

QUALIDADE DE VIDA E VIVÊNCIA DA DOR CRÓNICA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Paula Oliveira,* Paulo Monteiro,** Margarida Coutinho,* Maria João Salvador,**
Maria Emília Costa,* Armando Malcata**

Resumo

Objectivos: Avaliar as diferenças na qualidade de vida do ponto de vista da saúde física e mental, limiar e percepção de dor e utilização de estratégias de *coping* passivo com a dor crónica (especificamente, estratégias de afastamento, preocupação e repouso) e conhecer as associações entre as diferentes variáveis em três grupos de doentes reumáticos – fibromialgia (FM), artrite reumatóide (AR) e osteoartrose (OA).

Material e métodos: 86 participantes com o diagnóstico de FM ($n = 25$), AR ($n = 31$) e OA ($n = 30$) completaram as seguintes medidas de avaliação: Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC), Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2), Questionário de Formas de Lidar com a Dor (PCI), escala visual analógica da dor (EVA) e avaliação do limiar da dor com aplicação do dolorímetro. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS.

Resultados: Os dados indicam que os pacientes com FM percebem, por um lado, os níveis mais reduzidos de qualidade de vida e limiar de dor e, por outro lado, os níveis mais elevados de percepção da dor (EVA) e utilização de estratégias de *coping* passivo. O padrão de associações entre variáveis nos três grupos em estudo sugere que o processo de dor crónica tende a ser gerido com mais sucesso entre os pacientes com OA, seguindo-se AR e, por fim, FM.

Conclusões: Destaca-se a pertinência de uma abordagem biopsicossocial na avaliação e intervenção junto do doente reumático, em função das especificidades associadas a cada patologia.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Dor crónica; Fibromialgia; Artrite reumatóide; Osteoartrose.

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

**Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Abstract

Objectives: To assess differences among health-related quality of life, pain threshold and perception, and passive coping strategies with chronic pain (specifically retreating, worrying, and resting), as well as associations among variables in three groups of rheumatic patients – fibromyalgia (FM), rheumatoid arthritis (RA), and osteoarthritis (OA).

Material and methods: 86 participants diagnosed with FM ($n = 25$), RA ($n = 31$) and OA ($n = 30$) completed the following measures: Clinical and Sociodemographic Questionnaire (QSDC), Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36v2), Pain Coping Inventory (PCI), visual analogic scale (VAS) for pain, and dolorimeter for threshold pain. SPSS software was used to perform statistical analyses.

Results: FM patients reported the lowest levels of quality of life and threshold pain, as well as the highest levels of pain perception and passive coping with chronic pain. Associations between variables support that experience with chronic pain is managed more successfully in OA patients, followed by RA patients and, finally, by FM patients.

Conclusions: Our findings support the adoption of a biopsychosocial model for assessment and intervention with rheumatic patients, considering specificities associated to each illness.

Keywords: Health-related Quality of Life; Chronic Pain; Fibromyalgia; Rheumatoid Arthritis; Osteoarthritis.

Introdução

As doenças reumáticas acarretam um considerável impacto em termos físicos, psicológicos e sociais para os pacientes, sendo deste modo pertinente a utilização de medidas de avaliação multidimensionais no que diz respeito à qualidade de vida dos

mesmos.^{1,2} O *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey* (SF-36) tem sido amplamente utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida, incluindo oito sub-escalas (função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) as quais podem ser agrupadas em duas componentes gerais, designadamente a componente de saúde física (que inclui as primeiras quatro sub-escalas mencionadas) e a componente de saúde mental (que inclui as restantes sub-escalas referidas).³⁻⁵

Os estudos de investigação têm sugerido que pacientes com FM, comparativamente com pacientes com AR e OA, tendem a relatar uma pior qualidade de vida percebida quer em termos de saúde física, quer de saúde mental.⁶⁻¹⁰ Porém, em estudos onde foi aplicado o SF-36 verifica-se alguma inconsistência no que se refere às sub-escalas específicas onde as referidas diferenças entre grupos emergem.⁶⁻⁹

Nos três grupos de doentes reumáticos mencionados tem-se verificado que a dor e as implicações da mesma revelam ser componentes importantes para a compreensão da qualidade de vida dos pacientes, quer quando são comparados com a população em geral, quer com amostras clínicas que apresentam outro tipo de patologia (epicondilite, lesões por esforços repetitivos ou lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), tendinite e capsulite).⁹

Não obstante a centralidade da dor nas doenças reumáticas, o limiar e percepção da mesma parecem assumir padrões diferenciados em função das diferentes patologias. Mais concretamente, Laursen *et al*⁶ verificou que entre pacientes com FM, endometriose, lombalgia e artrite reumatóide não se verificaram diferenças significativas no que se refere ao limiar de dor, avaliado por dolorímetro. Porém, na avaliação da percepção da dor, por escala visual analógica, os pacientes com FM foram aqueles que apresentaram níveis significativamente superiores comparativamente com os restantes grupos. Outros estudos, desenvolvidos com pacientes FM e AR confirmam este último dado, mostrando que pacientes com FM, comparativamente com AR, apresentam níveis significativamente superiores de percepção de dor.^{1,7} Porém, Ofluoglu *et al*¹¹ não encontraram diferenças significativas na percepção de dor, entre pacientes com FM e AR. Por sua vez, num estudo desenvolvido com pacientes com FM, AR e OA, os primeiros registaram os mais

elevados níveis de dor percebida, comparativamente com os restantes grupos que apenas apresentaram uma diferença marginalmente significativa entre si.¹⁰

Uma outra abordagem da vivência da dor crónica, refere-se às formas que o indivíduo utiliza para lidar com a dor crónica, ou seja as suas estratégias de *coping*, as quais se têm revelado úteis na compreensão da qualidade de vida do doente reumático. As referidas estratégias não podem ser perspectivadas como intrinsecamente adaptativas ou desadaptativas, dependendo tal avaliação de factores de natureza individual, natureza e cronicidade do problema de dor, situação específica, experiência prévia de alívio de dor, bem como outros factores.¹² As estratégias de *coping* passivo com a dor crónica englobam aquelas através das quais o indivíduo lida com a dor pela tendência em restringir o funcionamento e apresentar cognições negativas associadas à mesma.¹³ Estudos de investigação prévios têm apontado que estratégias de *coping* passivo se associam com aspectos negativos em termos físicos, psicológicos e sociais. Além disso, tendem a encontrar-se especialmente representadas em indivíduos com FM, comparativamente com outros grupos de doentes reumáticos, nomeadamente AR e OA.¹²⁻¹⁷

Mediante o exposto, torna-se relevante aprofundar no presente trabalho o estudo das diferentes dimensões da qualidade de vida em geral, e da dor crónica, em particular junto de doentes reumáticos. Dada a natureza multidimensional da dor crónica, destaque-se que o estudo da mesma poderá beneficiar com uma abordagem que considere simultaneamente dados obtidos através de medidas que recorrem a instrumentos objectivos (ex: dolorímetro), aliados a questionários de auto-retrato que traduzem a vivência individual subjectiva dos pacientes face à dor crónica. Deste modo, poder-se-á dar um contributo para a conceptualização da avaliação e intervenção do doente reumático de acordo com uma perspectiva biopsicossocial.

Objectivos

Os objectivos do presente estudo consistiram em quantificar as diferenças na qualidade de vida, limiar e percepção de dor e utilização de estratégias de *coping* passivo com a dor crónica entre três grupos de doentes reumáticos (fibromialgia, artrite

reumatóide e osteoartrose), bem como estimar, nestes grupos, as associações entre as diferentes variáveis em estudo (qualidade de vida, limiar e percepção de dor e estratégias de *coping* passivo com a dor crónica).

Material e métodos

Participantes e procedimento

O recrutamento da amostra ocorreu no Serviço de Reumatologia dos HUC, entre Maio e Dezembro de 2007. Um total de 86 pacientes participaram no presente estudo, 25 com FM, 31 com AR e 30 com OA. Os participantes das referidas subamostras foram seleccionados de acordo com a patologia diagnosticada, sendo que os mesmos cumpriam os critérios de classificação propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia no que se refere à FM,¹⁸ AR¹⁹ e critérios radiográficos para OA (osteoartrose axial, gonartrose ou coxartrose). A existência de perturbações cognitivas ou psiquiátricas constituiu um critério de exclusão, dado que as mesmas poderiam interferir com a compreensão dos instrumentos aplicados. Não se verificaram recusas de participação por parte dos pacientes.

Variáveis e medidas

Após serem informados relativamente aos aspectos associados à participação no estudo os participantes foram sujeitos a um conjunto de medidas de avaliação, aplicadas pelos investigadores, as quais são descritas em seguida.

Variáveis sociodemográficas

Através do Questionário Sociodemográfico e Clínico - QSDC²⁰ foram avaliadas as variáveis idade, género, estado civil, nível de escolaridade e situação laboral.

Qualidade de vida

Um dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida/estado de saúde mais utilizado internacionalmente tem sido o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), o qual está validado para a população portuguesa designando-se por Questionário de Estado de Saúde SF-36v.2.^{4,5,21} O instrumento é constituído por 36 itens que avaliam a qualidade de vida ao longo das oito sub-escalas de função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor corporal (2 itens), saúde em geral (5 itens), vitalidade (4 itens), função so-

cial (2 itens), desempenho emocional (3 itens) e saúde mental (5 itens). As oito sub-escalas podem ser agrupadas em duas componentes gerais, uma de saúde física e uma de saúde mental. A componente de saúde física inclui as sub-escalas função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral. Já a componente de saúde mental engloba a vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Os resultados das sub-escalas e componentes variam entre 0 e 100 (valores standardizados), sendo que os resultados mais elevados representam um melhor estado de saúde percebida, ou seja, uma melhor qualidade de vida nas dimensões avaliadas. As propriedades psicométricas do SF-36 estão bem documentadas e apontam índices confiáveis de fiabilidade e validade em diferentes populações clínicas e não clínicas.³ Nos estudos de validação do instrumento na população portuguesa a consistência interna das sub-escalas situou-se entre os $\alpha = 0,60$ e os $\alpha = 0,87$,⁵ sendo que no presente estudo esses valores se situaram entre $\alpha = 0,77$ e $\alpha = 0,90$. Em termos das componentes gerais, a aplicação do SF-36v.2 na presente amostra evidenciou também bons índices de consistência interna das componentes do instrumento²² dado que os valores de *alpha* de Cronbach foram especificamente $\alpha = 0,86$ para a componente de saúde física e $\alpha = 0,84$ para a componente de saúde mental.

Estratégias de *coping* passivo para lidar com a dor crónica

O Questionário de Formas de Lidar com a Dor – PCI²³ é a versão portuguesa do original *Pain Coping Inventory*,¹³ sendo composto por 33 itens que avaliam estratégias de *coping* para lidar com a dor crónica. A pontuação de cada item varia entre 1 (quase nunca) e 4 (quase sempre), sendo que resultados superiores indicam uma maior frequência da utilização das estratégias de *coping* de transformação da dor (4 itens), distração (5 itens), redução do nível de actividade (3 itens), afastamento (7 itens), preocupação (9 itens) e repouso (5 itens). Kraaimaat e Evers¹³ desenvolveram uma análise factorial de 2ª ordem, a qual veio sustentar a pertinência de uma solução bi-factorial (*coping* passivo e *coping* activo), com base nas sub-escalas do instrumento. No presente estudo apenas foi utilizada a dimensão de *coping* passivo. Mais especificamente, o *coping* passivo reflecte a tendência comportamental para restringir o funcionamento e as cognições negativas associadas à dor, poden-

do ser avaliado através das sub-escalas de afastamento, preocupação e repouso. Em particular, o *afastamento* avalia comportamentos de evitamento face a determinada estimulação, como por exemplo ruído, luz e ambientes geradores de preocupação; a *preocupação* avalia a tendência para apresentar pensamentos desadaptativos relativamente à interpretação da dor e permanecer vigilante face a potenciais estímulos dolorosos, de modo a evitá-los; e o *repouso* engloba itens que avaliam a diminuição de actividades com vista ao descanso. Os estudos de validação do PCI sustentam a validade e fiabilidade do instrumento na avaliação de pacientes com dor crónica.¹³ No presente estudo os valores de *alpha* de Cronbach foram $\alpha = 0,90$, $\alpha = 0,73$ e $\alpha = 0,76$ para as sub-escalas de afastamento, preocupação e repouso, respectivamente; já a componente geral de *coping* passivo apresentou um *alpha* de Cronbach de $\alpha = 0,83$, o que é indicador de uma adequada consistência interna.²²

Percepção de dor

Com vista a avaliar a dor percebida pelos participantes foi pedido a estes que indicassem a dor percebida na última semana através de uma escala visual analógica de dor (0-100mm).

Limiar de dor

Em cada doente, procedeu-se à avaliação do limiar da dor com aplicação parametrizada de dolorímetro em seis pontos controlo não entesopáticos e não fibromiálgicos, sendo o resultado a média de todos os pontos. Foram realizadas duas determinações por ponto, de ambos lados, tendo sido avaliados os seguintes pontos: 1) frente: linha média da frente; 2) manúbrio esternal: linha do 2º espaço intercostal; 3) ponto médio da região dorsal do antebraço; 4) face dorsal entre 1º e 2º dedo da mão; 5) ponto médio da face anterior dos músculos da região anterior da coxa; e 6) face antero-interna, linha média da perna.

Análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através da versão 13.0 do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Inicialmente, procedeu-se ao cálculo de frequências amostrais/percentagens ou médias/desvios-padrão no que se refere às variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais em função da sua natureza cate-

gorial ou intervalar, respectivamente. A análise exploratória dos dados revelou estarem cumpridos os pressupostos necessários à realização de testes paramétricos, motivo pelo qual se procedeu à realização de análises de variância (ANOVA) com vista a determinar as diferenças existentes entre os grupos clínicos no que se refere às variáveis psicossociais (qualidade de vida, limiar e percepção de dor, estratégias de *coping*). As diferenças entre cada par de grupos (FM/AR; FM/OA; AR/OA) foram testadas posteriormente mediante testes *post-hoc* de Tukey. Por fim, foram realizados coeficientes de correlações momento produto de Pearson com vista a avaliar as associações existentes entre as variáveis clínicas e psicossociais em estudo.

Resultados

Características da amostra

A amostra foi constituída por 25 doentes com FM, 31 com AR e 30 com OA. A idade média situou-se nos 55,15 anos (entre os 23 e os 80 anos). Em relação ao género, 77,9% foram indivíduos do sexo feminino. Igual percentagem, 77,9%, foi encontrada no que se refere ao estado civil de casado. Em termos de situação laboral, a maioria da amostra encontrava-se em situação de reforma (41,9%) e 36,0% em situação de activo empregado. Os dados sociodemográficos relativos a cada subgrupo podem ser consultados na Tabela I.

Previamente à realização dos testes estatísticos necessários para a avaliação da existência de diferenças entre os subgrupos clínicos no que se refere às variáveis psicossociais em estudo (qualidade de vida, limiar e percepção de dor, estratégias de

Tabela I. Características sociodemográficas da amostra

	FM (n = 25)	AR (n = 31)	OA (n = 30)
Idade, anos (M; DP)	48,48 (7,90)	54,87 (12,36)	61,00 (9,36)
Mulheres (%)	22 (88,0%)	25 (80,6%)	20 (66,7%)
Casados (%)	16 (64%)	27 (87,1%)	24 (80%)
4ª classe (%)	12 (48%)	17 (54,8%)	16 (53,3%)
Empregados (%)	9 (36%)	13 (41,9%)	9 (30%)
Reformados (%)	9 (36%)	12 (38,7%)	15 (50%)

Nota. n = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

coping passivo), foi verificado se as variáveis socio-demográficas poderiam ter um efeito sobre as referidas variáveis. Em caso afirmativo poderia ser necessário proceder ao seu controlo estatístico. Especificamente, em relação à variável idade verificou-se a existência de diferenças entre os três subgrupos ($F(2, 83) = 10,31, p < 0,001$), sendo que testes *post-hoc* evidenciaram que indivíduos com FM eram significativamente mais novos que indivíduos com OA. Tal resultado poderá explicar as diferenças observadas em questão de nível de escolaridade e situação laboral. Dada a diferença estatisticamente significativa encontrada, ponderou-se proceder à inclusão da variável idade como covariante nas análises subsequentes. No entanto, verificou-se que, em cada um dos subgrupos, a relação existente entre a «idade» e as diversas variáveis em estudo era não significativa, não justificando assim proceder ao controlo da referida variável. No que se refere à variável género verificou-se que a distribuição da mesma não era significativamente diferente nos três subgrupos clínicos ($\chi^2(2) = 3,82, ns$).

Diferenças entre grupos relativamente à qualidade de vida

Foram registadas diferenças significativas entre grupos em seis das oito sub-escalas do SF-36 (função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social e saúde mental), sendo que os pacientes com FM foram aqueles que manifesta-

ram os índices mais baixos de qualidade de vida nas referidas áreas. Por seu lado, não foram encontradas diferenças significativas entre doentes com AR e OA no que se refere às oito sub-escalas avaliadas. Em termos de componentes gerais, verificou-se que a componente de saúde física foi percebida como pior nos doentes com FM, quando comparados com doentes com OA; já em termos da componente de saúde mental também o grupo FM relatou os valores mais reduzidos quando comparados com os grupos AR e OA, os quais não diferiram significativamente entre si (Tabela II).

Diferenças entre grupos relativamente a variáveis associadas à vivência da dor crónica

Limiar e percepção de dor

No que se refere ao limiar de dor, tal como avaliado pelo dolorímetro, verificou-se que os pacientes com FM apresentaram um limiar de dor significativamente mais baixo do que os pacientes com AR. Já no que se refere à percepção da dor, os resultados mostraram que os indivíduos com FM relataram níveis significativamente superiores de dor, quando comparados com os pacientes com AR e OA, os quais não diferiram entre si nos níveis percebidos de dor (Tabela III).

Estratégias de *coping* passivo

O grupo FM apresentou uma utilização significativamente superior de estratégias de afastamento, preocupação e repouso, comparativamente com o

Tabela II. Diferenças entre grupos na qualidade de vida (sub-escalas e componentes do SF-36v2)

Variáveis	FM (n = 25) M (DP)	AR (n = 31) M (DP)	OA (n = 30) M (DP)	F (2, 83)	Diferenças entre grupos ^a
Função física	33,60 (20,03)	45,81 (21,22)	54,33 (21,72)	6,62**	FM<OA
Desempenho físico	31,00 (21,54)	45,36 (25,46)	53,75 (27,79)	5,59**	FM<OA
Dor corporal	21,16 (13,16)	38,55 (15,48)	41,93 (17,36)	13,66***	FM<AR, OA
Saúde geral	28,80 (10,73)	36,26 (16,48)	38,00 (20,68)	2,25 ^{ns}	—
Vitalidade	23,75 (15,41)	39,31 (18,90)	44,17 (17,29)	10,05***	FM<AR, OA
Função social	44,50 (24,49)	69,76 (24,53)	70,00 (21,17)	10,43***	FM<AR, OA
Desempenho emocional	50,33 (32,14)	62,10 (28,12)	66,94 (23,00)	2,54 ^{ns}	—
Saúde mental	35,80 (17,42)	56,29 (21,29)	57,67 (22,69)	9,24***	FM<AR, OA
Componente saúde física	28,64 (12,74)	41,49 (16,33)	47,00 (19,22)	8,73***	FM<OA
Componente saúde mental	38,59 (16,09)	56,86 (19,50)	59,69 (17,46)	10,94***	FM<AR, OA

Nota. n = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

a. Teste *post-hoc* de Tukey, $p < .05$

*** $p < 0,01$; ** $p < 0,001$; ns - não significativo

Tabela III. Diferenças entre grupos no limiar e percepção de dor

Variáveis	FM (n = 25) M (DP)	AR (n = 31) M (DP)	OA (n = 30) M (DP)	F (2, 83)	Diferenças entre grupos ^a
Limiar de dor	2,58 (1,36)	4,02 (1,77)	3,40 (1,33)	6,30**	AR>FM
Percepção de dor (EVA)	65,12 (19,28)	42,58 (23,62)	43,60 (25,77)	7,97**	FM>AR, OA

Nota. n = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

a. Teste *post-hoc* de Tukey, p < 0,05

**p < 0,01

Tabela IV. Diferenças entre grupos nas estratégias de *coping* passivo

Variáveis	FM (n = 25) M (DP)	AR (n = 31) M (DP)	OA (n = 30) M (DP)	F (2, 83)	Diferenças entre grupos ^a
Afastamento	2,86 (0,78)	2,13 (0,73)	1,60 (0,70)	19,86***	FM>AR, OA
Preocupação	2,92 (0,48)	2,41 (0,46)	2,25 (0,50)	14,21***	FM>AR, OA
Repouso	2,95 (0,54)	2,59 (0,66)	2,29 (0,71)	7,11**	FM>OA
Componente <i>Coping</i> Passivo	2,91 (0,50)	2,37 (0,51)	2,05 (0,56)	18,55***	FM>AR, OA

Nota. n = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

a. Teste *post-hoc* de Tukey, p < 0,05

p < 0,01; *p < 0,001;

Tabela V. Correlação entre limiar de dor e variáveis psicossociais

	Limiar de Dor		
	FM (n = 25)	AR (n = 31)	OA (n = 30)
<i>Coping</i> Passivo	- 0,16 ^{ns}	0,02 ^{ns}	- 0,54**
Componente de Saúde Física	0,19 ^{ns}	0,24 ^{ns}	0,63***
Componente de Saúde Mental	0,08 ^{ns}	0,24 ^{ns}	0,53**

Nota. n = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

p < 0,01; *p < 0,001; ns - não significativo.

grupo OA, não tendo sido registadas diferenças significativas entre os grupos OA e AR em nenhuma das referidas estratégias de *coping* passivo. Comparando os grupos FM e AR, verificou-se uma utilização significativamente superior das estratégias de afastamento e preocupação pelo grupo FM, mas não foram registadas diferenças significativas em relação ao repouso. De acordo com os resultados obtidos, também os pacientes com FM apresentaram os mais elevados valores na componente geral de *coping* passivo, quando comparados com o grupo AR e OA, que não diferiram significa-

tivamente entre si (Tabela IV).

Associação entre variáveis em estudo nos grupos FM, AR e OA

Limiar de dor e variáveis associadas

No grupo OA, verificou-se uma associação negativa entre limiar de dor e o recurso a estratégias de *coping* passivo, a qual não foi registada nos grupos FM e AR. De modo semelhante, apenas os doentes com OA registaram uma associação positiva entre limiar de dor e componente de saúde física e mental (Tabela V).

Tabela VI. Correlação entre percepção de dor e variáveis psicossociais

	Percepção de Dor		
	FM (n = 25)	AR (n = 31)	OA (n = 30)
<i>Coping</i> Passivo	0,50*	0,53**	0,34 ^{ns}
Componente de Saúde Física	- 0,41*	- 0,58**	- 0,46**
Componente de Saúde Mental	- 0,49*	- 0,48**	- 0,33 ^{ns}

Nota. N = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

*p < 0,05; **p < 0,01; ns - não significativo

Tabela VII. Correlação entre *coping* passivo e componentes de saúde física e mental

	<i>Coping</i> Passivo		
	FM (n = 25)	AR (n = 31)	OA (n = 30)
Componente de Saúde Física	- 0,31 ^{ns}	- 0,49**	- 0,42*
Componente de Saúde Mental	- 0,56**	- 0,60***	- 0,27 ^{ns}

Nota. N = 86

Grupos clínicos: FM (Fibromialgia), AR (Artrite reumatóide), OA (Osteoartrose)

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; ns - não significativo

Percepção de dor e variáveis associadas

A percepção de dor associou-se positivamente com o *coping* passivo, apenas nos grupos FM e AR. Por outro lado, a percepção de dor associou-se inversamente com a componente de saúde física nos três grupos em estudo. Porém, apenas nos grupos FM e AR, a percepção de dor surgiu associada de forma inversa com os níveis da componente de saúde mental (Tabela VI).

Coping passivo e variáveis associadas

No que se refere ao *coping* passivo, verificou-se uma correlação negativa entre esta variável e a componente de saúde física nos grupos OA e AR, mas não no grupo FM. Por outro lado, registou-se uma correlação negativa entre *coping* passivo e componente de saúde mental nos grupos AR e FM, mas não no grupo OA (Tabela VII).

Discussão

Qualidade de vida

O tipo de doença reumática em causa parece condicionar a qualidade de vida dos doentes nos diversos domínios avaliados, havendo diferenças estatísticas entre os grupos estudados. A FM parece

ser a patologia que mais condiciona a qualidade de vida dos pacientes, não se tendo evidenciado diferenças entre a qualidade de vida em doentes com AR e OA. Tal tendência reflecte-se quer do ponto de vista das componentes de saúde física e mental, quer do ponto de vista das sub-escalas específicas, designadamente função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social e saúde mental. Estes resultados vêm dar suporte à investigação prévia que aponta precisamente uma maior limitação da qualidade de vida na FM, ao passo que na AR e OA as diferenças são raramente verificadas.⁶⁻¹⁰ A relativa ineficácia da terapêutica dirigida à FM, bem como a natureza imprevisível e variada dos sintomas associados poderão ajudar a explicar, em parte, este resultado.

Limiar e percepção de dor

Apesar das diferenças na percepção de dor, avaliada por escala visual analógica, irem no sentido das apontadas na literatura com uma maior dor percebida por parte de pacientes com FM,^{1,7,10} o mesmo não se verificou em relação ao limiar de dor, avaliado por dolorímetro, em que a literatura nos refere a inexistência de diferenças entre grupos.⁶ Porém, os resultados por nós obtidos que apontam um limiar de dor mais baixo entre pacientes com

FM são compreendidos na medida em que mediante uma aplicação do dolorímetro, neutra e objectiva, a avaliação de dor realizada pelo indivíduo é sempre um processo subjectivo para o qual contribuem variáveis de natureza física, psicológica e social. Assim, uma percepção elevada de dor e um baixo limiar doloroso em pacientes com FM constituem dimensões da mesma vivência subjectiva de dor.

A constatação da correlação inversa entre limiar de dor e estratégias de *coping* passivo na OA revela que quanto maior é o limiar de dor, menor é o recurso a estratégias de *coping* passivo. Também na OA, o limiar de dor se associa com a qualidade de vida nas suas dimensões física e mental. No entanto não foram verificadas associações entre as referidas variáveis nos grupos FM e AR. Por outro lado, a percepção de dor associa-se positivamente com o *coping* passivo e negativamente com ambas as componentes da qualidade de vida, nos grupos FM e AR, e não no grupo OA. Assim, na sua globalidade estes resultados sugerem que a abordagem psicológica e a intervenção no processo de *coping* com a dor crónica poderão, por um lado influenciar o limiar da dor, na OA, e por outro lado, influenciar a percepção de dor na FM e AR.

Coping passivo

Verifica-se uma frequência significativamente mais elevada de estratégias de *coping* passivo na FM, comparativamente com a OA e AR, ou seja uma tendência em restringir o funcionamento e apresentar cognições negativas associadas à dor, o que corrobora a tendência verificada em estudos de investigação prévios.¹³⁻¹⁷

Destaque-se que a associação inversa entre *coping* passivo e componente de saúde física, em pacientes com AR e OA, é sugestiva de que em períodos de agravamento sintomático, as estratégias de *coping* passivo podem revelar-se adaptativas, ao prevenir a exposição a estímulos nociceptivos nestes pacientes. O grupo com FM parece não beneficiar desse aspecto, dada a ausência de associação entre *coping* passivo e componente de saúde física. Já o uso de estratégias de *coping* passivo no contexto de uma vivência emocional negativa desempenhará um papel desadaptativo que parece manifestar-se entre os doentes com AR e FM, mas não nos doentes com OA. Estes resultados sugerem que o processo de *coping* com a dor crónica parece ser melhor gerido no contexto da OA, seguindo-se a AR e, por fim a FM.

O presente trabalho forneceu um contributo para a compreensão da qualidade de vida e dor crónica em diferentes doenças reumáticas. A qualidade de vida foi avaliada numa perspectiva multidimensional, com um enfoque particular na vivência da dor crónica. Esta foi considerada em múltiplas vertentes, desde a percepção auto-relatada pelos pacientes, limiar de dor e formas utilizadas para lidar com a dor crónica. No entanto, identificamos também a existência de algumas limitações, tais como, o reduzido tamanho da amostra que se poderá ter traduzido na incapacidade de detecção de efeitos significativos em alguns dos casos. Além disso, a natureza transversal do estudo não nos permite tirar inferências causais relativamente às associações verificadas entre as variáveis. A investigação futura deverá focar a avaliação de programas multidisciplinares de promoção da qualidade de vida de pacientes com doenças reumáticas.

Conclusões

O presente estudo sustenta então a pertinência de uma abordagem biopsicossocial na avaliação e intervenção junto dos doentes reumáticos, em função das especificidades associadas a cada patologia. Estes doentes poderão beneficiar de uma abordagem terapêutica multidisciplinar que inclua uma intervenção no processo de *coping* com a dor crónica, com vista a promover estratégias de *coping* eficazes e eliminar estratégias ineficazes, em função das condições contextuais, o que se reflectirá positivamente na sua qualidade de vida.

Correspondência para

Paula Oliveira
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto, Centro de Psicologia da
Universidade do Porto,
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200-392 Porto.
E-mail: pjoliveira@fpce.up.pt.

Agradecimentos

Este estudo teve o financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia através da Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/18455/2004 da primeira autora.

Referências

1. Strömbeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikström I, Jacobsson L. Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fi-

- bromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol* 2000;29:20-28.
2. Walker J, Littlejohn G. Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clin Rheumatol* 2007;26:671-673.
 3. Ware J. SF-36 Health Survey Update. *SPINE* 2000;25:3130-3139.
 4. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port* 2000a;13:55-66.
 5. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Med Port* 2000b;13:119-127.
 6. Laursen B, Bajaj P, Olesen A, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Eur J Pain* 2005;9:267-275.
 7. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Alhanli I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2008;28:859-865.
 8. Birtane M, Uzunca K, Tastekin N, Tuna H. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: A comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol* 2007;26:679-684.
 9. Picavet H, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis* 2004;63:723-729.
 10. Currey S, Rao J, Winfield J, Callahan L. Performance of a generic health-related quality of life measure in a clinic population with rheumatic disease. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2003;49:658-664.
 11. Ofluoglu D, Berker N, Güven Z, Canbulat N, Yilmaz I, Kayhan O. Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2005;24: 490-492.
 12. Katz J, Ritvo P, Irvine M, Jackson M. Coping with chronic pain. In Zeidner M, Endler N, editors. *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons. 1996:252-78.
 13. Kraaimaat F, Evers A. Pain-coping strategies in chronic pain patients: Psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *Int J Behav Med* 2003;10:343-363.
 14. Brown G, Nicassio P. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987;31:53-64.
 15. Davis M, Zautra A, Reich J. Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Ann Behav Med* 2001;23:215-226.
 16. Quartilho M. Fibromialgia e somatização [dissertação de doutoramento]. Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 1999.
 17. Zautra A, Hamilton N, Burke H. Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research* 1999;23:209-230.
 18. Wolfe F, Smythe H, Yunus M, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.
 19. Arnett F, Edworthy S, Bloch D, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-324.
 20. Oliveira P, Costa ME. Questionário sociodemográfico e clínico (QSDC) [Manuscrito não publicado]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2005.
 21. Centro de Estudos e Investigação em Saúde (UC). Questionário do Estado de Saúde - 2ª versão (SF-36V.2). Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde. 1997.
 22. Almeida L, Freire T. Metodologia da investigação em Psicologia e Educação (3ª edição). Braga: Psiquilíbrios Edições. 2003.
 23. Oliveira P, Costa ME. Questionário de formas de lidar com a dor (PCI) [Manuscrito não publicado]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. 2005.

Paula Oliveira e Paulo Monteiro deram uma contribuição semelhante na realização do presente artigo.