



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CATIELE DOS REIS SANTOS**

**ENFRENTAMENTO, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA ARTRITE REUMATOIDE:**  
**UM MODELO EXPLICATIVO**

**São Cristóvão – SE**

**Fevereiro, 2025**

**CATIELE DOS REIS SANTOS**

**Enfrentamento, ansiedade e depressão na artrite reumatoide: Um modelo explicativo**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como requisito para o Doutorado em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Dr. André Faro

**Linha:** Saúde e desenvolvimento humano

**São Cristóvão – SE**

**Fevereiro, 2025**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S237e Santos, Catele dos Reis  
Enfrentamento, ansiedade e depressão na artrite reumatoide:  
um modelo explicativo / Catele dos Reis Santos ; orientador  
André Faro. – São Cristóvão, SE, 2025.  
151 f.; il.

Tese (doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de  
Sergipe, 2025.

1. Psicologia. 2. Artrite reumatóide - Aspectos psicológicos.  
3. Saúde mental. 4. Ansiedade. 5 . Depressão mental. I. Faro,  
André, orient. II. Título.

CDU 159.9.942.5:616.72

**CATIELE DOS REIS SANTOS**

**Enfrentamento, ansiedade e depressão na artrite reumatoide: Um modelo explicativo**

*Coping, anxiety, and depression in rheumatoid arthritis: An explanatory model*

Tese apresentada à Universidade Federal de  
Sergipe para a obtenção do título de Doutora em  
Psicologia

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

**Prof. Dr. André Faro**  
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS  
Orientador/Presidente

---

**Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos**  
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS  
Membro Interno

---

**Prof. Dr. Walter Lisboa**  
Universidade Federal de Sergipe/PPGPSI/UFS  
Membro Interno

---

**Profa. Dra. Ariane de Brito Kluge**  
Universidade Tiradentes  
Membro Externo

---

**Prof. Dra. Laís Santos-Vitti**  
Instituição  
Membro Externo

---

**Prof. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo**  
**Pontifícia Universidade Católica de Campinas**  
**Membro Externo**

*Para Kely Souza, porque esse trabalho foi feito  
para nós duas.*

## **Agradecimentos**

Deus em sua infinita bondade me concedeu mais coisas do que eu sequer sonharia imaginar. Ele me mostrou que sonhar é possível e eu posso sonhar grande, pois as promessas de Deus para a minha vida são gigantes! Obrigada, Deus e a Nossa Senhora Aparecida pela intercessão constante e proteção o tempo todo.

Eu sou abençoada e em sua infinita benção, Deus me concedeu a melhor mãe que eu poderia pedir. Obrigada por ser a minha melhor versão, por ser meu amparo, apoio e me mostrar que eu poderia muito sempre. Obrigada também a minha irmã Catiane, Layla e meu amor todinho Chokito por serem meu porto seguro, o lugar que eu sei que posso voltar. Eu sempre poderei voltar para casa – para vocês e para a certeza que sempre seremos nós 4.

Essa jornada não foi fácil. Ao longo do caminho, precisei me despedir de pessoas eternamente importantes. Ambas se foram de repente e não me permitiram dizer e repetir mais uma vez o quanto eu os amava e amo. Obrigada painho, eu sei que mesmo calado o senhor era uma das pessoas que mais tinha orgulho de mim. Obrigada também Kely. Sei que você estaria comigo em todos os momentos. Seríamos nós duas! E sabe o que percebi? Que você me ensinou tudo que eu precisava, eu sabia seguir sozinha e todas as pessoas foram você que me apresentou! Obrigada por ser a minha pessoa.

O caminho foi mais fácil porque eu tive comigo vários amigos que eu sei que estão vibrando comigo a cada momento. Obrigada Francisco Vitor, sem você eu não chegaria aqui e você foi uma das pessoas que segurou a minha mão e me ajudou com tudo. Você merece o mundo e não segurarei mais seu balão. Voa! Obrigada aos meus amigos construídos nesta trajetória e que estão comemorando comigo. Obrigada Luana, Geovanna, Bruno, Valéria, Calila, Denise, Baruc e Jamille. Grata eternamente a minhas amigas e companheiras de sempre e que compreenderam e seguraram minhas lágrimas, meu choro, meus surtos e me

aturaram no trabalho esse tempo todo. Muitíssimo obrigada Naty, Aninha e Marcinha e todo o pessoal da Intervir Aba pelo apoio constante.

Um capítulo especial da minha história foi construído ao lado do melhor orientador que eu poderia pedir. Obrigada André pela sua generosidade, apoio e inteligência. Eu quero ser como você quando eu crescer e posso dizer que já sou um pouquinho. Muito do que sou enquanto professora e psicóloga eu aprendi com você. Sou sua fã e Kely também era! Junto com André, veio o GEPPS, o melhor grupo de pesquisa que eu poderia fazer parte e que orgulho eu tenho! Obrigada a todos!

Impossível não agradecer também a minha banca. Eu queria uma banca avaliadora afetiva e eu tive ela. Obrigada pelo respeito, carinho e disponibilidade de ler o trabalho. Grata a Elder, Walter, Sônia, Ariane, Laís e Valéria.

Por fim, um agradecimento todo especial a Catiele criança que um dia sonhou em ser doutora e agora vê o sonho na frente.

## Resumo

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune crônica que pode causar deformidades articulares, dor intensa e prejuízos psicossociais. A longo prazo, a AR pode ser um contexto estressor que, quando não bem ajustado, pode levar a desfechos negativos como a ocorrência de ansiedade e depressão. Este estudo objetiva propor um modelo explicativo que relaciona dor, funcionalidade, estratégias de enfrentamento e saúde mental, com o objetivo de compreender como o *coping* funcional pode minimizar sintomas de ansiedade e depressão, além de melhorar a adesão ao tratamento. O estudo foi estruturado em quatro estudos interdependentes. O **Estudo 1** é um estudo teórico que buscou aprofundar a teoria transacional do enfrentamento de Lazarus e Folkman e buscou compreender a forma como os indivíduos lidam com o estresse, dando destaque a avaliação cognitiva e a adaptação contínua como elementos centrais. Essa teoria enfatiza que o enfrentamento é mais dinâmico, envolvendo avaliação primária (análise do significado de um evento) e secundária (recursos disponíveis para lidar com ele). O modelo divide as estratégias em: focadas no problema, que visam modificar a fonte do estresse e as estratégias focadas na emoção, que buscam regular as respostas emocionais. No contexto da saúde, especialmente em condições crônicas, a teoria oferece uma compreensão ampla do fenômeno trazendo as estratégias mais eficazes e explicando como, em cada situação, o paciente pode ter um desfecho mais positivo. A flexibilidade e a reavaliação contínuas propostas por Lazarus são especialmente relevantes em ambientes de saúde, onde os estressores frequentemente envolvem fatores prolongados e complexos. O **Estudo 2** teve como o objetivo analisar a literatura sobre a relação entre enfrentamento, ansiedade e depressão em pacientes com AR. O método utilizado foi uma revisão de escopo que incorporou 36 artigos e seguiu as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* e o *Checklist do Prisma Scr*. Os estudos destacaram a relação entre dor, incapacidade física e sintomas psicológicos. Faltam estudos longitudinais e instrumentos específicos para a AR que

ajudariam a compreender melhor o curso da doença. A revisão também identificou lacunas, sugerindo a necessidade de estudos mais abrangentes e comparativos, assim como a exploração de outros aspectos do enfrentamento da doença. Os **Estudos 3 e 4** buscaram testar um modelo explicativo entre estratégias de enfrentamento, ansiedade (estudo 3), depressão (estudo 4), dor e funcionalidade. A amostra foi composta por 425 mulheres diagnosticadas com AR, com média de idade de 51 anos, recrutadas através de uma pesquisa on-line de caráter nacional. Os instrumentos usados foram os dados sociodemográficos, a HAQ-20 para funcionalidade, a B-PCS para dor, a GAD-7 (estudo 3) para sintomas ansiosos e PHQ-9 (estudo 4) para sintomas depressivos. Os dados foram analisados por meio de uma regressão logística binomial usando o *software* Jamovi. No estudo 3, o modelo mostrou uma variável explicativa de quase 20% para o modelo em que a dor foi a principal variável preditiva para ansiedade ( $p < 0,001$ ), enquanto a reavaliação positiva emergiu como um fator protetivo ( $p = 0,007$ ). A análise revelou que, à medida que a reavaliação positiva aumentava, a probabilidade de sintomas ansiosos diminuía, enquanto o aumento da dor estava associado aos níveis mais altos de ansiedade. A relevância da reavaliação positiva sugere que intervenções focadas na modificação de crenças disfuncionais e na promoção de interpretações mais adaptativas podem auxiliar pacientes com AR. O estudo 4, que validou o modelo explicativo para a depressão na AR teve uma variância explicativa de quase 39% e apontou os itens de dor e higiene como fatores de risco para a depressão, quanto a estratégia de confronto funciona como um fator protetivo. Esses achados ressaltam a importância de intervenções psicológicas voltadas para o desenvolvimento da estratégia de confronto e combate a dor, mostrando a importância de um trabalho multidisciplinar, estratégias comportamentais de combate a dor e ativação comportamental para a diminuição dos sintomas depressivos e contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes. Por fim, os objetivos propostos foram cumpridos e os estudos mostraram que a dor mostrou-se como

principal preditora para a ansiedade e depressão e a higiene como um dos preditores para a depressão. Em contraponto, tem-se as estratégias de enfrentamento mencionadas como protetora, cumprindo-se assim, os objetivos propostos.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide. Ansiedade. Depressão. Enfrentamento.

## Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease that can cause joint deformities, intense pain, and psychosocial impairments. In the long term, RA can be a stressful condition that, when not well managed, may lead to negative outcomes such as anxiety and depression. This study aims to propose an explanatory model that relates pain, functionality, coping strategies, and mental health to understand how functional coping can minimize symptoms of anxiety and depression while improving treatment adherence.

The study was structured into four interdependent studies. Study 1 is a theoretical study that aimed to deepen the transactional theory of coping by Lazarus and Folkman and to understand how individuals deal with stress, highlighting cognitive appraisal and continuous adaptation as central elements. This theory emphasizes that coping is highly dynamic, involving primary appraisal (analyzing the meaning of an event) and secondary appraisal (evaluating the available resources to handle it). The model categorizes strategies into problem-focused coping, which aims to modify the source of stress, and emotion-focused coping, which seeks to regulate emotional responses. In the health context, especially in chronic conditions, this theory provides a broad understanding of coping by identifying the most effective strategies and explaining how, in each situation, patients may achieve better outcomes. The flexibility and continuous reappraisal proposed by Lazarus are particularly relevant in healthcare settings, where stressors often involve prolonged and complex factors.

Study 2 aimed to analyze the literature on the relationship between coping, anxiety, and depression in RA patients. The method used was a scoping review incorporating 36 articles, following the Joanna Briggs Institute guidelines and the Prisma Scr Checklist. The studies highlighted the relationship between pain, physical disability, and psychological symptoms. However, there is a lack of longitudinal studies and RA-specific instruments that could

provide a better understanding of the disease's progression. The review also identified gaps, suggesting the need for more comprehensive and comparative studies, as well as the exploration of other aspects of coping with the disease.

Studies 3 and 4 sought to test an explanatory model between coping strategies, anxiety (Study 3), depression (Study 4), pain, and functionality. The sample consisted of 425 women diagnosed with RA, with a mean age of 51 years, recruited through a nationwide online survey. The instruments used included sociodemographic data, the HAQ-20 for functionality, the B-PCS for pain, the GAD-7 (Study 3) for anxiety symptoms, and the PHQ-9 (Study 4) for depressive symptoms. Data were analyzed using binomial logistic regression via the Jamovi software.

In Study 3, the model explained nearly 20% of the variance, with pain being the main predictive variable for anxiety ( $p < 0.001$ ), while positive reappraisal emerged as a protective factor ( $p = 0.007$ ). The analysis revealed that as positive reappraisal increased, the likelihood of experiencing anxiety symptoms decreased, whereas higher pain levels were associated with more severe anxiety. The relevance of positive reappraisal suggests that interventions focused on modifying dysfunctional beliefs and promoting more adaptive interpretations may benefit RA patients.

Study 4, which validated the explanatory model for depression in RA, had an explanatory variance of nearly 39% and identified pain and hygiene as risk factors for depression, whereas confrontational coping functioned as a protective factor. These findings emphasize the importance of psychological interventions aimed at strengthening confrontation strategies and pain management. They also highlight the significance of a multidisciplinary approach, behavioral pain management strategies, and behavioral activation to reduce depressive symptoms and enhance patients' quality of life.

Finally, the proposed objectives were achieved, and the studies demonstrated that pain was the primary predictor of anxiety and depression, while hygiene was one of the predictors for depression. In contrast, coping strategies emerged as protective factors, thus fulfilling the study's objectives.

Keywords: Rheumatoid Arthritis. Anxiety. Depression. Coping.

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>20</b>
Consequências psicológicas da Artrite Reumatoide .....	21
Período agudo da doença – grande atividade sintomática .....	23
Dor .....	23
Disfunção corporal e autoestima.....	25
Limitações da doença e percepção de suporte social.....	26
Período assintomático da doença .....	26
Percepção de saúde e adesão ao tratamento.....	26
<b>Proposta do presente estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>Referências.....</b>	<b>33</b>
<b>Estudo 1: A teoria transacional do enfrentamento: Um aprofundamento teórico e associação com as doenças crônicas .....</b>	<b>42</b>
Resumo .....	42
Abstract.....	42
Introdução .....	44
Delineamento histórico do enfrentamento .....	45
A teoria transacional do enfrentamento .....	48
Uso de estratégias de enfrentamento no contexto de saúde .....	52
Enfrentamento no campo do estudo da dor.....	53
Enfrentamento no campo de tratamentos invasivos.....	55
Considerações finais .....	57
Referências.....	58
<b>Estudo 2: Aspectos psicossociais da artrite reumatoide: Uma revisão de escopo .....</b>	<b>65</b>
Resumo .....	65

Abstract.....	65
Introdução .....	67
Método .....	69
Resultados.....	71
Aspectos bibliométricos e metodológicos .....	78
Aspectos relacionados aos achados das pesquisas.....	79
Discussão .....	83
Referências.....	89

### **Estudo 3: Enfrentamento e ansiedade no curso da artrite reumatoide: Um modelo**

<b>explicativo .....</b>	<b>99</b>
Resumo .....	99
Abstract.....	99
Introdução .....	101
Método .....	103
Participantes.....	103
Instrumentos.....	104
Procedimentos.....	105
Análise de dados .....	106
Resultados.....	107
Perfil da amostra .....	107
Modelo de regressão logística binomial .....	108
Discussão .....	110
Referências.....	114

### **Estudo 4: Enfrentamento e depressão no curso da artrite reumatoide: Um modelo**

<b>explicativo .....</b>	<b>119</b>
--------------------------	------------

Resumo .....	119
Abstract.....	119
Introdução .....	121
Método .....	122
Participantes.....	122
Instrumentos.....	123
Procedimentos.....	123
Análise de dados .....	123
Resultados .....	124
Perfil da amostra .....	125
Modelo de regressão logística binomial .....	126
Discussão .....	128
Referências.....	132
<b>Considerações finais.....</b>	<b>136</b>
<b>Anexo 1: Questionário sociodemográfico .....</b>	<b>140</b>
<b>Anexo 2: Health Assessment Questionnaire .....</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 3: Patient Health Questionnaire-9 .....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo 4: Generalized Anxiety Disorder 7-item.....</b>	<b>145</b>
<b>Anexo 5: Escala de Pensamentos Catastóficos Relacionados a Dor .....</b>	<b>146</b>
<b>Anexo 6: Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman .....</b>	<b>148</b>
<b>Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>150</b>

## Lista de Figuras

<b>Figura 1: Esboço da proposta de intervenção .....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 2: Tradução do modelo de enfrentamento proposto por Lazarus &amp; Folkman (1984) .....</b>	<b>46</b>
<b>Figura 3: Processo de seleção e análise dos estudos descobertos para a revisão de escopo conforme o protocolo PRISMA .....</b>	<b>68</b>

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1: Principais características bibliométricas, metodológicas e de conteúdo dos estudos sobre AR, ansiedade, depressão e enfrentamento no período de 2000 até 2023 .</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 2: Descrição sociodemográfica e de saúde da doença do Estudo 3 .....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 3: Coeficiente do modelo com cinco passos no Estudo 3 .....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 4: Coeficiente do modelo final com dois passos no Estudo 3 .....</b>	<b>107</b>
<b>Tabela 5: Descrição sociodemográfica e de saúde da doença do Estudo 4 .....</b>	<b>122</b>
<b>Tabela 6: Coeficiente do modelo com cinco passos no Estudo 4 .....</b>	<b>123</b>
<b>Tabela 7: Coeficiente do modelo com três passos no Estudo 4 .....</b>	<b>124</b>

## Introdução

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune, sistêmica e crônico-degenerativa, que pode levar à deformidade das articulações por causa do desgaste ósseo e da cartilagem (Brenol et al., 2013). A prevalência da AR é de 208,8 casos a cada 100 mil habitantes (Kisa et al., 2023). Sua etiologia é complexa, combinando fatores genéticos e ambientais (Scherer et al., 2020). Dentre estes, destacam-se o estresse e os fatores psicossociais que atuam como moderadores do aumento dos sintomas (Pimentel, 2005).

A incidência da AR é maior em mulheres (75% a mais que nos homens), principalmente, aquelas em idade produtiva (40-60 anos), limitando a sua atuação profissional e, muitas vezes, acarretando aposentadoria por invalidez (World Health Association [WHO], 2021; Ministério da Saúde, 2019). No entanto, apesar do seu elevado potencial incapacitante, o curso da doença pode ter um bom prognóstico se descoberta em uma janela de oportunidade de 12 meses do início do curso da doença (D’Orazio et al., 2024).

O diagnóstico precoce da AR é um desafio em virtude da heterogeneidade das manifestações clínicas. Os sintomas variam de manifestações mais brandas, de menor duração, até uma poliartrite destrutiva, associada a vasculite (O’Neil et al., 2024). Dores e edemas são comuns em pacientes com AR, porém a longa permanência desses e a persistência da inflamação pode levar a deformidades físicas irreversíveis e nódulos expressivos nas articulações (Centers of Disease Control and Prevention [CDC], 2024). É possível haver ainda outras manifestações clínicas extracurriculares como na visão (dores nos olhos, uveíte, olhos avermelhados e dificuldade de enxergar), problemas cardíacos limitantes ou fatais (O’Neil et al., 2024) e sintomas clínicos de menor proporção como perda de peso, febre, fadiga ou fraqueza (CDC, 2024).

É recomendado que haja um tratamento com abordagem multidisciplinar, tanto no período agudo, quanto no de remissão dos sintomas, com suporte de um médico

reumatologista, tanto para educação em saúde quanto para terapia individualizada e grupal (Ministério da Saúde, 2019). A indicação medicamentosa é pela metaterapêutica (*tread to target* ou terapia por metas) devendo o paciente, em conjunto com o médico, escolher a melhor forma de ingestão e as metas que irão perseguir para favorecer a aderência (He et al., 2018).

Dentre as opções de tratamentos não medicamentosos, a psicoterapia tem conquistado espaço sobretudo no que diz respeito a aceitação da doença, controle da dor e a longo prazo, melhoria da qualidade de vida (Linhares et al., 2017). Para além disso, a intervenção psicoterápica em pacientes com doenças crônicas não limitantes ajuda-os a lidar com a perda funcional ocasionada pela doença que tende a torná-los mais dependentes e também aumenta a suscetibilidade aos distúrbios mentais, a exemplo da depressão e ansiedade (Martins et al., 2019). O trabalho do psicólogo da saúde torna-se então, mais eficaz quando este conhece as possíveis consequências psicológicas ocasionadas pela doença e os ajuda a ajustar-se psicologicamente à novas demandas (Nagy et al, 2023).

Além de seu impacto físico, apresenta consequências psicossociais significativas, afetando profundamente a qualidade de vida dos indivíduos. O caráter crônico e progressivo da doença frequentemente leva ao aumento de sintomas depressivos e ansiosos, que estão associados à dor persistente, limitações funcionais e redução da autonomia (Matcham et al., 2014). A interação social também é comprometida, pois os pacientes podem evitar atividades sociais devido à fadiga, deformidades articulares e preconceitos associados à condição, resultando em isolamento social (López-López et al., 2019). Além disso, a AR impacta o bem-estar no trabalho, com elevada taxa de absenteísmo e dificuldades para manter a produtividade, agravando o estresse psicológico e financeiro (Zhao et al., 2020).

### **Consequências psicológicas da Artrite Reumatoide**

Para uma melhor explanação, optou-se por dividir-se didaticamente os prejuízos psicossociais vivenciados pelos pacientes com AR em dois blocos: (1) período agudo da doença e (2) período assintomático da doença. O período agudo, assim foi subdividido em 4 fatores específicos: (a) dor; (b) disfunção corporal, autoimagem e autoestima e; (c) limitações da doença e o suporte social. O período assintomático da doença será abordado em dois subtópicos, a saber: (d) percepção da doença e (e) adesão ao tratamento.

O período agudo da doença é visto como grande atividade de busca por tratamento e proeminência dos sintomas, enquanto no período assintomático é visto como a pessoa age diante da cronicidade das doenças, das limitações causadas por ela, mas sem tantos sintomas agudos, a exemplo da dor. Independente do período em que a pessoa se encontra, a forma como ela lida com a doença é que vai determinar um possível desfecho positivo ou negativo do seu curso, assim como o aparecimento ou não de sintomas psiquiátricos (Carver et al., 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2006).

As estratégias de enfrentamento são vistas como meios cognitivos ou comportamentais usados pelas pessoas para lidar com algo que ela considere um estressor (Lazarus & Folkman, 1984). A teoria do enfrentamento pressupõe que a pessoa, mediante uma situação que exceda os seus recursos, faça uma avaliação dos recursos disponíveis no ambiente e dos pessoais para ativar a melhor forma de enfrentar o problema (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). As estratégias podem ser divididas didaticamente em dois grandes grupos, composto de várias formas de como lidar com o fenômeno, anteriormente avaliado como um dano, uma ameaça ou um desafio (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Assim, há o grupo de estratégias voltadas para o problema, quando buscam diminuir ou eliminar o problema em questão e há as estratégias voltadas para a emoção, quando busca diminuir os efeitos emocionais que a doença traz (Lazarus & Folkman, 1984).

Não é possível, a princípio, dizer em qual período – agudo ou assintomático – as

pessoas com AR utilizam mais cada um dos tipos de estratégias, pois isso irá depender dos moderadores e mediadores do enfrentamento – fatores internos ou externos que contribuem para que a pessoa ative uma estratégia em detrimento de outra (Astin et al., 2002; Lwin et al., 2020; Penninx et al., 1997). Cogita-se que seja possível atuar de forma a incentivar estratégias de enfrentamento mais ou menos funcionais, se conhecer todos os aspectos inerentes do estressor e da pessoa, além de conhecer quais as estratégias mais usadas diante de cada estressor (Wong & Wong, 2006). Dessa forma, fatores como o suporte social, acesso a medicamentos e médicos, questões financeiras, autoestima, mais ou menos dor e outros fatores vistos aqui podem atuar como mediadores e moderadores de enfrentamento. Por isso, torna-se tão importante ser conhecido e analisado se há a pretensão de atuar melhorando as formas de enfrentamento.

### **Período agudo da doença – grande atividade sintomática**

#### ***Dor***

A dor é um dos principais sintomas da AR e ocorre por causa da recorrente inflamação crônica das articulações. Ela ocasiona dano tecidual, rigidez articular e dores intensas, especialmente durante períodos agudos. A dor impacta a funcionalidade do indivíduo, limitando a realização de atividades diárias e prejudicando a qualidade de vida (Taylor, 2023). Além do sofrimento físico, a dor tem implicações importantes no estado psicológico e na capacidade do indivíduo de enfrentar a doença, resultando em desfechos negativos, a exemplo da depressão que é muito comum em pacientes com tal quadro clínico (Lwin et al., 2020).

A percepção da dor na AR é amplamente modulada por fatores psicológicos e emocionais, o que pode influenciar significativamente o curso da doença. Ou seja, a forma como a pessoa percebe o seu quadro clínico e os afetos inerentes a essa percepção podem ser um preditor de desfechos negativos para a saúde, tal qual em qualquer doença crônica

(Vilhena et al., 2014). Além disso, nem toda dor na AR é inflamatória. Outros tipos de dor também são vivenciados pelos pacientes como a mecânica (osteoartrite), dor neuropática e as dores ocasionadas pelos efeitos colaterais dos medicamentos (Bilberg et al., 2018; Sarzi-Puttini et al., 2014). Logo, se a maioria do tratamento visa a diminuição da inflamação, isso pode não ser o suficiente para abordar a miríade de situações que a AR afeta na pessoa e em seus familiares (Boyden et al., 2016). Como consequência, pode-se desenvolver a catastrofização da dor e comorbidades psiquiátricas como a cinesiofobia (medo irracional de movimentos e atividades físicas, esta em menor proporção, a depressão e a ansiedade (Chen et al., 2018; Wells et al., 1988).

Na AR, a catastrofização da dor – tendência a perceber a dor em seu pior estágio possível (Cohen et al., 2021) – impacta significativamente nos desfechos da dor, incluindo o aumento da duração das internações e a incapacidade para atividades da vida diária (Edwards et al., 2011). Além disso, a catastrofização da dor, um padrão de pensamento que envolve a amplificação do sofrimento e sentimentos de incapacidade, pode agravar a experiência dolorosa e interferir na adesão ao tratamento (Brahem et al., 2024).

Talvez as comorbidades psiquiátricas descritas sejam um produto de ajustamento disfuncional a cada um dos sintomas relacionados à artrite, porém descreve-se aqui por ser a dor o componente mais proeminente do curso da doença. Com relação a depressão, a primeira variante de risco a se observar é que a dor ocasiona problemas com o sono, o que consequentemente aumenta a chance de depressão, ou seja, a AR tem um risco bidirecional para a depressão (Edwards et al., 2011; Lu et al., 2016; Marrie et al., 2018). Observa-se também que os sintomas depressivos aumentam a sensibilidade à dor, ocasionando quase um ciclo infinito: dor – predispõe depressão – aumenta dor (Boscarino et al., 2010; Mikuls et al., 2013).

A ansiedade também é vista com frequência com pacientes de AR, em maior proporção, mulheres jovens (Watah et al., 2017). Porém, ao contrário da depressão, a ansiedade não está diretamente associada com a dor, mas pode reduzir respostas ao tratamento com redução dos efeitos medicamentosos em até 50%, como no caso do fármaco prednisolona (Matcham et al., 2015). Por fim, a carga emocional trazida pela AR pode interferir na função, reduzir a adesão ao tratamento e contribuir para comportamentos de saúde mal adaptativos (van 't Land et al., 2010).

### ***Disfunção corporal e autoestima***

Pacientes com sintomas da doença mais agressiva, muitas vezes, experimentam mudanças físicas e na função dos membros superiores e inferiores (Alleva et al., 2018). As deformidades e edemas que podem aparecer nas articulações (CDC, 2024), por vezes, resultam no rebaixamento da autoestima e problemas na autoimagem corporal, levando inclusive a problemas sexuais e de relacionamento interpessoal (Alleva et al., 2018).

A autoimagem é definida como a autorrepresentação que se tem sobre seu corpo (Ben-Tovim & Walker, 1995). A percepção que a pessoa tem sobre si influencia nas atitudes relacionadas com o seu corpo, no comportamento social com a doença e, em última instância, este desajustamento pode desencadear o aparecimento de transtornos psiquiátricos (Alleva et al., 2018). Se comparados com pessoas saudáveis, pacientes com AR tendem a possuir uma autoimagem e a uma autoestima diminuída, especialmente aqueles com maior limitação da doença (Ben-Tovim & Walker, 1995).

Em geral, mulheres com AR possuem maiores queixas com relação a sua imagem do que os homens (Jorge et al., 2010). Cogita-se que muitas dessas queixas estejam relacionadas as deformidades das mãos, pés e problemas de marcha (Jorge et al., 2010). As limitações de deambulação também dificultam o engajamento sexual de mulheres e maior rigidez matinal, também associada diretamente a insatisfação sexual (Chancay et al., 2019).

### ***Limitações da doença e percepção de suporte social***

Cerca de 85% dos pacientes com AR possui limitações quanto a alguma atividade, sobretudo as domésticas, destas quase 60% das pessoas desistiram de atividades de lazer (Cohen et al., 2021). As perdas da vida diária podem ser associadas com o aumento da dor, a fadiga e a redução da autoeficácia que limitam desde hobbies até atividades trabalhistas, reduzindo a qualidade de vida e gerando uma diminuição na percepção do apoio social (Reinseth et al., 2011). A incapacidade também gera um prejuízo em renda para o indivíduo e sociedade estimado em cerca de 40 bilhões de dólares anuais, contando os custos intangíveis e indiretos (Birnbaum et al., 2010).

Quanto maior a limitação da doença, menores os índices de qualidade de vida (QV), pois a incapacidade funcional afeta os domínios físico, psicológico, ambiental e social (Chiu et al., 2015). Associando-se, especificamente, a limitação funcional ao apoio social, talvez possa-se pensar que as pessoas com maiores limitações reconheçam mais a ajuda a nível financeiro e dos cuidadores diretos, do que a quantidade de pessoas que compõem a família (Vilhena et al., 2014). As limitações podem afastar os pacientes de grande parte do convívio social, porém, o suporte social pode ser visto como uma estratégia de enfrentamento funcional o que, conseqüentemente, pode ocasionar uma diminuição da mortalidade de pacientes em uma idade muito jovem (Edwards et al., 2011).

### **Período assintomático da doença**

#### ***Percepção de saúde e adesão ao tratamento***

A AR, assim como toda doença crônica, implica em períodos em que há uma maior atividade sintomática da doença e de outros na qual existe uma remissão total ou parcial dos sintomas. Ou seja, para conviver de modo ajustado com tal doença, é necessário vivenciar uma miríade de emoções e ações que levarão à aceitação ou não da doença, tais como a

percepção, o respeito e o enfrentamento da realidade de sua condição (Rebouças Júnior et al., 2014).

Perceber-se como saudável ou não é um dos fatores que influencia diretamente na forma como a pessoa vai enfrentar a doença e a carga que essa doença vai representar para o indivíduo, principalmente, se a doença causar desconforto físico como é o caso da AR (Rodríguez et al., 2019). Assim, a pessoa tende a perceber-se como mais ou menos doente a partir da avaliação que faz de sua idade, tempo com a doença e horas de cuidado por dia (Rodríguez et al., 2019).

Talvez se perceber no controle da situação ou não possa influenciar positivamente no enfrentamento da doença em pacientes com AR. Acerca disso, em um estudo realizado por Ryan et al., (2003) foram identificadas três categorias em que a percepção de controle influencia positivamente em pacientes com AR, a saber: (a) redução dos sintomas físicos, (b) apoio social que corresponda à necessidade percebida, (c) ter informações sobre seu quadro clínico do seu médico. Isso ocorre porque ao sentir que tem um maior controle sobre o seu quadro, clínico pode haver uma melhora na forma como a doença é enfrentada e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento.

Adesão ao tratamento é o processo no qual o paciente compromete-se com o seu tratamento conforme prescrito (Pombo-Suarez et al., 2021). A forma como a pessoa segue o que é sugerido, não é amplamente examinado em condições reumáticas, mas sabe-se que a adesão envolve, além da percepção de saúde diversos outros fatores comportamentais associados à percepção como um todo, a exemplo da pouca percepção sobre a efetividade de um tratamento e o medo dos efeitos adversos dos medicamentos (Marengo & Suarez-almazor, 2016; Neame & Hammond, 2005).

Aderir tratamento envolve também a crença das pessoas sobre o seu estado e a percepção de ter controle ou não sobre sua vida. Estar ou não sintomático vai influenciar a

adesão ao tratamento prescrito. Através dessa compressão e de posse dos desafios enfrentados na mudança de comportamento, novas estratégias comportamentais passaram a surgir (Marengo & Suarez-almazor, 2016). Tais intervenções buscam modificar a cognição e o comportamento do paciente alterando seus pensamentos, sentimentos, confiança ou até mesmo a motivação para aderir (Marengo & Suarez-almazor, 2016), tal como foi proposto no presente estudo.

### **Proposta do presente estudo**

A AR é uma doença crônica limitante que gera morbidades e perdas significativas na vida das pessoas, sobretudo relacionado a funcionalidade (CDC, 2024). Assim, pode-se cogitar que conviver com a AR traz consequências psicológicas e mudanças de vida severa, tanto no período agudo quanto no período assintomático da doença, principalmente pela ocorrência de transtornos mentais comuns – ansiedade e depressão (Bloco A) (Lwin et al., 2020; van 't Land et al., 2010). A proposta deste estudo foi criar um modelo explicativo para o funcionamento da AR de modo a investigar como o enfrentamento, quando funcional, pode diminuir o contexto estressor e sintomatológico, diminuir ou prevenir assim, sintomas de ansiedade e depressão.

A dor – trazida no bloco A – afeta diretamente a capacidade cognitiva e o modo de perceber a doença, limitando-as de suas atividades corriqueiras; afastando-as de atividades de lazer (prejuízo de relacionamento com família e amigos); e as torna mais dependentes de outras pessoas para desempenhar atividades básicas (Martire et al., 2019). As intervenções psicológicas mais vistas para enfrentamento da dor podem se basear em estratégias com um viés cognitivo ou comportamental, ambas buscando a regulação emocional (diminuição da catastrofização da dor), reduzir a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos (Cohen et al., 2019; Martire et al., 2019). Se considerarmos que a AR traz limitações de moderadas a severas durante o curso da doença (bloco C), e que tais limitações possam rebaixar a

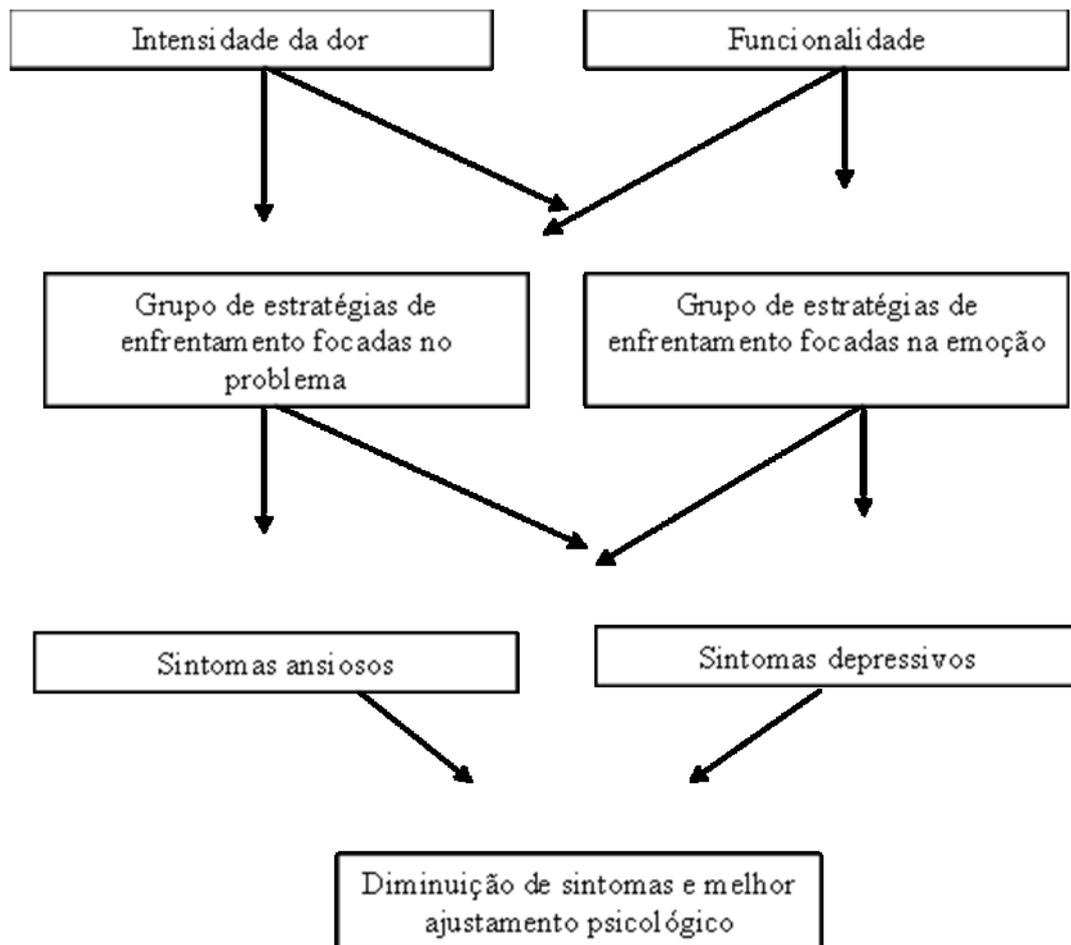
autoestima dos pacientes (bloco B), pode-se pensar que as repercussões psicológicas originadas por esses dois blocos ocasionam prejuízos com relação a noção de competência, autonomia e relacionamento. Talvez, isso ocorra na medida em que a pessoa perceba suas limitações e passe a ter dificuldade com relação ao autocuidado, abandonando atividades corriqueiras como o lazer e o trabalho (Chancay et al., 2019).

No período em que a doença sofre remissão, ou seja, em épocas em que os sintomas não são tão evidentes, é comum haver uma percepção de sua doença como algo mais simples ou até mesmo curável, levando os pacientes a aderirem mais ao tratamento (e assim continuar assintomático) ou não seguir mais as recomendações médicas achando que, finalmente, a dor passou – bloco D. Seja qual for o período ou os sintomas que aparecem, é possível pensar que a AR é vista como um estressor na vida das pessoas que convivem com ela. Dessa forma, as pessoas necessitam empreender estratégias para lidar com a doença de forma a atenuar o estresse ou regular as emoções advindas deste. As estratégias de enfrentamento podem ser qualquer ação cognitiva ou comportamental visando lidar com o contexto estressor (Lazarus & Folkman, 1984). O enfrentamento é ativado mediante a avaliação do contexto e de seus recursos pessoais e podem ser funcionais – quando diminuem o fator de estresse – ou disfuncionais, aumentando ou permanecendo a mesma situação (Carver et al., 1989; Lazarus, 2006). Neste último caso, o desfecho poderá ser negativo com o aparecimento de algum tipo de distúrbio psiquiátrico como a ansiedade ou a depressão.

A incidência de ansiedade e depressão em pessoas com AR é uma ocorrência comum e cogita-se que a ocorrência desta possa ser em virtude de um mal ajustamento à doença ou da ativação de estratégias de enfrentamento disfuncionais (Edwards et al., 2011; Roma et al., 2014). Assim, é possível pensar que ao intervir no enfrentamento é possível verificar uma melhoria da relação pessoa/doença e conseqüentemente, perceber aumento do ajustamento

psicológico à doença, melhoria da qualidade de vida e da saúde mental como um todo. A proposta do presente estudo descrito pode ser sintetizada através da figura abaixo:

**Figura 1**  
*Esboço da proposta de intervenção*



A partir desse modelo inicial foi possível analisar em que medida o enfrentamento pode influenciar na ocorrência de ansiedade e depressão. Visou-se também analisar se as estratégias de enfrentamento empreendidas, quando eficazes, são capazes de diminuir ou eliminar os sintomas depressivos e ansiosos. Tornou-se possível então a montagem de intervenções psicológicas eficazes para o contexto. Buscou-se testar as seguintes hipóteses:

(H1) A intensidade da dor prediz negativamente a ativação do grupo de estratégias com foco no problema;

(H2) A intensidade da dor prediz positivamente a ocorrência da ativação de estratégias com foco na emoção;

(H3) A intensidade da dor prediz positivamente a ocorrência de estratégias com foco no significado;

(H4) Uma maior funcionalidade prediz positivamente a seleção do grupo de estratégias com foco no problema;

(H5) Uma maior funcionalidade prediz negativamente a ativação de estratégias com foco na emoção;

(H6) Uma maior funcionalidade prediz negativamente a deliberação de estratégias com foco no significado;

(H7) O uso de estratégias com foco no problema prediz negativamente a ocorrência de sintomas ansiosos;

(H8) A determinação do uso do grupo de estratégias com foco no problema prediz negativamente a ocorrência de sintomas depressivos;

(H9) O grupo de estratégias com foco na emoção prediz negativamente sintomas ansiosos;

(H10) O grupo de estratégias com foco na emoção prediz o aparecimento de sintomas depressivos;

(H11) O grupo de estratégias com foco no significado prediz negativamente sintomas ansiosos;

(H12) A ativação de estratégias com foco no significado supõe negativamente os sintomas depressivos;

(H15) Um modelo explicativo consegue explicar a diminuição da intensidade da dor e aumento da funcionalidade através do ajuste das estratégias de enfrentamento e, assim, o nível de adesão ao tratamento;

Para isso, estão sendo realizados 4 estudos que se interdependem entre si, a saber:

*Estudo 1: A teoria transacional do enfrentamento: um aprofundamento teórico no contexto das doenças crônicas*, apresentar a teoria de enfrentamento de Lazarus e Folkman, analisando como as estratégias de enfrentamento podem atuar positivo ou negativamente como um dispositivo de ajustamento à doença. Este estudo está concluído.

*Estudo 2: Enfrentamento, ansiedade e depressão na Artrite Reumatoide: uma revisão de escopo*, que terá como objetivo sistematizar os achados da literatura sobre o enfrentamento, ansiedade e depressão em pessoas com AR. Este estudo está concluído.

*Estudo 3: Enfrentamento e ansiedade no curso da Artrite Reumatoide: um modelo explicativo*, objetivando construir um modelo explicativo para a ansiedade na AR.

*Estudo 4: Enfrentamento e depressão no curso da Artrite Reumatoide: um modelo explicativo*, objetivando construir um modelo explicativo para a depressão na AR.

## Referências

- Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C., & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheumatism*, *47*(3), 291–302. <https://doi.org/10.1002/art.10416>
- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. Kay. (1995). Body image, disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(3), 283–291. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00143-s](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00143-s)
- Bilberg, A., Bremell, T., Bjersing, J., & Mannerkorpi, K. (2018). High prevalence of widespread pain in women with early rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *47*(6), 447–454. <https://doi.org/10.1080/03009742.2018.1447683>
- Birnbaum, H., Pike, C., Kaufman, R., Marynchenko, M., Kidolezi, Y., & Cifaldi, M. (2010). Societal cost of rheumatoid arthritis patients in the US. *Current Medical Research and Opinion*, *26*(1), 77–90. <https://doi.org/10.1185/03007990903422307>
- Boscarino, J. A., Forsberg, C. W., & Goldberg, J. (2010). A twin study of the association between PTSD symptoms and rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, *72*(5), 481–486. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181d9a80c>
- Boyden, S. D., Hossain, I. N., Wohlfahrt, A., & Lee, Y. C. (2016). Non-inflammatory causes of pain in patients with rheumatoid arthritis. *Current Rheumatology Reports*, *18*(6). <https://doi.org/10.1007/s11926-016-0581-0>
- Brahem, M., Ben Salem, A., Jomaa, O., Sarraj, R., Ardhaoui, M., Jebali, B., & Younes, M. (2024). Pain and catastrophizing in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *83*(Suppl 1), 1643. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.5155>
- Brenol, C. V., Mota, L. M. H. da, Cruz, B. A., Pileggi, G. S., Pereira, I. A., Rezende, L. S., Bertolo, M. B., Freitas, M. V. C., da Silva, N. A., Louzada-Junior, P., Giorgi, R. D.

- N., Lima, R. A. C., & Pinheiro, G. da R. C. (2013). Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre vacinação em pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(1), 13–23. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042013000100002>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Rheumatoid arthritis*. <https://www.cdc.gov/arthritis/rheumatoid-arthritis/index.html>
- Chancay, M. G., Guendeschadze, S. N., & Blanco, I. (2019). Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. *Women's Midlife Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40695-019-0047-4>
- Chen, S., Kuhn, M., Prettnner, K., & Bloom, D. E. (2018). The macroeconomic burden of noncommunicable diseases in the United States: Estimates and projections. *PLOS ONE*, 13(11), e0206702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206702>
- Chiu, Y.-M., Lai, M.-S., Lin, H.-Y., Lang, H.-C., Lee, L. J.-H., & Wang, J.-D. (2014). Disease activity affects all domains of quality of life in patients with rheumatoid arthritis and is modified by disease duration. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 32(6), 898–903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25189095/> [Errata disponível em *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33(1), 135]
- Cohen, E. M., Edwards, R. R., Bingham, C. O., Phillips, K., Bolster, M. B., Moreland, L. W., Neogi, T., Marder, W., Wohlfahrt, A., Clauw, D., & Lee, Y. C. (2018). Pain and catastrophizing in patients with rheumatoid arthritis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 25(5), 232–236. <https://doi.org/10.1097/rhu.0000000000000834>
- Cohen, S. B., van Vollenhoven, R. F., Winthrop, K. L., Zerbini, C. A. F., Tanaka, Y.,

- Bessette, L., Zhang, Y., Khan, N., Hendrickson, B., Enejosa, J. V., & Burmester, G. R. (2020). Safety profile of upadacitinib in rheumatoid arthritis: Integrated analysis from the SELECT phase III clinical programme. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 80(3), 304–311. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-218510>
- Corbacho, M. I., & Dapuetto, J. J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 31–43. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042010000100004>
- D’Orazio, A., Cirillo, A. L., Greco, G., Di Ruscio, E., Latorre, M., Pisani, F., Alunno, A., & Puxeddu, I. (2024). Pathogenesis of rheumatoid arthritis: One year in review 2024. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 42(9). <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/0307ed>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia E Saúde*, 11(2), 55. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Edwards, R. R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(4), 216–224. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
- Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 23(2), 137–145. <https://doi.org/10.1002/art.1780230202>
- Goeldner, I., Skare, T. L., Reason, I. T. de M., & Utiyama, S. R. da R. (2011). Artrite reumatoide: Uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia E Medicina Laboratorial*, 47(5), 495–503. <https://doi.org/10.1590/s1676-24442011000500002>
- He, J., Wang, Y., Liu, Q., & Li, R. (2024). Theory & practice of Treat-to-Target (T2T) in rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 102018.

<https://doi.org/10.1016/j.berh.2024.102018>

Jorge, R. T. B., Brumini, C., Jones, A., & Natour, J. (2010). Body image in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology*, *20*(5), 491–495.

<https://doi.org/10.1007/s10165-010-0316-4>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, *74*(1), 9–46.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.

Linhares, I. T. D. S., Codinhoto, E., & Zandonadi, A. (2017). Averiguação da frequência com que os pacientes com artrite reumatoide são encaminhados para psicoterapia. *Revista Farol*, *53*(9), 287.

López-López, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. S., Wiles, N., & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(12), 1937–1947. <https://doi.org/10.1017/s003329171900120x>

Lu, M.-C., Guo, H.-R., Lin, M.-C., Livneh, H., Lai, N.-S., & Tsai, T.-Y. (2016). Bidirectional associations between rheumatoid arthritis and depression: A nationwide longitudinal study. *Scientific Reports*, *6*(1). <https://doi.org/10.1038/srep20647>

Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid arthritis: The impact of mental health on disease: A narrative review. *Rheumatology and Therapy*,

7(3). <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00217-4>

- Marengo, M. F., & Suarez-Almazor, M. E. (2015). Improving treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis: What are the options? *International Journal of Clinical Rheumatology*, *10*(5), 345–356. <https://doi.org/10.2217/ijr.15.39>
- Marrie, R. A., Hitchon, C. A., Walld, R., Patten, S. B., Bolton, J. M., Sareen, J., Walker, J. R., Singer, A., Lix, L. M., El-Gabalawy, R., Katz, A., Fisk, J. D., & Bernstein, C. N. (2018). Increased burden of psychiatric disorders in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, *70*(7), 970–978. <https://doi.org/10.1002/acr.23539>
- Martinez, J. E., Grassi, D. C., & Marques, L. G. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: Ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia*, *51*(4), 304–308. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042011000400002>
- Martins, B. G., Silva, W. R. da, Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Escala de depressão, ansiedade e estresse: Propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *68*(1), 32–41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>
- Martire, L. M., Zhaoyang, R., Marini, C. M., Nah, S., & Darnall, B. D. (2019). Daily and bidirectional linkages between pain catastrophizing and spouse responses. *PAIN*, *160*(12), 2841–2847. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001673>
- Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*, *55*(2), 268–278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>
- Mikulski, T. R., Padala, P. R., Sayles, H. R., Yu, F., Michaud, K., Caplan, L., Kerr, G. S., Reimold, A., Cannon, G. W., Richards, J. S., Lazaro, D., Thiele, G. M., & Boscarino,

- J. A. (2013). Prospective study of posttraumatic stress disorder and disease activity outcomes in US veterans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 65(2), 227–234. <https://doi.org/10.1002/acr.21778>
- Ministério da Saúde. (2019). *Portaria Conjunta nº 16, de 5 de novembro de 2019: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide*. Diário Oficial da União. Disponível em [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2019/portaria\\_n\\_16\\_aprova\\_pcdt\\_artrite\\_reumatoide.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2019/portaria_n_16_aprova_pcdt_artrite_reumatoide.pdf)
- Ministério da Saúde. (2019). *Referências técnicas sobre artrite reumatoide*. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>
- Nagy, Z., Szigedi, E., Takács, S., & Császár-Nagy, N. (2023). The effectiveness of psychological interventions for rheumatoid arthritis (RA): A systematic review and meta-analysis. *Life*, 13(3), 849. <https://doi.org/10.3390/life13030849>
- O’Neil, L. J., Alpízar-Rodríguez, D., & Deane, K. D. (2024). Rheumatoid arthritis: The continuum of disease and strategies for prediction, early intervention, and prevention. *The Journal of Rheumatology*, 51(4), jrheum.2023-0334. <https://doi.org/10.3899/jrheum.2023-0334>
- Osório, F. de L., Mendes, A. V., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- Penninx, B. W. J. H., Van Tilburg, T., Deeg, D. J. H., Kriegsman, D. M. W., Boeke, A. Joan P., & Van Eijk, J. T. M. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social Science & Medicine*,

44(3), 393–402. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00156-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00156-6)

Pimentel, L. (2025). O discurso do paciente portador de artrite reumatóide: Ecos da dor.

*Revista Da SBPH*, 8(1), 41–59.

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-)

08582005000100005

Rebouças Júnior, F. G., Galdino, M. S. S., & de Sousa, M. L. T. (2016). Acolhimento

multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: Potencializando o cuidado.

*Revista Pesquisas E Práticas Psicossociais*, 8(2), 248–253.

[https://seer.ufsj.edu.br/revista\\_ppp/article/view/537](https://seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/537)

Reinseth, L., Uhlig, T., Kjekken, I., Koksvik, H. S., Skomsvoll, J. F., & Espnes, G. A. (2010).

Performance in leisure-time physical activities and self-efficacy in females with

rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 210–218.

<https://doi.org/10.3109/11038128.2010.514941>

Rodríguez, A. A., Moreno, S. C., & Rojas, M. A. (2019). Perception of cost of illness among chronically ill people. *Ciencia Y Enfermería*, 25.

<https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/166565>

Roma, I., de Almeida, M. L., Mansano, N. da S., Viani, G. A., de Assis, M. R., & Barbosa, P.

M. K. (2014). Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide.

*Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(4), 279–286.

<https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.025>

Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de*

*Enfermagem*, 20(2), 7–8. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>

Ryan, S., Hassell, A., Dawes, P., & Kendall, S. (2003). Control perceptions in patients with

rheumatoid arthritis: The impact of the medical consultation. *Rheumatology*, 42(1),

135–140. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keg049>

- Sardá Junior, J., Nicholas, M. K., Pereira, I. A., Pimenta, C. A. de M., Asghari, A., & Cruz, R. M. (2008). Validation of the Pain-Related Catastrophizing Thoughts Scale. *Acta Fisiátrica, 15*(1). <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20080001>
- Sarzi-Puttini, P., Salaffi, F., Franco, M. D., Bazzichi, L., Cassisi, G., Casale, R., Cazzola, M., Stisi, S., Battellino, M., & Atzeni, F. (2014). Pain in rheumatoid arthritis: A critical review. *Reumatismo, 66*(1), 18–27. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2014.760>
- Scherer, H. U., Häupl, T., & Burmester, G. R. (2020). The etiology of rheumatoid arthritis. *Journal of Autoimmunity, 110*(110), 102400. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102400>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *BMJ, 349*, 7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Silva, J. K. da, Vila, V. da S. C., Ribeiro, M. F. M., & Vandenberghe, L. (2016). A vida após o acidente vascular cerebral na perspectiva dos sobreviventes. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 18*(4). <https://doi.org/10.5216/ree.v18.34620>
- Sirois, F. M. (2014). Positive psychological qualities and adjustment to arthritis. *Whiterose.ac.uk, 2*(1). <https://eprints.whiterose.ac.uk/91598/1/1409956324.pdf>
- Taylor, P. C. (2023). Pain in the joints and beyond; the challenge of rheumatoid arthritis. *The Lancet Rheumatology, 5*(6), e351–e360. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00094-2](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00094-2)
- van't Land, H., Verdurmen, J., ten Have, M., van Dorselaer, S., Beekman, A., & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(2), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.011>

Vilhena, E., Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., da Silva, A.

M., & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 219–232.

Watad, A., Bragazzi, N. L., Adawi, M., Aljadeff, G., Amital, H., Comaneshter, D., Cohen, A.

D., & Amital, D. (2017). Anxiety disorder among rheumatoid arthritis patients: Insights from real-life data. *Journal of Affective Disorders*, 213(8), 30–34.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.007>

World Health Association (WHO). (2021). *Global database on body mass index (GDB)*.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.who.int/>

Wong, P. T. P., Wong, L. C. J., & Springerlink (Online Service. (2006). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. Springer.

Zhao, H., Chen, X., Sun, Y., Shen, P., Lin, H., Sun, F., & Zhan, S. (2024). Associations between thiazolidinediones use and incidence of rheumatoid arthritis: A retrospective population-based cohort study. *Arthritis Care & Research*, 76(4), 486–496.

<https://doi.org/10.1002/acr.25277>

Zielinski, M. R., Systrom, D. M., & Rose, N. R. (2019). Fatigue, sleep, and autoimmune and related disorders. *Frontiers in Immunology*, 10.

<https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.01827>

**Estudo 1: A teoria transacional do enfrentamento: Um aprofundamento teórico e  
associação com as doenças crônicas**

*The Transactional Theory of Coping: A Theoretical Deepening and Association with Chronic  
Diseases*

**Resumo**

A teoria transacional do enfrentamento de Lazarus e Folkman busca compreender a forma como os indivíduos lidam com o estresse, dando destaque a avaliação cognitiva e a adaptação contínua como elementos centrais. Essa teoria enfatiza que o enfrentamento é mais dinâmico, envolvendo avaliação primária (análise do significado de um evento) e secundária (recursos disponíveis para lidar com ele). O modelo divide as estratégias em: focadas no problema, que visam modificar a fonte do estresse e as estratégias focadas emoção, que buscam regular as respostas emocionais. No contexto da saúde, especialmente em condições crônicas, a teoria oferece uma compreensão ampla do fenômeno trazendo as estratégias mais eficazes e explicando como, em cada situação, o paciente pode ter um desfecho mais positivo. A flexibilidade e a reavaliação contínuas propostas por Lazarus são especialmente relevantes em ambientes de saúde, onde os estressores frequentemente envolvem fatores prolongados e complexos.

**Palavras-chave:** enfrentamento, estratégias de enfrentamento, doenças crônicas.

**Abstract**

The transactional theory of coping by Lazarus and Folkman seeks to understand how individuals deal with stress, highlighting cognitive appraisal and continuous adaptation as central elements. This theory emphasizes that coping is not static but dynamic, involving primary appraisal (analyzing the meaning of an event) and secondary appraisal (resources available to deal with it). The model categorizes strategies into problem-focused strategies,

aimed at modifying the source of stress, and emotion-focused strategies, which seek to regulate emotional responses. In the context of health, especially in chronic conditions, the theory provides a broad understanding of the phenomenon by identifying the most effective strategies and explaining how patients can achieve more positive outcomes in each situation. The flexibility and continuous reappraisal proposed by Lazarus are particularly relevant in healthcare settings, where stressors often involve prolonged and complex factors.

**Keywords:** coping, coping strategies, chronic diseases.

## **Introdução**

A teoria de enfrentamento (*coping*) tem sido amplamente estudada e se destaca no campo da saúde mental e física devido à sua relevância para o manejo de situações adversas de modo geral. Conceitualmente, o enfrentamento refere-se a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que os indivíduos utilizam para lidar com demandas internas e externas, avaliadas como sobrecarga ou desafiadoras (Lazarus & Folkman, 1984). Essas estratégias podem ser voltadas para a resolução do problema ou para a regulação emocional, permitindo que o contexto estressor seja atenuado ou eliminado após sua utilização.

Nos estudos da psicologia da saúde, o enfrentamento desempenha um papel central na adaptação às situações estressantes relacionadas à doença, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto negativo de condições crônicas, como câncer, hipertensão e doenças reumáticas (Taylor & Stanton, 2007). O estudo do enfrentamento é fundamental para compreender como os indivíduos enfrentam desafios que afetam tanto o corpo quanto a mente, especialmente em condições de estresse prolongado ou doenças crônicas, nas quais a capacidade de adaptação pode influenciar diretamente nos desfechos de saúde (Petrie & Reynolds, 2014).

A teoria transacional é amplamente utilizada no campo da saúde por reconhecer que o enfrentamento não é estático, mas adaptativo, permitindo a integração de variáveis como suporte social, resiliência e características individuais (Folkman & Moskowitz, 2004). Além disso, ela é especialmente relevante na área da saúde porque situações de doença frequentemente envolvem estressores prolongados e complexos, exigindo adaptação contínua. O modelo teórico proposto por Lazarus e Folkman facilita a identificação de estratégias eficazes de coping, que podem ser usadas para desenvolver intervenções terapêuticas mais personalizadas e eficazes para pacientes em diferentes contextos de saúde (Taylor, 2012).

Assim, o objetivo deste estudo é revisar o modelo transacional de enfrentamento e o estudo do coping motivacional, além de apresentar os motivos pelos quais a teoria de Lazarus e Folkman ainda é considerada prioritária em estudos, principalmente nas áreas clínica e da saúde.

### **Delineamento histórico do enfrentamento**

Embora a teoria do enfrentamento seja amplamente reconhecida e usada atualmente, sua história foi cercada de debates teóricos e mudanças conceituais importantes. As discussões sobre o enfrentamento começaram na teoria do ego, porém, com o passar dos anos e com novos estudos, evoluíram para abordagens mais modernas e amplamente aceitas (Frydenberg, 2014). Dentre essas abordagens, destacam-se a teoria transacional de Lazarus e Folkman (1984) e a teoria motivacional do enfrentamento de Ellen Skinner (1994). Ambas são relevantes hoje, mas este estudo, terá enfoque na primeira, pois ela se ajusta melhor ao campo da saúde, especialmente em contextos de doenças crônicas (Cheng et al., 2020).

Os primeiros estudos do enfrentamento foram através da psicologia do Ego, inicialmente delineada por Freud, posteriormente expandida por outros teóricos e que ofereceu uma base fundamental para a compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao enfrentamento do estresse e das adversidades (Baumeister, Faber, & Wallace, 1999). Em meados da década de 50, estudiosos como Anna Freud e Erick Erikson começaram a incluir a noção de que o Ego não apenas media conflitos internos, como também desempenha um papel ativo na adaptação aos desafios da vida e que cada pessoa possui recursos internos eficazes para lidar com o estresse e os desafios impostos no dia a dia pelas pessoas (Kramer, 2010). O enfrentamento dentro desta perspectiva, então, era visto como um mecanismo de defesa usado pelo ego para lidar com o estresse e outras adversidades da vida diária (Freud, 1964). Enquanto um mecanismo do ego, o enfrentamento, foi alvo de várias críticas, a exemplo de ter um foco excessivo nos mecanismos inconscientes e que, com isso, ignorava a

existência de possíveis estratégias conscientes e proativas, tal como o modelo desenhado na década de 60 e publicado no livro *Stress, Appraisal, and Coping* por Lazarus e Folkman em 1984 (Compas et al., 2001).

O livro foi um marco tanto para o entendimento do enfrentamento quanto para o modelo de processamento do estresse. Inicialmente, esse modelo focava nas reações automáticas do organismo, mas, com o avanço das pesquisas, passou a considerar também as respostas subjetivas e os processos cognitivos envolvidos na avaliação e no enfrentamento de situações estressoras (Lazarus, 1966). A partir dessa nova perspectiva, o enfrentamento começou a ser estudado de forma mais abrangente, incluindo tantos fatores internos (como traços de personalidade), quanto externos (como redes de apoio social) que influenciam as estratégias adotadas pelos indivíduos. Esses avanços teóricos permitiram uma compreensão mais holística do enfrentamento, esclarecendo como diferentes fatores interagem para moldar a resposta ao estresse e a adaptação (Aldwin, 2007). Assim, o enfrentamento deixou de ser visto apenas como uma reação automática e passou a ser compreendido como um processo dinâmico e adaptativo.

A teoria de enfrentamento transacional de Lazarus e Folkman (1984) trouxe uma perspectiva inovadora para o campo, ao destacar que o coping é mediado por dois processos centrais: a avaliação cognitiva e o enfrentamento propriamente dito. Esses processos ocorrem em um ciclo contínuo de avaliação das demandas e dos recursos disponíveis pela pessoa, sendo, por isso, essencial para entender como indivíduos lidam com situações de estresse na área da saúde (Lazarus, & Folkman, 1984).

A eficácia das estratégias de enfrentamento passou a ser vista pela capacidade que as pessoas possuíam de lidar de modo eficaz situações estressantes sejam elas psicológicas, físicas ou sociais vivenciadas, bem como evitar que situações semelhantes ocorram no futuro. Pode-se assim dizer, que o estudo do enfrentamento trouxe um fator indispensável e

desempenhou um papel crucial na adaptação e no manejo do estresse, com implicações diretas e eficazes na saúde mental e física dos indivíduos (Aldwin, & Revenson, 1987).

Enquanto o estudo do modelo transacional do enfrentamento se mostrou essencial para compreender como a pessoa age mediante situações estressantes e proteger a saúde mental e física, o campo de estudo sobre esse tema passou a incorporar novas abordagens e teorias que enriquecem a compreensão dos processos de enfrentamento. Um marco importante nessa expansão foi o desenvolvimento da teoria motivacional, proposta por Ellen Skinner e colaboradores, que trouxe uma perspectiva inovadora ao focar nas motivações e necessidades subjacentes ao comportamento de coping (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Essa teoria, ao contrário da abordagem transacional que se concentra na avaliação cognitiva do estresse, aprofunda o entendimento de como os indivíduos direcionam seus esforços de enfrentamento para atender a objetivos fundamentais, integrando dimensões motivacionais ao campo de estudo.

Apesar de não ser a mais recente – se comparada com a teoria motivacional do enfrentamento – o modelo de enfrentamento transacional trouxe uma profunda contribuição para a área da saúde, tornando-a ainda hoje a mais usada e a mais vista em contextos de saúde (Compas et al., 2012). A principal vantagem da teoria de Lazarus está no processamento cognitivo e no papel das emoções, essenciais para o manejo de condições estressoras em ambientes de saúde, ou seja, a teoria transacional do enfrentamento reconhece a relação intrínseca e complexa entre a percepção de ameaça, capacidade de enfrentamento e a resposta emocional, ao contrário da teoria motivacional que fica nos aspectos intrínsecos, limitando sua atuação em cenários de saúde real (Vine et al., 2016).

A teoria de Lazarus e Folkman propõe que o enfrentamento não é simplesmente uma resposta reativa a estressores, mas sim um processo contínuo de avaliação e reavaliação, permitindo ao paciente ajustar suas estratégias de enfrentamento de acordo com as demandas

do ambiente e seu estado interno. Isso é particularmente relevante na psicologia da saúde, na qual a flexibilidade do coping é crucial. Talvez isso se deva ao fato de que a teoria de Lazarus permite a adaptação diante de circunstâncias incontroláveis, ao passo que a teoria motivacional tende a ser mais limitada, focando na busca por metas que nem sempre podem ser atingidas em contextos de saúde, como na terminalidade (Biggs et al., 2017).

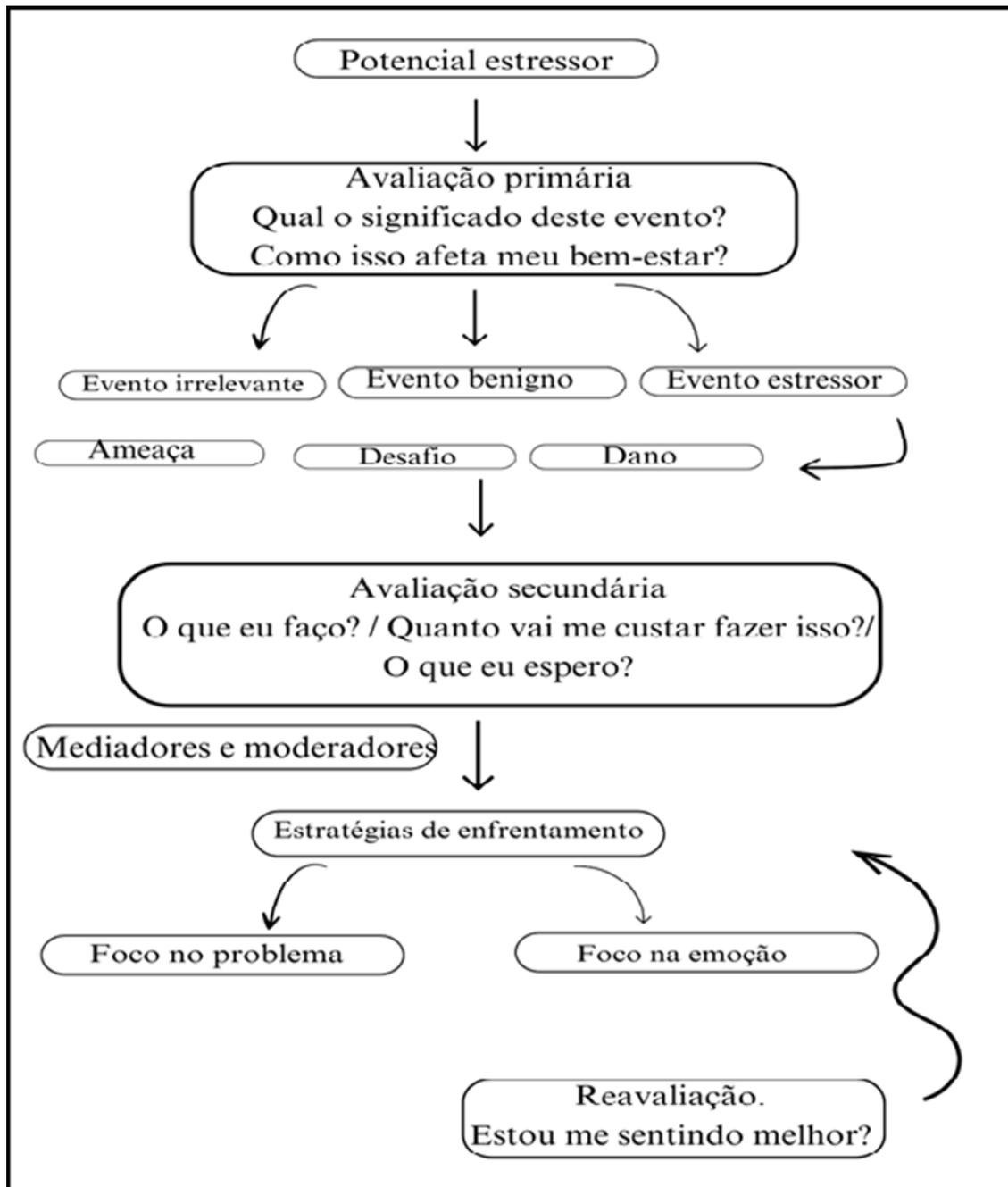
### **A teoria transacional do enfrentamento**

A teoria transacional de Lazarus e Folkman, desenvolvida na década de 1980, é considerada um marco no estudo do enfrentamento. Eles propuseram que o estresse é um processo de transação entre a pessoa e o ambiente e que o enfrentamento é um processo ativo que resulta da avaliação que o indivíduo faz dessa relação. O processo avaliativo é um dos principais diferenciais da teoria transacional colocando o mecanismo de enfrentamento como um processo em que podem mudar a forma de agir perante a situação através da avaliação que faz do evento e dos recursos que tem para lidar com ele naquele momento (Folkman et al., 1986).

O enfrentamento é, portanto, um processo em que a pessoa avalia o contexto de maneira individual, considerando tanto a situação estressante quanto os recursos de que dispõe. Com base nessa análise, a pessoa define como reagir, optando por estratégias mais defensivas ou resolutivas, conforme a necessidade e os resultados das avaliações realizadas (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986). Esse processo ocorre sempre em resposta a uma condição de estresse psicológico e é fruto de avaliações e reavaliações contínuas, nas quais a interação entre a pessoa e o ambiente desempenha um papel crucial, mediada pelo contexto específico. Segundo a teoria transacional do estresse, de Lazarus e Folkman, o processo avaliativo no enfrentamento envolve dois tipos principais de avaliação cognitiva: a avaliação primária e a avaliação secundária (Figura 2).

### **Figura 2**

*Tradução do modelo de enfrentamento proposto por Lazarus & Folkman (1984)*



A avaliação primária pode começar antes do evento estressor ou quando a pessoa enfrenta uma situação potencialmente ameaçadora. Nessa fase, ela avalia se o evento representa uma ameaça, um dano ou algo irrelevante. Esse processo inicial determina a natureza do estressor e, após ele, ocorre a avaliação secundária, onde a pessoa analisa os recursos disponíveis para enfrentar ou evitar o evento. Esses recursos, internos e externos, podem variar ao longo do tempo, dependendo das reavaliações feitas para verificar o sucesso das estratégias adotadas (Folkman, 1970; Monat et al., 1972).

No processo de avaliação secundária é analisado a questão “o que eu posso fazer perante esse evento?” ou ainda “quais recursos eu tenho para poder ultrapassar este limite?”. Esse processo avaliativo irá verificar e analisar – de acordo com os recursos que a pessoa tem - o que ela pode e vai fazer perante a situação que está vivenciando e resulta em um mecanismo cognitivo ou comportamental usado para lidar com o evento. Neste sentido, alguns contextos incentivarão o uso de estratégias para regular as emoções e outros contextos buscam eliminar ou diminuir o contexto do estresse.

A forma que o evento se desdobra leva a pessoa a reavaliar o seu significado, ou seja, após o evento inteiro ou durante o evento, é possível saber se aquilo que foi usado serviu ou não para regulação e minimização do evento estressor e se é preciso trazer a tona novas estratégias para lidar com o estresse. Esse mecanismo é chamado por Lazarus e Folkman (1984) por reavaliação ou cognições de reavaliações.

Durante todo o processo avaliativo ocorre a mediação dos recursos pessoais e sociológicos que se referem aos recursos pessoais que a pessoa tem e o suporte disponível no ambiente, seja a nível social ou físico e que pode ser utilizado para enfrentar situações estressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Esses recursos são usados pelas pessoas no momento de enfrentar situações estressantes e essenciais para determinar como um indivíduo avalia e responde ao estresse. O produto do mecanismo avaliativo são as estratégias de enfrentamento, também vistos como mecanismos usados pelas pessoas para gerenciar o estresse e as dificuldades emocionais. Os principais tipos de estratégias de enfrentamento dividem-se em dois grupos distintos: as estratégias com foco no problema e estratégias com foco na emoção.

As estratégias com foco no problema são definidas como os esforços direcionados para a eliminação ou redução da fonte de estresse. Elas possuem uma estratégia mais prática e proativa e atuam diretamente a resolver as causas que são subjacente ao estressor. Alguns

exemplos de estratégias com foco no problema são a busca de informação (coletar dados sobre o problema e assim encontrar soluções possíveis); planejamento (plano detalhado para resolução de forma detalhada e sistemática); ação direta (tomar medidas diretas para modificar a condição estressante); a busca pelo suporte instrumental (buscar ajuda e conselho de pessoas para agir de forma mais eficaz) e até mesmo o enfrentamento ativo (sensação de controle e eficácia pessoal sobre o evento estressante) (Carver et. al., 1989).

A direção das estratégias usadas depende diretamente da forma que a pessoa avalia os recursos que tem para lidar com uma situação. Dessa forma, compreende-se que as estratégias com foco no problema são mais eficazes quando a pessoa avalia ter algum grau de controle sobre a situação estressante e acredita que esse estressor possa ser alterado ou até mesmo gerenciado de forma eficaz. As estratégias de enfrentamento com foco no problema, apesar de tentar solucionar o problema, também são correlacionadas com melhoria do estado emocional da pessoa, assim como a estratégia com foco na emoção (Folkman & Lazarus, 1985).

Em contextos da área da saúde, como no caso de pacientes com doenças crônicas, a exemplo da artrite reumatoide, o uso de estratégias de enfrentamento com foco no problema pode incluir a tomada de diversas atitudes como a adesão a regimes de tratamento, mudanças no estilo de vida e a busca de informações médicas. Alguns estudos associam que estratégias desse tipo, quando a pessoa tem um controle da situação externa, estão associadas a melhores resultados de saúde e maior controle sobre a doença (Hoyt & Stanton, 2012; Panjwani et al., 2020).

As estratégias com foco na emoção são definidas como os esforços usados pelas pessoas para regular as respostas emocionais ao estresse, ao invés de tentar modificar a situação estressante em si. Como exemplos de estratégias com foco na emoção tem-se a reavaliação cognitiva (mudança da forma como se pensa, reinterpretando-a de maneira mais

positiva e menos ameaçadora); distanciamento (afastar-se emocionalmente do foco estressor); busca de suporte social (ter apoio emocional de amigos, familiares ou outras pessoas); aceitação (aceitar a realidade da situação estressante) e expressão emocional (aprender a lidar com as emoções e expressar as emoções de forma a aliviar a tensão emocional) (Lazarus & Folkman, 1984).

Apesar de alguns estudos apontarem que as estratégias de enfrentamento com foco no problema são mais resolutivas, o resultado positivo ou não depende do contexto na qual a estratégia é usada. Por exemplo, um estudo conduzido por Volz et al. (2019) encontrou que o enfrentamento emocional flexível, que inclui técnicas de reavaliação positiva e apoio emocional, é associado a maior autocompaixão e redução de sintomas depressivos em estudantes universitários, o que contribui para a adaptação ao estresse acadêmico e pessoal (Volz et al., 2019). No estudo realizado por Keefe et al. (1997) com pacientes com artrite reumatoide, mostrou que o enfrentamento focado na emoção, especialmente o uso de técnicas de relaxamento e de reavaliação cognitiva, promoveu uma redução significativa na dor e melhoria do bem-estar emocional, destacando-se como uma estratégia complementar ao enfrentamento focado no problema.

Percebe-se que as estratégias de enfrentamento desempenham um papel importante na adaptação dos indivíduos e o mesmo ocorre em situações de saúde adversas, como doenças crônicas e incapacitantes. Neste sentido, o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984) tem proporcionado uma base sólida na compreensão do modo como os pacientes avaliam e respondem ao estresse contínuo decorrente da sintomatologia ou incapacidade gerada pela doença. Dessa forma, o coping na saúde não apenas alivia o sofrimento, mas também potencializa a adaptação e a qualidade de vida dos pacientes, confirmando o valor da teoria de Lazarus e Folkman em contextos clínicos.

### **Uso de estratégias de enfrentamento no contexto de saúde**

O modelo de enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984) é visto em uma ampla variedade de situações, a exemplo das condições crônicas de saúde, tratamentos invasivos ou até mesmo processos de reabilitação. Talvez isso ocorra porque as estratégias de enfrentamento surgem como mediadores importantes, influenciando a adaptação positiva ou negativa dos indivíduos a eventos de saúde como o caso de doenças graves ou até mesmo da dor persistente (Folkman, 2010). De forma didática, esta sessão será subdividida em duas subseções: 1) Enfrentamento no campo do estudos da dor e 2) Enfrentamento no campo de tratamentos invasivos.

### ***Enfrentamento no campo do estudo da dor***

Numa perspectiva psicológica, a dor é caracterizada como uma experiência subjetiva complexa que envolve estímulos físicos, a interpretação do fenômeno doloroso e a resposta emocional do indivíduo perante o desconforto. Isto significa que a dor é uma experiência multifacetada que é influenciada por diversos fatores psicológicos, a exemplo das emoções, memória e o contexto social (Frumkim et al., 2022).

A teoria da dor, conforme descrita pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, destaca que a dor é uma experiência sensorial e emocional subjetiva. Esta enfatiza a natureza complexa e multifatorial da dor, reconhecendo que ela não é apenas um sinal biológico de lesão, mas também uma vivência influenciada por fatores psicológicos, sociais e culturais. Assim, a dor não requer a presença de uma lesão física objetiva para ser real, pois está intrinsecamente ligada às percepções e experiências individuais (Raja et al., 2020).

Ao considerar a dor como um processo subjetivo e complexo, a forma como a pessoa enfrentará esta situação estressora dependerá da avaliação, ou seja, da percepção que a pessoa faz de seu quadro clínico. A catastrofização da dor, ou seja, uma interpretação negativa e exagerada da experiência dolorosa tende a agravar os sintomas das pessoas que lidam com o desconforto de forma diária e prejudicar o prognóstico da doença (Petrini &

Arendt-Nielsen, 2020). A interpretação da dor de forma maximizada, está associada a uma maior intensidade da algia, maior limitação funcional, piora da qualidade de vida de pacientes com dor crônica (Edwards et al., 2006; Quartana et al., 2020), redução da qualidade do sono e mudanças negativas nas relações interpessoais (Adams & Turf, 2015; Edwards et al., 2006).

Assim, ao entender as diferenças individuais no enfrentamento da dor e as estratégias usadas pelas pessoas que convivem com a experiência algica, é possível desenvolver intervenções psicológicas direcionadas, como a terapia cognitivo-comportamental, que visam reduzir a percepção aumentada da dor e promover uma adaptação mais saudável ao estresse associado à dor crônica. É importante ressaltar, no entanto, que os fatores moderadores do enfrentamento, sobretudo a história de vida de cada paciente, deve ser levada em consideração pela equipe de saúde para que cada pessoa consiga encontrar a sua forma de adaptação e o seu novo normal diante das circunstâncias vivenciadas (Bruce et al., 2023).

As estratégias de enfrentamento com foco no problema tem como objetivo principal a redução ou eliminação do componente estressor, ou seja, a dor. Os estudos apontam que a perseverança em uma estratégia a longo prazo e mudanças no estilo de vida de forma geral tem feito a diferença na diminuição das dores e melhoria da qualidade de vida. As melhores estratégias para diminuição da dor mais eficazes tem sido: 1) mudar comportamentos de dor, associando trabalhos mais intensos com menos intensidade no decorrer dos dias; 2) pedir suporte a família; 3) prática de atividades físicas e 4) adaptação de atividades (Beehler et al., 2021).

No entanto, pacientes que lidam com a experiência algica constante geralmente recorrem a estratégias de enfrentamento com foco na emoção por avaliarem que nada pode ser feito para mudar o quadro de dor que estão enfrentando ou até mesmo para poder lidar com os efeitos emocionais primeiro, e só então, buscar estratégias com foco no problema (Ziadni et al., 2018). Um maior uso de estratégias emocional e regulação emocional foi

associado a uma menor intensidade da dor e menor associação da dor com afetos negativos em adultos jovens e de meia idade convivendo com a dor e em mulheres (Ziadni et al., 2021). Estratégias com foco na emoção, a exemplo da reavaliação cognitiva e a aceitação vem tido um efeito benéfico para uma melhor qualidade de vida e bem-estar subjetivo. A reavaliação cognitiva permite que o indivíduo modifique a sua interpretação a experiência de dor, diminuindo assim, o seu impacto emocional negativo (Gross & Jhon, 2003). As práticas de *mindfulness* também vem sendo consideradas uma estratégia eficaz na redução do quadro álgico e distração no momento da dor, evitando a catastrofização (Brandel et al., 2022).

Em suma, pode-se dizer que por meio da modificação do significado atribuído à dor ou do uso de estratégias para controlar aspectos manejáveis da condição dolorosa, é possível observar como os indivíduos podem reduzir os impactos emocionais e funcionais negativos associados a essas experiências. O enfrentamento com foco no problema, por exemplo, busca minimizar a percepção da dor ao alterar comportamentos e rotinas, enquanto o enfrentamento com foco na emoção — como a reavaliação cognitiva e o *mindfulness* — promove uma adaptação emocional mais saudável. Portanto, ao incentivar o uso de estratégias de enfrentamento às necessidades específicas dos pacientes, considerando suas histórias de vida e experiências prévias, torna-se viável promover um "novo normal" que contribua para um maior bem-estar psicológico e funcional, evidenciando a relevância desse modelo no manejo de condições crônicas de dor e saúde.

### ***Enfrentamento no campo de tratamentos invasivos***

Os tratamentos médicos invasivos e a quimioterapia tem sido outro campo no qual o enfrentamento de Lazarus e Folkman tem sido amplamente estudado. Tratamentos médicos invasivos referem-se a procedimentos que exigem a penetração física do corpo, como cirurgias, biópsias e procedimentos endoscópicos, e que frequentemente envolvem um alto nível de desconforto, dor e estresse para o paciente (Cousins et al., 2019). Esses tratamentos, apesar de

muitas vezes essenciais para a melhoria ou estabilização da saúde, são acompanhados de desafios emocionais e psicológicos significativos devido à sua natureza intrusiva e à incerteza sobre o resultado. A teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman propõe que as estratégias de enfrentamento possam ajudar na adaptação ao desconforto físico e ao estresse emocional que acompanham esses procedimentos invasivos (Folkman, 2010). Acerca disso, pacientes que fazem tratamentos invasivos, a exemplo da quimioterapia, frequentemente usam uma combinação de estratégias de enfrentamento focadas no problema e na emoção.

Em situações nas quais a pessoa interpreta que deve haver mudanças no modo como a pessoa vivencia a vida, a exemplo da hipertensão e a diabetes, o uso de estratégias com foco no problema tem mostrado eficácia na promoção de uma recuperação mais eficaz. A implementação de mudanças comportamentais e a busca pelo tratamento de saúde, são essenciais para o sucesso no manejo da doença ao longo do tempo. Assim, pacientes que adotam estratégias de enfrentamento ativo e orientado para a resolução de problemas tendem a obter melhores condições de saúde ao longo do tempo, incluindo um melhor controle metabólico e menor risco de doenças cardiovasculares adjacentes (Boehm et al., 2013).

As estratégias com foco na emoção talvez sejam mais usadas em situações nas quais não há nenhum outro recurso a ser lançado ou quando se interpreta que não se tem muito a fazer para melhorar o contexto. Como as estratégias focadas na emoção, tem-se a aceitação dos efeitos colaterais do tratamento e o suporte emocional, vistos no estudo de Zimmermann e colaboradores (2010) como essencial para o aumento da capacidade de suportar os desafios do tratamento e aumentar a resiliência emocional ao longo do tempo de tratamento. Estas estratégias são usadas em conjunto com a reavaliação cognitiva que auxilia os pacientes a lidar com as frustrações inerentes do processo de recuperação e a ajustar as expectativas em relação a capacidade funcional da pessoa (Turner et al., 2014).

Além disso, outra estratégia de enfrentamento muito usada em pacientes em tratamentos invasivos é a aceitação – da necessidade do tratamento – combinada com a busca ativa do autocuidado (Gustafsson et al., 2013).

### **Considerações finais**

A teoria transacional do enfrentamento tem sido estudada na compreensão de como os pacientes lidam com as dificuldades e adversidades relacionadas às doenças e tratamentos. Os estudos refletem que as estratégias de enfrentamento, quando eficazes, agem modulando significativamente as respostas emocionais e comportamentais dos pacientes. Além disso, a flexibilidade e a capacidade de adaptar-se a cada situação clínica são fatores eficazes e essenciais para o sucesso na adaptação à doença e manejo do estresse. Este estudo revisitou a teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman, que possui um diferencial de apresentar uma relação entre avaliação cognitiva, resposta emocional e a capacidade de adaptação a situações estressantes.

A pesquisa demonstrou que a eficácia das estratégias de enfrentamento está positivamente associada a capacidade das pessoas em avaliar, gerenciar e reduzir o estresse psicológico, físico e social, influenciando diretamente a saúde mental e física (Aldwin & Revenson, 1987). A investigação também ressaltou a importância da adaptação contínua e do processo de reavaliação dos indivíduos em resposta às demandas do ambiente, evidenciando que essa característica é crucial para desfechos positivos em saúde (Vine et al., 2016).

## Referências

- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337–348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Baumeister, R. F., Faber, J., & Wallace, H. (1999). Coping and ego repletion: Recovery after the coping process. In R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 175–186). Oxford University Press.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The Handbook of Stress and Health*, 1(1), 349–364. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Brandel, M. G., Lin, C., Hennel, D., Khazen, O., Pilitsis, J. G., & Ben-Haim, S. (2022). Mindfulness meditation in the treatment of chronic pain. *Neurosurgery Clinics of North America*, 33(3), 275–279. <https://doi.org/10.1016/j.nec.2022.02.005>
- Bruce, M., Lopatina, E., Hodge, J., Moffat, K., Khan, S., Pyle, P., Kashuba, S., Wasylak, T., & Santana, M.-J. (2023). Understanding the chronic pain journey and coping strategies that patients use to manage their chronic pain: A qualitative, patient-led, Canadian study. *BMJ Open*, 13(7), e072048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072048>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 814–

833. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.814>

Cheng, C., Inder, K., & Chan, S. W. (2020). Coping with multiple chronic conditions: An integrative review. *Nursing & Health Sciences, 22*(3), 486–497.

<https://doi.org/10.1111/nhs.12695>

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87–127.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>

Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(8), 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>

Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006).

Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatism, 55*(2), 325–332. <https://doi.org/10.1002/art.21865>

Folkins, C. H. (1970). Temporal factors and the cognitive mediators of stress reaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 14*(2), 173–184.

<https://doi.org/10.1037/h0028688>

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology, 19*(9), 901–908.

<https://doi.org/10.1002/pon.1836>

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986).

Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992–1003.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*(1), 745–774.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Freud, S. (1964). The neuro-psychoses of defense. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 45–61). Hogarth Press.

Frumkin, M. R., Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Ahmad, Z., Bui, E., Nock, M. K., Simon, N. M., & McNally, R. J. (2020). The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *Journal of Clinical Psychology, 77*(1), 254–267.

<https://doi.org/10.1002/jclp.23024>

Frydenberg, E. (2014). Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology, 66*(2), 82–92. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12051>

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Greve, W., & Kappes, C. (2023). The development of accommodative coping: Conditions and consequences from a lifespan perspective. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *The Cambridge Handbook of the Development of Coping* (pp. 320–338). Cambridge University Press.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2012). Adjustment to chronic illness. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 219–246). Psychology Press.

- Keefe, F. J., Buffington, A. L., Studts, J. L., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral medicine approaches to pain management for patients with arthritis: Evidence and technology. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28(1), 127–141.  
[https://doi.org/10.1016/S0889-857X\(01\)00097-2](https://doi.org/10.1016/S0889-857X(01)00097-2)
- Kramer, U. (2010). Coping and defence mechanisms: What's the difference? - Second act. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 207–221.  
<https://doi.org/10.1348/147608309x475989>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2008). *Cognitive coping skills: Changing your thoughts about chronic pain and illness* (MC2593-45).  
<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/pain-rehabilitation>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–978. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Monat, A., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237–253. <https://doi.org/10.1037/h0033297>
- Panjwani, A., Revenson, T. A., Sweeny, K., & Robbins, M. L. (2020). Coping with chronic illness. In K. Sweeny, M. L. Robbins, & T. A. Revenson (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*. John Wiley & Sons.
- Paraskevi Theofilou. (2023). Perceived social support among patients and the contribution in the management of the chronic disease: A brief review. *Series of Clinical and Medical Case Reports and Reviews*, 1(5), 1–9. <https://doi.org/10.54178/2993-3579.v1i5a2012>
- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: Putting pieces

- together. *Frontiers in Psychology*, *11*(1). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *9*(5), 745–758.  
<https://doi.org/10.1586/ern.09.34>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9). PubMed.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Revenson, T. A., & Hoyt, M. A. (2016). Chronic illness and mental health. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (pp. 284–292). Academic Press.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span Development and Behavior* (pp. 91–133). Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 119–144.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*(2). <https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.2.350>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 377–401.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>

- Thomsen, T., & Greve, W. (2013). Accommodative coping in early adolescence: An investigation of possible developmental components. *Journal of Adolescence*, *36*(5), 971–981. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.003>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turner, J. A., Anderson, M. L., Balderson, B. H., Cook, A. J., & Sherman, K. J. (2014). Mindfulness and coping with chronic pain: Associations with psychological health and quality of life. *The Journal of Pain*, *15*(1), 12–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
- Vine, S. J., Moore, L. J., & Wilson, M. R. (2016). An integrative framework of stress, attention, and visuomotor performance. *Frontiers in Psychology*, *7*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01671>
- Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *NeuroImage*, *47*(3), 987–994. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.05.059>
- Ziadni, M. S., You, D. S., Johnson, L., Lumley, M. A., & Darnall, B. D. (2020). Emotions matter: The role of emotional approach coping in chronic pain. *European Journal of Pain*, *24*(9), 1775–1784. <https://doi.org/10.1002/ejp.1625>
- Ziadni, M., Johnson, L., & Darnall, B. (2018). Emotional approach coping among patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, *19*(3), S61. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.265>
- Zimmermann, C., Burman, D., Swami, N., Krzyzanowska, M. K., Leighl, N., Moore, M., Rodin, G., & Tannock, I. (2010). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*, *19*(5), 621–629.

<https://doi.org/10.1007/s00520-010-0866-1>

## **Estudo 2: Aspectos psicossociais da artrite reumatoide: Uma revisão de escopo**

*Psychosocial aspects of rheumatoid arthritis: A scoping review*

### **Resumo**

Este estudo objetivou fazer uma revisão de escopo sobre ansiedade, depressão e enfrentamento em pessoas com artrite reumatoide (AR). Seguiu-se as diretrizes do Joanna Briggs Institute e do Checklist do Prisma Scr. A busca bibliográfica resultou em 36 artigos, seguindo critérios de inclusão específicos, excluindo estudos duplicados e não relacionados. Observou-se um aumento discreto nas publicações sobre o tema, apesar do impacto significativo da AR. A distribuição de pesquisas foi equitativa em todos os continentes, mas apenas um estudo foi realizado no Brasil, apontando a escassez de dados sobre a AR no país. A maioria dos participantes nos estudos foi composta por mulheres, refletindo a predominância da AR nesse grupo. A amostra total investigada foi de 17.780 pessoas, com variações nos instrumentos utilizados para medir ansiedade, depressão e enfrentamento. Os estudos destacaram a relação entre dor, incapacidade física e sintomas psicológicos. Faltam estudos longitudinais e instrumentos específicos para a AR que ajudariam a compreender melhor o curso da doença. A revisão também identificou lacunas, sugerindo a necessidade de estudos mais abrangentes e comparativos, assim como a exploração de outros aspectos do enfrentamento da doença.

**Palavras-chave:** ansiedade, depressão, enfrentamento, artrite reumatoide.

### **Abstract**

This study aimed to carry out a scoping review about anxiety, depression and coping in people with rheumatoid arthritis (RA). Joanna Briggs Institute guidelines and the Prisma Scr Checklist was followed. The bibliographic search resulted in 36 articles, following specific inclusion criteria, excluding duplicate and unrelated studies. There was a slight increase in

publications about the topic, despite the significant AR impact. Research distribution was equitable across all continents, but only one study was carried out in Brazil, highlighting the scarcity of data about RA in the country. The majority of participants in the studies were women, reflecting the RA predominance in this group. The total sample investigated was 17,780 people, with variations in the instruments used to measure anxiety, depression and coping. Studies have highlighted the relationship between pain, physical disability and psychological symptoms. There is a lack of longitudinal studies and specific instruments for RA, impacting the results accuracy. The review also identified gaps, suggesting the need for more comprehensive and comparative studies, as well as the exploration of other aspects of coping with the disease.

**Keywords:** anxiety, depression, coping, rheumatoid arthritis.

## Introdução

A Artrite Reumatoide (AR) é uma patologia inflamatória da articulação que atinge 1,6% da população brasileira, sobretudo mulheres na idade produtiva – entre 30 a 50 anos (Ministério da Saúde, 2020). De etiologia multivariada, os principais sintomas da AR são dor, rigidez muscular, fadiga e inchaço nas articulações. Os sintomas trazem custos substanciais na vida de quem o sente, incapacitando o trabalho laboral, recreação e até mesmo atividades simples, afetando o bem-estar biopsicossocial (Marrie et al., 2018; Martire et al., 2019).

A heterogeneidade dos sintomas, por si só, pode ser um fator estressor para a AR (Goeldner et al, 2011). Durante o período agudo da doença, fase com maior intensidade dos sintomas, é comum a proeminência da dor e todos os prejuízos a ela atrelados, tais como dificuldade na percepção do apoio social (Pitsilka et al., 2015), fadiga (Zielinski et al., 2019) e o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos (Knittle et al., 2010). O aumento da atividade da doença e a cronicidade podem gerar disfunção corporal, principalmente nas articulações de membros inferiores e posteriores, ocasionando prejuízos na autoestima e na autoeficácia (Jorge et al., 2010; Knittle et al., 2010; van't Land et al., 2010).

Ao longo do tempo, a forma como a pessoa percebe sua saúde e, sobretudo, a forma como ela enfrenta a doença, pode gerar maior ou menor ajustamento psicológico à experiência de adoecimento (Bayrak et al., 2018). A AR, então, pode ser vista como uma condição estressora complexa em que alguns mecanismos biológicos, sociais, psicológicos e físicos se associam na manutenção de sintomas como a dor, a incapacidade ou atividades da doença. Noutras palavras, a forma como a pessoa lida com a doença – ou seja, suas estratégias de enfrentamento – pode aumentar ou diminuir de catastrofização da dor e demais sintomas comuns à patologia (Martinez-Calderon et al., 2020).

Conviver com uma doença crônica demanda o uso de ações para o gerenciamento da dor e demais limitações desencadeadas pela condição clínica do indivíduo, o que pode ser

chamado de enfrentamento. Conceitualmente, define-se estratégia de enfrentamento como os esforços orientados para a ação ou cognição e são usados para gerenciar demandas advindas de eventos estressantes (Taylor & Stanton, 2007). Essas estratégias podem ser de diferentes dimensões do funcionamento humano – cognitiva, afetiva, comportamental e religioso – e depende da avaliação que a pessoa faz acerca de seu quadro clínico e dos recursos que podem ser usados no momento (Peres & Lucchetti, 2010). No caso da AR, é sabido que ela expõe o indivíduo a uma gama de variados estressores que demandam o uso de diferentes estratégias de enfrentamento, por exemplo do uso da estratégia da reavaliação cognitiva dos eventos estressantes e estratégias evasivas que podem ser funcionais ou disfuncionais – esta última mantendo ou aumentando a carga estressora, ao passo em que as funcionais eliminam ou diminuem o fator de estresse (Cheng et al., 2020; Peláez-Ballestas et al., 2015).

Em casos de estresse desencadeado por estados de adoecimento, o uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais ou não adaptativas pode aumentar o sofrimento gerado pelo estressor, ampliar a percepção do aumento da dor e facilitar o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos (Lwin et al., 2020; Vriezekolk et al., 2011). Tais sintomas, quando decorrentes do mau ajustamento à doença, tendem a aumentar a percepção da dor e afetar a forma como a pessoa vai se relacionar com a doença e com os tratamentos indicados (Marrie et al., 2018). Por outro lado, a mobilização de estratégias de enfrentamento funcionais pode diminuir o estresse, aumentar a qualidade de vida de pessoas com AR (Corbacho & Daputo, 2010) ou até mesmo interferir na forma como a pessoa adere aos cuidados médicos e multidisciplinares (Corallo et al., 2019). Com isso, percebe-se que compreender os modos de enfrentamento das doenças, incluindo a AR, pode ser uma importante ferramenta para prevenir ou gerenciar o estresse desencadeado pela doença, diminuir os sintomas ansiosos e depressivos, além de auxiliar a aprimorar o cuidado fornecido pelos profissionais de saúde.

No caso da AR, foram encontradas algumas revisões de literatura, a exemplo do estudo de Fiest et al. (2017), que faz uma revisão sistemática sobre a ansiedade e depressão na AR, e o estudo de Vriezekolk et al. (2011), que faz a associação entre depressão e o distresse. Porém, não foi encontrado, em bases de dados aberta, nenhum estudo de escopo que envolvesse ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes com AR. Dessa forma, a falta de sistematização dos achados existentes na literatura pode vir a impedir o surgimento de outras perguntas de pesquisa e até mesmo intervenções baseadas em evidências científicas.

O objetivo deste trabalho foi mapear o que a literatura traz sobre a ansiedade, depressão e enfrentamento em pessoas com AR. Especificamente, averiguou-se os artigos dos pontos de vista metodológico e de conteúdo. Assim, metodologicamente serão analisados os autores, ano de publicação, local, título, tipo de publicação, revista, método e instituição de pesquisa. Sobre o conteúdo dos artigos serão vistos os objetivos, principais resultados, recomendações, limitações e considerações finais.

## **Método**

Este estudo corresponde a uma revisão de escopo que seguiu os seguintes passos: 1) identificação do tema e formulação das questões norteadoras; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos selecionados; 4) elaboração de categorias para análise das informações; 5) discussão dos resultados e 6) síntese dos resultados encontrados (Botelho et al., 2011). Todos esses passos e o restante do trabalho seguiram as recomendações para revisão do escopo preconizado pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* e o *Checklist do Prisma Scr.*

As questões norteadoras escolhidas para esta revisão foram: o que os estudos empíricos publicados nos últimos 10 anos evidenciam acerca da ansiedade, depressão e o enfrentamento em pessoas com AR? De que forma as estratégias de enfrentamento influenciam positivamente ou negativamente no enfrentamento em pessoas com AR? Tais

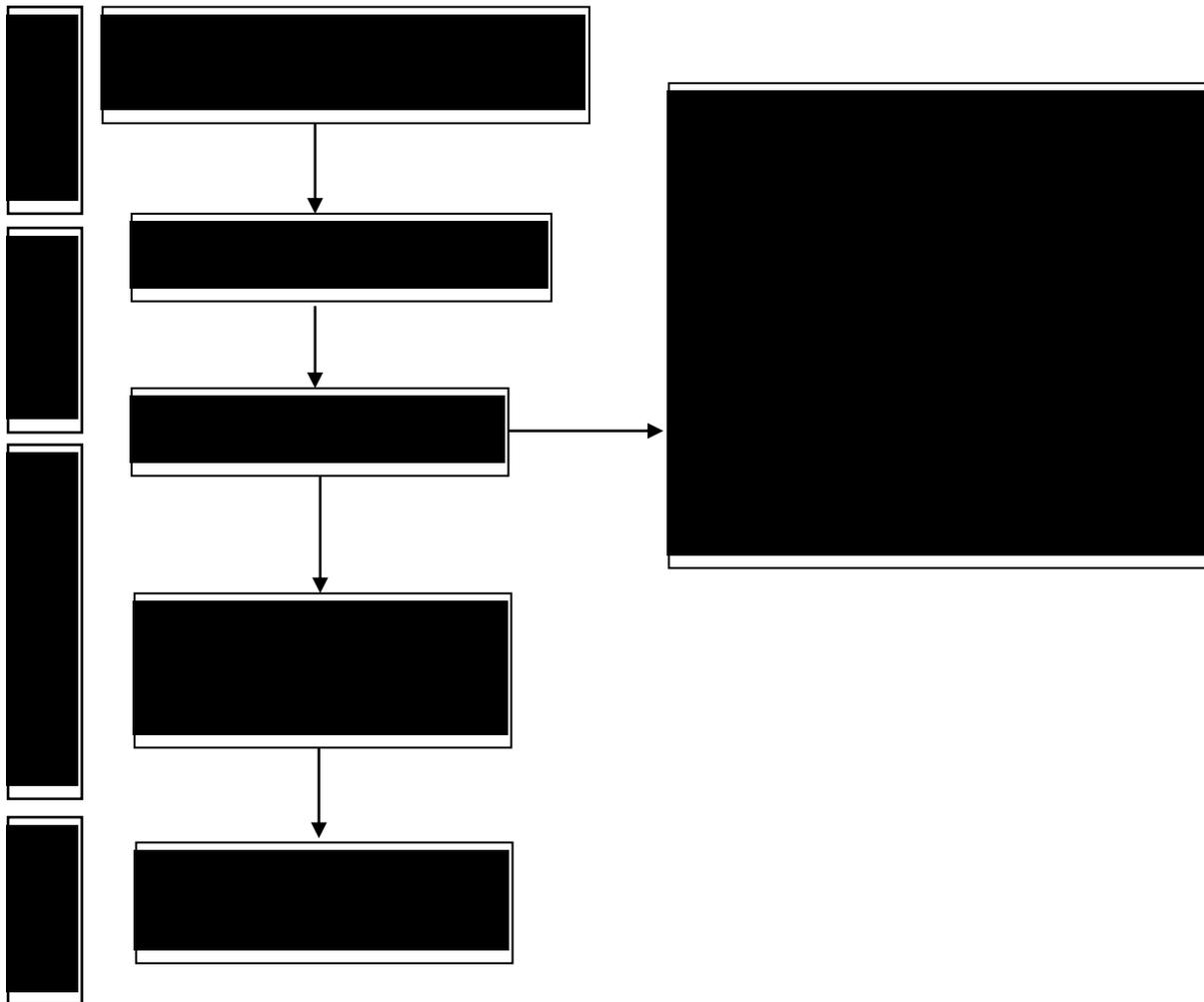
perguntadas foram elaboradas visando analisar os índices de ansiedade e depressão das pessoas com AR e a relação causal da doença com os transtornos mentais abordados. Busca-se assinalar também se os estudos trazem as estratégias de enfrentamento como um fator positivo ou negativo para a ocorrência de transtorno ansioso ou depressivo durante a AR.

Após a formulação da pergunta de pesquisa, foi operacionalizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *PsychInfo*, *Scopus*, *Science Direct*, *SciELO*, *PePsic*, *BIREME* e *MEDLINE*. A palavra-chave *rheumatoid arthritis* foi utilizada em combinações com *anxiety*, *anxious symptomatology*, *anxious symptoms*, *depression*, *depressive symptoms*, *depressive symptomatology*,  *coping* e  *coping strategies*. Todas as palavras foram usadas usando o conectivo *AND*.

Os critérios de inclusão usados para a busca foram: artigos empíricos publicados nos últimos 10 anos, escritos em inglês, português ou espanhol, de acesso aberto ou disponível na íntegra via Portal CAPES e que trouxesse o conjunto de palavras buscadas pelo conectivo *AND*. O produto da busca inicial foram 6.436 artigos, que foram exportados para o *software Rayyan* (<https://www.rayyan.ai>). A seguir, foram aplicados os critérios de exclusão. Foram excluídos artigos duplicados (1.530 artigos), artigos escritos japonês, chinês ou alemão (106 artigos), estudos que não estavam disponíveis na íntegra na plataforma CAPES (85 trabalhos), trabalhos publicados antes do ano 2000 (13 estudos) e artigos que não respondiam ao teor da pesquisa, ou seja, artigos cujo objetivo principal eram medicamentos, hormônios da ansiedade ou depressão, neuroanatomofisiologia das patologias, estudos com crianças, cuidadores de pessoas com AR ou artigos de revisão (4.666). Restaram, assim, 36 artigos que compuseram este artigo para a leitura completa. O processo de seleção pode ser visualizado na Figura 3.

### **Figura 3**

*Processo de seleção e análise dos estudos descobertos para a revisão de escopo conforme o protocolo PRISMA.*



Com a intenção de colher as informações dos artigos de modo sistemático, usou-se como modelo o instrumento criado e adaptado para revisões de escopo proposto por Paiva et al. (2021). Este instrumento seguiu o que foi preconizado no *Prisma ScR* e continha informações bibliográficas como os autores, ano, local, título, tipo de publicação, revista e instituição da pesquisa, além de informações sobre as características do estudo, tais quais o objetivo, tema, programa ou serviço, método, principais resultados, recomendações, limitações e considerações finais.

## **Resultados**

A Tabela 1 representa os principais resultados dos estudos:

**Tabela 1**

*Principais características bibliométricas, metodológicas e de conteúdo dos estudos sobre AR, ansiedade, depressão e enfrentamento no período de 2000 até 2023.*

<b>Ansiedade e Depressão</b>				
<b>Autores (ano, país)</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Principais resultados</b>
<b>E1 Sharpea et al. (2001, Austrália)</b>	Investigar o curso de depressão para pacientes com diagnóstico recente de RA e investigar preditores de depressão.	22 pacientes diagnosticados com AR a menos de 2 anos e acompanhados durante 21 meses.	HADS (depressão); HAQ (estado de saúde geral).	Os pacientes tornaram-se significativamente mais deprimidos ao longo do tempo. Cinco fatores foram encontrados para prever a depressão na amostra: depressão, incapacidade, dor, crenças sobre as consequências da AR e estratégias de enfrentamento ( $p < 0,05$ ).
<b>E2 Covic et al. (2006, Austrália)</b>	Analisar a prevalência de depressão em uma amostra de pacientes com AR; identificar os preditores mais significativos de depressão e explorar atitudes dos pacientes em relação à medicação e em relação à depressão.	134 pacientes divididos entre deprimidos e não deprimido, com base nos dados do CES-D.	AIMS2 (dor); CES-D (depressão); CSQ (Coping na dor); <i>Perceived RA impact</i> (percepção sobre a doença); Escala de autoestima de Rosemberg (autoestima).	Os preditores mais fortes de depressão foram alta tensão e baixa autoestima seguida pelo impacto percebido da AR, fadiga, enfrentamento passivo e incapacidade física. Outros preditores incluíram a eficácia e a importância da medicação, bem como percepção de falta de controle sobre a dor ( $p < 0,05$ ).
<b>E3 Isik et al. (2006, Turquia)</b>	Examinar a prevalência de ansiedade concomitantemente com a depressão em casos de AR.	82 casos de AR e 41 pessoas em um grupo controle saudáveis.	Escala de ansiedade e depressão de Hamilton.	70,8% das pessoas apresentaram transtorno misto de ansiedade e depressão na AR contra 7,3% do grupo controle ( $p < 0,001$ ). A duração da doença foi positivamente relacionada com o grau de depressão e negativamente com o grau de ansiedade ( $p < 0,05$ ).
<b>E4 Costa et al. (2008, Brasil)</b>	Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com AR e relacionar esses quadros com a atividade da doença.	107 pacientes diagnosticados a mais de 6 meses.	DAS-28 (atividade da doença); Entrevistas estruturadas do DSM-IV para ansiedade e depressão.	33,7% dos pacientes apresentaram concomitantemente ansiedade e depressão ( $p < 0,05$ ). Nestes, observou-se maior atividade da doença. Pacientes em remissão não apresentaram evidências dos transtornos mentais estudados.
<b>E5 Margaretten et al. (2009, EUA)</b>	Identificar preditores de depressão em uma população com AR étnica e popularmente diversa.	172 pacientes (> 18 anos), avaliados durante diferentes 379 consultas (coorte).	PHQ-9 (depressão); HAQ (avaliação do estado de saúde).	A pontuação média do PHQ foi sete. 40% das pessoas pontuaram depressão grave. A análise multivariada, associou maior escore de HAQ em pessoas com depressão. Asiáticos teve menor escore de depressão que os hispânicos, brancos e negros ( $p = 0,01$ ).
<b>E6 Solomon et al. (2011, África do Sul)</b>	Relacionar a carga da doença na AR com os índices de depressão.	441 pacientes atendidos na rede pública e 202 na rede privada.	AIMS (depressão).	Sintomas depressivos são mais frequentes na população com AR, independentemente da idade, sexo, etnia e características da doença ( $p < 0,001$ ).

<b>E7</b> <b>Roger et al. (2011, Singapura)</b>	Avaliar a frequência e os fatores associados à depressão e ansiedade em pacientes de Singapura com AR.	100 pacientes.	HADS (ansiedade e depressão); DAS-28 (atividade da doença) e níveis de marcadores sorológicos.	26% apresentaram sintomas significativos ansiedade, 15% depressão e 11% ambos os quadros clínicos. Idade ( $p = 0,003$ ), atividade da doença ( $p < 0,001$ ), número de medicamento ( $p < 0,001$ ) e o fator reumatóide ( $p < 0,001$ ) foram positivamente associados à gravidade da depressão. Renda elevada ( $p < 0,001$ ), alto nível de instrução ( $p < 0,001$ ) e maior suporte social percebido ( $p = 0,004$ ) foram fatores protetivos para depressão e ansiedade.
<b>E8</b> <b>Yegros (2012, Paraguai)</b>	Determinar a prevalência de depressão em pacientes crônicos com AR.	59 pacientes, com idade média de 50 anos.	CES-D (depressão).	Prevalência de depressão em 42% da amostra. Percebeu-se maiores níveis de depressão em pessoas que tinham pior capacidade funcional.
<b>E9</b> <b>Campos et al. (2013, Brasil)</b>	Verificar a ocorrência de depressão e alterações da QV em pessoas com AR.	60 pessoas, sendo 30 com AR e 30 saudáveis.	SF-36 (funcionalidade e qualidade de vida); BDI/BDS (depressão).	Os resultados mostraram que houve diferenças entre os grupos nos oito domínios do SF-36, indicando que indivíduos com AR apresentam menores índices de QV e autoavaliação em saúde (OR ajustada = 14,38) e que 63,33% dos participantes com AR apresentam algum grau de depressão.
<b>E10</b> <b>Pévez-Hernández et al. (2013, Peru)</b>	Identificar as características sociodemográficas e clínicas que influenciam na depressão maior em pacientes atendidos no Hospital Augusto Hernandez Mendonza.	175 pacientes atendidos pelo ambulatório.	DAS-28 (atividade da doença); HAQ (avaliação de saúde geral); Teste de depressão de Edimburgo.	A maioria dos pacientes era adulta (135; 77,1%), do sexo feminino (162; 92,6%), com história de depressão pessoal (77,1%) e familiar (53,7%), envolvimento articular moderado ou alto (40,57% e 55,43%, respectivamente). A depressão foi encontrada em 28 (16%) deles e foi associada à localização da casa ( $p = 0,001$ ), grau de dependência e envolvimento articular ( $p = 0,024$ ).
<b>E11</b> <b>Imran et al., (2015, Paquistão)</b>	Determinar o nível de depressão na AR e sua relação com a doença.	102 pacientes, sendo 75% da amostra composta por mulheres.	HAQ (avaliação da saúde); DAS-28 (atividade da doença); BDI-II (depressão).	Dos 102 pacientes, 75,5% apresentaram algum grau de depressão e isso estava positivamente ligada a gravidade da doença. Depressão moderada ou grave estiveram presentes em 23 (22,5%) e 19 (18,6%) pacientes, respectivamente ( $p < 0,005$ ).
<b>E12</b> <b>Fudino-Villar et al. (2015, Peru)</b>	Estudar a frequência de sintomatologia ansiosa e os fatores relacionados a esta em mulheres com AR atendidas por um Hospital Geral em Lima.	146 mulheres diagnosticadas com AR.	EVA (dor); M-HAQ (capacidade funcional); EA-72 (ansiedade).	46,6% apresentaram sintomas significativos de ansiedade. A maior incapacidade funcional e a dor aumentada estavam associados diretamente a mais sintomas ansiosos. Grau de instrução superior mostrou-se como um fator protetivo para a ansiedade ( $p < 0,005$ ).
<b>E13</b> <b>Matcham et al. (2016, Inglaterra)</b>	Investigar o impacto da depressão e a ansiedade na atividade da doença ao acompanhar pessoas com AR por um ano.	56 pacientes com AR acompanhados por 12 meses	HADS hospitalar (mensurar depressão e ansiedade); DAS-28 (atividade da doença); Avaliação clínica.	O índice mais alto de ansiedade e depressão implicou em uma maior atividade da doença e mais articulações dolorosas ao longo de 12 meses ( $p < 0,005$ ).
<b>E14</b>	Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão e seu	142 pacientes com AR	BAI (ansiedade); SDS (depressão); VAS (dor);	Colocar os números da prevalência A alta prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com AR. Ansiedade e depressão foram

<b>Soósová et al. (2016, Eslováquia)</b>	impacto na dor da artrite e incapacidade funcional em pacientes eslovacos com AR.		HAQ-I (incapacidade da doença).	preditores significativos de dor e incapacidade funcional. Sexo, escolaridade e duração da doença não tiveram impacto na dor ( $p < 0,005$ ).
<b>E15 Jamshidi et al. (2016, Irã)</b>	Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes Iranianos.	414 pacientes atendidos em 6 meses.	BDI (depressão); BAI (ansiedade); EVA (dor); HAQ (atividade da doença).	84,1% dos pacientes estudados apresentaram escores elevados de ansiedade, 63,6% de depressão e 60,2% de transtorno comorbidade entre os dois quadros. A maior incapacidade e os níveis de dor aumentados foram relacionadas diretamente com mais sintomas ansiosos e depressivos ( $p < 0,001$ ).
<b>E16 Maldonado et al. (2017, Equador)</b>	Avaliar a prevalência de depressão em pacientes com AR e sua relação com a atividade da doença.	184 pacientes com AR com idade média de 50 anos	PHQ-9 (depressão); DAS-28 (atividade da doença); HAQ para avaliação do estado de saúde geral; EVA para mensurar dor.	42,9% dos pacientes apresentaram depressão. Houve associação entre depressão, alta atividade da doença e a piora do estado funcional de saúde. Forte dor foi associada a depressão grave ( $p = 0,04$ ).
<b>E17 Sruamsiri et al. (2017, Japão)</b>	Determinar a prevalência de depressão entre japoneses com AR e explorar as relações entre a depressão e uma série de variáveis.	500 pessoas com AR.	PHQ-9 (depressão).	Embora apenas 5% da população estudada tenha sido oficialmente diagnosticada com depressão anteriormente ao estudo, 35% tinham PHQ-9 pontuações indicando que a depressão estava presente. As pessoas com AR estavam mais propensas a sofrer de depressão se fossem mais jovens, com maior comprometimento funcional ou cujo regime de tratamento inclui medicamentos para dor e não agentes biológicos. ( $p < 0,05$ ).
<b>E18 Watad et al. (2017, Israel)</b>	Avaliar a proporção de transtorno de ansiedade em pacientes com AR usando uma grande análise de banco de dados.	11.782 pacientes com AR (diagnosticados pelo CID-9) e 57.973 de pessoas saudáveis.	Estudo de prontuários	A proporção de ansiedade nos pacientes com AR foi maior do que nos controles (7,1% vs 0,3%, $p = 0,001$ ).
<b>E19 Kwiatkowska et al., (2018, Polônia)</b>	Avaliar a correlação entre os sintomas de depressão e o quadro clínico da AR.	120 pacientes, sendo 84% do sexo feminino	BDI (depressão); HAQ (estado de saúde geral); EVA (dor).	Correlações significativas positivas entre o valor do BDI, a dor do paciente e a atividade da doença avaliada pelo paciente. Maior duração da doença foi observada em pacientes com sintomas de depressão ( $p = 0,02$ ).
<b>E20 Zagar et al. (2018, Croácia)</b>	Estimar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes croatas com AR e avaliar a relação entre eles e correlatos clínicos.	54 pacientes com AR atendidos na clínica de doenças reumáticas da universidade.	DAS-28 (atividade da doença); HAQ (avaliação de saúde geral); FACIT-F (avaliação funcional de fadiga); VAS (dor); BDI-II (depressão).	55,6% dos pacientes apresentaram algum tipo de transtorno de humor, sendo que 18,5% foram considerados deprimidos. Foi encontrada correlação positiva entre sintomas depressivos, maior atividade da doença e incapacidade da vida diária ( $p = 0,001$ ).
<b>E21 Rahim e Cheng (2018, Malásia)</b>	Determinar a prevalência, correlações e preditores em um autorrelato de depressão,	192 pacientes atendidos pelo ambulatório de	DASS-21 (depressão e ansiedade); DAS-28 (atividade da doença);	A prevalência de depressão, ansiedade e estresse entre os pacientes foram de: 23,3%, 42,3% e 20,1%, respectivamente. Houve correlação positiva entre os sintomas ansiosos e depressivos e

	ansiedade e estresse em pacientes com AR.	Reumatologia do Hospital de Malaca.	HAQ-DI (funcionalidade da doença).	atividade da doença, dor e a funcionalidade. A idade foi inversamente correlacionada com a depressão, mas não com ansiedade e estresse ( $p < 0,05$ ).
<b>E22</b> <b>Beşirli et al. (2019, Istambul)</b>	Avaliar ansiedade, depressão, ideação suicida, atividade da doença e Qualidade de Vida em pacientes com AR.	50 pacientes	HADS (ansiedade); SF-36 (funcionalidade); BDI (ideação suicida); DAS-28 (atividade da doença).	Uma correlação estatisticamente negativa foi encontrada entre os escores da HADS e todas as subescalas do SF-36. Houve uma correlação estatisticamente negativa entre o escore do DAS-28 e as subescalas do SF 36, exceto a saúde mental e dor corporal. A ideação suicida foi associada à ansiedade e depressão e pontuações BDI de pacientes que sofrem de ansiedade e depressão são maiores do que os pacientes que não sofrem de ansiedade e depressão. Houve correlação estatisticamente negativa entre o BSSI e as subescalas do SF-3.
<b>E23</b> <b>Katchamart et al. (2019, Tailândia)</b>	Investigar a prevalência de fatores associados a depressão e ansiedade em pessoas com AR.	464 pacientes avaliados em uma coorte de 2016 a 2018.	Variáveis clínicas; DASS para ansiedade e depressão.	12,5% e 14,5% apresentaram sintomas ansiedade e depressão, respectivamente ( $p = 0,001$ ). Sintomas físicos da doença ( $p = 0,007$ ) e o status matrimonial ( $p = 0,009$ ) foram associados positivamente à duração dos sintomas.
<b>E24</b> <b>Rodríguez et al. (2020, USA)</b>	Examinar o efeito dos sintomas depressivos na Qualidade de Vida em pacientes Venezuelanos com AR.	212 pacientes Venezuelanos com AR, com idade média de 50,2 anos.	SF-36 (funcionalidade); PCS (composição física); MSC (escala de composição mental); CES-D (depressão).	25% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos. Quanto mais alto os sintomas depressivos mais baixos os escores do SF-36 em saúde mental e física. Outros fatores relacionados à depressão foi classe funcional, incapacidade e perda do emprego pela AR ( $p = 0,005$ ).
<b>E25</b> <b>Sautner et al. (2020, Austria)</b>	Investigar a proporção de sintomas depressivos em mulheres austríacas com AR.	319 mulheres com AR e 306 saudáveis.	BDI (depressão); atividade da doença, deficiência e sociodemográfico.	Os escores de depressão foi significativamente maior em pacientes com AR (29,6% de pacientes com AR contra 12,4% de saudáveis). Forte associação com incapacidade e atividade da doença ( $p < 0,005$ ).
<b>E26</b> <b>Singh et al. (2021, India)</b>	Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com AR e sua correlação com a QV.	88 pacientes, sendo 76 mulheres.	HADS (ansiedade e depressão); WHOQOL-BREF (QV); EVA (dor); HAQ (atividade da doença).	A ansiedade correlacionou-se com a piora da QV em todos os 4 domínios da WHOQOL-BREF. Escores mais altos na HADS previram dores mais intensas ( $p < 0,001$ ).
<b>E27</b> <b>Morfil et al. (2021, Alemanha)</b>	Investigar a prevalência de transtornos depressivos e sua associação com fatores clínicos e psicológicos em pacientes com AR na Alemanha e no Brasil.	267 pacientes com AR (176 da Alemanha e 91 do Brasil) escolhidos por conveniência.	BDI (depressão); HAQ-DI (saúde na deficiência); SF-36 (funcionalidade); DAS-28 (saúde na deficiência); VAS (dor).	Os sintomas depressivos, níveis de dor e limitações físicas foram mais prevalentes na amostra brasileira em comparação com a Alemã (44% vs 22,9%, $p = 0,02$ )
<b>E28</b> <b>Pezzato et al. (2021, Itália)</b>	Estimar, em um estudo de coorte, a prevalência de depressão entre Italianos e	490 pacientes ambulatoriais com AR (80% do sexo	HADS (ansiedade e depressão); DAS (atividade da doença);	Prevalência de depressão de 14,3% ( $p = 0,01$ ). Pessoas do sexo masculino e escore HAQ mais altos tiveram uma maior percepção

	investigar os correlatos clínicos da depressão, atividade da doença e incapacidade.	feminino; média 59,5 anos)	DAS-28; HAQ (percepção do estado de saúde).	da severidade da doença e, com isso, foram significativamente associados a um risco aumentado de depressão ( $p = 0,034$ ).
<b>E29 Isnardi et al. (2021, Argentina)</b>	Determinar a prevalência da depressão entre pacientes Argentinos com AR e sua associação com fatores sociodemográficos e clínicos.	258 pacientes, com diagnóstico médio em torno de 9 anos.	QQL-RA (qualidade de vida); AAQ-A (avaliação de saúde – versão Argentina); PHQ-9 (depressão).	A prevalência de depressão maior foi de 33,8%, depressão leve 25,6%. A depressão maior foi associada positivamente a piora da capacidade funcional e uma maior frequência de comorbidade ( $p < 0,001$ ).
<b>E30 Mabusela et al. (2022, África do Sul)</b>	Determinar a prevalência de sintomas depressivos em pessoas com AR	110 pacientes adultos, sendo 90,9% mulheres	PHQ-9 (depressão); HAQ modificada (avaliação do estado de saúde geral); SDAI (índice de atividade da doença).	87,2% dos pacientes pontuaram sintomas depressivos. A incapacidade funcional associou-se significativamente à depressão, mas não com a atividade da doença. Desemprego e insegurança alimentar foram significativamente associados a sintomas depressivos com base na análise de regressão ( $p < 0,01$ )
<b>E31 Hamasaki, Origuchi, &amp; Matsuura, et al. (2022, Japão)</b>	Identificar fatores associados a depressão em mulheres com RA.	145 mulheres diagnosticadas com RA.	EVA (dor); SDS (depressão); questionário de estresse e satisfação com o tratamento.	12,5% apresentaram sintomas depressivos. Depressão está diretamente relacionados com estresse, atividade da doença e dor. Pacientes depressivos apresentaram maiores taxas de desconfiança com o tratamento ( $p < 0,001$ ).
<b>E32 Amawowei et al. (2022, USA)</b>	Avaliar a correlação da AR com a ansiedade e a depressão.	169 pacientes com AR e 85 pessoas saudáveis em um grupo controle (entre 18 a 70 anos).	Depressão e ansiedade de Hamilton.	58,3% das pessoas tinham depressão, mas nenhuma delas com escore moderado ou grave, 69,6% pontuaram altos escores de ansiedade e 85,2% apresentaram transtorno misto ( $p < 0,001$ ).

#### Estratégias de Enfrentamento

Autores (ano, país)	Objetivos	Amostra	Instrumentos	Principais Resultados
<b>E33 Gaviria et al. (2006, Colômbia)</b>	Descrever as características de personalidade, estratégias de enfrentamento e a dor percebida em um grupo com 43 pacientes com AR e observar se existe relação entre essas variáveis.	43 pacientes	EPI (personalidade); EEC-R (estratégias de enfrentamento); MCGILL Pain e EVA (dor).	Encontrou-se relação positiva entre uma maior dor e a ativação das estratégias de enfrentamento de evitação cognitiva, evitação emocional e comportamental; O uso da reavaliação positiva, controle emocional e solução de problemas e; a espera correlacionou-se negativamente com o conformismo e dor ( $p < 0,001$ )

<b>E34</b> <b>Gruzczyzna, &amp; Knoel (2015, Polônia)</b>	Investigar a relação entre estado afetivo, dor e enfrentamento em mulheres com AR.	95 mulheres hospitalizadas por pelo menos 3 dias.	Questionário de afetos de Lazarus e Folkman e COPE (Coping) e; EVA (dor).	O enfrentamento voltado para o significado e a evocação de afetos positivos é crucial para uma melhor vida diária e tende a amenizar a dor ( $p = 0,004$ ).
<b>E35</b> <b>Berner et al. (2019, Austria)</b>	Determinar se as estratégias de enfrentamento usadas na AR, fatores demográficos e fatores clínicos estão associados com a adesão ao tratamento.	120 pacientes, em sua maioria mulheres.	<i>Self-reported Medication Adherence</i> (adesão ao tratamento); FQCI (coping).	Participantes com maior adesão ao tratamento possuem um maior nível de enfrentamento ativo ou desvio de autoincentivo ( $p = 0,001$ ). No entanto, a adesão não foi significativamente associada a fatores demográficos e clínicos.
<b>E36</b> <b>Chew et al. (2016, Singapura)</b>	Avaliar as EE de pacientes asiáticos com AR e suas associações com a QV,	106 pacientes	C-Raq (Coping); SF-36 (QV); RAID (atividade da doença).	As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: resolução ativa dos problemas; distanciamento, negação, reenquadramento cognitivo e expressão emocional. A ocultação foi associada uma maior atividade da doença e mais limitações físicas ( $p < 0,001$ ).

Notas

\* Siglas por extenso:

AAQ - *Acceptance and Action Questionnaire*; AIMS2 - *Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire*; BAI - *Beck Anxiety Inventory*; BDI - *Beck Depression Inventory*; BDS - *Beck Depression Scale*; CES-D - *Center for Epidemiologic Studies*; COPE - *Coping Scale*; DASS-21 - *Depression, Anxiety and Stress Scale*; EAR - Escala de Autoestima de Rosenberg; EDI - Escala de Depressão para Idosos; EEC-R - Escala de estratégias de Coping R; EDPS - Escala de Depressão de Edimburgo; EVA - Escala Visual Analógica; FACIT-F - *The Functional Assessment of Chronic Illness Fatigue*; FQCI - Questionário de Freiburg sobre como lidar com a doença; HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*; HAQ - *Health Assessment Questionnaire*; HAM-D - Escala de Ansiedade e Depressão de Hamilton; MCGILL PAIN - *McGill Pain Questionnaire*; M-HAQ - *Health Assessment Questionnaire Modificado*; PHQ-9 - *Patient Health Questionnaire-9*; PSS - Escala de Estresse Percebido; SDS - Zung self-rating depression scale; SDAI - Índice Simplificado de Atividade da Doença; SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey*; WHOQOL-BREF - Escala de avaliação de Qualidade de Vida do Ministério da Saúde.

### *Aspectos bibliométricos e metodológicos*

Dos 36 estudos publicados, um deles foi publicado no ano de 2001 (E1), dois em 2006 (E2 e E33), um em 2007 (E3), 2008 (E4) e 2009 (E5). Não houve publicações no ano de 2010. Em 2011 foram publicados 2 artigos (E6, E7) e um em 2012 (E8). Notou-se um aumento no número de publicações a partir do ano de 2013, que teve dois estudos publicados (E9, E10). Em 2015, tiveram 3 publicações (E11, E12 e E34), quatro em 2016 (E13, E14, E15 e E36), três em 2017 (E16, E17, E18), 2018 (E19, E20 e E21) e 2019 (E22, E23 e E35). Dois dos artigos escolhidos foram publicados em 2020 (E24 e E25), quatro em 2021 (E26, E27, E28 e E29) e três em 2022 (E30, E31 e E32).

A maior parte dos estudos foram realizados na América do Sul (27,8%; E4, E8, E9, E10, E12, E16, E22, E23, E29 e E33), seguido pela Europa (25%; E3, E13, E14, E19, E24, E20, E25, E27, E28 e E35), Ásia (25%; E7, E11, E15, E17, E18, E21, E26, E31, E36), América do Norte (8,3%; E5; E26 e E32) e Oceania (8,3%; E1 e E2). Apesar da maior parte dos artigos terem sido publicados na América do Sul revelando a importância do estudo do tema nesta área, apenas dois deles foram publicados no Brasil (E4 e E9) mostrando a carência de estudos no país.

Com relação à composição amostral, percebe-se que todos os estudos optaram por pessoas que convivem com a AR ao pelo menos 6 meses, sendo que 44,4% dos estudos são compostos por amostras entre 100 e 300 pessoas (E2, E4, E5, E10, E12, E14, E16, E19, E21, E24, E27, E29, E30, E31, E35, E36); 25% por estudos compostos por até 100 sujeitos (E3, E7, E8, E11, E13, E20, E22, E26 e E34); 11,2% por artigos com mais de 300 pessoas com AR (E6, E15, E17 e E23) e 13,9% por grupo controle, mesclando pessoas saudáveis e com a AR (E9, E18, E25, E28 e E32). Nota-se também que 22,2% dos estudos são compostos por mulheres ou com ao menos 75% da amostra feminina (E11, E12, E19, E25, E26, E28, E31 e E32), o que corrobora com o fato da AR atingir mais mulheres do que homens.

Para mensurar a ansiedade e depressão na AR de maneira conjunta os estudos usaram a *Escala de Ansiedade e Depressão de Hamilton* (E3 e E32), a DASS-21 (E21 e E23), entrevistas do DSM V (E4) e análise de prontuários (E18). A ansiedade foi medida através da EA-72 (E12) e a BAI (E14). Nota-se que não há um instrumento considerado pelos autores como mais ou menos relevância para mensurar a ansiedade em sujeitos com AR. Para medir a depressão, a BDI foi usada em 19,4% dos artigos (E9, E11, E15, E19, E20, E25 e E27), a HADS (E1, E13, E22, E26 e E28) e a PHQ-9 (E5, E16, E17, E29 e E30) foram usadas em 13,8% dos estudos cada. As escalas *AIMS* (E2), *SDS* (E4) e a *de Depressão de Edimburgo* (E10) foram usadas em um estudo cada. Do mesmo modo que para mensurar a ansiedade não houve consenso entre os autores, o  *coping* foi medido de maneira distinta entre os artigos. Cada estudo usou uma medida diferente a saber: *CSQ* (E2) que mensura o enfrentamento da dor; *EEC-R* (E38), *COPE* (E34), *FQCI* (E35) e *CRAQ* (E36).

### ***Aspectos relacionados aos achados das pesquisas***

#### **Depressão**

Dos 36 estudos elencados para essa revisão, 83,3% deles remetem ao estudo com depressão (30 estudos), sendo que desses, 36,6% estudos (11) fazem o estudo concomitante entre depressão e ansiedade e os demais focam apenas na depressão. Nesta sessão, embora alguns estudos tragam os achados para os dois transtornos, serão debatidos apenas os dados para a depressão, sendo a ansiedade vista em uma subseção abaixo.

A prevalência de depressão foi objetivo de 17 dos estudos (47,2% da amostra total e 56,6% da amostra que tinha o estudo da depressão como objetivo; E2, E3, E4, E5, E8, E14, E15, E16, E17, E20, E21, E23, E26, E27, E28, E29 e E30). Percebe-se que há uma grande variabilidade quanto a prevalência de depressão na amostra clínica estudada, mas a maioria dos estudos mostram que há sintomas depressivos em mais de 50% dos pacientes com AR, a exemplo do E20 que aponta a prevalência de sintomas depressivos em 55,6% dos Croatas

com AR e o E15 que apronta a prevalência de 84,1% de sintomas depressivos em Iranianos. Em contradição aos achados anteriores e mostrando a variabilidade existente entre os estudos, E28 aponta a prevalência de sintomas depressivos em apenas 14,3% da amostra de Italianos. O E17 discute um pouco a variabilidade da prevalência de depressão ao constatar que em uma amostra com Japoneses apenas 5% da amostra foi previamente diagnosticada com depressão, mas 35% das pessoas tiveram escores altos no *PHQ* (acima de 7), o que indicaria a presença de sintomas depressivos.

Os estudos E5 e E27 (5,5%) foram os únicos estudos multicêntricos e fizeram estudos comparativos entre pessoas com AR entre dois países diferentes com o objetivo de analisar a prevalência da depressão entre os lugares. O E27 comparou uma amostra de brasileiros (n=91) e alemães (n = 176) e revelou maior prevalência de depressão em brasileiros (44% vs 22,9%,  $p = 0,02$ ). O E5 comparou amostra de asiáticos e hispânicos e notou que os asiáticos possuem maior prevalência de depressão (40% pontuaram mais que 7 no PHQ como indicativo de depressão grave).

Um total de 36,1% dos estudos (13 dos estudos selecionados e 43,3% da amostra que estudou depressão; E1, E6, E7, E9, E10, E11, E13, E19, E22, E24, E25 e E32) fizeram estudos de correlação entre a depressão e algum constructo da psicologia na tentativa de descobrir como a depressão altera ou é alterada por ele. Os estudos E1, E16, E17, E19, E24 e E31 apontam uma correlação positiva entre depressão, atividade da doença e incapacidade nas atividades da vida diária, a exemplo do estudo de E24 que relaciona um maior escore de depressão em pacientes com menores pontuações na SF-36.

A depressão com a dor é bidirecional, ou seja, a dor pode ser preditora de sintomas depressivos, assim como este quadro tende a aumentar a perceptibilidade da dor. A dor também acaba sendo um agravante para o aumento da incapacidade das pessoas e com isso o

surgimento de sintomas depressivos (E9, E10, E16, E20, E25, E29, E31), em até 42% com pouca capacidade funcional (E8, E30).

O estudo E2 afirma que os construtos com maiores correlações com a depressão foram a preocupação excessiva com o tratamento, o impacto percebido pela doença, o enfrentamento passivo, a incapacidade física e a autoeficácia. O enfrentamento também é trazido como preditor da depressão no estudo de E1, mas este não especifica quais são as estratégias funcionais ou não no curso da depressão com a amostra estudada. O E1, assim como o E31 apontam as crenças sobre a doença e a desconfiança acerca do tratamento como preditivo para a depressão e como fator negativo para o tratamento. Ainda sobre as correlações, a ideação suicida foi associada a depressão, uma vez que as pontuações do BDI foram maiores do que em pacientes que não sofrem de ansiedade e depressão.

### **Ansiedade**

A ansiedade no contexto da AR foi trazida por 36,1% dos estudos (13 artigos; E3, E4, E7, E12, E13, E14, E15, E18, E21, E22, E23, E26 e E32), sendo que desses apenas 5,5% (2 estudos; E12, E18) tiveram como a intenção o estudo da ansiedade de maneira independente da depressão.

A prevalência da ansiedade foi trazida por oito estudos, 61,5% dos estudos que abordam ansiedade (E3, E4, E7, E12, E14, E15, E21, E23). A prevalência apresentada pelos estudos varia bastante, sendo que a menor prevalência de sintomas ansiosos foi encontrada na amostra estudada pelo estudo E23 (12,5%), e a maior foi a do estudo E15 (84,1%). O que todos os estudos que apontam a prevalência concordam é que os sintomas ansiosos são maiores em pacientes que possuem AR do que em estudos que não possuem a doença. Um exemplo disso é o estudo E18 que faz um comparativo entre dois grupos, sendo um deles de sujeitos saudáveis e outro com AR. Os resultados apontaram que a ansiedade é maior em 7,1% vs 0,3% do grupo controle. Os estudos E3, E14 e E15 também trazem os dados para a

prevalência de transtorno ansioso em comorbidade com a depressão, sendo os resultados de 70,8%, 33,7% e 60,2%, respectivamente.

A duração dos sintomas ansiosos, porém, é visto como menos duradouros do que os sintomas depressivos (E3 e E4) e está diretamente ligado a atividade da doença, ou seja, quando a doença está em remissão não existe a ocorrência de sintomas ansiosos e da ocorrência do transtorno.

Um total de 76,9% dos estudos - (E7, E12, E13, E14, E15, E21, E22, E24, E26 e E32) trazem algum tipo de correlação entre ansiedade e algum construto da psicologia na tentativa de explicar os fatores de risco e de proteção para a ocorrência de sintomas ansiosos. É necessário observar que alguns estudos também trazem a prevalência e por isso foram colocados nos dois lugares. A presença de sintomas ansiosos é maior em pessoas com maior percepção de dor e maior incapacidade física (E12, E14 e E15), assim como em pessoas com maiores índices de atividade de doença (E13 e E21).

É mais incidente a ocorrência de transtornos ansiosos em pessoas com renda mais baixa (E7) e cor de pele branca (E13). Em contrapartida, ter um bom suporte social percebido e um maior nível de instrução foi visto como um fator protetivo para a ocorrência de ansiedade (E7 e E12). A ansiedade também foi associada a uma piora da qualidade de vida em todos os escores do *WHOQVL-BREEF* (E24) e com altos níveis de escore de desesperança no BDI (E22).

### **Enfrentamento**

Tivemos 11,1% estudos que abordou o enfrentamento associado com a AR (E33, E34, E35 e E36). Todos os estudos foram com o intuito de identificar as estratégias de enfrentamento positivas e negativas diante de algum sintoma específico da AR.

Encontrou-se uma relação positiva entre a piora da dor e incapacidade física com as estratégias de evitação cognitiva, emocional e comportamental (E33 e E36) e a negação (E33), ou seja, essas estratégias foram vistas como negativas.

Como estratégias positivas temos o controle emocional, a solução de problemas e a espera como efetivas para o controle da dor (E33). De igual modo, o estudo E34 coloca o enfrentamento voltado para o significado como positivo para o enfrentamento da vida diária e da dor e o estudo E35 afirma que um enfrentamento ativo é usado por pacientes com melhor adesão do tratamento.

### **Discussão**

Buscou-se com este estudo realizar uma revisão de escopo sobre os aspectos trazidos na literatura sobre a ansiedade, depressão e enfrentamento em pessoas com AR. Para isso, buscou-se analisar não apenas os objetivos e resultados, mas também informações metodológicas acerca dos instrumentos, métodos de análise, locais de publicação, ano e amostra estudada.

Notou-se evidências de um aumento, ainda que discreto, de publicações que tragam como temática a depressão, ansiedade e o enfrentamento. Talvez o crescimento no número de publicações seja discreto demais considerando que até 2019 existiam mais de 18 milhões de pessoas convivendo com a doença no mundo e que 13 milhões dessas pessoas possuem um quadro de moderado a severo da doença (WHO, 2019). Dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2023) mostraram que o índice de mortalidade diminuiu nas últimas três décadas, no entanto, a carga das pessoas convivendo com a AR aumentou nos últimos anos, com projeção de acréscimo até 2050. Tal fator que ocorre é atribuído ao baixo acesso ao diagnóstico da doença precocemente, assim como a dificuldade de diagnosticar os agravantes da doença, incluindo os prejuízos a saúde mental (IHME, 2023). A dificuldade dos

diagnósticos também pode ser justificada pela grande variedade de métodos de mensuração que existem (Ionescu et al., 2022) e reforçada por este estudo.

A distribuição de pesquisas é quase proporcional e equitativa em todos os continentes. Porém, vale destacar que apesar de a América do Sul possuir 27,8% dos artigos publicados, não há nenhum estudo escrito em português e apenas um realizado no Brasil. Este dado nos leva a inferir que talvez não se tenha dados sobre o manejo e cultura da artrite reumatoide no Brasil, mesmo com os elevados custos diretos, indiretos e sociais da doença e suas comorbidades (Azevedo, Ferraz, & Ciconelli, 2018). Uma melhor compreensão sobre a AR no Brasil, então, poderia ser de importante valia para subsidiar a política de saúde pública e o estabelecimento de prioridades neste setor (Castelar-Pinheiro et al., 2018)

Os achados representaram que a maioria dos participantes foram mulheres, corroborando com os dados epidemiológicos que relatam que as mulheres convivem mais com a AR do que os homens (Castelar-Pinheiro et al., 2018) e que sofrem mais com a dor ao movimento, fibromialgia, ansiedade e depressão associada a AR (Chancay, Guendsechadze, & Blanco, 2019). Dados de 2019 apontam que discrepância entre a proporção de homens e mulheres com AR pode ser de até 3:1 e tem causas hormonais (Chancay et al., 2019). Porém, considerando o de 2024, nota-se que os dados são antigos e não se achou números mais atuais. A falta de pesquisas mais recentes podem ser mais uma comprovação do atraso do diagnóstico pontuado acima.

Somando todos os estudos, 17.780 pessoas foram investigadas, sendo que um desses artigos sozinho, teve mais de 11 mil pessoas compondo a amostra. O n amostral pequeno pode denotar 2 interpretações distintas: 1) a amostra é de difícil acesso, talvez isso aconteça porque a adesão ao tratamento de pacientes com AR é apenas de 66%, considerada uma baixa adesão ao tratamento (Pombo-Suarez, Fernandez, & Gomes-Reino), ou ainda 2) dificuldade

dos achados em virtude do subdiagnóstico ou pelo fato das amostras em sua maioria serem de pacientes ambulatoriais que não comparecem frequentemente ao centro médico.

Não foi encontrado um instrumento específico para mensuração da ansiedade, depressão e nem enfrentamento em pessoas com AR. Houve uma pequena concentração de artigos que utilizaram o *BDI* ( $n = 6$ ) e o *HADS* ( $n = 6$ ), a exemplo, dos estudos E1 e o E27. Embora ambos tragam resultados para a prevalência da depressão, o primeiro utiliza o *HADS* e o segundo a *BDI* para mensurar o construto. Tais instrumentos são instrumentos usados apenas como rastreio dos níveis de ansiedade e depressão naquele momento e não como critério diagnóstico (Faro, 2015; Wang, Gorestein, 2013). Assim, como não foi encontrado nenhum estudo longitudinal, pensa-se que podem mascarar resultados e ser uma das causas das variâncias nos números de prevalência.

Com relação ao enfrentamento, cada um dos artigos usa um instrumento diferente – *COPE* (E34), *C-Raq* (E36) como exemplos. Isso pode ser considerado problemático, pois indica a não existência de um instrumento específico para a AR e, assim, apesar de possível, torna-se mais difícil fazer a comparabilidade de estudos (Ionescu et al., 2022).

A variedade de instrumentos para mensuração também pode ser encarada como um dos fatores que fazem os estudos de prevalência apresentados na amostra estudada ser tão variados. Não se tem na literatura a possível causa da alta prevalência se é por causa da atividade da doença ou por causa das limitações. Porém, ter estudos de prevalência que variam muito pode alertar a possibilidade de subdiagnósticos e até mascarar a necessidade de intervenção primária para depressão e ansiedade (Costa et al., 2008).

Os sintomas mostram que a incapacidade física e os sintomas da doença tendem a piorar a depressão e vice-versa (E10, E24). A alta atividade da doença foi preditora da depressão em várias doenças crônicas e esteve ligada diretamente às limitações causadas e a falta de funcionalidade que a doença trouxe (E9, E10). Os estudos, porém, apontaram que a

dor foi um dos possíveis preditores da predição da depressão, pois, assim como em outras doenças reumáticas, impediram o indivíduo de realizar atividades de vida diária e esgotaram seus recursos de enfrentamento com o passar do tempo (E33). Logo, buscar formas de diminuição da experiência dolorosa poderia aumentar a qualidade de vida e assim preveniria a depressão. Um exemplo encontrado foi o enfrentamento focado para o significado, tal como a evocação de sentimentos positivos, que foram pontuados como uma boa estratégia para a diminuição de sintomas depressivos (E35).

Poucos achados dos artigos avaliados se debruçaram apenas no construto da ansiedade (n = 02). Talvez a justificativa para isso seja, mais uma vez, a escolha do instrumento – o *HADS* ou ainda a comum comorbidade entre ansiedade e depressão (Murphy et al., 2012). Entretanto, os sintomas ansiosos foram interpretados de modo distinto que a depressão. Os sintomas depressivos se mantiveram estáveis ao longo do tempo, por exemplo, o trabalho E1 e E4 mesmo com a melhora dos sintomas de atividade da doença, os níveis de ansiedade diminuiram quando as limitações se tornaram menores. Pelo que se pode entender a partir da literatura, enquanto a depressão se mantém com sintomas estáveis ao longo do tempo, na ansiedade é comum momentos em que os sintomas estão presentes e em outros, completa remissão da sintomatologia (Cheng et al., 2023)

Um fator que corroborou com os sintomas de ansiedade foram dificuldades sociais enfrentadas e que possivelmente dificultaram o acesso aos serviços de saúde e ao tratamento intensivo exigido, tais como renda mais baixa e aspectos da moradia (Silva et al., 2018). Como fator protetivo, tem-se o suporte social percebido como um fator que aliviou a carga social da pessoa e fez com que ela tenha menos preocupação do futuro, desesperança e maior qualidade de vida (E7). Portanto, a percepção de ter com quem contar em momentos de estresse pode ser vista como uma forma de enfrentamento positivo e que, a longo prazo,

diminui a fadiga e aumenta o nível de otimismo e resiliência, assim como já apontado na literatura (Castarlenas et al., 2023; Xu et al., 2017; Zhang, Zhu, & Wu, 2023)

Uma possível explicação para a piora dos sintomas da doença são os fatores que atuam como moderadores do enfrentamento (preocupação excessiva sendo uma delas, mostrado no estudo E02) e as próprias estratégias de enfrentamento (estudos E33, E34, E35 e E36). O enfrentamento focado no problema e o focado no significado atuaram de forma mais positiva e eficaz se comparado com o enfrentamento focado na emoção. Tais resultados corroboraram com achados sobre enfrentamento em outras doenças reumáticas, a exemplo do estudo de Benavent et al. (2023). No entanto, encontrou-se nesta revisão apenas três estudos com o objetivo de estudar as estratégias de enfrentamento.

Em suma, percebeu-se que a maioria dos estudos analisados se debruçou sobre a prevalência de depressão e ansiedade nas pessoas que estavam convivendo com a AR. Notou-se uma grande variação dos achados sobre prevalência, de modo que não se teve números que confirmaram a alta prevalência de depressão e ansiedade em pessoas com AR. Talvez uma maior amostra ou estudos multicêntricos pudessem trazer estudos mais precisos e menos variantes. Apesar disso, sabe-se que alguns fatores sociais - desemprego, dificuldade de acesso aos serviços e renda mais baixa - e de atividade da doença, assim como o nível de dor e limitações causadas pela doença atuaram como preditores e mediadores da ansiedade e depressão, mesmo que ainda não haja estudos de como eles atuam a longo prazo. Acerca dos estudos sobre o enfrentamento, foram encontrados poucos. Eles se debruçaram a pontuar quais estratégias de enfrentamento utilizadas pelo público com AR eram mais ou menos eficazes durante o curso da doença, mas nenhum falam sobre mediadores de enfrentamento.

Cabe ressaltar que este estudo possuiu algumas limitações. Foram encontrados poucos estudos clínicos, ou seja, os achados referiram-se, em sua maioria, a estudos exploratórios que faziam apenas medidas de rastreio das sintomatologias psiquiátricas, podendo indicar a

não compreensão da totalidade do fenômeno da AR. O curso da AR compõe-se de um fenômeno complexo e que pode ser decorrente de diversos fatores psicológicos para além dos que foram aqui avaliados, a exemplo do rebaixamento da autoestima. É importante entender que estes achados se aplicam as variáveis estudadas e não permitem uma extrapolação direta para outros construtos. Outra limitação é o tempo do diagnóstico da doença – colocado aqui como acima de 6 meses – que permitiu avaliar o enfrentamento da doença enquanto crônica, mas não o processo de descobrimento da doença e os desafios que é conviver com as limitações iniciais da doença.

Novos estudos também podem ser sugeridos a partir das lacunas observadas ao longo do texto. Os poucos estudos com amostras grandes – acima de 200 pessoas – mostraram a necessidade de estudos com um maior número de pessoas, principalmente para se estimar com maior exatidão a prevalência de ansiedade e depressão. Tais estudos permitem uma melhor compreensão do fenômeno estudado e auxilia a traçar estratégias de combate aos agravos psicológicos, além de embasar práticas clínicas. Os poucos estudos multicêntricos e comparativos com outras culturas não auxilia a pensar em estratégias de intervenção de acordo com variados determinantes sociais da saúde fazendo-se necessário mais estudos que envolvam diferentes localidades. Por fim, os estudos de enfrentamento são exploratórios e que trazem apenas as estratégias utilizadas. Tem-se a necessidade de pesquisas que mostrem outros vieses do enfrentamento como os mediadores e moderadores e os possíveis desfechos negativos do uso de estratégias disfuncionais.

### Referências

- Amaowei, E. E. J., Anwar, S., Sridhar, K. K., Shabbir, K., Mohammed, E. H., Bahar, A. R., Talpur, A. S., Bhat, S., Zafar, S., & Qadar, L. T. (2022). Correlation of depression and anxiety with rheumatoid arthritis. *Cureus, 14*(3), e23137.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.23137>
- Azevedo, A. B. C. de , Ferraz, M. B., & Ciconelli, R. M. (2008). Indirect costs of rheumatoid arthritis in brazil. *Value in Health, 11*(5), 869–877. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00332.x>
- Bayrak, R., Güler, M., & Şahin, N. H. (2018). The mediating role of self-concept and coping strategies on the relationship between attachment styles and perceived stress. *Europe's Journal of Psychology, 14*(4), 897–913.  
<https://doi.org/10.5964/ejop.v14i4.1508>
- Berner, C., Erlacher, L., Fenzl, K. H., & Dorner, T. E. (2019). Medication adherence and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *International Journal of Rheumatology, 2019*, 1–8.  
<https://doi.org/10.1155/2019/4709645>
- Beşirli, A., Alptekin, J. Ö., Kaymak, D., & Özer, Ö. A. (2019). The relationship between anxiety, depression, suicidal ideation and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatric Quarterly, 91*(1), 53–64. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09680-x>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão E Sociedade, 5*(11), 121.  
<https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Campos, A. P. R., Silva, C. M., Castro, S. S. de, & Graminha, C. V. (2013). Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde

estável: Um estudo comparativo. *Fisioterapia E Pesquisa*, 20(4), 401–407.

<https://doi.org/10.1590/s1809-29502013000400016>

Castarlenas, E., Galán, S., Solé, E., Roy, R., Elisabet Sánchez-Rodríguez, Jensen, M. P., & Jordi Miró. (2023). Perceived stress, perceived social support, and global health in adults with chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 32, 92–101. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10250-6>

Castelar-Pinheiro, G. da R., Vargas-Santos, A. B., Albuquerque, C. P. de , Bértolo, M. B., Louzada Júnior, P., Giorgi, R. D. N., Radominski, S. C., Guimarães, M. F. B. R., Bonfiglioli, K. R., Sauma, M. de F. L. da C., Pereira, I. A., Brenol, C. V., Coutinho, E. S. F., & Mota, L. M. H. da . (2018). The REAL study: A nationwide prospective study of rheumatoid arthritis in Brazil. *Advances in Rheumatology*, 58(1). <https://doi.org/10.1186/s42358-018-0017-9>

Chancay, M. G., Guendeschadze, S. N., & Blanco, I. (2019). Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. *Women's Midlife Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40695-019-0047-4>

Cheng, C., Inder, K., & Chan, S. W. (2020). Coping with multiple chronic conditions: An integrative review. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 486–497. <https://doi.org/10.1111/nhs.12695>

Chew, E., Konstadina Griva, & Cheung, P. P. (2016). Evaluation of coping strategies in established rheumatoid arthritis patients: Emergence of concealment in an Asian cohort. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 19(11), 1069–1077. <https://doi.org/10.1111/1756-185x.12932>

Corallo, F., Bonanno, L., Di Cara, M., Rifici, C., Sessa, E., D'Aleo, G., Lo Buono, V., Venuti, G., Bramanti, P., & Marino, S. (2019). Therapeutic adherence and coping strategies in patients with multiple sclerosis. *Medicine*, 98(29), e16532.

<https://doi.org/10.1097/md.00000000000016532>

- Corbacho, M. I., & Dapuetto, J. J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 31–43. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042010000100004>
- Costa, A. F. C. da, Brasil, M. A. A., Papi, J. A., & Azevedo, M. N. L. de. (2008). Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48(1). <https://doi.org/10.1590/s0482-50042008000100003>
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: Demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 469–476. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.09.011>
- Faro, A. (2015). Análise fatorial confirmatória e normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 31(3), 349–353. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032072349353>
- Fiest, K. M., Hitchon, C. A., Bernstein, C. N., Peschken, C. A., Walker, J. R., Graff, L. A., Zarychanski, R., Abou-Setta, A., Patten, S. B., Sareen, J., Bolton, J., & Marrie, R. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with rheumatoid arthritis. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 23(8), 425–434. <https://doi.org/10.1097/rhu.0000000000000489>
- Fudino-Villar, Y. S., Salazar-Quiroz, J. J., Wong-Becerra, L. W., Vega-Dienstmaier, J. M., & Berrocal-Kasay, A. (2015). Frecuencia de sintomatología ansiosa y sus factores relacionados en mujeres con artritis reumatoide en un hospital general de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 78(2), 80–80. <https://doi.org/10.20453/rnp.v78i2.2473>
- Gaviria, A. M., Stefano Vinaccia, Quiceno, J. M., Martinez, K., Yépes, M., Echevarria, C., Contreras, F., & Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de

- afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia Psicológica*, 24(1), 23–29. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524103>
- Goeldner, I., Skare, T. L., Reason, I. T. de M., & Utiyama, S. R. da R. (2011). Artrite reumatoide: Uma visão atual. *Jornal Brasileiro de Patologia E Medicina Laboratorial*, 47(5), 495–503. <https://doi.org/10.1590/s1676-24442011000500002>
- Gruszczynska, E., & Knoll, N. (2015). Meaning-focused coping, pain, and affect: A diary study of hospitalized women with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 24(12), 2873–2883. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1031-6>
- Hamasaki, M., Origuchi, T., & Matsuura, E. (2022). Factors associated with depressive symptoms in Japanese women with rheumatoid arthritis. *Rheumatology Advances in Practice*, 6(1). <https://doi.org/10.1093/rap/rkac006>
- Imran, M. Y., Khan, E. A. S., Ahmad, N. M., Raja, S. F., Saeed, M. A., & Haider, I. I. (2015). Depression in rheumatoid arthritis and its relation to disease activity. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(2), 393–397. <https://doi.org/10.12669/pjms.312.6589>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2023). *Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-regional-and-national-burden-rheumatoid-arthritis-1990-2020-and>
- Ionescu, C.-E., Popescu, C. C., Agache, M., Dinache, G., & Codreanu, C. (2022). Depression in rheumatoid arthritis: A narrative review—diagnostic challenges, pathogenic mechanisms and effects. *Medicina*, 58(11), 1637. <https://doi.org/10.3390/medicina58111637>
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2006). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26(6), 872–878.

<https://doi.org/10.1007/s10067-006-0407-y>

Isnardi, C. A., Capelusnik, D., Schneeberger, E. E., Bazzarelli, M., Berloco, L., Blanco, E., Benítez, C. A., Benavidez, F. L., Scarafia, S., Lázaro, M. A., Alamino, R. P., Colombres, F., Kohan, M. P., Sosa, J., Lucero, L. G., Barbaglia, A. L., Ficco, H. M., & Citera, G. (2020). Depression is a major determinant of functional capacity in rheumatoid arthritis. *JCR Journal of Clinical Rheumatology*, *27*(6S), S180–S185.

<https://doi.org/10.1097/rhu.0000000000001506>

Jamshidi, A.-R., Banihashemi, A. T., Paragomi, P., Hasanzadeh, M., Barghamdi, M., & Ghoroghi, S. (2016). Anxiety and depression in rheumatoid arthritis: An epidemiologic survey and investigation of clinical correlates in Iranian population. *Rheumatology International*, *36*(8), 1119–1125. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3493-4>

Jorge, R. T. B., Brumini, C., Jones, A., & Natour, J. (2010). Body image in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology*, *20*(5), 491–495.

<https://doi.org/10.1007/s10165-010-0316-4>

Katchamart, W., Narongroeknawin, P., Chanapai, W., Thaweeratthakul, P., & Srisomnuek, A. (2020). Prevalence of and factors associated with depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: A multicenter prospective cross-sectional study. *International Journal of Rheumatic Diseases*, *23*(3), 302–308.

<https://doi.org/10.1111/1756-185x.13781>

Knittle, K., Maes, S., & de Gucht, V. (2010). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care & Research*, *62*(10), 1460–1472. <https://doi.org/10.1002/acr.20251>

<https://doi.org/10.1002/acr.20251>

Kwiatkowska, B., Kłak, A., Maślińska, M., Mańczak, M., & Raciborski, F. (2018). Factors of

- depression among patients with rheumatoid arthritis. *Reumatologia/Rheumatology*, 56(4), 219–227. <https://doi.org/10.5114/reum.2018.77973>
- Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., & Edwards, C. J. (2020). Rheumatoid arthritis: The impact of mental health on disease: A narrative review. *Rheumatology and Therapy*, 7(3). <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00217-4>
- Mabusela, M., Tomita, A., Paruk, S., & Paruk, F. (2022). Prevalence of depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis at a regional hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 28. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1702>
- Maldonado, G., Ríos, C., Paredes, C., Ferro, C., Intriago, M. J., Aguirre, C., Avila, V., & Moreno, M. (2017). Depresión en artritis reumatóide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 24(2), 84–91. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-900859>
- Margaretten, M., Yelin, E., Imboden, J., Graf, J., Barton, J., Katz, P., & Julian, L. (2009). Predictors of depression in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 61(11), 1586–1591. <https://doi.org/10.1002/art.24822>
- Marrie, R. A., Hitchon, C. A., Walld, R., Patten, S. B., Bolton, J. M., Sareen, J., Walker, J. R., Singer, A., Lix, L. M., El-Gabalawy, R., Katz, A., Fisk, J. D., & Bernstein, C. N. (2018). Increased burden of psychiatric disorders in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 70(7), 970–978. <https://doi.org/10.1002/acr.23539>
- Martinez-Calderon, J., Meeus, M., Struyf, F., & Luque-Suarez, A. (2018). The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1482512>
- Martire, L. M., Zhaoyang, R., Marini, C. M., Nah, S., & Darnall, B. D. (2019). Daily and

bidirectional linkages between pain catastrophizing and spouse responses. *PAIN*, 160(12), 1. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001673>

- Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2015). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*, 55(2), 268–278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>
- Ministério da Saúde. (2020). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da artrite reumatoide*. CONITEC.
- Morf, H., da Rocha Castelar-Pinheiro, G., Vargas-Santos, A. B., Baerwald, C., & Seifert, O. (2021). Impact of clinical and psychological factors associated with depression in patients with rheumatoid arthritis: Comparative study between Germany and Brazil. *Clinical Rheumatology*, 40(5), 1779–1787. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05470-0>
- Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The benefits of dispositional mindfulness in physical health: A longitudinal study of female college students. *Journal of American College Health*, 60(5), 341–348. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.629260>
- Peláez-Ballestas, I., Boonen, A., Vázquez-Mellado, J., Reyes-Lagunes, I., Hernández-Garduño, A., Goycochea, M. V., Bernard-Medina, A. G., Rodríguez-Amado, J., Casasola-Vargas, J., Garza-Elizondo, M. A., Aceves, F. J., Shumski, C., & Burgos-Vargas, R. (2015). Coping strategies for health and daily-life stressors in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and gout. *Medicine*, 94(10), e600. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000600>
- Peres, M. F. P., & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(5), 331–338. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0137-3>

- Pévez-Hernández, C., Berrocal-Tenorio, K. F., Llauca-Ramírez, B. E., & Ramírez-Quinte, W. (2019). Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Médica Panacea*, 3(1).  
<https://doi.org/10.35563/rmp.v3i1.84>
- Pezzato, S., Bonetto, C., Caimmi, C., Tomassi, S., Montanari, I., Gnatta, M. G., Fracassi, E., Cristofalo, D., Rossini, M., Carletto, A., & Tosato, S. (2021). Depression is associated with increased disease activity and higher disability in a large Italian cohort of patients with rheumatoid arthritis. *Advances in Rheumatology*, 61(1), 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/s42358-021-00214-3>
- Pitsilka, D. A., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2015). Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33(1), 27–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25437270/>
- Pombo-Suarez, M., Maneiro Fernandez, J. R., & Gomez-Reino, J. J. (2021). Adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis from Spain. *Patient Preference and Adherence, Volume 15*, 111–117. <https://doi.org/10.2147/ppa.s291983>
- Rahim, R. A., & Cheng, C. H. (2018). Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with rheumatoid arthritis in a Malaysian rheumatology centre: Prevalence and correlates. *Medical Journal of Malaysia*, 73(4), 226–232.
- Rodríguez, M. A., Rivero-Carrera, N. N., Rey-Puente, J. C., Serra-Bonett, N., & Al Snih, S. (2020). Role of depressive symptoms in the health-related quality of life of Venezuelan patients with rheumatoid arthritis: Results from a tertiary care center. *Quality of Life Research*, 29(8), 2129–2136. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02485-7>
- Sautner, J., Puchner, R., Alkin, A., & Pieringer, H. (2020). Depression: A common comorbidity in women with rheumatoid arthritis—results from an Austrian cross-

- sectional study. *BMJ Open*, *10*(1), e033958. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033958>
- Singh, G., Mahajan, N., Abrol, S., & Raina, A. (2021). Anxiety and depression are common in rheumatoid arthritis and correlate with poor quality of life in Indian patients. *Reumatologia/Rheumatology*, *59*(6), 386–393. <https://doi.org/10.5114/reum.2021.112351>
- Soósová, M. S., Macejová, Ž., Zamboriová, M., & Dimunová, L. (2016). Anxiety and depression in Slovak patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Mental Health*, *26*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244719>
- Sruamsiri, R., Kaneko, Y., & Mahlich, J. (2017). The underrated prevalence of depression in Japanese patients with rheumatoid arthritis - evidence from a nationwide survey in Japan. *BMC Rheumatology*, *1*(1). <https://doi.org/10.1186/s41927-017-0003-6>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- van't Land, H., Verdurmen, J., ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A., & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(2), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.011>
- Vriezেকolk, J. E., van Lankveld, W. G., Geenen, R., & van den Ende, C. H. (2011). Longitudinal association between coping and psychological distress in rheumatoid arthritis: A systematic review. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *70*(7), 1243–1250. <https://doi.org/10.1136/ard.2010.143271>
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *35*(4), 416–

431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

- Watad, A., Bragazzi, N. L., Adawi, M., Aljadeff, G., Amital, H., Comaneshter, D., Cohen, A. D., & Amital, D. (2017). Anxiety disorder among rheumatoid arthritis patients: Insights from real-life data. *Journal of Affective Disorders, 213*, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.007>
- Wells, K. B., Golding, J. M., & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry, 145*(8), 976–981. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.8.976>
- Yegros, M. I. B. (2020). Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea. *Eureka (Asunción) En Línea, 9*(1), 78–87. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262012000100009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100009)
- Zagar, I., Delimar, V., Pap, M., Peric, D., Laktasic Zerjavic, N., & Peric, P. (2018). Prevalence and correlation of depressive symptoms with functional scores, therapy and disease activity among croatian patients with rheumatoid arthritis: A preliminary study. *Psychiatria Danubina, 30*(4), 452–458. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.452>
- Zhang, L., Zhu, W., & Wu, B. (2023). Determinants of depressive symptoms among patients with rheumatoid arthritis in China: A structural equation model. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 16*, 4197–4208. <https://doi.org/10.2147/prbm.s428892>
- Zielinski, M. R., Systrom, D. M., & Rose, N. R. (2019). Fatigue, sleep, and autoimmune and related disorders. *Frontiers in Immunology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.01827>

### **Estudo 3: Enfrentamento e ansiedade na artrite reumatoide: Um modelo explicativo**

*Coping and anxiety in the course of rheumatoid arthritis: An explanatory model*

#### **Resumo**

Este estudo objetivou testar um modelo explicativo entre estratégias de enfrentamento, ansiedade, dor e funcionalidade na Artrite Reumatoide. A amostra foi composta por 425 mulheres diagnosticadas com AR, com média de idade de 51 anos, recrutadas através de uma pesquisa on-line de caráter nacional. Os instrumentos usados foram os dados sociodemográficos, a *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20) para funcionalidade, o *Generalized Anxiety Disorder 7-item* (GAD-7) para sintomas ansiosos e a *Pain Catastrophizing Scale* (B-PCS), para dor. Os dados foram analisados por meio de uma regressão logística binomial usando o software Jamovi. Os resultados mostraram uma variável explicativa de quase 20% para o modelo em que a dor foi a principal variável preditiva para ansiedade ( $p < 0,001$ ), enquanto a reavaliação positiva emergiu como um fator protetivo ( $p = 0,007$ ). Estratégias como confronto, afastamento e suporte social não apresentaram efeitos significativos. A análise revelou que, à medida que a reavaliação positiva aumentava, a probabilidade de sintomas ansiosos diminuía, enquanto o aumento da dor estava associado a níveis mais altos de ansiedade. A relevância da reavaliação positiva sugere que intervenções focadas na modificação de crenças disfuncionais e na promoção de interpretações mais adaptativas podem auxiliar pacientes com AR.

**Palavras-chave:** artrite reumatoide, ansiedade, estratégias de enfrentamento.

#### **Abstract**

This study aimed to test an explanatory model between coping strategies, anxiety, pain, and functionality in Rheumatoid Arthritis (RA). The sample consisted of 425 women diagnosed with RA, with a mean age of 51 years, recruited through a nationwide online survey. The

instruments used included sociodemographic data, the Health Assessment Questionnaire (HAQ-20) for functionality, the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) for anxiety symptoms, and the Pain Catastrophizing Scale (B-PCS) for pain. Data were analyzed using binary logistic regression with the Jamovi software. The results showed an explanatory variable of nearly 20% for the model, where pain was the main predictive variable for anxiety ( $p < 0.001$ ), while positive reappraisal emerged as a protective factor ( $p = 0.007$ ). Strategies such as confrontation, distancing, and social support showed no significant effects. The analysis revealed that as positive reappraisal increased, the likelihood of anxiety symptoms decreased, whereas increased pain was associated with higher levels of anxiety. The relevance of positive reappraisal suggests that interventions focused on modifying dysfunctional beliefs and promoting more adaptive interpretations may assist patients with RA.

**Keywords:** rheumatoid arthritis, anxiety, coping strategies.

## **Introdução**

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune crônica que atinge de 1 a 5% da população mundial e afeta, primariamente, as articulações ocasionando destruição progressiva dos tecidos articulares, inflamação persistente e uma experiência dolorosa intensa (Global Burden Disease [GBD], 2021). A AR também pode afetar outros sistemas, a exemplo do cardiovascular e pulmonar agravando assim, a sua gravidade clínica e trazendo um desafio para os sistemas de saúde, apesar do avanço da medicina quanto se trata dos tratamentos medicamentosos e terapêuticos para diminuir a dor e os efeitos da doença (Sigh et al., 2016).

A AR, ao longo do tempo, apresenta períodos agudos – com muitos sintomas - e os de completa remissão dos sintomas, sendo que a dor crônica e a rigidez matinal estão entre os principais sintomas trazidos durante o período agudo da AR (Strand & Khanna, 2010). Tais sintomas, podem prejudicar as atividades diárias, trabalho e interação social, prejudicando não apenas o bem-estar físico, mas também trazendo um impacto psicossocial significativo e diminuindo progressivamente a qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença (Martinec, Pinjatela, & Balen, 2019).

A AR é vista, então, como uma patologia estressora e a forma como a pessoa lida com doença pode ser, ou não, preditora a desfechos negativos para a saúde mental, sendo a ansiedade e depressão como os transtornos mais proeminentes entre as pessoas que convivem com a AR ao longo do tempo (Watad et al., 2017). Essas condições psicológicas podem ocasionar a diminuição da adesão ao tratamento e exarcebar a percepção da dor, criando assim um ciclo vicioso que pode dificultar – ainda mais – o manejo da doença (Matcham, et al., 2013). Ou seja, pessoas com AR tendem a desenvolver um maior risco de transtornos mentais comuns, se comparado com a população em geral, o que reforça a necessidade de compreender as nuances psicológicas da doença e, assim, poder otimizar as intervenções e resultados no sentido físico e psicológico (Zhang, Zhu, & Wu, 2023).

O modo de lidar com a AR vai depender da forma como a doença é avaliada e de como é percebido os recursos pessoais e ambientais que cada um possui naquele momento (Lazarus, 2006). Quando a doença é avaliada como um perigo, uma ameaça ou algo que seja danoso são ativadas estratégias de enfrentamento, conhecidas como esforços cognitivos e comportamentais que são feitos pelas pessoas, mediante situações que são percebidas como estressoras (Lazarus & Folkman, 1984). Didaticamente, as estratégias de enfrentamento, podem ser divididas em foco no problema (quando visa diminuir ou eliminar o efeito estressor) ou com foco na emoção (nos momentos em que o foco é diminuir os efeitos emocionais do estressor) (Lazarus & Folkman, 1987). Elas desempenham um papel crucial na adaptação de pessoas, especialmente no caso de doenças crônicas, pois o uso de estratégias de enfrentamento eficazes pode diminuir o impacto negativo da dor e reduzir sintomas emocionais associados à condição de saúde, como a ansiedade e a depressão. Por outro lado, quando as estratégias usadas não são eficazes pode haver um aumento do contexto estressor vivenciado (Lazarus & Folkman, 1984).

Durante o curso da AR, as estratégias de enfrentamento podem influenciar significativamente o manejo da dor e a redução de sintomas emocionais (Englbrecht et al., 2012). Estudos apontam que o uso da aceitação e a reestruturação cognitiva, podem ajudar a reduzir a percepção da dor e a lidar com as limitações funcionais, enquanto estratégias como evitação e a ruminação podem aumentar o sofrimento psicológico e piorar a adesão terapêutica (Hinch & Sirois, 2024). Sendo assim, possivelmente, intervenções que promovam habilidades de enfrentamento adaptativas vem tendo resultados positivos em evitar desfechos negativos de saúde (Englbrecht et al., 2012).

Um dos desfechos psicológicos negativos mais comuns em pacientes com AR são os sintomas ansiosos que podem ser analisados e compreendidos como um mecanismo psicológico resultante do processo de uma má adaptação a uma condição crônica

incapacitante (Cheng et al., 2023). Sendo assim, mediante a permanência dos sintomas limitantes e das inúmeras mudanças na dinâmica de vida, o indivíduo frequentemente enfrenta dificuldades para gerir o evento estressor e integrar as experiências negativas em sua percepção de identidade e autonomia (Panjwani et al., 2020). A ansiedade, neste contexto, tende a surgir como uma resposta adaptativa inicial frente a incerteza sobre a progressão da doença ou relacionado ao medo que os sintomas da doença retornem após um período de remissão. Sintomas ansiosos podem ser vistos como comuns mediante a incerteza do novo, mas a persistência desses sintomas torna-se disfuncional, ao exarcebar a vigilância sobre a dor e aumentar a possibilidade da cinesiofobia e catastrofização da dor (Uda et al., 2021).

A ansiedade, embora inicialmente resulte de tentativas de adaptação à AR, acaba por perpetuar um ciclo de sofrimento físico e psicológico, reforçando a necessidade de intervenções que promovam formas mais eficazes de enfrentamento e adaptação. Dessa forma, este estudo objetivou testar um modelo explicativo para as dinâmicas entre estratégias de enfrentamento, ansiedade, os marcadores clínicos de dor e funcionalidade, contribuindo para intervenções mais integradas e eficazes no manejo da AR.

## **Método**

### ***Participantes***

Esta pesquisa teve como público-alvo pessoas com ao menos 18 anos diagnosticadas previamente com Artrite Reumatoide, sem distinção de sexo ou tempo do diagnóstico da doença. A amostra inicial foi composta por 432 pessoas, sendo dessas 425 (98,4%) do sexo feminino e 7 (1,6%) do sexo masculino. Por causa da desproporção estatística da amostra foram excluídas as 7 pessoas do sexo masculino, restando assim, 425 mulheres na amostra total.

A média de idade das participantes foi 51 anos, residentes em 20 estados brasileiros diferentes (Alagoas, Amazonas, Bahia, Brasília, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão,

Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe). Da composição amostral, 179 pessoas (42,1%) declarou não estar em um relacionamento no momento, ser divorciada ou viúva e 246 pessoas (57,9%) manifestaram estar em um relacionamento estável como casamento ou união estável. Com relação a escolaridade, 56% das mulheres ( $n = 238$ ) cursaram o ensino fundamental ou médio e 44% ( $n = 187$ ) fizeram o ensino superior. Ressalta-se que os níveis fundamental e médio foram categorizados juntos por causa da proporção amostral.

### ***Instrumentos***

Foi realizado um questionário sociodemográfico contendo dados pessoais, dados clínicos e da doença e dados socioeconômicos (Anexo 1) e a aplicação de algumas escalas, a saber:

*Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20) (Anexo 2), um instrumento proposto por Fries que mensura o Índice de Deficiência (ID) ou a funcionalidade da pessoa (Corbacho & Dapuetto, 2010). O ID neste instrumento é avaliado pelas subescalas vestir, levantar, comer, andar, higiene, objetos, apreensão e atividades do dia-a-dia (Corbacho & Dapuetto, 2010; Fries et al., 1980). Para cada uma dessas categorias, o paciente pontua de '0' (nenhuma dificuldade) até '3' (incapaz de fazê-lo). A pontuação final é medida pela soma da maior pontuação de cada subescala dividido por 8 (quantidade de categorias presentes) (Bruce & Fries, 2003).

*Generalized Anxiety Disorder 7-item* (GAD-7) (Bolsoni et al., 2018) (Anexo 4). Foi utilizada para avaliar os sintomas ansiosos presentes nas duas últimas semanas. Esta escala é composta por quatro pontos de respostas que variam entre 'não sinto isto' até 'sinto todos os dias'. O escore é calculado com base na soma dos itens e tem a pontuação máxima de 21 pontos.

Escala de catastrofização da dor (B-PCS) (Anexo 5) foi usada para medir o índice de dor e a possibilidade de catastrofização do sintoma. Criada por Sullivan et al (1995) e traduzida para o português como B-PCS, possui 13 itens divididos em 3 subescalas que são a ruminação, amplificação e desamparo. Esta escala é uma escala *Likert* que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre), permitindo uma pontuação total que vai de 0 a 52 pontos e ponto de corte de 24 pontos, que indica a presença de uma catastrofização da dor sentida.

*Ways of Coping Questionnaire* (Anexo 6) foi utilizada para mensurar as estratégias de enfrentamento mais usadas pela amostra. Ela foi formulada por Lazarus e Folkman e traduzida para o Brasil por Savoia (1996). Ela é composta por 66 itens dispostos em uma escala *Likert* que refletem ações e pensamentos empregados para lidar com demandas específicas. A correção é feita com a soma dos itens de cada uma das 8 subescalas permitindo uma visão detalhada do enfrentamento da pessoa. As 8 subescalas propostas são: Confronto (itens 7, 17, 28, 34, 40 e 47); Afastamento (itens 6, 10, 13, 16, 21, 41 e 44); Autocontrole (itens 14, 15, 35, 43, 35 e 54); Suporte social (itens 8, 18, 22, 31, 42 e 45); Aceitação de responsabilidades (itens 9, 25, 29, 48, 51, 52 e 62); Fuga/esquiva (itens 58 e 59); Resolução de problemas (itens 1, 26, 46 e 49) e; Reavaliação positiva (itens 20, 23, 30, 36, 38, 39, 56, 60 e 63).

### ***Procedimentos***

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e, liberado sob o CAE 62862622.9.0000.5546. A pesquisa foi feita na modalidade *on-line* através de um link realizado no *Survey Monkey* e divulgado de forma ampla através de *e-mails* e redes sociais. Foi utilizado dois critérios de busca, uma busca por conveniência através de amigos, conhecidos e redes sociais de pessoas com AR e a busca através de impulsionamento da *Meta* pelo *Instagram* e *Facebook* no período de 15 dias entre os meses de novembro e dezembro de 2024. O Termo de Consentimento Livre e

Esclerecido (Anexo 7) era apresentado no início do formulário cabendo a pessoa assinalar “sim” para aceitar ou “não” para negar a participação.

### ***Análise de dados***

Foi realizado inicialmente, a análise exploratório-descritiva, obtendo-se as frequências percentuais e absolutas, medianas, limites inferior e superior, médias, desvios padrão e análise de confiabilidade das escalas com o auxílio do *software SPSS statistics 21*. A análise de confiabilidade mostrou uma boa confiabilidade das escalas perante a amostra nas PHQ-9 (*alfa de cronbach 0,834*), HAQ (*alfa de cronbah 0,953*), GAD-7 (*alfa de cronbach 0,870*) e B-PCS (*alfa de cronbach 0,926*). Porém, a análise de confiabilidade da *Ways of Coping* mostrou-se abaixo do esperado para os 66 itens e 8 subescalas apresentadas. Dessa forma, foram eliminados alguns itens da escala e algumas subescalas para que a escala tivesse uma boa confiabilidade perante a amostra. A escala apresentada nesse estudo, então, será composta dos seguintes itens e subescalas: Confronto (itens 4, 40 e 47 – *alfa de cronbach 0,801*); Afastamento (itens 6, 21 e 44 - *alfa de cronbach 0,796*); Autocontrole (itens 43, 35 e 54 - *alfa de cronbach 0,788*); Suporte social (itens 8, 18 e 45 - *alfa de cronbach 0,513*); Aceitação de responsabilidade (itens 25, 29, 48, 51, 52 e 62 - *alfa de cronbach 0,583*); Resolução de problemas (itens 1, 26 e 46 - *alfa de cronbach 0,629*) e Reavaliação positiva (itens 20, 23, 30 38, 56, 60 e 63 - *alfa de cronbach 0,745*). Ressalta-se que, apesar de ser uma das escalas mais usadas para mensurar as estratégias de enfrentamento no modelo transacional, esta escala vem apresentando uma instabilidade na confiabilidade, tal como mostrado neste estudo e em estudos anteriores, a exemplo do estudo de Luca et al (2020).

Para a condução do modelo foi conduzida uma regressão logística binomial com auxílio do *software Jamovi 2.3.28*. A variável dependente (VD) foi a ansiedade, medida pela GAD-7 e dicotomizada em duas: níveis mínimos de ansiedade (0-9) e níveis de ansiedade moderado e severo (10-21 pontos). As variáveis independentes (VI's) foram as subescalas das

estratégias de enfrentamento (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, resolução de problemas e reavaliação positiva), nível de dor (mensurado pela B-PCS), índice de incapacidade (mensurado pela HAQ), idade (em anos), renda (menos de um salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, 4 a 7 salários mínimos e acima de 7 salários mínimos), religiosidade (nem um pouco religioso, pouco religioso, mais ou menos religioso, muito religioso e extremamente religioso), escolaridade (ensino básico e ensino superior), relacionamento (com ou sem relacionamento), tempo de diagnóstico (até 1 ano, de 2 a 5 anos, 5 a 10 anos e acima de 10 anos) e alimentação saudável (sim ou não).

## **Resultados**

### ***Perfil da amostra***

As características sociodemográficas e de saúde da amostra estão sintetizadas na Tabela 2. A amostra foi composta apenas por mulheres, com média de idade de 51,9 anos. Dessas pessoas, 179 (42,1%) não estavam em um relacionamento quando responderam o questionário e 56% da amostra (n = 238) tinham cursado apenas o ensino básico (fundamental e médio). Com relação a renda, 13,9% (n = 59) declararam receber até um salário mínimo; 53,4% (n = 227) de 1 a 3 salários; 25,6% (n = 109) de 4 a 7 salários e 7,1% das pessoas (n = 30) reportaram receber mais de 7 salários mínimos.

A percepção da religiosidade e o uso dela foi medida em cinco níveis de uma escala likert. Um total de 5,6% (n = 5,6%) declararam ser extremamente religiosos; 32,9% (n = 140) muito religioso; 37,9% (n = 151) mais ou menos religioso; 8,8% (n = 16) pouco religioso e 3,2% (n = 32) nem um pouco religioso.

Ao serem questionados sobre o tempo de convivência com a doença, 20,7% (n = 88) afirmaram ter sido diagnosticado com AR nos últimos 12 meses, enquanto 27,3% (n = 116) há menos de 5 anos, 18,8% (n = 80) entre 5 a 10 anos e 33,2% (n = 141) já convivem com a doença há pelo menos 10 anos. A maioria da amostra afirma ter sido diagnosticada com

ansiedade (90,1%, n = 383) e depressão (9,9%, n = 42) anteriormente. Da mesma forma, 93,4% (n = 397) da amostra apresenta níveis altos de catastrofização da dor. A média geral da amostra para a dor total foi de 35,2.

**Tabela 2**

*Descrição sociodemográfica e de saúde da doença do Estudo 3*

<b>Variáveis</b>		<b>F% (n)</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino básico (fundamental e médio)	56 (238)
	Ensino superior	44 (187)
<b>Renda</b>	Até um salário mínimo	13,9 (59)
	1 a 3 salários	53,4 (227)
	4 a 7 salários	25,6 (109)
	Acima de 7 salários	17,1 (30)
<b>Relacionamento</b>	Sem relacionamento	42,1 (179)
	Com relacionamento	57,9 (246)
<b>Tempo de diagnóstico (em anos)</b>	Até um ano	20,7 (88)
	2 a 5 anos	27,3 (116)
	5 a 10	18,8 (80)
	Mais de 10 anos	33,2 (141)
<b>Religiosidade</b>	Extremamente religioso	5,6 (24)
	Muito religioso	32,9 (140)
	Mais ou menos religioso	37,9 (161)
	Pouco religioso	16 (68)
	Nem um pouco religioso	7,5 (32)
<b>Sintomas Ansiosos<sup>1</sup></b>	Sintomas de ansiedade mínimos	9,9 (42)
	Sintomas de ansiedade moderado ou severo	90,1 (383)
<b>Sintomas depressivos<sup>2</sup></b>	Sintomas depressivos mínimos	7,3 (31)
	Sintomas depressivos moderados a severo	92,7 (394)
<b>Dor<sup>3</sup></b>	Sem presença de catastrofização da dor	5,9 (28)
	Presença de catastrofização da dor	93,4 (397)

1. Os níveis de ansiedade foram mensurados através da GAD-7 e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 10 categorizado como sintomas ansiosos moderados a severo. 2. Os níveis de ansiedade foram mensurados através da GAD-7 (e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 10 categorizados como sintomas depressivos moderados a severo. 3 O nível de catastrofização da dor foi mensurado através da B-PCS e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 24 pontuados como uma possibilidade de maior catastrofização da dor.

### ***Modelo de regressão logística binomial***

A regressão logística foi realizada para testar o valor preditivo da ansiedade para 5 grupos de variáveis diferentes: 1) estratégias de enfrentamento (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação das responsabilidades, resolução de problemas e reavaliação positiva); 2) dor; 3) índice de funcionalidade; e 4) variáveis sociodemográficas

(idade, renda, religiosidade, relacionamento, tempo de diagnóstico e alimentação). A Tabela 3 mostra os resultados e índices dos fatores associados a ansiedade nesta etapa.

**Tabela 3**

*Coeficiente do modelo com cinco passos no Estudo 3*

Grupos	R <sup>2</sup> N ( $\Delta$ R <sup>2</sup> N)	Variáveis	p-valor	OR (IC 95%)
1. Estratégias de enfrentamento	0,0644	Confronto	0,478	0,765 (0,36 – 1,59)
		Afastamento	0,091	1,435 (0,94 – 2,18)
		Autocontrole	0,233	1,561 (0,75 – 3,24)
		Suporte social	0,986	0,996 (0,67 – 1,46)
		Aceitação de responsabilidades	0,217	1,206 (0,89 – 1,62)
		Resolução de problemas	0,667	0,927 (0,65 – 1,30)
		Reavaliação positiva	0,019	0,715 (0,53 – 0,94)
2. Dor	0,2130		< 0,001	1,155 (1,06-1,24)
3. Índice de funcionalidade	0,2335		0,462	2,209 (0,26 – 18,24)
4. Dados sociodemográficos	0,2800	Idade	0,097	0,962 (0,91 – 1,00)
		Renda	0,637	0,861 (0,46 – 1,60)
		Religiosidade	0,021	1,683 (1,08 – 2,62)
		Escolaridade	0,238	1,692 (0,70 - 4,05)
		Relacionamento	0,837	1,091 (0,47 – 2,51)
5. Dados de diagnóstico	0,2838	Tempo de diagnóstico	0,912	1,020 (0,71 - 1,44)
		Alimentação saudável	0,328	1,564 (0,61 – 3,83)

O teste do modelo em 5 etapas não se mostrou significativo para a maioria dos itens

( $p > 0,005$ ). Dessa forma, optou-se por eliminar tais variáveis que refazer o novo modelo com os itens que apresentação uma estatística significativa ( $p < 0,005$ ). O segundo modelo foi realizado em 3 blocos de variáveis que foram a reavaliação positiva ( $p = 0,007$ ), dor ( $p < 0,001$ ) e religiosidade ( $p = 0,0021$ ). Este último, após a análise, não mostrou um bom ajuste sendo retirada para a versão final. Ressalta-se que a cada etapa, o AIC diminuiu e o R<sup>2</sup> aumentou, mostrando uma melhor adequamento do modelo.

A análise de regressão logística binomial final apresentou, então, resultados significativos ao testar duas variáveis diferentes para prever a ansiedade (Tabela 4). A primeira variável trouxe o conjunto de estratégias de enfrentamento baseadas na reavaliação positiva – única das estratégias que apresentou uma significância estatística com um valor de  $p$  igual a 0,007 ( $\chi^2 = 7,20$ ). A segunda variável foi a dor ( $p < 0,001$ ). A variância explicativa do modelo foi de aproximadamente 20% ( $R^2 = 0,1852$ ).

**Tabela 4**

*Coeficiente do modelo final com dois passos no Estudo 3*

Grupos	R <sup>2</sup> N ( $\Delta$ R <sup>2</sup> N)	p-valor	OR (IC 95%)
Reavaliação positiva	0,0268	0,007	0,863 (0,02 – 3,19)
Dor	0,1852	< 0,001	1,185 (1,12 - 1,25)

O coeficiente da reavaliação foi negativo (-0,147) indicando que a medida que há um maior uso dessas estratégias, aumenta a probabilidade dos sintomas ansiosos diminuir (OR = 0,863, IC 95%: 0,7712-0,967). De modo contrário, a variável de dor mostrou um efeito positivo (coeficiente de 0,170), sugerindo que o aumento da dor está associado a um aumento na probabilidade de sintomas ansiosos (OR = 1,185, IC 95%: 1,1216-1,252). Não houve indicação de colinearidade entre as variáveis do modelo, pois o *Variance Inflation Factor* (VIF) e as tolerâncias foram adequadas (1,00 e 0,998, respectivamente), reforçando assim a validade preditiva do modelo.

## Discussão

A amostra é composta exclusivamente de mulheres, com média de idade de 51 anos. Tal amostra corrobora com a prevalência da AR em mulheres com idade produtiva, o que as leva a conviver com a doença e suas limitações durante muitos e muitos anos, tal como é comprovado pelos dados do *Global Burden Disease* (GBD, 2021).

As estratégias de enfrentamento baseadas na reavaliação positiva tem um valor preditivo protetivo para a redução dos sintomas ansiosos. Esse achado corrobora com outros estudos que trazem o poder prejudicial das avaliações e crenças negativas durante o curso da AR e o poder protetivo de uma percepção positiva sobre o futuro (Pankowski et al., 2023; Schafer et al., 2017). Dessa forma, pode-se dizer que a implementação de intervenções que tenham como base algumas técnicas que visam a mudança de pensamentos e a possibilidade de uma reinterpretação da doença podem contribuir para a diminuição de sintomas ansiosos.

A reavaliação positiva envolve um conjunto de estratégias cognitivas que podem ser realizadas através da reavaliação cognitiva e da regulação emocional. A primeira, envolve a reinterpretação de pensamentos disfuncionais e ansiosos para aqueles mais adaptativos, permitindo que as pessoas modifiquem suas interpretações automáticas e crenças

disfuncionais, diminuindo assim a ansiedade. De forma conjunta, a regulação emocional envolve a capacidade de regular as emoções, tolerando e aceitando sentimentos negativos, sem recorrer a esquiva ou a evitação – mecanismo presente na ansiedade (Clark, 2022, Draheim & Anderson, 2021). O uso de estratégias como estas são vistas como ponto central na Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), pois esta abordagem se utiliza de técnicas que promovem a reformulação de pensamentos negativos para interpretações mais realistas, funcionais e construtivas. Na prática, estas estratégias podem ser usadas e aplicadas por meio de exercícios de reestruturação cognitiva, onde o terapeuta auxilia no processo de mudança de pensamentos disfuncionais por interpretações mais adaptativas (Aldao et al., 2010).

Algumas estratégias práticas para o enfrentamento baseado na reavaliação positiva pode ser o uso de diários terapêuticos e alguns exercícios baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que complementa e auxilia a pessoa a conviver com seu estado sem tentar lutar contra ele, mas sim, aceitando e criando estratégias para viver com a dor e com as limitações que possam surgir ao longo do tempo (Paludo et al, 2024).

A dor surge nos resultados descritivos através dos altos níveis de catastrofização da amostra total e como variável preditiva para a ansiedade, com uma variância explicativa de quase 20%. Quanto maior a dor, maior a limitação funcional existente e, conseqüentemente, maior o medo e a ansiedade perante aquilo que irá acontecer (Cohen et al., 2019). A catastrofização da dor, quando existente, amplifica os estímulos relacionados à dor e aciona sentimentos de impotência em relação a experiência álgica duante a AR (Brahem et al., 2024; Edwards et al., 2006) .

A abordagem terapeutica para a dor, além de farmacológica, deve incluir, então, o manejo psicológico da dor que incluem estratégias ativas para reduzir a tensão muscular e o estresse, a exemplo das técnicas de *mindfulness*, o treino de relaxamento muscular e a incorporação de estratégias prazerosas para combater a inatividade e, possivelmente, o

isolamento social (Department of veterans affairs, 2014). É possível também incorporar estratégias cognitivas que incluem a reestruturação cognitiva para a modificação dos pensamentos disfuncionais (Ehde et al., 2014). Reforça-se assim, o modelo apresentado aqui: a dor é um catalizador para a ansiedade e para combater recomenda-se o uso das estratégias de reavaliações positivas para a dor.

O modelo apresenta uma capacidade preditiva razoável, com aproximadamente 20%, mas restam ainda 80%, o que sugere a presença de outras variáveis explicativas que não foram identificadas neste estudo. Por outro lado, os achados permitem trazer *insights* valiosos para orientar intervenções eficazes em pessoas com AR, incluindo ferramentas para poder serem usadas durante atendimentos psicológicos, por exemplo o uso das técnicas cognitivas e comportamentais para lidar com a dor e os demais sintomas da doença.

É possível pensar na criação de um possível protocolo baseado nas técnicas da TCC para auxiliar na redução da ansiedade em pessoas com AR. Este protocolo poderia ter um total de 10 sessões (sendo passível de modificação), sendo que a primeira seria de psicoeducação e avaliação, 3 sessões baseadas em estratégias cognitivas para estimular a reavaliação cognitiva, 3 sessões para o uso de estratégias comportamentais para lidar eficazmente com a dor e assim, reduzir a catastrofização, 1 sessão de reavaliação e 2 de prevenção de recaída. Os instrumentos que seriam utilizados para avaliar os índices de ansiedade e dor poderiam ser os mesmos utilizados aqui e que se mostraram confiáveis para a amostra: B-PCS para avaliar a catastrofização da dor e GAD-7 para medir sintomas ansiosos.

Ressalta-se que já existem estudos que sugerem o uso da TCC para o manejo da AR, tal qual o *Reclarit* proposto por Betz et al. (2024) que se baseia em estratégias cognitivas no atendimento digital e o de Menzies et al. (2022) que usa estratégias de *mindfulness*, porém nenhum deles traz estratégias específicas para lidar com sintomas específicos como a dor, indicando ainda mais a necessidade de tal protocolo.

Este estudo traz uma característica específica que foi o fato do inventário de enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984) não ter tido uma boa confiabilidade para a amostra, sugerindo a necessidade de desenvolver uma escala específica para o público. Além disso, a pesquisa teve limitações como o fato de ser uma amostra exclusivamente feminina, o fato do tamanho da amostra não ser grande o suficiente para se ter uma representatividade nacional e os participantes terem sido concentrados na região sul e sudeste. É interessante que futuros estudos busquem trazer mais dados de outras regiões.

Em suma, pode-se dizer que o objetivo inicial foi alcançado e representou um modelo que apresenta a dor como o principal fator para o aumento dos sintomas ansiosos e que as estratégias de reavaliação positiva são protetivas para a ansiedade. Considerando-se que a dor é um elemento multifatorial, este demanda o uso de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com ela, porém, o fato da reavaliação positiva ser a única estratégia que foi considerada significativa reforça a importância do componente psicológico para a diminuição ou aumento dos sintomas dolorosos.

## Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Betz, L. T., Jacob, G. A., Johannes Knitza, Koehm, M., & Behrens, F. (2024). Efficacy of a cognitive-behavioral digital therapeutic on psychosocial outcomes in rheumatoid arthritis: Randomized controlled trial. *Npj Mental Health Research, 3*(1). <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00085-8>
- Bolsoni, L. M., Moscovici, L., De Azevedo Marques, J. M., & Zuardi, A. W. (2018). Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade, 13*(40), 1–13. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1685](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1685)
- Bruce, B., & Fries, J. F. (2003). The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and practical applications. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-20>
- Cheng, L., Gao, W., Xu, Y., Yu, Z., Wang, W., Zhou, J., & Zang, Y. (2023). Anxiety and depression in rheumatoid arthritis patients: prevalence, risk factors and consistency between the Hospital Anxiety and Depression Scale and Zung's Self-rating Anxiety Scale/Depression Scale. *Rheumatology Advances in Practice, 7*(3). <https://doi.org/10.1093/rap/rkad100>
- Chung, C. P., Giles, J. T., Petri, M., Moyses Szklo, Post, W. S., Blumenthal, R. S., Gelber, A. C., Ouyang, P., Jenny, N. S., & Bathon, J. M. (2012). Prevalence of traditional modifiable cardiovascular risk factors in patients with rheumatoid arthritis: Comparison with control subjects from the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 41*(4), 535–544.

- <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2011.07.004>
- Clark, D. A. (2022). Cognitive reappraisal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 564–566. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.018>
- Corbacho, M. I., & Dapuetto, J. J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 31–43. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042010000100004>
- Dedeli, O., & Kaptan, G. (2013). Spirituality and religion in pain and pain management. *Health Psychology Research*, 1(3), 29. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e29>
- Draheim, A. A., & Anderson, P. L. (2021). Does cognitive behavioral therapy for anxiety disorders improve threat reappraisal?: A meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(2), 125–135. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.12.004>
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153–166. <https://doi.org/10.1037/a0035747>
- GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: A systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, 5(10), e594–e610. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00211-4](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00211-4)
- Hinch, R., & Sirois, F. M. (2024). A meta-analysis of coping strategies and psychological distress in rheumatoid arthritis. *British Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12726>
- Jeon, K. H., Han, K., Jung, J., Park, C. I., Eun, Y., Shin, D. W., & Kim, H. (2024). Rheumatoid arthritis and risk of depression in South Korea. *JAMA Network Open*, 7(3), e241139–e241139. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.1139>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief

- depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.  
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9–46.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.  
<https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Martinec, R., Pinjatela, R., & Balen, D. (2019). Quality of life in patients with rheumatoid arthritis – a preliminary study. *Acta Clinica Croatica*, 58(1).  
<https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.01.20>
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136–2148. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ket169>
- Matcham, F., Scott, I. C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G. H., Norton, S., Scott, D. L., & 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*, 44(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.001>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., Richmond, B., Dudeney, J., Todd, J., Szabo, M., Sesel, A.-L., & Dear, B. (2022). Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus mindfulness for people with rheumatoid arthritis with and without a history of recurrent depression: Study protocol and design. *BMJ Open*, 12(5), e056504.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056504>

- Murphy, J. L., McKellar, J. D., Raffa, S. D., Clark, M. E., Kerns, R. D., & Karlin, B. E. (2014). *Cognitive behavioral therapy for chronic pain therapist manual*. [https://www.va.gov/painmanagement/docs/cbt-cp\\_therapist\\_manual.pdf](https://www.va.gov/painmanagement/docs/cbt-cp_therapist_manual.pdf)
- Paludo, I. C. P., Moré, C. L. O. O., & Inácio, A. das N. (2024). Dor crônica e possibilidades de intervenção no contexto da psicologia: Revisão integrativa. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia*, 24. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.77561>
- Panjwani, A. A., & Revenson, T. A. (2020). Coping with chronic illness. In K. Sweeny, M. L. Robbins, & L. M. Cohen (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 61–70). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch51>
- Pankowski, D., Wytrychiewicz-Pankowska, K., Janowski, K., & Pisula, E. (2023). The relationship between primary cognitive appraisals, illness beliefs, and adaptation to rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 164, 111074. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111074>
- Savóia, Mariangela Gentil, Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183–201. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51771996000100009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771996000100009)
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Singh, J. A., Saag, K. G., Bridges, S. L., Akl, E. A., Bannuru, R. R., Sullivan, M. C., Vaysbrot, E., McNaughton, C., Osani, M., Shmerling, R. H., Curtis, J. R., Furst, D. E., Parks, D., Kavanaugh, A., O'Dell, J., King, C., Leong, A., Matteson, E. L.,

- Schousboe, J. T., & Drevlow, B. (2015). 2015 American College of Rheumatology Guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, *68*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1002/art.39480>
- Strand, V., & Khanna, D. (2010). The impact of rheumatoid arthritis and treatment on patients' lives. *Clinical and Experimental Rheumatology*, *28*(3 Suppl 59), S32–40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20576223/>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, *7*(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Uda, M., Hashimoto, M., Uozumi, R., Torii, M., Fujii, T., Tanaka, M., Furu, M., Ito, H., Terao, C., Yamamoto, W., Sugihara, G., Nakagami, Y., Mimori, T., & Nin, K. (2021). Factors associated with anxiety and depression in rheumatoid arthritis patients: A cross-sectional study. *Advances in Rheumatology*, *61*(1). <https://doi.org/10.1186/s42358-021-00223-2>
- Watad, A., Bragazzi, N. L., Adawi, M., Aljadeff, G., Amital, H., Comaneshter, D., Cohen, A. D., & Amital, D. (2017). Anxiety disorder among rheumatoid arthritis patients: Insights from real-life data. *Journal of Affective Disorders*, *213*, 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.007>
- Zhang, L., Zhu, W., & Wu, B. (2023). Determinants of depressive symptoms among patients with rheumatoid arthritis in China: A structural equation model. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 4197–4208. <https://doi.org/10.2147/prbm.s428892>

**Estudo 4: Enfrentamento e depressão na artrite reumatoide: Um modelo explicativo**

*Coping and depression in the course of rheumatoid arthritis: An explanatory model*

**Resumo**

Este estudo objetivou fazer um modelo explicativo para a relação entre enfrentamento, ansiedade e depressão em pacientes com artrite reumatoide. A pesquisa foi realizada na modalidade on-line em uma amostra de 425 pacientes diagnosticados com artrite reumatoide. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, PHQ-9, HAQ e o inventário de estratégias de enfrentamento de Lazarus e Folkman. A análise de dados foi conduzida por meio de uma regressão Logística Binomial com o auxílio do JAMOVI. O modelo teve uma variância explicativa de quase 39% e apontou os itens de dor e higiene como fatores de risco para a depressão, quanto a estratégia de confronto funciona como um fator protetivo. Esses achados ressaltam a importância de intervenções psicológicas voltadas para o desenvolvimento da estratégia de confronto e combate a dor, mostrando a importância de um trabalho multidisciplinar, estratégias comportamentais de combate a dor e ativação comportamental para a diminuição dos sintomas depressivos e contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** enfrentamento, ansiedade, depressão, artrite reumatoide.

**Abstract**

This study aimed to develop an explanatory model for the relationship between coping, anxiety, and depression in patients with rheumatoid arthritis. The research was conducted online with a sample of 425 patients diagnosed with rheumatoid arthritis. The instruments used included a sociodemographic questionnaire, PHQ-9, HAQ, and the Lazarus and Folkman Coping Inventory. Data analysis was performed using Binomial Logistic Regression with the aid of JAMOVI. The model explained nearly 39% of the variance and identified pain

and hygiene items as risk factors for depression, while the confrontational coping strategy functioned as a protective factor. These findings highlight the importance of psychological interventions focused on developing confrontational coping strategies and pain management, emphasizing the need for a multidisciplinary approach, behavioral strategies for pain control, and behavioral activation to reduce depressive symptoms and improve patients' quality of life.

**Keywords:** coping, anxiety, depression, rheumatoid arthritis.

## **Introdução**

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune inflamatória crônica que tem atinge, aproximadamente, 0,5% a 1% da população brasileira adulta. Tem maior prevalência em mulheres e incidência na idade produtiva (entre 40 a 60 anos) (Silva et al., 2020). As principais características são a inflamação das articulações e o desgaste ósseo, podendo haver a deformidades, um quadro algico intenso e limitações funcionais significativas. Pode comprometer também outros órgãos e sistemas, como pele, pulmões e sistema cardiovascular, o que contribui ainda mais para a piora da qualidade de vida, perda de produtividade e altos custos para a sociedade (Kumari et al., 2024).

Por causa dessas limitações e da dificuldade que é conviver com a doença, a AR, é frequentemente acompanhada por comorbidades psicológicas e psiquiátricas significativas, destacando-se a depressão como uma das mais prevalentes, podendo atingir entre 14 a 48% das pessoas que convivem com a doença (Liu et al., 2022). A alta incidência da depressão prejudica ainda mais a qualidade de vida dos pacientes e está positivamente associada a piores desfechos clínicos da doença, o que inclui um pior índice de funcionalidade e uma piora significativa da dor (Margaretten et al., 2011).

A interrelação entre a Ar e a depressão é vista como bidirecional, ou seja, os sintomas da AR podem vir a exacerbar sintomas depressivos e, por outro lado, a presença da depressão pode vir a aumentar a percepção da dor e contribuir para a contínua progressão da incapacidade física da pessoa (Margaretten et al., 2011; Matcham et al., 2013). Ademais, fatores socioeconômicos como renda, gênero e idade, também foram associados ao aumento de sintomas depressivos (Lysitsyna et al., 2019).

A depressão está relacionada ao esgotamento adaptativo que ocorre ao longo do tempo, quando os recursos usados pelas pessoas vão se tornando ineficazes ou insuficientes para lidar com a carga acumulativa dos longos anos da AR (Jeon et al., 2024). Alguns estudos

indicam que há um risco aumentado para depressão quando a pessoa não tem controle sobre suas capacidades físicas e sociais – o que pode reforçar sentimentos de desesperança e inutilidade – ou quando suas estratégias de enfrentamento são passivas ou evitativas (Hinch & Sirois, 2024; Matcham et al., 2014). Esses achados sublinham a importância de analisar os fatores biopsicossociais e também as estratégias de enfrentamento usada por essas pessoas para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes.

As estratégias de enfrentamento são intervenções cognitivas ou comportamentais usadas mediante situações de estresse (Lazarus & Folkman, 1984). Esta teoria destaca que a forma como as pessoas avaliam e agem sobre alguma questão que excede os seus recursos pode influenciar diretamente seu bem-estar ao ativar estratégias que sejam funcionais ou disfuncionais. Ou seja, quando as estratégias são adequadas podem auxiliar o paciente a gerenciar o contexto diminuindo ou eliminando a estresse associado as limitações físicas impostas pela doença. De modo contrário, estratégias inadequadas podem exacerbar sentimentos de desesperança e desamparo, predispondo os indivíduos ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Chandra et al., 2024).

Pode-se pensar, então, que a depressão na AR tem um fator multicausal que envolve os sintomas que existem na AR, sobretudo a dor, aspectos sociais e fatores psicológicos – que incluem as estratégias de enfrentamento (Ziarko et al., 2019). Fazer a correlação entre a depressão, fatores físicos, psicológicos e sociais poderiam ser úteis para a compreensão completa da relação entre a AR e depressão e um melhor manejo entre esses pacientes. Em suma, o objetivo deste artigo é testar empiricamente um modelo explicativo para a depressão na AR, incluindo variáveis como inflamação, dor, enfrentamento e suporte social.

## **Método**

### ***Participantes***

Esta pesquisa teve como público-alvo diagnosticadas formalmente com Artrite Reumatoide com no mínimo 18 anos de idade. A coleta amostral foi feita através de uma pesquisa on-line por conveniência e através de impulsionamento nas redes sociais. O total da amostra foram 432 pessoas, sendo dessas 425 (98,4%) do sexo feminino e 7 (1,6%) do sexo masculino, mas foram excluídos os homens por causa da desproporção amostral, restando assim, 425 mulheres na amostra total.

### ***Instrumentos***

Os instrumentos utilizados neste estudo foram o questionário sociodemográfico, com dados pessoais clínicos e histórico da doença (Anexo 1); *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20) (anexo 2), para mensurar o Índice de Deficiência (ID) (Corbacho & Dapuetto, 2010); *Patient Health Questionnaire-9* (Questionário de saúde do paciente [PHQ-9]) (Anexo 3), usada para rastrear sintomas depressivos (Lima Osório et al., 2009); Escala de catastrofização da dor (B-PCS) (Anexo 5) foi usada para medir o índice de dor e a possibilidade de catastrofização do sintoma (Sullivan et al., 1995) e *Ways of Coping Questionnaire* (Anexo 6) foi utilizada para mensurar as estratégias de enfrentamento mais usadas pela amostra (Savoia, 1996).

### ***Procedimentos***

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe e, liberado sob o CAE 62862622.9.0000.5546. A pesquisa foi estruturada através de um link do *Survey Monkey* e divulgado por conveniência e de forma ampla através de impulsionamento da *Meta* pelo *Instagram* e *Facebook*, entre os meses de novembro e dezembro de 2024. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7) era apresentado no início do formulário cabendo a pessoa assinalar “sim” para aceitar ou “não” para negar a participação.

### ***Análise de dados***

A análise exploratório-descritiva e análise de confiabilidade das escalas foi feita com o auxílio do *software SPSS statistics 21*. A análise de confiabilidade mostrou uma boa confiabilidade em quase todas as escalas (*alfa de cronbach* > 0,80). Porém, a análise de confiabilidade da *Ways of Coping* mostrou-se abaixo do esperado. Optou-se por eliminar alguns itens da escala e algumas subescalas para que a escala tivesse uma boa confiabilidade perante a amostra. A escala apresentada nesse estudo, então, será composta dos seguintes itens e subescalas: Confronto (itens 4, 40 e 47 – *alfa de cronbach* 0,801); Afastamento (itens 6, 21 e 44 - *alfa de cronbach* 0,796); Autocontrole (itens 43, 35 e 54 - *alfa de cronbach* 0,788); Suporte social (itens 8, 18 e 45 - *alfa de cronbach* 0,513); Aceitação de responsabilidade (itens 25, 29, 48, 51, 52 e 62 - *alfa de cronbach* 0,583); Resolução de problemas (itens 1, 26 e 46 - *alfa de cronbach* 0,629); e Reavaliação positiva (itens 20, 23, 30 38, 56, 60 e 63 - *alfa de cronbach* 0,745).

O modelo foi testado através de uma regressão logística binomial com auxílio do *software Jamovi 2.3.28*. A variável dependente (VD) foi a depressão, medida pela PHQ-9 e dicotomizada em duas: níveis mínimos de depressão (0-9) e níveis de ansiedade moderado e severo (10-27 pontos). As variáveis independentes (VI's) foram as subescalas das estratégias de enfrentamento (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, resolução de problemas e reavaliação positiva), nível de dor (mensurado pela B-PCS), índice de incapacidade (mensurado pela HAQ), idade (em anos), renda (menos de um salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, 4 a 7 salários mínimos e acima de 7 salários mínimos), religiosidade (nem um pouco religioso, pouco religioso, mais ou menos religioso, muito religioso e extremamente religioso), escolaridade (ensino básico e ensino superior), relacionamento (com ou sem relacionamento), tempo de diagnóstico (até 1 ano, de 2 a 5 anos, 5 a 10 anos e acima de 10 anos) e alimentação saudável (sim ou não).

## **Resultados**

### ***Perfil da amostra***

As características sociodemográficas e de saúde da amostra estão sintetizadas na Tabela 5. A amostra foi composta por mulheres, com média de 52 anos. A maioria das pessoas, 57,9% relataram estar em um relacionamento fixo e ter cursado até o ensino básico (fundamental e médio (56%,  $n = 238$ ). A renda de 53,4% era de 1 a 3 salários-mínimos; de 13,9% até 1 salário-mínimo; 25,6% recebiam entre 4 a 7 salários mínimos e os demais, mais de 7 salários mínimos.

O tempo de convivência com a doença foi categorizado por anos, sendo que 20,7% foram diagnosticados com AR nos últimos 12 meses; 27,3% entre 1 e 5 anos; 32,2% entre 5 e 10 anos; e 33,2% convivem com a doença já mais de 10 anos.

A maioria da amostra afirma ter sido diagnosticada com ansiedade (90,1%,  $n = 383$ ) e depressão (9,9%,  $n = 42$ ) anteriormente. A catastrofização da dor foi identificada em 93,4% ( $n = 397$ ), com média de dor total foi de 35,2 – considerado elevado.

Acerca da religiosidade, um total de 5,6% ( $n = 5,6\%$ ) declararam ser extremamente religiosos; 32,9% ( $n = 140$ ) muito religioso; 37,9% ( $n = 151$ ) mais ou menos religioso; 8,8% ( $n = 16$ ) pouco religioso e; 3,2% ( $n = 32$ ) nem um pouco religioso.

### **Tabela 5**

*Descrição sociodemográfica e de saúde da doença do Estudo 4*

<b>Variáveis</b>		<b>F% (n)</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino básico (fundamental e médio)	56 (238)
	Ensino superior	44 (187)
<b>Renda</b>	Até um salário mínimo	13,9 (59)
	1 a 3 salários	53,4 (227)
	4 a 7 salários	25,6 (109)
	Acima de 7 salários	17,1 (30)
<b>Relacionamento</b>	Sem relacionamento	42,1 (179)
	Com relacionamento	57,9 (246)
<b>Tempo de diagnóstico (em anos)</b>	Até um ano	20,7 (88)
	2 a 5 anos	27,3 (116)
	5 a 10	18,8 (80)
	Mais de 10 anos	33,2 (141)
<b>Religiosidade</b>	Extremamente religioso	5,6 (24)
	Muito religioso	32,9 (140)

	Mais ou menos religioso	37,9 (161)
	Pouco religioso	16 (68)
	Nem um pouco religioso	7,5 (32)
<b>Sintomas Ansiosos<sup>1</sup></b>	Sintomas de ansiedade mínimos	9,9 (42)
	Sintomas de ansiedade moderado ou severo	90,1 (383)
<b>Sintomas depressivos<sup>2</sup></b>	Sintomas depressivos mínimos	7,3 (31)
	Sintomas depressivos moderados a severo	92,7 (394)
<b>Dor<sup>3</sup></b>	Sem presença de catastrofização da dor	5,9 (28)
	Presença de catastrofização da dor	93,4 (397)

1. Os níveis de ansiedade foram mensurados através da GAD-7 e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 10 categorizado como sintomas ansiosos moderados a severo. 2. Os níveis de ansiedade foram mensurados através da PHQ-( e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 10 categorizado como sintomas depressivos moderados a severo. 3 O nível de catastrofização da dor foi mensurado através da B-PCS e categorizados em dois índices, sendo a pontuação maior que 24 pontuados como uma possibilidade de maior catastrofização da dor.

### **Modelo de regressão logística binomial**

Foi realizada uma regressão logística binomial para testar os seguintes grupos de variáveis: 1) estratégias de enfrentamento (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação das responsabilidades, resolução de problemas e reavaliação positiva); 2) dor; 3) índice de funcionalidade e as subescalas levantar, vestir, comer, andar, higiene, objetos, apreensão e atividades; 4) variáveis sociodemográficas (idade, renda, religiosidade, relacionamento, tempo de diagnóstico e alimentação). Os resultados deste primeiro teste foram sintetizados na Tabela 6.

**Tabela 6**  
*Coefficiente do modelo com cinco passos no Estudo 4*

Grupos	R <sup>2</sup> N ( $\Delta$ R <sup>2</sup> N)	Variáveis	p-valor	OR (IC 95%)
1. Estratégias de enfrentamento	0,117	Confronto	0,004	0,274 (0,11 – 0,66)
		Afastamento	0,204	1,376 (0,83 – 2,26)
		Autocontrole	0,131	1,944 (0,81 – 4,61)
		Suporte social	0,414	1,201 (0,77 – 1,86)
		Aceitação de responsabilidades	0,586	0,904 (0,62 – 1,30)
		Resolução de problemas	0,446	0,849 (0,55 – 1,29)
		Reavaliação positiva	0,912	0,979 (0,67 – 1,42)
2. Dor	0,285		0,003	1,139 (1,04 - 1,24)
3. Índice de funcionalidade	0,366	Funcionalidade total	0,638	1,886 (0,12 – 27,38)
		Levantar	0,612	1,469 (0,33 – 6,44)
		Vestir	0,960	1,038 (0,23 – 4,56)
		Comer	0,536	1,603 (0,35 – 7,23)
		Andar	0,792	1,225 (0,26 – 5,57)
		Higiene	0,003	9,49 (1,09 – 82,38)

		Objeto	0,747	1,391 (0,18 – 10,34)
		Apreensão	0,894	0,862 (0,09 – 7,72)
		Atividades	0,107	0,194 (0,02 – 1,51)
4. Dados sociodemográficos	0,375	Idade	0,721	0,990 (0,93 – 1,04)
		Renda	0,564	0,805 (0,38 – 1,68)
		Religiosidade	0,665	1,110 (0,69 – 1,78)
		Escolaridade	0,989	0,993 (0,34 - 2,84)
		Relacionamento	0,391	1,598 (0,53 – 4,74)
5. Dados de diagnóstico	0,392	Tempo de diagnóstico	0,129	0,691 (0,42 - 1,13)
		Alimentação saudável	0,258	0,542 (0,18 – 1,56)

O teste do modelo em 5 passos mostrou-se significativo ( $p > 0,005$ ) apenas para os itens Confronto ( $p = 0,004$ ), Dor ( $p = 0,003$ ) e Higiene ( $p = 0,003$ ), este sendo subitem da escada de funcionalidade. Eliminou-se as demais variáveis e refez-se a regressão para testar o novo modelo com os itens que apresentaram uma estatística significativa ( $p < 0,005$ ). O segundo modelo apresentou um bom ajuste ao modelo com a diminuição do AIC e o aumento do  $R^2$ .

A análise de regressão logística binomial final apresentou, então, resultados significativos ao testar três variáveis diferentes para prever a ansiedade: Confronto ( $\chi^2 = 19,5$ ), dor ( $\chi^2 = 13,3$ ) e higiene ( $\chi^2 = 12,3$ ), todos com  $p < 0,001$  (Tabela 7). A variância explicativa do modelo foi de aproximadamente 39% ( $R^2 = 0,383$ ).

### Tabela 7

*Coefficiente do modelo com três passos no Estudo 4*

Grupos	$R^2N$ ( $\Delta R^2N$ )	$p$ -valor	OR (IC 95%)
Confronto	0,120	< 0,001	0,573 (0,43 – 0,75)
Dor	0,322	< 0,001	1,136 (1,05 - 1,22)
Higiene	0,383	< 0,001	7,410 (2,15 – 25,43)

O item Confronto teve um coeficiente negativo (-0,557) indicando que a medida que há um maior uso dessas estratégias, aumenta a probabilidade dos sintomas depressivos diminuir (OR = 0,573, IC 95%: 0,43 - 0,75). Os outros dois itens tiveram um efeito positivo, sugerindo que o aumento da dor (OR = 1,136, IC 95%: 1,05 - 1,22) e a dificuldade de fazer a sua própria higiene (OR = 7,410, IC 95%: 2,15 - 25,43) estão associados a um aumento na probabilidade de sintomas depressivos. Não houve indicação de colinearidade entre as variáveis do modelo, pois o *Variance Inflation Factor* (VIF) e as tolerâncias foram adequadas (1,00 e 0,998, respectivamente), reforçando assim a validade preditiva do modelo.

## Discussão

A amostra é composta exclusivamente por mulheres corroborando, assim, com a prevalência da doença no sexo feminino (GBD, 2021). Menos de 10% da amostra revelou ter havido o diagnóstico de depressão até o momento da pesquisa, porém 92,7% das pessoas pontuaram sintomas moderados ou severos no PHQ-9, o que evidencia a dificuldade de fechar o diagnóstico de depressão no curso da doença ou até mesmo a possibilidade de haver um subdiagnóstico do transtorno (Ionescu et al., 2024). Os sintomas depressivos podem ser associados a um esgotamento emocional ocasionado por ter que conviver com os sintomas da AR ao longo do tempo ou por conta das limitações que esta causa (Jeon et al., 2024).

O modelo teve uma boa variância explicativa (quase 39%), mostrando que os itens de dor, higiene e confronto são essenciais para explicar a depressão e as estratégias de enfrentamento nas pessoas com AR. A depressão foi positivamente associada com a dor e higiene, indicando que quanto maior a dor que a pessoa sente e quanto menor a capacidade que a pessoa sinta de fazer sua própria higiene, maior é a possibilidade de desenvolver sintomas depressivos. Ou seja, lidar com a dor e com a disfuncionalidade é um fator desafiador e que necessita de um olhar multidisciplinar para garantir um melhor tratamento (Nagy et al., 2023).

A dor tem sido associada a depressão em diversos estudos. Talvez isso aconteça por dois motivos. O primeiro, é o fato da dor gerar inúmeras limitações, diminuindo a qualidade de vida e assim, despertando sentimentos de inutilidade (Bazzichi et al., 2005; Tanski et al., 2022). O segundo fator é a cronicidade dos sintomas e a dificuldade da pessoa em encontrar soluções para acabar com a dor, gerando a longo prazo sentimentos de desesperança, principal componente da depressão (Meda et al., 2022).

O item higiene aparece aqui como a dificuldade significativa da pessoa para realizar as atividades básicas, como a higiene pessoal, devido a dor, rigidez articular e perda de

funcionalidade nas mãos e membros (Díaz-Gonzalez & Hernández-Hérendes, 2023). Essa limitação não apenas reduz a autonomia do paciente, mas também gera estigma e sentimentos de vergonha, especialmente, quando esta dependência é inevitável (Han et al., 2023). A dificuldade de manter a higiene pode levar ao isolamento social por sentir-se jugado e pela sensação de perda de dignidade, ampliando o impacto emocional da doença e, conseqüente, aumentando o risco para depressão. Além disso, o estigma associado à incapacidade reforça o sentimento de inutilidade e baixa autoestima, reforçando o risco de sintomas depressivos (Fakra & Marotte, 2021).

Pode-se pensar que uma das formas de agir perante a dor e a disfuncionalidade é um trabalho integrado que inclui um trabalho multidisciplinar. O primeiro ponto que possa ser trazido à guisa de intervenção é um processo educativo sobre a doença, o processo da dor e outros fatores que podem prevenir a piora da dor. O trabalho educativo teria como principal ponto orientar para os momentos que a dor possa ser mais frequente e formas de como fazer a sua higiene de maneira mais funcional, diminuindo assim, a possibilidade de catastrofização da dor e incentivando a autonomia (Borges et al., 2020).

A psicoeducação é trazida pela Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) como um dos principais elementos do controle da dor. O ideal é fazer com o paciente compreenda a sua dor como crônica, o que vai exigir dele um enfrentamento diferente de uma dor de caráter agudo. Em dores agudas, surge o alerta de evitar aquilo que está lhe causando dor, visando uma regressão do sintoma. Nos casos crônicos, a estratégia da evitação torna-se prejudicial ao passo que a dor não vai diminuir e pode levar o sujeito a um possível isolamento social, e com o tempo, sintomas depressivos (Beehler et al., 2021).

O confronto foi a única estratégia de enfrentamento vista como significativa no modelo. Ela teve coeficiente negativo o que pode indicar um fator protetivo contra a depressão e vai de contraposição direta a evitação, mecanismo visto pelo modelo psicossocial

da dor como o mais frequente nos casos de pessoas com dor crônica (Nagy et al., 2023). Algumas estratégias de manejo comportamental usadas pela TCC podem ser usadas como estratégia de confronto para a dor, o que inclui o uso de técnicas de relaxamento como respiração diafragmática e mindfulness que ajudam a reduzir a ativação fisiológica da dor. Outras técnicas como a exposição gradual a atividades temidas, o planejamento de metas diárias e a adoção de estilos de vida saudáveis também são métodos que permitem ao paciente desenvolver habilidades para lidar melhor com a dor, diminuindo sua intensidade percebida e o impacto em sua vida (Urits et al., 2019).

A TCC também oferece técnicas valiosas para lidar com a dor de forma geral ao fazer com que o paciente reformule pensamentos disfuncionais sobre a dor, reduz comportamentos de evitação e, melhorar a qualidade de vida, mesmo sem haver a eliminação da dor em sua totalidade. As estratégias cognitivas mais usadas enfatiza a importância de reestruturar crenças disfuncionais sobre a dor, a exemplo da crença que a dor é contínua ou incontrolável e, portanto, irreversível. São elas: monitoração de pensamentos, exercícios de reavaliação cognitiva e, mais uma vez, a introdução de atividades graduais (Burn et al., 2024).

Durante o curso da depressão, convém trazer estratégias de confronto aos sintomas depressivos, tal como a ativação comportamental, incentivando o paciente a engajar-se em atividades que proporcionam prazer ou senso de reabilitação (Nagy et al., 2023). Ao combater a inércia característica da depressão, os pacientes tendem a experimentar melhorias graduais no humor e na autoeficácia, fortalecendo o impacto das mudanças cognitivas promovidas pela TCC (Cuijpers et al., 2023).

As intervenções para lidar com a depressão podem, talvez, serem divididas em promoção ou reabilitação da saúde. Como estratégias de promoção, surge o trabalho multidisciplinar com uma proposta psicoativa e estratégias de confronto que visam lidar com a dor e o controle das incapacidades. À guisa de reabilitação, entram as estratégias de

ativação comportamental, principalmente de fazer atividades prazerosas e aumentar gradativamente a motivação para o tratamento.

Apesar de trazer propostas valiosas, este estudo trouxe limitações como o fato de ser uma amostra exclusivamente de mulheres e com uma representação maior das regiões sudeste e sul do Brasil. Sugere-se estudos com maior amplitude amostral, principalmente nas regiões norte e nordeste do país. Além disso, o inventário de enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984) não teve uma boa confiabilidade para a amostra, indicando a necessidade de uma possível criação de uma escala específica para o público estudado aqui.

Em suma, os objetivos iniciais foram alcançados. O estudo mostra dois principais fatores de risco para a depressão: a dor e a higiene. Pauta-se aqui na ideia de que a continuidade da dor, a catastrofização da mesma e a dificuldade de fazer a higiene acentuam o risco para a depressão, ao passo que a estratégia de confronto é protetiva e pode ser usada para diminuir ou até mesmo prevenir sintomas depressivos. Traz-se, então, a importância dos fatores psicológicos para a melhoria da qualidade de vida e enfatiza-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar.

### Referências

- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Orav, E. J., Nestoriuc, Y., Liang, M. H., Berman, I. T., Kingsbury, J. R., Sy, J. T., & Wilk, K. G. (2010). A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 222–232.  
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.04.001>
- Bazzichi, L., Maser, J., Piccinni, A., Rucci, P., Del Debbio, A., Vivarelli, L., Catena, M., Bouanani, S., Merlini, G., Bombardieri, S., & Dell’Osso, L. (2005). Quality of life in rheumatoid arthritis: Impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(6), 783–788.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396695/>
- Beeler, G. P., Murphy, J. L., King, P. R., & Dollar, K. M. (2016). *Brief cognitive behavioral therapy for chronic pain: Therapist manual*.  
[https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/CBT\\_CP/docs/Brief\\_CBT-CP-Manual-V2\\_5-6-2021.pdf](https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/CBT_CP/docs/Brief_CBT-CP-Manual-V2_5-6-2021.pdf)
- Borges, L. C. D., Chaves, L. A., Andrade, J. A., Silva, L. C., Marcelino, A. L. F. de O., Chaves, R. A., Kakehasi, A. M., & Calderaro, D. C. (2020). Impacto da educação na saúde de pacientes com artrite reumatoide - estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 31(1-3), 54–59.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v31i1-3p54-59>
- Chandra, K. R., Kumar, B. J., Taj, D. M., Pavani M, Devaki, K., Shekhar, N. R., Kommireddy, S., Chittipolu, A. K., & Yerrakula, G. (2024). Effect of Coping Strategies on Pain Intensity in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 15(3).  
<https://doi.org/10.1177/0976500x241263653>

- Corbacho, M. I., & Dapuetto, J. J. (2010). Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 31–43. <https://doi.org/10.1590/s0482-50042010000100004>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Harrer, M., & Stikkelbroek, Y. (2023). Individual behavioral activation in the treatment of depression: A meta analysis. *Psychotherapy Research*, 33(7), 1–12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2197630>
- Díaz-González, F., & Hernández-Hernández, M. V. (2023). La artritis reumatoide. *Medicina Clínica*, 161(12). <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.014>
- Fakra, E., & Marotte, H. (2021). Rheumatoid arthritis and depression. *Joint Bone Spine*, 88(5), 105200. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105200>
- Han, Z.-Y., Chen, Y., Chen, Y.-D., Sun, G.-M., Dai, X.-Y., Yin, Y.-Q., & Geng, Y.-Q. (2023). Latent characteristics and influencing factors of stigma in rheumatoid arthritis: A latent class analysis. *Medicine*, 102(23), e34006. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034006>
- Hinch, R., & Sirois, F. M. (2024). A meta-analysis of coping strategies and psychological distress in rheumatoid arthritis. *British Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12726>
- Kumari, M., Sadhu, P., Shah, N., Chitralli Talele, & Gohil, D. (2024). Comprehensive review of rheumatoid arthritis: Insights, challenges, and prospects. *Journal of Advanced Zoology*, 45(1). <https://doi.org/10.53555/jaz.v45i1.3391>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Lisitsyna, T. A., Abramkin, A. A., Veltishchev, D. Y., Seravina, O. F., Kovalevskaya, O. B., Zeltyn, A. E., Glukhova, S. I., Nasonov, E. L., & Krasnov, V. N. (2019). Chronic pain and depression in patients with rheumatoid arthritis: Results of five - year follow - up.

*Terapevticheskii Arkhiv*, 91(5), 8–18.

<https://doi.org/10.26442/00403660.2019.05.000207>

- Liu, N., Yan, W., Su, R., Zhang, L., Wang, X., Li, Z., Qin, D., & Peng, J. (2023). Research progress on rheumatoid arthritis-associated depression. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.992223>
- Margaretten, M., Julian, L., Katz, P., & Yelin, E. (2011). Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *International Journal of Clinical Rheumatology*, 6(6), 617–623. <https://doi.org/10.2217/ijr.11.6>
- Matcham, F., Scott, I. C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G. H., Norton, S., Scott, D. L., & 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*, 44(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.001>
- Meda, R. T., Nuguru, S. P., Rachakonda, S., Sripathi, S., Khan, M. I., & Patel, N. (2022). Chronic pain-induced depression: A review of prevalence and management. *Cureus*, 14(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.28416>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., Richmond, B., Dudeney, J., Todd, J., Szabo, M., Sesel, A.-L., & Dear, B. (2022). Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus mindfulness for people with rheumatoid arthritis with and without a history of recurrent depression: study protocol and design. *BMJ Open*, 12(5), e056504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056504>
- Nagy, Z., Szigedi, E., Takács, S., & Császár-Nagy, N. (2023). The effectiveness of psychological interventions for rheumatoid arthritis (RA): A systematic review and meta-analysis. *Life*, 13(3), 849. <https://doi.org/10.3390/life13030849>
- Osório, F. de L., Mendes, A. V., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of brazilian women in

the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216–227.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>

Savóia, M. G., Santana, P. R., & Meijas, N. P. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183–201.

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-)

51771996000100009

Silva, J. A., Souza, F. M., & Lima, E. M. (2020). *Artrite reumatoide: uma análise da doença no Brasil*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200021.

Urits, I., Hubble, A., Peterson, E., Orhurhu, V., Ernst, C. A., Kaye, A. D., & Viswanath, O.

(2019). An update on cognitive therapy for the management of chronic pain: A comprehensive review. *Current Pain and Headache Reports*, 23(8).

<https://doi.org/10.1007/s11916-019-0794-9>

Ziarko, M., Siemiątkowska, K., Sieński, M., Samborski, W., Samborska, J., & Mojs, E.

(2019). Mental health and rheumatoid arthritis: Toward understanding the emotional status of people with chronic disease. *BioMed Research International*, 2019, 1–8.

<https://doi.org/10.1155/2019/1473925>

### **Considerações finais**

O objetivo deste estudo foi criar um modelo explicativo para o funcionamento da AR de modo a investigar como o enfrentamento, quando funcional, pode diminuir o contexto estressor e sintomatológico, diminuir ou prevenindo, assim, sintomas de ansiedade e depressão. Para isso, foram construídos quatro estudos interdependentes entre si, sendo o primeiro estudo teórico e que visou o aprofundamento teórico do modelo do enfrentamento e como ele é usado na área da saúde; o segundo foi uma revisão de escopo que buscou averiguar os estudos acerca da ansiedade, depressão e enfrentamento associados a AR; e o terceiro e quarto estudos foram empíricos e buscaram testar os modelos empíricos para a ansiedade e depressão, respectivamente.

O primeiro estudo trouxe um histórico do enfrentamento e enfatizou o modelo proposto por Lazarus e Folkman, pois este ainda é o mais escolhido para estudos na área da saúde por levar em consideração o processo avaliativo e o contexto que a pessoa vivencia. Nos estudos da dor ou de procedimentos invasivos, coloca-se a importância da avaliação dos sintomas e das limitações impostas pelas doenças crônicas e propõe que, ambos os tipos - o enfrentamento com foco no problema e na emoção – são igualmente importantes a depender do contexto, apesar dos estudos assinalarem o enfrentamento com foco no problema como sendo o mais usado nos momentos em que a pessoa avalia conseguir fazer alguma coisa para mudar o seu quadro estressor e as estratégias com foco na emoção mais usadas quando a pessoa avalia não ter mais o que fazer para mudar a situação vivenciada. Este estudo serviu para situar o leitor no principal construto e da importância dele no decorrer do estudo como um todo.

O segundo estudo traz um panorama dos estudos que trazem a ansiedade, depressão e o enfrentamento no contexto da AR. Não foram encontrados estudos que trazem a associação dos três construtos estudados, mas os estudos escolhidos foram essenciais para compreender

a prevalência dos transtornos psiquiátricos e os possíveis preditores para a ansiedade e depressão – todos eles testados nos estudos 3 e 4: dor, funcionalidade, questões sociodemográficas e o enfrentamentos (todas como VI's).

Os estudos 3 e 4 trouxeram os testes dos modelos, sendo o estudo 3 testando a ansiedade e o estudo 4 testando a depressão. As hipóteses iniciais colocaram a dor como um potencial ativador do estresse psicológico causado pela doença e que a partir dela as pessoas optariam por menos estratégias com foco no problema – visto que a dor é crônica – e mais estratégias com foco na emoção. O modelo mostrou que a dor é sim um fator de risco tanto para a ansiedade quanto para a depressão, porém estratégias distintas podem ser usadas para a ansiedade e depressão. A estratégia da reavaliação positiva foi vista como protetiva para reduzir a ansiedade e o confronto para diminuir sintomas depressivos.

As estratégias apontadas pelo modelo traz insights poderosos para intervenções eficazes tanto para a ansiedade quanto para a depressão, principalmente baseados da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). No tocante a ansiedade, temos as intervenções baseadas na reestruturação cognitiva e modificação de pensamentos para a diminuição dos sintomas e na depressão a possibilidade do uso de estratégias focadas a diminuir os sintomas da depressão e da doença, tal como a ativação comportamental. Além disso, as estratégias de enfrentamento a dor entram como ponto chave para diminuição de sintomas de catastrofização da dor.

Um ponto chave apontado pelo modelo e durante todos os estudos é que não se pode determinar uma estratégia com foco no problema sendo superior ou não a com foco na emoção. Não há como determinar a soberania de uma estratégia em detrimento da outra porque o mecanismo avaliativo que envolve o contexto que a pessoa está inserido e os mecanismos internos da pessoa. Durante o mecanismo estressor, pode-se haver uma intersecção do uso de estratégias com foco na emoção e no problema e que servirão para

propósitos diferentes como foi mostrado no modelo – a estratégia de reavaliação como protetiva para a ansiedade e o confronto como essencial para a diminuição de sintomas depressivos.

Outra hipótese testada foi que a disfuncionalidade estaria associada a ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos. Os modelos mostraram que as limitações da doença não estão associados aos sintomas ansiosos e apenas a dificuldade de fazer a própria higiene é um fator a ser considerado na ocorrência de sintomas depressivos. Nota-se que um trabalho de psicoeducação e uma estratégia multidisciplinar é eficaz para ativar a estratégia de confrontar as próprias limitações são vistas como eficazes.

É possível notar limitações neste estudo. Uma delas é o fato de ter apenas mulheres na amostra, não podendo compreender a totalidade das pessoas. Outro ponto importante a se falar é que o ajuste da escala de enfrentamento não foi adequado para a amostra, o que trouxe a necessidade de excluir alguns itens. Estudos futuros podem ser sugeridos, tal qual, um estudo que teste uma proposta de intervenção com base no modelo sugerido aqui, um estudo que englobe ambos os sexos e com uma amostra equitativa em todo o Brasil. Nota-se que, até o momento, não existe nenhum trabalho que foque em intervenções eficazes e práticas no contexto da AR, mesmo ela sendo hoje uma das doenças mais limitantes em termos de cronicidade. Destaca-se aqui o Brasil, especificamente, o Nordeste que não tem um estudo que trate da AR neste contexto.

Por fim, os estudos propuseram dois modelos explicativos: um para a ansiedade e outro para a depressão. Ambos os modelos propuseram testar e explicar os principais preditores para os transtornos e ajustar assim, as estratégias de enfrentamento mais eficazes. Ambos os modelos tiveram uma boa variância explicativa. A dor mostrou-se como principal preditora para a ansiedade e depressão e a higiene como um dos preditores para a depressão.

Em contraponto, tem-se as estratégias de enfrentamento mencionadas como protetora, cumprindo-se assim, os objetivos propostos.

**Anexo 1: Questionário sociodemográfico**

1. Gênero ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Idade (em anos): \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior
4. Cidade onde reside: \_\_\_\_\_
5. Qual sua ocupação? \_\_\_\_\_
6. Estado onde reside: \_\_\_\_\_
7. Qual a renda mensal familiar (somando a renda de todas as pessoas que vivem na mesma casa em que você)? ( ) Menos que 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos ( ) 4 a 7 salários mínimos ( ) Acima de 7 salários mínimos
8. Qual o seu status de relacionamento? ( ) Solteiro ( ) Morando junto/casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)
9. Há quanto tempo foi diagnosticado com AR?
10. Qual o seu peso atual? \_\_\_\_\_
11. Qual a sua altura? \_\_\_\_\_
12. Faz algum tipo de tratamento para a doença crônica? ( ) Sim ( ) Não
13. Em caso afirmativo à pergunta anterior, indique qual o tratamento realizado:  
\_\_\_\_\_
14. Usa regularmente alguma destas substâncias? ( ) Álcool ( ) Cigarro
15. Pratica atividade física regularmente? ( ) Sim ( ) Não
16. Você considera que mantém hábitos alimentares saudáveis? ( ) Sim ( ) Não

17. Tem alguma doença ou transtorno mental diagnosticado? ( ) Sim.Qual? ( ) Não
18. Tem alguma outra comorbidade física? ( ) Sim. Qual? ( ) Não
19. Como você considera sua saúde atualmente: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim  
( ) Péssima

## Anexo 2: Health Assessment Questionnaire

A HAQ-20 (Health Assessment Questionnaire) é amplamente utilizada para avaliar a funcionalidade de pacientes com artrite reumatoide. Abaixo, está a tabela padrão com as 20 perguntas divididas em oito categorias funcionais. Os pacientes indicam seu nível de dificuldade em realizar as atividades listadas.

<i><b>Categoria</b></i>	<i><b>Perguntas</b></i>
<i><b>Vestir-se e arrumar-se</b></i>	1. Vestir-se, incluindo abotoar roupas? 2. Lavar e secar o cabelo?
<i><b>Levantar</b></i>	3. Levantar-se de uma cadeira sem apoio? 4. Deitar-se ou levantar-se da cama?
<i><b>Comer</b></i>	5. Cortar sua própria comida? 6. Levar um copo à boca?
<i><b>Andar</b></i>	7. Andar em um piso plano? 8. Subir cinco degraus?
<i><b>Higiene</b></i>	9. Tomar banho? 10. Entrar e sair do chuveiro ou banheira?
<i><b>Alcance</b></i>	11. Pegar um objeto no alto, como um pacote em um armário? 12. Abaixar-se para pegar algo?
<i><b>Apreensão</b></i>	13. Abrir uma porta pesada? 14. Abrir um pote novo?
<i><b>Atividades diárias</b></i>	15. Escrever ou manusear pequenos objetos? 16. Trabalhar em um hobby ou tarefa doméstica?

### Instruções de preenchimento:

- Para cada pergunta, o paciente deve selecionar o grau de dificuldade:
  - 0 = Sem dificuldade
  - 1 = Alguma dificuldade
  - 2 = Muita dificuldade
  - 3 = Incapaz de realizar

### Anexo 3: Patient Health Questionnaire-9

**Instruções:** A seguir há uma lista de sentimentos e comportamentos. Para cada afirmativa, por favor, com que frequência você se sentiu assim recentemente, selecionando a opção com que você mais concorda. Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
0	1	2	3

1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia.	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite.	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim mesmo ou que sou um(a) fracassado/a ou desiludi a mim mesmo ou à minha família.	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em me concentrar nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas puderam ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.	0	1	2	3

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
--	---------------------	-------------------	-------------------	---------------------

Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
---	----------	----------	----------	----------

**Anexo 4: Generalized Anxiety Disorder 7-item**

<b>Durante as <u>últimas 2 semanas</u>, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?</b> (Marque sua resposta com um “✓”)	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
<b>1.</b> Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
<b>2.</b> Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
<b>3.</b> Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
<b>4.</b> Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
<b>5.</b> Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
<b>6.</b> Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
<b>7.</b> Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

**Anexo 5: Escala de Pensamentos Catastóficos Relacionados a Dor**

Nome		Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data:	
Escolaridade (anos completos de estudo, excluir mobral):					
<b>Instruções:</b>					
<b>Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor</b>					
1. A preocupação durante todo o tempo com aduração da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
3. O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
4. O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
5. O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
7. O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
8. O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
10. O pensamento que ainda poderá doer mais é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
11. O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínimo	1 Leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso

13. A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
---	-------------	-----------	---------------	--------------	--------------------

## Anexo 6: Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Lazarus e Folkman

### Instruções:

Leia cada afirmação e indique com que frequência você utilizou a estratégia descrita durante uma situação estressante específica. Use a escala:

- 0 = Nunca utilizei
- 1 = Raramente utilizei
- 2 = Às vezes utilizei
- 3 = Frequentemente utilizei

Item	Estratégia de Enfrentamento	Frequência (0-3)
1	Pensei em como poderia lidar melhor com o problema.	
2	Fiz algo concreto para resolver o problema.	
3	Procurei ajuda de alguém próximo.	
4	Tentei manter minha calma.	
5	Aceitei a situação como ela é.	
6	Contei a alguém como eu realmente me sentia.	
7	Tentei ver o lado positivo do que aconteceu.	
8	Ignorei o problema, tentando afastá-lo da minha mente.	
9	Usei técnicas de relaxamento, como respiração ou meditação.	
10	Imaginei diferentes formas de resolver a situação.	
11	Rezei ou procurei conforto espiritual.	
12	Culpei-me pelo que aconteceu.	
13	Planejei o que fazer passo a passo.	
14	Tentei encontrar novas formas de pensar sobre o problema.	
15	Busquei conselhos práticos.	
16	Tentei me distrair com outras atividades.	
17	Fiquei emocionalmente abalado, sem conseguir fazer nada.	
18	Contei com amigos ou familiares para me dar apoio emocional.	
19	Analisei a situação para entendê-la melhor.	
20	Evitei pessoas ou situações que me lembrassem do problema.	
21	Pensei em todas as pessoas que poderiam ajudar.	
22	Busquei ver a situação como uma oportunidade de aprendizado.	
23	Fiquei parado, sem saber o que fazer.	
24	Tentei resolver o problema diretamente.	
25	Expressei minhas emoções abertamente.	
26	Reinterpretei a situação de uma forma mais positiva.	
27	Fiz piadas sobre a situação para aliviar a tensão.	
28	Procurei informações ou dados para entender melhor o problema.	
29	Culpei outras pessoas pelo problema.	
30	Aceitei o que aconteceu e tentei seguir em frente.	
31	Reavaliei meus objetivos e prioridades.	
32	Pedi apoio prático ou material.	
33	Afastei-me emocionalmente do problema.	
34	Tentei reduzir a importância do problema em minha mente.	
35	Refleti sobre experiências anteriores para encontrar soluções.	
36	Lamentei-me pelo que aconteceu.	

37	Tentei relaxar, afastando-me temporariamente do problema.	
38	Pensei nas consequências de longo prazo das minhas ações.	
39	Concentrei-me nas minhas responsabilidades para desviar o foco do problema.	
40	Procurei apoio psicológico ou terapia.	
41	Acreditei que as coisas iriam melhorar com o tempo.	
42	Tentei ajudar outras pessoas para esquecer meus próprios problemas.	
43	Usei estratégias de enfrentamento que já funcionaram antes.	
44	Fiz algo criativo ou artístico para me distrair.	
45	Recorri a memórias felizes para me acalmar.	
46	Concentrei-me em resolver apenas uma parte do problema.	
47	Busquei informações em livros, artigos ou internet sobre como resolver o problema.	
48	Reclamei do problema para quem estava por perto.	
49	Imaginei cenários alternativos para o que aconteceu.	
50	Foquei no que estava ao meu alcance, ignorando o que eu não podia mudar.	
51	Mantive-me otimista, apesar da dificuldade.	
52	Afastei-me temporariamente do problema para pensar com mais clareza depois.	
53	Fiz uma lista de prós e contras sobre o que fazer.	
54	Analisei os recursos que eu tinha à disposição.	
55	Procurei atividades físicas ou exercícios para lidar com o estresse.	
56	Tentei evitar pensar no problema o máximo possível.	
57	Participei de grupos de apoio ou fóruns para compartilhar minha experiência.	
58	Busquei ouvir histórias de pessoas que superaram problemas semelhantes.	
59	Tentei mudar minha atitude em relação ao problema.	
60	Pensei no que poderia fazer diferente em situações futuras.	
61	Concentrei-me no presente, sem me preocupar excessivamente com o futuro.	
62	Conversei com um profissional especializado sobre como lidar com o problema.	
63	Usei minha fé ou crenças para me fortalecer.	
64	Reavaliei se o problema era tão grave quanto parecia inicialmente.	
65	Tentei organizar melhor meu tempo para lidar com as demandas do problema.	
66	Mantive a esperança de que a situação pudesse ser resolvida.	

## Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Universidade Federal de Sergipe Departamento de Psicologia Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “ENFRENTAMENTO, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO NA ARTRITE REUMATÓIDE”. O objetivo principal da pesquisa é criar um modelo explicativo para o enfrentamento e o possível surgimento de sintomas ansiosos e depressivos na população com Artrite Reumatóide. Espera-se que os benefícios tragam uma maior compreensão acerca da percepção de saúde de pessoas com artrite reumatóide e seu impacto na adesão ao tratamento, incluindo a influência da ocorrência de transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão.

A aplicação será feita de forma online e sigilosa com duração estimada de 20 minutos. Os participantes responderão perguntas referentes a sua situação sociodemográfica, assim como alguns questionários com perguntas fechadas em que você deverá assinalar apenas uma delas. Os dados da pesquisa serão identificados apenas por um código, sendo mantidas sob sigilo todas as suas informações. Os dados coletados serão utilizados apenas conforme os objetivos desta pesquisa e serão analisados por um programa estatístico chamado SPSS. O conteúdo e os resultados serão divulgados em meio científico e à população em estudo pela presente pesquisa apenas de forma agrupada impossibilitando a sua identificação pessoal. Será realizado no futuro, uma devolutiva com os dados oriundos desse estudo para a população alvo a fim de trazer benefícios à sociedade em geral.

Sua participação não é obrigatória e apresenta risco considerado mínimo devido desconforto ou ao constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários ou prestar sua opinião e vivência sobre a sua doença. Caso ocorra este tipo de situação, os pesquisadores estarão preparados para oferecer o suporte necessário ao participante, bem como, para encaminhá-lo a atendimento no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. Além disso, você poderá desistir de participar da pesquisa – se assim desejar, ou responder apenas as questões que não lhe causem desconforto. Em caso de desistência, você poderá entrar em contato com os pesquisadores via e-mail ou telefone e solicitar a exclusão de seu questionário da pesquisa, porém, uma vez que os dados já tenham sido publicados, não será possível a retirada de suas respostas.

Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro ou privilégios particulares por você estar participando. A sua participação nesta pesquisa não implica em despesas pessoais em qualquer fase do estudo, ou seja, NÃO haverá gastos adicionais por causa da participação na pesquisa. Adicionalmente, informamos que caso você venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e/ou das instituições envolvidas com a pesquisa, conforme a resolução CNS nº 466 de 2012.

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente você venha a ter. Caso você queira em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar ou retirar seu consentimento, você terá toda liberdade de fazê-lo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

O pesquisador responsável pela pesquisa é Catiele dos Reis Santos, doutoranda em psicologia, juntamente com o professor Dr. André Faro, professor Adjunto do Departamento de

Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. Você pode entrar em contato com os pesquisadores pelos endereços de e-mail [andre.faro.ufs@gmail.com](mailto:andre.faro.ufs@gmail.com) ou [catiele.reis@gmail.com](mailto:catiele.reis@gmail.com). Também pode ser feito o contato com os pesquisadores no endereço: Departamento de Psicologia (CECH 2) Avenida Marechal Rondon, s/n, bairro Jardim Rosa Elze, São Cristóvão – SE, CEP: 49100-000 ou entrar em contato pelo número (79) 3194-6747 de Segunda a Sexta-feira das 08 às 17h.

Para esclarecer dúvidas sobre os seus direitos como participante da pesquisa, fazer denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe - CEP/UFS, que se encarrega de resolver tais questões. O contato pode ser feito pelo número (79) 3194-7208, pelo endereço Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju – SE CEP: 49.060-110 ou por e-mail: [cep@academico.ufs.br](mailto:cep@academico.ufs.br) de segunda a sexta-feira das 07 às 12h.

Ao clicar no botão abaixo e informar o seu email, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste Termo de Consentimento. Caso não concorde em participar em qualquer etapa da pesquisa, apenas feche essa página no seu navegador.

É importante salientar que uma cópia assinada digitalmente deste termo e de suas respostas na pesquisa serão enviados por e-mail assim que termine de responder a pesquisa, conforme a resolução do CNS 466/ 2012.

Email: \_\_\_\_\_

Concorda em participar da pesquisa:

- (  ) sim  
(  ) não