

AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO E PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NA ARTRITE REUMATÓIDE

Sónia Alves¹ (✉ sonia.alves@hotmail.com), Ana Isabel Cunha¹, Marta Pereira Alves¹, & Cláudia Vaz²

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal; ² Unidade Local de Saúde da Guarda, Portugal

As doenças reumáticas são definidas como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, podendo englobar mais de uma centena de entidades, com vários subtipos (Epireuma, 2014). Atingindo pessoas de todas as idades, estas doenças podem trazer graves consequências físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas, quando não diagnosticadas ou tratadas de forma atempada e corretamente (DGS, 2004). Ainda segundo o Programa Nacional para as Doenças Reumáticas, estas são as principais responsáveis por elevados custos de saúde, nomeadamente em consultas, internamentos, medicamentos e tratamentos de reabilitação e também causa de incapacidade temporária, que resulta num elevado número de baixas por doença e de reformas antecipadas (DGS, 2004).

A Artrite Reumatóide (AR) é umas das doenças reumáticas mais frequentes. O *Global Burden of Disease Study-2010* (Cross et al., 2014) estimou, para esse ano, uma prevalência global de AR de 0,24%, com uma ocorrência duas vezes superior em mulheres, comparativamente aos homens. Em Portugal, o Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas (Epireuma, 2014) sugeriu que os doentes com AR representam 0,7% da população portuguesa, verificando-se maior prevalência nas mulheres (1,1%) do que nos homens (0,3%) e nas regiões do Alentejo, Algarve e Açores. Trata-se de uma doença crónica inflamatória, de causa desconhecida, que afeta sobretudo as articulações e os tendões, provocando dor e progressivas limitações funcionais (SPR, 2013).

O impacto da AR em vários domínios da vida dos doentes tem sido evidenciado na literatura. Ao nível do funcionamento psicológico, diversos estudos têm analisado a presença de sintomatologia psicopatológica em doentes com AR, nomeadamente depressão e ansiedade. Uma meta-análise realizada por Matcham, Rayner, Steer e Hotop (2013) veio confirmar que a depressão apresenta uma elevada prevalência na AR, estimando-se que a depressão major esteja presente em 16,8% destes doentes. A revisão de Iaquinta e McCrone (2015) veio apontar para taxas de prevalência da depressão entre 6,6% a 66,25%, identificando como categorias de risco variáveis sociodemográficas, dor, *coping*, suporte social capacidade/incapacidade funcional e fatores clínicos. Recentemente, em Portugal, Cunha, Ribeiro e André (2016) analisaram a prevalência de depressão, numa amostra de 80 doentes com AR, com idades compreendidas entre os 21 e os 80 anos, sugerindo a presença de altos níveis de depressão em 35% dos doentes, apresentando os homens significativamente menos sintomas depressivos, quando comparados com as mulheres. Tem sido sugerido que doentes com AR com depressão exibem também altos níveis de ansiedade (Dario, Kulkamp, Faraco, Gavaerd, & Domenech, 2010; VanDyke et al., 2004). No seu estudo, Cunha et al. (2016) reportaram que 37,5% dos doentes apresentavam níveis moderados a altos de ansiedade.

A literatura tem também destacado os efeitos da AR na qualidade de vida e perceção do estado de saúde nos doentes. O MOS SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) é um instrumento que tem sido amplamente utilizado para avaliar este campo nas doenças crónicas, incluindo a AR. Uma meta-análise conduzida por Matcham et al. (2014), com 31 estudos que utilizaram este instrumento, veio sugerir um maior impacto da doença no domínio físico da qualidade de vida, comparativamente ao bem-estar mental. Os mesmos autores concluíram que os doentes com AR apresentam uma qualidade de vida mais reduzida, quando comparados tanto com outras doenças físicas, como com a população normativa.

O estudo aqui apresentado tem como objetivo comparar o ajustamento psicológico (presença de sintomatologia psicopatológica) e a perceção do estado de saúde (componente física) entre participantes com AR e participantes sem doença crónica.

MÉTODO

Participantes

O procedimento de amostragem decorreu de forma não probabilística e por conveniência. Foram constituídos dois grupos designados por grupo clínico (participantes com diagnóstico de AR) e grupo de comparação (participantes sem doença crónica). Os critérios de inclusão do grupo clínico incluíram: ter diagnóstico de AR, ser seguido em consulta de Reumatologia e ter mais de 18 anos e os do grupo de comparação: não apresentar diagnóstico de doença crónica e ter mais de 18 anos.

A amostra total é composta por 87 participantes. O grupo clínico é constituído por 41 participantes, na sua maioria do sexo feminino (82,9%), com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos ($M=56,95$; $DP=14,06$). A maioria tem o 4º ano de escolaridade (61%), 14,6% têm o 9º ano, 14,6% têm o 12º ano e 9,7% têm formação superior (licenciatura ou mestrado). O tempo de diagnóstico médio da doença ronda os 9 anos e 3 meses, com um tempo mínimo de 2 meses e um tempo máximo de 50 anos. O grupo de comparação é composto por 46 participantes e a maioria é também do sexo feminino (67,4%). A média de idades é de 45,48 anos ($DP=12,55$), com um mínimo de 30 e um máximo de 83 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, 37% dos participantes detêm uma licenciatura, 28% o 12º ano, 21,7% o 9º ano e 13% estudaram até ao 4º ano.

Material

O instrumento utilizado para avaliar o ajustamento psicológico, foi o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1977) validado para a população portuguesa por Canavarro (1999). É composto por 53 itens, que permitem a avaliação dos sintomas psicopatológicos, em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (total de sintomas positivos; índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos). Os estudos psicométricos da versão portuguesa apontam para níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, variando entre 0,7 e 0,8, exceto as escalas de ansiedade fóbica e a de psicoticismo que apresentavam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007). Para

avaliar a percepção do estado de saúde, foram utilizadas as dimensões de saúde física do questionário de estado de saúde SF-36v2 (MOS SF36; Ware & Sherbourne, 1992) adaptado para a população portuguesa por Ferreira (1998). Este instrumento é constituído por 36 itens, que avaliam o estado de qualidade de vida em geral, sendo dividido em oito dimensões. O seu conteúdo pode referir-se tanto à saúde física como à saúde mental (Ferreira, 1998, 2000). O instrumento obteve valores de alfa de Cronbach globais de 0,82 e 0,87 respetivamente para as dimensões física e mental, o que remete para uma boa consistência interna (Ferreira, 1998). Foi utilizado um questionário para recolha de informação sociodemográfica dos participantes. O questionário destinado ao grupo clínico continha ainda informações de natureza clínica, enquanto o dos participantes do grupo de comparação incluía uma lista de condições de saúde crónicas que, em caso de resposta afirmativa, permitiu excluir os respondentes da participação no estudo.

Procedimentos

A recolha de dados referentes ao grupo clínico decorreu na consulta de Reumatologia da Unidade Local de Saúde da Guarda. Inserido num projeto mais alargado (Projeto CRON 2016), o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do referido hospital. O diagnóstico de AR dos participantes foi confirmado pelos médicos reumatologistas. No que diz respeito ao grupo de comparação, a recolha decorreu no âmbito da rede de contactos da equipa de investigação e em instituições públicas ou privadas. Em ambas as situações, os participantes foram informados relativamente aos objetivos da investigação, sendo garantido o anonimato dos dados, assim como a confidencialidade das suas respostas, efetuando-se sempre o preenchimento do consentimento informado.

A análise de dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 24. A consistência interna das escalas e subescalas foram avaliadas por meio do índice de alfa de Cronbach, sendo considerados adequados valores $\geq 0,70$, sendo que apenas as escalas “ansiedade fóbica” e “saúde em geral” pontuaram abaixo do valor referido. Dado que as variáveis não seguiam uma distribuição normal, foi escolhido o teste não paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney U.

RESULTADOS

No Quadro 1 encontram-se os resultados médios relativos à frequência de sintomatologia psicopatológica e à percepção do estado de saúde físico nos participantes do grupo clínico e do grupo de comparação.

Quadro 1

Descrição das variáveis do ajustamento psicológico e da percepção do estado de saúde físico

	Grupo clínico (n=41)		Grupo de comparação (n=46)	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Somatização	1,21	0,65	0,48	0,46
Obsessão-compulsão	1,52	0,76	0,93	0,65
Sensibilidade interpessoal	0,89	0,80	0,59	0,50
Depressão	0,99	0,8	0,64	0,55
Ansiedade	1,09	0,75	0,62	0,45
Ansiedade Fóbica	0,54	0,61	0,31	0,42
Ideação Paranóide	1,06	0,81	0,83	0,63
Psicoticismo	0,59	0,65	0,4	0,4
Hostilidade	0,84	0,66	0,66	0,49
Função física	54,62	26,72	84,35	24,53
Desempenho físico	46,44	29,86	80,44	19,44
Dor física	39,29	24,07	67,89	22,57
Saúde em geral	38,39	16,4	67,95	18,54

A comparação entre os grupos revelou a existência de diferenças significativas nas dimensões somatização ($U=322,00$; $Z=-5,298$; $p<0,001$), obsessão-compulsão ($U=533,50$; $Z=-3,499$; $p<0,001$), depressão ($U=701,50$; $Z=-2,064$; $p=0,039$), ansiedade ($U=593,50$; $Z=-2,993$; $p=0,003$), ansiedade fóbica ($U=697,50$; $Z=2,157$; $p=0,031$), apresentando os participantes com AR pontuações superiores. Não foram encontradas diferenças significativas nas restantes dimensões.

Quando comparada a percepção do estado de saúde física, entre os participantes dos dois grupos, verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões estudadas. Deste modo, os participantes com AR pontuaram valores inferiores nas dimensões função física ($U=328,00$; $Z=-5,280$; $p<0,001$), desempenho físico ($U=350,50$; $Z=-5,075$; $p<0,001$), dor física ($U=350,00$; $Z=-5,074$; $p<0,001$) e saúde em geral ($U=232,00$; $Z=-6,049$; $p<0,001$), quando comparados com os participantes sem doença crónica.

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu contribuir para a compreensão do impacto da AR comparando o ajustamento psicológico e a perceção do estado de saúde físico em doentes com esta doença e participantes sem doença crónica. A amostra clínica é composta maioritariamente por participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 28 e os 80 anos e com baixo grau de escolaridade. O tempo de diagnóstico de AR apresenta uma grande amplitude, variando entre 2 meses aos 50 anos.

O nosso estudo revelou que os doentes com AR percecionam mais sintomas psicopatológicos, comparativamente aos participantes sem doença crónica. As diferenças encontradas ao nível da presença de sintomatologia de ansiedade e depressão vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a ansiedade e a depressão são mais prevalentes nesta patologia do que na população normativa (Dickens, McGowan, Clark-Carter, & Creed, 2002; VanDyke et al., 2004). O nosso estudo aponta ainda para diferenças nas dimensões de somatização e obsessão-compulsão, sugerindo que os doentes com AR estão mais concentrados nas queixas relacionadas com o funcionamento somático e com a avaliação das cognições e comportamento recorrentes, indesejados e egodistónicos.

Os resultados apontam para uma perceção de pior estado de saúde nos participantes do grupo clínico. Com efeito, os doentes com AR avaliam como mais baixas as dimensões função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, o que pode sugerir a perceção de pior qualidade de vida. Embora não tenha sido estudada a dimensão da saúde mental, os nossos resultados vão ao encontro de outros estudos que sugerem que a dimensão física da qualidade de vida é a mais afetada na AR (Matcham et al., 2014; Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcia, & Grassi, 2009) e que esta é inferior em relação à população geral (Altinkesen & Gelecek, 2011; Campos, Silva, Castro & Gramina, 2013). A dimensão que pontuou valores inferiores no grupo clínico foi a “saúde em geral”, que está relacionada com a perceção holística da saúde (Ferreira, 1998), o que pode sugerir uma visão negativa em relação à saúde como um todo nos doentes com AR.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o reduzido tamanho da amostra que não permite a sua representatividade. Há ainda que ter em consideração que os grupos comparados diferem ao nível de algumas variáveis sociodemográficas (e.g. idade e habilitações literárias), o que poderá ter influência na leitura dos resultados. Destacamos por outro lado, a forma como o ajustamento psicológico foi conceptualizado incluindo o estudo de outras dimensões psicopatológicas, para além da ansiedade e depressão.

Em conclusão, este estudo vem sugerir maiores dificuldades ao nível do ajustamento psicológico e a perceção de pior qualidade de vida (domínio físico), em doentes com AR. Tem sido reforçada a importância de, na intervenção com doentes reumáticos, manter o foco não apenas na incapacidade e função física, mas também nas consequências da doença ao nível mental e social (Sallaffi, Carotti, Gasparini, Intorcchia, & Grassi, 2009). Assim, a avaliação do ajustamento psicológico dos doentes com AR torna-se relevante, não só como forma de monitorizar o *distress* psicológico, mas também de oferecer intervenções adequadas de âmbito psicossocial (Dirik & Karanci, 2010). Neste contexto, será, ainda, importante enfatizar a necessidade de ampliar este tipo de estudos, incluindo outro tipo de variáveis, de modo a contribuir para o conhecimento científico dos profissionais de saúde, e assim levar a uma diminuição ou eliminação das perturbações psicopatológicas e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Cunha et al., 2016).

REFERÊNCIAS

- Altinkensen, E., & Gelecek, N. (2011). Functional status and quality of life in patients with early and late stage rheumatoid arthritis. *Fizyoterapy Rehabilitasyon*, 22, 93-99.
- Campos, A., Silva, C., Castro, S., & Graminha, C. (2013). Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Revista de Fisioterapia e Pesquisa*, 20(4), 401-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000400016>

- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 305-3331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Carmona, L., Wolfe, F., Vos, T., Williams, B., Gabriel, S., Lassere, M., Johns, N., Buchbinder, R., Woolf, A., & Marc, L. (2014). The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *73*(7), 1316-1322. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204627
- Cunha, M., Ribeiro, A., & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, *217*, 337-343. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.098>
- Dario, A., Kulkamp, W., Faraco, H., Gevaerd, M., & Domenech, S. (2010). Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatóide. *Motricidade*, *3*(6), 21-30.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 52-60.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas: Plano nacional de saúde 2004-2010. Retirado de http://www.spneumatologia.pt/files/page/15_programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas_file.pdf
- Dirik, G., & Karanci, A. (2010). Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. *Psychology and health*, *25*(5), 617-632. doi: 10.1080/08870440902721818
- Epireuma. (2014). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. Retirado de http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf
- Ferreira, P. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa dos MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, *13*, 33-66.
- Iaquinta, M., & McCrone, S. (2015). An integrative review of correlates and predictors of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Archives of*

- Psychiatric Nursing*, 29, 265-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.003>
- Matchm, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 12(52), 2136-2148. doi: 10.1093/rheumatology/ket169
- Matcham, F., Scott, I., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G., Norton, S., Scott, D., & Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2(44), 123-130. doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.05.001
- Salaffi, F., Carotti, M., Gasparini, S., Intorcia, M., & Grasse, W. (2009). The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health and quality of life outcomes*, 7-25. doi: 10.1186/1477-7525-7-25
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2013). *Manual informativo para o doente com artrite reumatóide*. Retirado de http://www.spreumatologia.pt/upload/Manual_DT_AR_01.pdf
- VanDyke, M., Parker, J., Smarr, K., Hewett, J., Johnson, G., Slaughter, J., & Walker, S. (2004). Anxiety in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51(3), 408-412. doi: 10.1002/art.20474
- Ware, J., & Sherbourne, C., (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.