-Freire, E.A. Maretti, G.B., et al. (2013). Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia Recomendações sobre diagnóstico e tratamento da esclerose sistémica. *Rev Bras reumatologia*, 53 ( 3 ), p. 258 -275

Santos, A.M.A., Bruno, M.S., Sandoval, P.C.L., Albanesi, R.B., Florez, R.M., Zanini, R.A.M., & Zanini, R.O., (2013). "Síndrome de Sjögren". *Journal of Biodentistry and Biomaterials*, 2, p. 47-54.

Santos, C.R.A.B.R. (2013). *Qualidade de vida da pessoa portadora de espondilite anquilosante*. Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

- Sarafino, E. P., & Smith, T.W., (2012). *Health psychology: biopsychosocial interactions (7nd ed)*. New York, NY: John wiley & sons.
- Sharpe, L. & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, p.1153-1166.
- Silva, A.C.S. Amorim. E.C. Silva.G.G. Silva.J.S. & Correia. D.S. ( 2013). Lúpus: efeitos nos cuidados de si e nas relações familiares. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 19(1), p. 30-42.
- Silva, A.L.C (2009). *Introdução á análise de dados*. E-papers: rio de Janeiro, Brasil.
- Sirois, F.M. & Hirsch, J.K. (2013). Associations of psychological thriving with coping efficacy, expectations for future growth, and depressive symptoms over time in people with arthritis. *Journal of Psychosomatic Research* 75, p.279-286.
- Slatcher, R.B. (2010). Marital functioning and physical health: implications for social and personality psychology. *Social and Personality Compass*, 4 (7), p. 455-469.
- Stanton, A.L. Reverson, T.A. & Tennen,H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, p.565-92.
- Suls, J. Wallston, K. A. ( 2003). *Social psychological foundations of health and illness*. Malden: blackwell publishing.
- Sutcliffe, N., (2006). Sjogren´s syndrome. *Medicine*, 34 (11), p.476-479.
- Tewary. S. Farber, N. (2012). Examining interactions of marriage and self-efficacy beliefs of individuals with rheumatoid arthritis: a conceptual Framework. *Jornal of Human Behavior in the Social Environment*, 22 (6), p. 707-717.
- Vinhas, R.S.A (2008). *A expressão de ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA*. Tese de mestrado, Universidade de Fernando pessoa, Portugal.
- Walker, J.G. Jackson, H.J. & Littlejohn, G.O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: using the exemplo of rheumatoid arthritis. *Clin. Psychol. Rev.* 24(4), p. 461-88
- Walsh, J.D. Blanchard, E.B. Krewer, J.M. & Blanchard. C.C. (1999). The psychosocial effects of rheumatoid arthritis on the patientes and the well partner. *Behaviour research and therapy*, 37, p. 259-271.
- Watts, R. A., Conaghan, P., Denton, C., Foster, H., Isaacs, J., & Muller-ladner, U., (ed). (2013). *Oxford Textbook of Rheumatology*. Oxford university press

## Ajustamento conjugal e psicológico em doentes reumáticos

Yim. S.Y. et al (2003). Quality of marital life in korean patients with spondyloarthritis.  
*Clinica reumatol*, 22, p.208-212.