

AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL EM ADULTOS COM ARTRITE REUMATÓIDE

Fátima Reis

Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Lisboa, Portugal

M. Graça Pereira

Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Resumo – Este artigo é um relato parcial de um estudo mais alargado que investiga as variáveis psicológicas na adaptação à doença em adultos com Artrite Reumatóide. A presente investigação debruçou-se sobre o ajustamento psicossocial e as expectativas de auto-eficácia. Os resultados revelam que existe uma diferença significativa entre o grupo de doentes com a doença numa fase activa e o grupo de doentes com a doença numa fase inactiva em ambas as variáveis estudadas. Em termos de ajustamento psicossocial à doença, como seria de esperar, os doentes na fase inactiva têm um melhor ajustamento do que os doentes na fase activa. Em termos de auto-eficácia, os indivíduos com a doença numa fase activa revelam menores expectativas de auto-eficácia que os indivíduos com a doença numa fase inactiva. Estas diferenças aplicam-se às sub-escalas da auto-eficácia de funcionamento físico, auto-eficácia para o controlo da dor e auto-eficácia para o controlo de outros sintomas. Implicações ao nível da intervenção são apresentadas bem como a importância dos factores psicossociais na avaliação da artrite reumatóide.

PALAVRAS-CHAVE: Adaptação à Doença; Auto-eficácia; Artrite Reumatóide
KEY WORDS: Illness Adaptation; Self-efficacy; Rheumatoid Arthritis

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a medicina científica desenvolveu técnicas que facilitaram a sobrevivência às doenças infecciosas. Em contrapartida, assistiu-se ao crescimento das doenças crónicas, que exigem uma adaptação permanente por parte do doente e do seu meio envolvente. As doenças reumáticas incluem-se no grupo das doenças crónicas. Este tipo de doenças em Portugal, e segundo a Liga Portuguesa Contra o Reumatismo, atingem 8% a 10% da população (cerca de 800 000 habitantes) e ocupam o primeiro lugar na prevalência das

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Fátima Reis, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Lisboa, Portugal. Telef.: (21) 2946700; E-mail: mlfarsm@iol.pt

doenças crónicas. Calcula-se que "um em cada 3 europeus seja afectado por algum tipo de reumatismo em algum momento da sua vida" (Wright & Harvey, 1988).

Segundo Queiroz (1996), as doenças reumáticas são:

1. A primeira causa de doença no Homem;
2. O principal motivo de consulta médica, constituindo a primeira causa de absentismo no trabalho;
3. A primeira causa de invalidez;
4. Uma das causas de maiores custos económico-financeiros no campo da saúde.

Dada a prevalência da doença e o número de pessoas afectadas, surge como pertinente a necessidade de sensibilizar os governantes para que programas de luta anti-reumática, em Portugal, possam ser desenvolvidos e implementados.

Vários têm sido os estudos que confirmam a alta prevalência das doenças reumáticas na comunidade. No Inquérito Nacional de Saúde de 1989/90 referente à região de Lisboa e Vale do Tejo, 16,8% dos homens da população inquirida e 22,7% das mulheres, mencionaram que nas duas semanas anteriores tinham tido alteração do estado de saúde devido a "doença do sistema osteo-muscular ou do tecido conjuntivo". No mesmo período, tinham estado incapacitados 11,5% dos homens e 19,7% das mulheres por razões também do mesmo tipo de doença (Rebelo, 1996).

Numa revisão de estudos a nível internacional, Lascuevas e colaboradores (1992), concluíram que em ambulatório, as doenças reumáticas são o segundo motivo de consulta, representando cerca de 10% de todas as doenças observadas em cuidados de saúde primários, sendo um dos mais importantes grupos diagnósticos.

A Artrite Reumatóide (AR) é considerada uma das principais doenças reumáticas e a principal doença difusa do tecido conjuntivo, dada a sua prevalência (segundo grupo nosológico mais frequente) e os importantes problemas médicos, económicos e psicossociais que origina (Rebelo, 1996). Dentro dos problemas psicossociais, salientam-se a repercussão psicológica no doente, a grave repercussão laboral, o impacto nas tarefas domésticas associado em grande medida às limitações funcionais e à dor, o reflexo na vida sexual dos casais e na relação conjugal, e ainda os graves reflexos que a doença acaba por ter nos prestadores de cuidados familiares. De um modo mais geral, a AR tem uma repercussão na qualidade de vida do doente e mesmo na diminuição da esperança de vida entre eles (Rebelo, 1996). Apesar de todos os esforços de investigação nos cuidados ao doente, existem poucas evidências de que o prognóstico da doença, a longo prazo possa ser alterado significativamente pela medicação actual. É necessário uma melhor compreensão da patogénese da AR para o desenvolvimento de uma terapia mais eficaz de forma a que se possa melhorar o prognóstico da doença (Harris Jr., 1989).

O doente com AR é um doente com multipatologia: a nível biológico, psicológico e social. Não se conhece a real prevalência desta doença na população portuguesa, embora se suponha que seja elevada e relativamente semelhante aos outros países europeus. A

prevalência da AR em alguns países europeus e também nos E.U.A. do Norte é de 1% a 2%, segundo os critérios da Associação Americana de Reumatismo (Queiroz, 1996).

A AR é uma doença inflamatória crónica de etiologia desconhecida, ocorre em todas as idades, embora o início da doença seja mais frequente entre a terceira e quinta década de vida sendo mais prevalente no sexo feminino (três a quatro vezes mais que no sexo masculino) (Queiroz, 1991). O mesmo autor (1987) refere que, embora havendo desconhecimento sobre a real prevalência da AR em Portugal, se calcula que existam cerca de 100 000 casos. Rebelo (1996) após uma análise dos escassos estudos existentes em Portugal sobre a prevalência real da AR concluiu que os resultados são discutíveis ou por falta de critérios de classificação ou pela pequena dimensão da amostra. Os indivíduos com AR estão particularmente vulneráveis a problemas de saúde relacionados com o stress, devido, por um lado, à tensão no sistema imunológico causado pela própria doença e por outro, aos stressores psicossociais associados à doença. Sabe-se, pelos avanços importantes no estudo da psiconeuroimunologia (Ader, 1981) que alguns estímulos stressantes podem levar à supressão de algumas respostas imunitárias (Zautra *et al.*, 1989) e que, face a um mesmo grau de gravidade da doença, os indivíduos podem reagir/ajustarem-se de forma diferente. Também os relatos de dor e *distress* nem sempre são correctamente previstos/explicados por medidas objectivas da doença, como sejam as representações radiográficas da deterioração das articulações ou os marcadores bioquímicos da actividade autoimunológica (Park, 1994). Neste contexto, vários autores têm estudado variáveis psicológicas tidas como mediadoras no processo de adaptação psicossocial à AR, isto é, apresentando valor explicativo das diferenças interindividuais e, conseqüentemente, sendo variáveis importantes a considerar numa intervenção mais eficaz ao nível do ajustamento à doença.

Assim, um estilo de *coping* passivo em relação à dor tem sido associado a um aumento do sofrimento psicológico (Brown, Nicassio & Wallston, 1989; Kecfe *et al.*, 1989). A qualidade percebida do suporte social e emocional tem-se revelado um factor determinante na prevenção de disfunções a nível social e psicológico (Goodenow, Reisine & Grady, 1990). A avaliação da impotência ("helplessness") sobre a AR prediz um aumento de sintomatologia depressiva (Smith *et al.*, 1990), enquanto que um sentido de competência contribui para a sua diminuição (Smith, Dobbins & Wallston, 1991). Beckham e colaboradores (1994), verificaram que as expectativas de auto-eficácia constituíam o factor mais fortemente relacionado com várias medidas de ajustamento (incapacidade física, dor, depressão e ansiedade nos doentes). O estudo de Teixeira e colaboradores (1997) evidenciou que quanto mais elevada for a expectativa de auto-eficácia, mais positiva é a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, em sujeitos com AR. Também Rebelo (1996) evidencia, numa amostra de indivíduos com AR, na fase de crise (Rolland, 1984, 1994), que a presença de "baixo suporte e alto stress familiar" está associada a uma evolução favorável da AR, em termos da actividade da doença.

Outra fonte de evidências da importância das variáveis psicológicas no ajustamento à doença resulta das diversas intervenções comportamentais e cognitivo-comportamentais,

realizadas com doentes com AR, com o objectivo de lidarem mais eficazmente com alguns aspectos específicos como a dor e a incapacidade funcional (Young, 1993).

Considerando o modelo biopsicossocial (Engel, 1977, 1980) em que a Psicologia da Saúde se inscreve, perante uma doença crónica, como é o caso da Artrite Reumatóide, um dos focos de atenção deve ser o sistema criado pela interacção da doença com a dinâmica individual e familiar. De facto, no domínio da investigação sobre a doença crónica, a atenção aos factores familiares, tem aumentando com evidência crescente de que a família pode ter um papel precipitante, de predisposição e de contribuição na etiologia, prestação de cuidados e tratamento de um amplo conjunto de doenças crónicas. Na última década, tem sido estudado o impacto das reacções da família quando existe um elemento com uma doença crónica nomeadamente ao nível da importância do apoio familiar e das contribuições familiares para a adesão do doente ao tratamento (Kerns, 1995). No caso específico da Artrite Reumatóide, Nicassio e Radojevic (1993) ao investigarem a influência de variáveis familiares em doentes com AR., verificaram, que um elevado grau de controlo e rigidez na família eram preditivos de maiores níveis de dor.

Embora os estudos incluam nas suas medidas uma avaliação do ajustamento psicossocial na AR, a variação do ajustamento psicossocial ao longo das diferentes fases da doença constitui uma dimensão que não tem sido objecto de investigação (Zautra & Manne, 1992). Sabe-se que a natureza das respostas de *coping* muda ao longo do decurso temporal evolutivo da doença. Assim, é fundamental uma melhor avaliação das mudanças comportamentais, psicológicas, sociais, e não apenas biológicas, ao longo da evolução temporal da doença.

Este artigo pretende assim relatar os resultados da avaliação do ajustamento psicossocial à doença e da auto-eficácia na adaptação à doença em adultos com AR, em fase crónica sendo esta definida de acordo com o critério de Rolland em 1994.

Em síntese, tendo como suporte teórico principal o modelo de Rolland, pretendemos aumentar o conhecimento sobre o ajustamento psicossocial à AR numa fase da doença ainda não estudada: a fase crónica. Considerando as particularidades da doença em estudo, foi também avaliado o estado de actividade da doença.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra que dá corpo à presente investigação foi retirada de um universo constituído pelo total de doentes com AR, que frequentam o Instituto Português de Reumatologia. A amostra de conveniência (*amostras contrastantes*) compõe-se de 77 doentes. Procedeu-se a uma amostragem não probabilística consecutiva.

Os critérios de inclusão dos doentes no estudo foram os seguintes:

1. Estar inscrito na Consulta de Reumatologia do Instituto Português de Reumatologia,
2. Ter idade superior a 20 anos;
3. Ter o diagnóstico de AR realizado por um reumatologista, de acordo com os critérios da Associação Americana de Reumatologia (ARA), revistos em 1987;
4. Encontrar-se na fase crónica da AR segundo o critério de Rolland (período que medeia o primeiro ajustamento à doença e o momento em que a morte surge como inevitável);
5. Acordo verbal explícito do doente autorizando a sua entrada no estudo;
6. Não apresentar alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico;
7. Ausência de gravidez
8. Não estar internado

De acordo com estes critérios foram inquiridos 85 doentes. Destes, 8 foram anulados, por não terem efectuado análises no espaço de uma semana após a avaliação (condição necessária a serem incluídos no estudo), ficando a amostra de conveniência composta por 77 doentes.

A participação dos doentes foi voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

Foi solicitado aos reumatologistas que para além de seleccionarem os doentes que se encontravam na fase crónica da doença, procedessem, por um processo de acordo inter-juízes, à sua avaliação em termos de actividade *versus* inactividade da doença.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

1. Variáveis Sócio-Demográficas

As principais características sócio-demográficas estão apresentadas no Quadro 1. A amostra é constituída por 70 mulheres e 7 homens, sendo a representação das mulheres (90.9) bastante superior à dos homens (9.1). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

A média de idades é de 55.4 anos, estando os sujeitos repartidos ao longo do intervalo estabelecido, correspondendo o grupo mais numeroso (31.2%) ao dos doentes com idades compreendidas entre os 60-69 anos, logo seguido (27.3%) do grupo dos doentes com idades entre os 40-49 anos. A faixa etária menos frequente (1.3%) corresponde aos doentes entre os 20-29 anos.

A grande maioria (67.5%) referiram ser casados (as). Dos restantes, 20 são *viúvos* (as) (26.0%), 4 são *solteiros* (as) (5.2%) e só 1 (1.3%) referiu ser *divorciado* (a).

Quadro 1 - Distribuição dos elementos da amostra segundo as suas características sócio-demográficas (N = 77)

Variáveis	N	%
Sexo		
Fem	70	90,9
Masc	7	9,1
Idade		
20-29	1	1,3
30-39	7	9,1
40-49	21	27,3
50-59	16	20,8
60-69	24	31,2
>69	8	10,4
Estado civil		
Solteiro	4	5,2
Casado	52	67,5
Divorciado	1	1,3
Viúvo	20	26,0
Escolaridade		
S/ Esc. Prim. Completa	14	18,2
Primária	44	57,1
Preparatório	7	9,1
Secundário	7	9,1
Médio	4	5,2
Superior	1	1,3
Sit. Profissional		
Activo	11	14,3
Activo/baixa	3	3,9
Desempregado	5	6,5
Reformado	47	61,0
Doméstica	11	14,3
Nível sócio-económico		
1	2	2,6
2	5	6,5
3	24	31,2
4	44	57,1
5	2	2,6

A maior parte dos sujeitos tem apenas o ensino *primário* (57.1%), 14 (18.2%) não terminaram o ensino primário, tendo sido considerados *sem escolaridade primária completa*. Apenas 7 doentes (9.1%), completaram o ensino *preparatório* e um número igual completou o *secundário*. quatro doentes, correspondente a 5,2% do total, possuem habilitações *médias*, e um único doente (1.3%) possui um *curso superior*. Este baixo nível de instrução reflecte-se na distribuição dos doentes da amostra pelas categorias de nível sócio-económico da escala de Graffar.

Em relação à situação profissional, a grande maioria dos doentes (61.0%) estão *reformados*. Este dado é compreensível considerando quer a idade dos doentes quer o elevado grau de incapacidade funcional que esta doença implica. Na categoria de *doméstico e activo* temos igual percentagem de doentes (14.3%). As categorias menos frequentes são *activo/baixa* (3.8%) e *desempregado* (6.5%).

Uma vez que a variável actividade da doença é pivotal no presente estudo, nos quadros que se seguem apresentamos os resultados das análises da "Actividade da Doença" em função de algumas características sócio-demográficas do doente (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade). Os resultados serão organizados por variável, facilitando-se assim a sua análise.

Sexo

O quadro 2 apresenta a distribuição dos doentes segundo a *Actividade da Doença* em função do sexo. Os resultados não evidenciam diferenças relevantes entre actividade vs. inactividade da doença em função do sexo. Independentemente da fase da doença, a grande maioria dos elementos da amostra pertencem ao sexo *feminino*.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a actividade da doença em função do sexo dos doentes

	Activa	Inactiva	Totais
Sexo Fem.	35	35	70
Sexo Masc.	1	6	7
Totais	36	41	77

Idade

Os sujeitos foram agrupados em cinco grupos etários (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos, 60-69 anos, mais de 69 anos). Como se pode verificar no Quadro 3, a distribuição dos doentes segundo a *Actividade da Doença* em função da idade, indica que os grupos etários mais representados na amostra são o grupo etário *40-49 anos (12)s*, e o grupo etário *60-69 anos (12)*. Em relação aos indivíduos que se encontram com a doença na fase inactiva, os grupos etários com maiores frequências são o *50-59 anos (11)* e *60-69 anos (12)*.

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a actividade da doença em função do grupo etário

	Activa	Inactiva	Totais
20-29 anos	1	0	1
30-39 anos	2	5	7
40-49 anos	12	9	21
50-59 anos	5	11	16
60-69 anos	12	12	24
> 69 anos	4	4	8
Totais	36	41	77

Estado Civil

O quadro 4 apresenta a distribuição dos doentes segundo a *Actividade da Doença* em função do estado civil. Dos doentes em fase activa, 20 são *casados* e 14 *viúvos* enquanto que dos 41 indivíduos com a doença em fase inactiva, 32 são *casados*.

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a actividade da doença em função do estado civil

	Fase Activa	Fase Inactiva	Totais
Solteiro	2	2	4
Casado	20	32	52
Divorciado	0	1	1
Viúvo	14	6	20
Totais	36	41	77

Escolaridade

Esta variável foi medida através dos principais níveis do ensino em Portugal. Assim, os doentes foram repartidos em 6 grupos (sem escolaridade primária completa, ensino primário, ensino preparatório, ensino secundário, ensino médio, ensino superior). O quadro 5 apresenta a distribuição de indivíduos segundo a actividade da doença em função do nível de escolaridade. A maior parte dos indivíduos, independentemente da fase da doença, possui o ensino *primário*.

Quadro 5 - Distribuição da amostra segundo a actividade da doença em função do nível de escolaridade

	Activa	Inactiva	Totais
S/ Esc. Prim. Completa	6	8	14
Primária	24	20	44
Preparatório		4	7
Secundário	1	6	7
Médio	1	3	4
Superior	1	0	1
Totais	36	41	77

2. Variáveis Clínicas

As características clínicas da amostra estudada são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Distribuição dos elementos da amostra nas variáveis clínicas (N = 77)

Variáveis	N	%
Actividade da Doença		
Activo	36	46,8
Inactivo	41	53,2
Duração da doença		
Há 2 anos ou menos	26	33,8
Há mais de 2 anos	51	66,2
Exercício Físico		
Sim	7	9,1
Não	70	90,9
Grupo de Apoio		
Sim	0	0,0
Não	77	100
Reacção à Dor		
Tomar medicamentos	56	72,7
Tomar medic. e descansar	9	11,7
Aguentar a dor	4	5,2
Descansar	4	5,2
Outras	4	5,2

Dos 77 doentes da amostra, 36 (46,8%) encontram-se na fase *activa da doença*, e 41 (53,2%) possuem uma AR em fase *inactiva*. Relativamente à *duração da doença*, a maioria dos doentes (66,2%) possui a AR *há mais de 2 anos*, enquanto que os restantes doentes (33,8%)

tem esta doença *há 2 anos ou menos*. Quanto ao exercício físico, largamente recomendado pelos técnicos de saúde aos doentes com AR, apenas 7 doentes (9,1%) refere que praticam exercício físico, enquanto que a esmagadora maioria (90,9%) afirma *não* o fazer. Também nenhum doente desta amostra participou num grupo de apoio.

A grande maioria dos inquiridos (72,7%) reage à dor *tomando medicamentos*. A categoria *tomar medicamentos e descansar* está representada em 11,2% dos sujeitos, enquanto que as restantes categorias estão todas igualmente representadas por 5,2% dos doentes.

INSTRUMENTOS

No sentido de dar resposta aos objectivos do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

— Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença (PAIS, Derogatis, 1983) — Esta escala avalia a qualidade do ajustamento psicossocial a uma doença actual ou aos seus efeitos residuais. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que avalia o ajustamento psicossocial do indivíduo a uma doença que possua uma componente psicossocial identificada.

A versão que utilizámos foi a de auto-resposta (PAIS-SR). Esta escala é composta por 46 itens que reflectem o ajustamento psicossocial em sete grandes áreas:

1. *Contexto de Saúde* — avalia a atitude do sujeito face à doença, a qualidade da informação recebida e a natureza das expectativas acerca da doença e do seu tratamento (8 itens).
2. *Contexto Vocacional* — avalia a qualidade do desempenho profissional, satisfação no trabalho e interesse pelo mesmo (6 itens).
3. *Contexto Doméstico* — avalia o impacto financeiro da doença, a qualidade do relacionamento e comunicação intra-familiares e os efeitos da incapacidade física na família (8 itens).
4. *Relações Sexuais* — avalia o interesse sexual, a frequência, a qualidade do desempenho sexual e os níveis de satisfação e prazer na actividade sexual (6 itens).
5. *Relações Familiares/Contacto e convívio com a família alargada* — avalia problemas com a família alargada associados à doença no que diz respeito à comunicação, qualidade das relações e interesse na interacção, entre outros (5 itens).
6. *Contexto Social* — avalia até que ponto a doença alterou o interesse e o desempenho das actividades de tempos livres (6 itens).
7. *Perturbações Psicológicas* — avalia os indicadores significativos de perturbações psicológicas associados à doença como: ansiedade, depressão, agressividade/hostilidade, baixa de auto-estima, alterações da imagem corporal e sentimentos de culpa inadequados (7 itens).

Uma elevada pontuação global obtida pelo sujeito significa mau ajustamento psicossocial à doença. A adaptação portuguesa a esta amostra (Pereira e Reis, 1999a) apresenta uma boa fidelidade com alpha global de .86 e boa validade de construto.

— Escala de Auto-Eficácia na Artrite (Lorig *et al.*, 1989) — Trata-se de uma escala composta por 20 itens elaborada especificamente para sujeitos com AR. Foi utilizada a versão adaptada por Pereira e Reis (1999b). A escala é constituída por três sub-escalas:

- Escala de Auto-Eficácia Funcional, que permite avaliar as expectativas de Auto-Eficácia quanto à função física (9 itens)
- Escala de Auto-Eficácia para o Controlo da Dor (5 itens)
- Escala de Auto-Eficácia para o Controlo de Outros Sintomas (6 itens)

Uma elevada pontuação global obtida pelo sujeito significa elevadas expectativas de auto-eficácia. A adaptação portuguesa apresenta uma boa fidelidade com alpha global de .95 e boa validade de construto.

RESULTADOS

Dadas as características da nossa amostra foi utilizada estatística não paramétrica, à excepção da primeira análise em que os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelaram que a variável do ajustamento Psicológico (PAIS-SR) tinha uma distribuição normal na amostra estudada.

1. Ajustamento Psicossocial

Os resultados (Quadro 7) revelam que existe uma diferença muito significativa entre o Grupo 1 (grupo com a doença numa fase activa) e o Grupo 2 (grupo com a doença numa fase inactiva) em relação ao Ajustamento Psicossocial à Doença (PAIS-SR). As diferenças encontradas vão no sentido do Grupo 1 apresenta um pior ajustamento psicossocial à doença, quando comparado com os valores de ajustamento evidenciados pelo Grupo 2.

Quadro 7 - Resultados da comparação de médias (t-teste) referente ao ajustamento psicossocial à doença em função da fase da doença

Variável	FASE DA DOENÇA			
	ACTIVA 1 (N=36)		INACTIVA 2 (N=41)	
	Média	Média	t-value	p
	Grupo1	Grupo2		
PAIS	54.76	49.04	3.93	000175*

2. Auto-eficácia

Os resultados (Quadro 8) revelam que existe uma diferença muito significativa entre o Grupo 1 (grupo com a doença numa fase activa) e o Grupo 2 (grupo com a doença numa fase inactiva) em relação às expectativas de auto-eficácia em geral, auto-eficácia funcional, auto-eficácia em relação à dor e auto-eficácia em relação a outros sintomas. As diferenças encontradas vão no sentido do Grupo 1 apresentar valores de menor auto-eficácia, quando comparado com os valores de auto-eficácia evidenciados pelo Grupo 2.

Quadro 8 - Resultado do teste de Mann-Whitney referente às expectativas de auto-eficácia em função da fase da doença

Auto-eficácia (AE)	Mann-Whitney U Test			
	ACTIVIDADE DA DOENÇA			
	Grupo 1: ACTIVA		Grupo 2: INACTIVA	
	Soma Ranks Grupo 1	Soma Ranks Grupo 2	Z Ajustado	p
AE-FUNCIONAL	1036,5	1956,5	-3,760	.00017*
AE-DOR	1009,5	1913,5	-3,220	.00128*
AE-OUTROS SINTOMAS	1014,5	1988,5	-3,982	.00006*
AE-TOTAL	1015,5	1987,5	-3,969	.00007*

3. Ajustamento Psicossocial e Auto-eficácia

O Quadro 9 evidencia os resultados da análise referente à variação do Ajustamento Psicossocial à Doença com a auto-eficácia, considerando apenas o grupo dos doentes em fase activa da doença. Assim, quando comparamos os doentes que têm menor auto-eficácia com os que têm maior auto-eficácia, verifica-se que os doentes que revelam pior ajustamento psicossocial à doença são os que possuem menor auto-eficácia.

Quadro 9 - Resultados do teste Mann-Whitney referente à variação do ajustamento psicossocial à doença em função das expectativas de auto-eficácia em doentes na fase activa da doença

Variável	Mann-Whitney U Test			
	Auto-eficácia			
	Grupo 1 Menor AE total		Grupo 2 Maior AE total	
	Ranks Grupo 1	Ranks Grupo 2	Z Adjusted	p
PAIS	550	116	-4,132	.00003*

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na primeira análise evidenciam uma diferença bastante significativa entre os indivíduos com a doença em fase activa e os indivíduos com a doença em fase inactiva em relação ao ajustamento psicossocial à doença. Verifica-se que são os indivíduos com a doença em fase activa os que revelam pior ajustamento.

Embora não exista uma relação directa entre actividade da doença e o ajustamento, no sentido em que para igual fase da doença, é possível encontrar diferentes níveis de ajustamento, em termos gerais o ajustamento dos doentes parece estar particularmente relacionado com a actividade da doença.

Os resultados obtidos na segunda análise indicam que, em geral, os indivíduos que se encontram na fase activa da doença apresentam menores expectativas de auto-eficácia quando comparados com os indivíduos que se encontram com a doença em fase inactiva. A análise efectuada não permite fazer inferências de causalidade, mas os resultados vão no sentido da literatura, pois em estudos anteriores, verificou-se uma correlação entre auto-eficácia e o estado de saúde presente e futuro do doente (Lorig *et al.*, 1989). Estes resultados apontam assim, para a necessidade de estudos longitudinais sobre a relação entre a actividade da doença e a percepção de auto-eficácia por parte dos doentes.

Finalmente, as expectativas de auto-eficácia parecem constituir uma variável cognitiva mediadora da relação entre a actividade da doença e o ajustamento psicossocial. Os resultados apontam no sentido da auto-eficácia contribuir para explicar a variação em termos de ajustamento psicossocial dos doentes em situação de igual gravidade da doença.

Costaríamos de ressaltar a necessidade de interpretar estes resultados com base nas características clínicas e sócio-demográficas da amostra estudada e enfatizar a importância de replicar os resultados numa amostra maior de forma a permitir uma maior generalização e compreensão dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Os resultados da presente investigação enfatizam a importância, para além dos índices de avaliação da actividade da doença, das variáveis psicológicas no ajustamento à artrite reumatóide. Deste modo, torna-se clara a necessidade de uma avaliação do ajustamento psicossocial à doença bem como do grau de expectativas de auto-eficácia em doentes com artrite reumatóide. Esta necessidade da avaliação psicológica do doente é a nosso ver imprescindível sempre que o doente apresente sinais de má adaptação à doença.

Pensamos que uma integração dos aspectos psicossociais no tratamento da artrite reumatóide contribuirá para o planeamento de intervenções mais relevantes e globais que potencializam a função de suporte que as famílias podem desempenhar na gestão de uma doença crónica, aumentando o seu sentido de controle, e contribuindo em última análise, para a melhoria da qualidade de vida do doente e da própria família.

REFERÊNCIAS

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. In Ader (Ed). New York: Academic Press.
- Beckham, J. C., Rice, J. R., Tallon, S. L., Helms, M. J. & Young, L. D. (1994). Relationship of cognitive constructs to adjustment in rheumatoid arthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 18(5), 479-496.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Wallston, K. A. (1989). Pain Coping Strategies and Depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (5), 652-657.
- Derogatis, L. (1983). *Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Scoring, Procedures and Administration Manual*. Baltimore: PCR.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Goodenow, C., Reinsine, S. T. & Grady, K. E. (1990). Quality of social support and associated social and psychosocial functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, (3), 266-284.
- Harris, Jr. (1989). Pathogenesis of rheumatoid arthritis. In Kelley W. N., Harris, Jr. E. D., Rudy, S. & Sledge, C. B. *Textbook of Rheumatology*. 3th ed. WB Saunders Company.
- Keefe, F. J. (1992). Behavioral and cognitive behavioral approaches to chronic pain. Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 528-536.
- Kerns, R. D. (1995). *Family Assessment and Intervention*. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds). APA, Washington, D. C.
- Lascuevas, P. M., Ojanguren, B. P., Fernandez, C. F., Mejia, R. H. & Garcia, F. J. B. (1992). Los Reumatismos a la comunidad. *Atencion Primaria*, 1, 567-570.
- Lorig, K., Chastain, E. U., Shoor, S. & Holman, H. R. (1989). Development and Evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32 (1), 37-44.
- Nicassio, P. M. & Radojevic, V. (1993). Models of family functioning and their contribution to patient outcomes in chronic pain. *Motivation and Emotion*, 17 (3), 295-316.
- Park, D. C. (1994). Self-regulation and control of rheumatic disorders. In S. Maes, H. Leventhal, M. Johnston (Ed). *International Review of Health Psychology*, Chichester: John Wiley & Sons.
- Pereira, M. G. & Reis, F. (1999a). Escala de Ajustamento Psicológico à Doença: Adaptação em doentes com Artrite Reumatóide. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Apport. Braga.
- Pereira, M. G. & Reis, F. (1999b). Adaptação da escala de auto-eficácia na Artrite Reumatóide. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Apport. Braga.
- Queiroz, M. (1987). Aspectos psicológicos da artrite reumatóide. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 1, 25-33.
- Queiroz, M. V. (1991). Clínica da Artrite Reumatóide. *Cadernos de Reumatologia*, 2(1), 2-9.
- Queiroz, M. V. (1996). *Reumatologia Clínica*. Edições Técnicas Lidel. Lisboa.
- Rebello, L. M. (1996). *O doente com artrite reumatoide e o seu contexto familiar*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rolland, J. S. (1984). Family Systems and chronic illness: A typology mode. In *Chronic Disorders and the Family*, 143-168.
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness and disability: An integrative treatment model*. New York. Basic Books.
- Smith, T. W., Peck, J. R. & Ward, J. R. (1990). Helplessness and Depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9 (4), 377-389.
- Smith, C., Dobbins, J. & Wallston, K. (1991). The mediation role of perceived competence in psychosocial adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (15), 1281-1247.
- Teixeira, J. C., Canas da Silva, J. A., Resende, I. P., Silva, N. R., Branco, J. C. & Queiroz, M. (1987). Aspectos Psicológicos da Artrite Reumatoide. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 1, 25-33.
- Wright, W. & Harvey, A. R. (1988). *Diagnostic pictures tests in rheumatology*. Wolfe Medical Publications, 44, 43-59.
- Young, L. D. (1993). Rheumatoid Arthritis. In R. J. Gatchel & E.B. Blanchard (Eds). *Psychophysiological disorders: Research and clinical applications*. APA. Washington, D. C.
- Zautra, A. J., Okun, M. A., Robinson, S. E., Lec, D., Roth, S. H. & Emmanuel, J. (1989). Life stress and lymphocyte alterations among patients with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 8 (1), 1-14.
- Zautra, A. J. & Manne, S. L. (1992). Coping with Rheumatoid Arthritis: A review of a decade research. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 31-39.

PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN ADULTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Abstract – *This article is a partial account of a larger research that studied the impact of psychological variables on illness adaptation in adults with Rheumatoid Arthritis (RA). The present focus is on the psychosocial adjustment and self-efficacy of patients diagnosed with RA. The results show a significant difference between the group of patients with the disease in an active phase and the group of patients with the disease in a non-active phase in both grouping of variables. As one might expect, in terms of psychosocial adjustment to illness, patients in a non-active phase have better adjustment than patients in an active phase. In terms of self-efficacy, patients in an active phase have lower self-efficacy than patients in a non-active phase of the disease. These differences applied to self-efficacy in pain, physical functioning and in the control of other symptoms. Implications at the level of intervention are presented as well as the importance of psychosocial factors in the assessment of Rheumatoid Arthritis.*