

Maior intensidade de dor está associada com menor resiliência em pacientes com artrite reumatoide

Higher pain intensity is associated with less resilience in patients with rheumatoid arthritis

Raida Ahmad Musa Mheisen Husein¹, Deise Juliana Rhoden¹, Paula Lorenzoni Nunes¹, Karine Raquel Uhdich Kleibert¹, Eniva Miladi Stumm¹, Christiane de Fatima Colet¹

DOI 10.5935/2595-0118.20230065-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A artrite reumatoide é uma doença inflamatória, crônica e autoimune, que acarreta lesão articular e pode ocasionar incapacidade física. Pacientes com doenças crônicas e debilitantes como a artrite necessitam se adaptar à nova realidade. Essas mudanças podem ser menos impactantes em pacientes com maior autoeficácia e resiliência. Os fatores psicossociais exercem influência na qualidade de vida (QV) desses pacientes, portanto o objetivo deste estudo foi avaliar a resiliência nessa população e sua relação com dor, capacidade funcional e atividade da doença.

MÉTODOS: Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada com pacientes de uma clínica de especialidades médicas, através dos questionários sociodemográfico, clínico-laboratorial, de avaliação da saúde, de escore da atividade da doença, e avaliação da saúde, de escore da atividade da doença, e da escala de Resiliência de Wagnild e Young. A análise dos dados foi feita através dos testes Exato de Fisher, Qui-quadrado, *t* de Student e ANOVA.

RESULTADOS: Participaram do estudo 120 pacientes, sendo 89,2% do sexo feminino, com média de idade de 56,9±10,7 anos. A dor foi classificada como intensa por 40,8%; 65,8% dos pacientes estavam com doença em remissão e 50,8% com incapacidade leve. A resiliência de 49,2% foi elevada. Foi verificada uma associação entre menor resiliência e: presença de articulações dolorosas ($p=0,004$) e maior intensidade de dor ($p=0,014$).

Foi verificada menor média de resiliência (130,95) nos participantes com incapacidade grave.

CONCLUSÃO: Pacientes com artrite reumatoide menos resilientes apresentaram maior incapacidade funcional, articulações dolorosas e maior intensidade de dor. Além disso, a partir do momento em que se adota medidas adicionais, tais como ações educativas e estratégias comportamentais, com ênfase na resiliência, que auxiliem no controle e no desfecho clínico da doença, certamente haverá impacto positivo na QV dos pacientes.

Descritores: Artrite reumatoide, Dor, Dor musculoesquelética, Resiliência psicológica, Sistemas de saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Rheumatoid arthritis is an inflammatory, chronic and autoimmune disease that causes joint damage and can lead to physical disability. Patients with chronic and debilitating diseases such as arthritis need to adapt to the new reality. These changes may have less impact on patients with greater self-efficacy and resilience. Psychosocial factors influence the quality of life (QoL) of these patients, so the aim of this study was to assess resilience in this population and its relationship with pain, functional capacity and disease activity.

METHODS: This is a cross-sectional study carried out with patients at a medical specialties clinic, using a sociodemographic, a clinical-laboratory, a health assessment, a disease activity score questionnaires and the Wagnild and Young Resilience Scale. The data was analyzed using Fisher's Exact, Chi-square, Student's *t* and ANOVA tests.

RESULTS: 120 patients participated in the study, 89.2% female, mean age 56.9 ± 10.7 years. Pain was classified as severe by 40.8%, 65.8% had disease in remission and 50.8% had mild disability. The resilience of 49.2% was high. There was an association between lower resilience and: presence of painful joints ($p=0.004$) and greater pain intensity ($p=0.014$). There was a lower average of resilience (130.95) in participants with severe disability.

CONCLUSION: Patients with less resilient rheumatoid arthritis had greater functional disability, painful joints and greater pain intensity. In addition, from the moment additional measures are adopted, such as educational actions and behavioral strategies, with an emphasis on resilience, which help in the control and clinical outcome of the disease, there will certainly be a positive impact on the QoL of these patients.

Keywords: Health systems, Musculoskeletal pain, Pain, Psychological resilience, Rheumatoid arthritis.

Raida Ahmad Musa Mheisen Husein – <https://orcid.org/0000-0002-5200-4869>;
Deise Juliana Rhoden – <https://orcid.org/0000-0002-0606-9557>
Paula Lorenzoni Nunes – <https://orcid.org/0000-0001-6158-1484>;
Karine Raquel Uhdich Kleibert – <https://orcid.org/0000-0001-7511-1977>;
Eniva Miladi Stumm – <https://orcid.org/0000-0001-6169-0453>;
Christiane de Fatima Colet – <https://orcid.org/0000-0003-2023-5088>.

1. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Ijuí, RS, Brasil.

Apresentado em 19 de abril de 2023.

Aceito para publicação em 26 de agosto de 2023.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

DESTAQUES

- Pessoas mais resilientes apresentaram menos dor.
- Pacientes menos resilientes apresentaram mais articulações dolorosas.
- A resiliência pode auxiliar no desfecho clínico da doença.

Correspondência para:

Christiane de Fatima Colet

E-mail: chriscolet@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica e autoimune, que acarreta lesão articular e pode ocasionar incapacidade física¹. Essa doença acomete 1% da população mundial^{2,3}. A AR pode causar a diminuição progressiva da capacidade funcional, com prejuízo nas atividades da vida diária⁴.

Pacientes com doenças crônicas e debilitantes como AR necessitam se adaptar à nova realidade. Tais mudanças podem ser menos impactantes em pacientes com maior autoeficácia e resiliência, pois mostraram resultados satisfatórios no controle da intensidade da dor, bem como nas funções física e mental^{5,6}.

Na área da saúde, a resiliência tem sido mensurada e identificada em pacientes com doenças crônicas, e, quando elevada, está associada a maior aceitação da doença, melhora no autocuidado, redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida (QV), podendo ser benéfica e contribuir na terapêutica e no prognóstico⁷.

Como na AR os fatores psicossociais afetam a QV dos pacientes⁸, há a necessidade de avaliar a resiliência na população afetada, de modo a contribuir com o conhecimento acerca da relação entre os referidos fatores e as variáveis clínicas da doença. Além da terapia farmacológica, da educação do paciente e familiares, abordagens terapêuticas comportamentais visam aumentar os escores de resiliência, e podem integrar a avaliação rotineira dos pacientes. O interesse em mensurar a resiliência e formas de modulá-la pode ser uma alternativa para minimizar a dor em pacientes com AR, melhorando a QV e reduzindo o consumo de fármacos para esse fim. Pesquisas acerca dessa temática ainda são escassas, portanto este estudo pode contribuir com essa lacuna do conhecimento, uma vez que buscou formas alternativas de minimizar a dor de pacientes com AR, que não sejam farmacológicas.

Diante do exposto, aliado a evidências da literatura que demonstram a influência positiva de construtos como a resiliência, na saúde e controle dos sintomas em pacientes crônicos^{9,10}, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a resiliência de pacientes com AR e sua relação com dor, capacidade funcional e atividade da doença.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal. A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI – Parecer nº 3.298.736). A coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro de 2019, em uma clínica de especialidades médicas com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por via particular e por planos de saúde de Ijuí, Rio Grande do Sul. O artigo foi organizado seguindo a recomendação do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement*¹¹. O cálculo amostral para poder estatístico descritivo deste estudo requereu 122 pessoas, considerando que a população com AR da referida clínica era de 400 pessoas; a taxa de erro amostral foi de 5%, de distribuição homogênea.

Foram incluídos nesta pesquisa os pacientes que contemplaram os seguintes critérios: ter diagnóstico de AR com ao menos um ano de duração, conforme critérios ACR/EULAR 2010¹²; estar em acompanhamento regular com um médico reumatologista na clínica em

que foi realizada a coleta de dados e ter idade mínima de 18 anos. Pacientes com diagnóstico de fibromialgia ou de outras doenças inflamatórias do tecido conjuntivo, diferentes da AR, e com dificuldades cognitivas, foram excluídos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta dos dados

As variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, profissão, tabagismo e tipo de plano de saúde (saúde suplementar, SUS ou nenhum/privado) foram coletadas por meio de questionários. Foram considerados tabagistas pacientes que fumavam no momento da pesquisa ou anteriormente.

O perfil clínico-laboratorial e terapêutico compreendeu os seguintes parâmetros: proteína C-reativa (PCR), fator reumatoide (FR), anticorpo antipeptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP), tempo de início dos sintomas, tempo do diagnóstico, modalidades de tratamento, articulações dolorosas e edemaciadas, uso de antidepressivo e comorbidades. Os fármacos considerados foram os utilizados para AR e outras comorbidades, em uso contínuo; quanto ao tempo de sintomas foi considerado o momento em que os primeiros sintomas apareceram até a realização do diagnóstico; a duração da doença se referiu à data do diagnóstico até o momento da entrevista; articulações dolorosas e edemaciadas foram avaliadas através da palpação durante o exame físico, considerando-se 28 articulações; e dados laboratoriais foram referentes a exames coletados até 15 dias antes da consulta, solicitados pelo médico e realizados em um laboratório terceirizado contratado pelo paciente.

A avaliação do estado funcional dos pacientes foi realizada através do Questionário de Avaliação da Saúde (HAQ). O valor do índice de incapacidade (HAQ-DI) foi interpretado da seguinte forma: deficiência leve (HAQ de zero a 1), deficiência moderada (HAQ >1 a 2) e deficiência grave (HAQ >2 a 3)¹³.

A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala analógica visual (EAV). As pontuações menores e iguais a 34 indicam “dor leve”, entre 35 e 67 “dor moderada” e maiores ou iguais a 67 “dor intensa”¹⁴. Para a avaliação da atividade da doença utilizou-se o Escore da Atividade da Doença (DAS 28). Esse escore avalia o estado clínico dos pacientes e compreende quatro variáveis: articulações dolorosas e edemaciadas entre 28 articulações, proteína C-reativa (PCR) e intensidade da dor através da EAV¹⁵.

Para mensuração da capacidade de resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência de Wagnild e Young¹⁶. Essa escala compreende 21 itens, com escores de 25 a 175. A pontuação < 121 indica baixa resiliência, 121-146 indica resiliência moderada e >147 indica alta resiliência.

O questionário sociodemográfico, o HAQ e a escala de resiliência foram aplicados por coletadores previamente treinados. Dados como EAV, DAS 28 e número de articulações dolorosas e edemaciadas foram obtidos pelo médico reumatologista. Informações clínico-laboratoriais e terapêuticas foram retiradas diretamente dos prontuários dos participantes.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. Para avaliação de normalidade foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Foi utilizada uma análise descritiva, com valores absolutos e percentuais, limite

inferior e superior, média, desvio padrão e coeficiente de variação. Foram aplicados os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado para comparação de variáveis categóricas (alta e baixa resiliência), e para comparar médias, foram utilizados o teste *t* de Student e a ANOVA. O nível de significância foi de $p < 0,05$. Para fins de análise estatística as categorias foram agrupadas em baixa e moderada resiliência, com ponto de corte < 147 e elevada resiliência $> \text{e igual a } 147$. Da mesma forma, para fins estatísticos as categorias da EAV foram agrupadas em: sem dor/dor leve e dor moderada/intensa. Foi efetuada uma dupla digitação independente, a conferência dos dados e a verificação de erros e inconsistências.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 120 pacientes, a maioria do sexo feminino (89,2%), com média de idade de $56,9 \pm 10,7$ anos; 68,3% declararam viver com um companheiro e a maioria encerrou a formação escolar do ensino fundamental completo (78,3%). Quanto ao perfil laboral, foi constatado que 51,7% dos pacientes trabalhava com atividades domiciliares. Na tabela 1, evidenciou-se que a maioria (78,3%) foi oriunda do SUS.

Na tabela 1 é apresentada a capacidade de resiliência dos participantes, associada com dados sociodemográficos. Verificou-se uma associação entre elevada resiliência e as seguintes variáveis: ter ensino médio completo ou mais ($p=0,021$), renda superior a um salário-mínimo ($p=0,010$), não fumar ($p=0,047$), ter acesso à saúde por meio de plano suplementar ($p=0,021$), estar sem companheiro ($p=0,037$). Acerca dessa última variável citada, verificou-se também a associação com menor incapacidade funcional pelo HAQ ($p=0,035$). Além

disso, constatou-se que pacientes com plano de saúde suplementar apresentaram maior escolaridade ($p=0,001$), maior renda ($p=0,005$) e menor incapacidade funcional pelo HAQ ($p=0,023$).

Foi encontrada uma associação entre resiliência e articulações dolorosas, ou seja, aqueles pacientes que no exame físico apresentaram articulações dolorosas, encontravam-se com menor capacidade de resiliência ($p=0,004$), como observado na tabela 2. Em relação à intensidade da dor, avaliada pela EAV, pacientes com dor moderada/intensa pontuaram menos na escala de resiliência ($p=0,014$). Além disso, em relação aos resultados explicitados na tabela 3, referentes à atividade da doença aferida com o uso do DAS 28, verificou-se que 65,8% dos pacientes encontravam-se em remissão, e desses, 36,7% apresentavam alta resiliência, sem associação entre tais variáveis. Outro resultado deste estudo foi a associação entre articulações dolorosas e edemaciadas ($p=0,001$).

Na tabela 3 são explicitadas as medidas descritivas da resiliência dos participantes da pesquisa segundo os resultados do uso dos instrumentos DAS 28, HAQ e EAV. Na tabela pode ser constatado que a menor média de resiliência (130,95) estava nos participantes classificados como HAQ grave, estatisticamente significativo ($p < 0,001$). A tabela 4 apresenta a resiliência dos pacientes com AR, segundo a terapêutica utilizada. Foi constatado que 52,5% dos pacientes utilizavam até cinco fármacos ($\pm 2,6$). Verificou-se também que dentre as modalidades de tratamento, o fármaco mais utilizado para o tratamento da AR foi o metotrexato (59,2%).

Dos pacientes em uso de fármacos modificadores do curso da doença sintéticos convencionais (MMCDsc), 24,2% deles utilizavam esses fármacos em terapia combinada. Não foi observada associação estatística entre as variáveis apresentadas na tabela 4 e resiliência.

Tabela 1. Resiliência dos pacientes com artrite reumatoide segundo os dados sociodemográficos – Clínica de especialidades médicas no município de Ijuí – Abril/2019 a Outubro/2019, n = 120, Ijuí, RS, Brasil, 2019.

Variáveis sociodemográficas		≥ 147	< 147	Total	Valor de p
Sexo	Masculino	7 (5,8)	6 (5,0)	13 (10,8)	0,978
	Feminino	52 (43,3)	55 (45,8)	107 (89,2)	
Idade	Menos que 60 anos	34 (28,3)	35 (29,2)	69 (57,5)	0,721
	60 anos ou mais	25 (20,8)	26 (21,7)	51 (42,5)	
Estado civil	Com companheira (o)	35 (29,2)	47 (39,2)	82 (68,3)	0,037*
	Sem companheira (o)	24 (20,0)	14 (11,7)	38 (31,7)	
Escolaridade	Até ensino fundamental	41 (34,2)	53 (44,2)	94 (78,3)	0,021*
	Ensino médio ou mais	18 (15,0)	8 (6,7)	26 (21,7)	
Renda	Até 1 salário-mínimo	21 (17,5)	36 (30,0)	57 (47,5)	0,010*
	Mais de 1 salário-mínimo	38 (31,7)	25 (20,8)	63 (52,5)	
Hábito de fumar	Sim	15 (12,5)	26 (21,7)	41 (34,2)	0,047*
	Não	44 (36,7)	35 (29,2)	79 (65,8)	
Profissão	Serviços domésticos/limpeza	24 (20,0)	38 (31,7)	62 (51,7)	0,029*
	Trabalho na agricultura	14 (11,7)	14 (11,7)	28 (23,3)	
	Autônomo	14 (11,7)	4 (3,3)	18 (15,0)	
	Outros	7 (5,8)	5 (4,2)	12 (10,0)	
Tipo de consulta	SUS	41 (34,2)	53 (44,2)	94 (78,3)	0,021*
	Outros convênios	18 (15,0)	8 (6,7)	26 (21,7)	
Total		59 (49,2)	61 (50,8)	120 (100)	

Teste Qui-quadrado; *significativo para $p < 0,05$.

Tabela 2. Resiliência dos pacientes com artrite reumatoide segundo características clínicas e laboratoriais – Clínica de especialidades médicas no município de Ijuí – Abril/2019 a Outubro/2019, n = 120, Ijuí, RS, Brasil, 2019.

Características clínicas		Resiliência			Valor de p
		≥ 147	< 147	Total	
Variáveis relacionadas com a doença					
Tempo de sintomas	Até 5 anos	30 (25,0)	30 (25,0)	60 (50,0)	0,855
	Mais de 5 anos	29 (24,2)	31 (25,8)	60 (50,0)	
Tempo do diagnóstico	Até 5 anos	38 (31,7)	38 (31,7)	76 (63,3)	0,810
	Mais de 5 anos	21 (17,5)	23 (19,2)	44 (36,7)	
Comorbidades	Sim	30 (25,0)	37 (30,8)	67 (55,8)	0,279
	Não	29 (24,2)	24 (20,0)	53 (44,2)	
Variáveis relacionadas com a dor					
Articulações dolorosas	Sim	14 (11,7)	30 (25,0)	44 (36,7)	0,004*
	Não	45 (37,5)	31 (25,8)	76 (63,3)	
Articulações edemaciadas	Sim	8 (6,7)	15 (12,5)	23 (19,2)	0,125
	Não	51 (42,5)	46 (38,3)	97 (80,8)	
HAQ	Leve	40 (33,6)	21 (17,5)	61 (50,8)	<0,001*
	Moderado	15 (12,6)	23 (19,2)	38 (31,7)	
	Intenso	4 (3,3)	17 (14,2)	21 (17,5)	
EAV	Sem dor/Leve	26 (21,7)	14 (11,7)	40 (33,3)	0,014*
	Dor moderada/intensa	33 (27,5)	47 (39,2)	80 (66,7)	
DAS 28	Remissão	44 (36,7)	35 (29,2)	79 (65,8)	0,220
	Baixo	5 (4,2)	6 (5,0)	11 (9,2)	
	Moderado	7 (5,8)	14 (11,7)	21 (17,5)	
	Grave	3 (2,5)	6 (5,0)	9 (7,5)	
Dados laboratoriais					
PCR	Reagente	10 (8,3)	8 (6,7)	18 (15,0)	0,556
	Não reagente	49 (40,8)	53 (44,2)	102 (85,0)	
Fator reumatoide	Positivo	23 (19,2)	24 (20,0)	47 (39,2)	0,968
	Negativo	36 (30,0)	37 (30,8)	73 (60,8)	
Anti-CCP	Positivo	16 (13,3)	23 (19,2)	39 (32,5)	0,216
	Negativo	43 (35,8)	38 (31,7)	81 (67,5)	
Total		59 (49,2)	61 (50,8)	120 (100)	

Teste Qui-quadrado; *significativo para $p < 0,05$. HAQ = Questionário de Avaliação da Saúde; EAV = Escala Analógica Visual; DAS 28 = Escore de Atividade da Doença; anti-CCP = antipeptídeo cíclico citrulinado; PCR = proteína C-reativa.

Tabela 3. Medidas descritivas de resiliência dos pacientes com artrite reumatoide segundo o DAS 28, HAQ e EAV – Clínica de especialidades médicas no município de Ijuí – Abril/2019 a Outubro/2019, n = 120, Ijuí, RS, Brasil, 2019.

Parâmetros clínicos		n	LI	Resiliência			CV
				LS	Média	DP	
HAQ	Leve	61	116	175	148,90a	13,24	0,000*
	Moderado	38	104	169	142,00a	14,51	
	Grave	21	89	156	130,95b	18,13	
EAV	Sem dor	14	129	171	151,43	11,47	0,110
	Leve	26	116	169	146,46	13,85	
	Moderada	31	89	163	140,81	14,54	
DAS 28	Intensa	49	96	175	141,55	18,08	0,679
	Remissão	79	89	175	144,56	16,51	
	Baixo	11	110	169	143,73	20,75	
	Moderado	21	120	161	142,14	11,28	
	Grave	9	118	162	138,11	13,90	
Total		120	89	175	143,57	15,89	

*ANOVA $p < 0,05$ estatisticamente significativo; médias seguidas da mesma letra não diferem estatisticamente entre si pelo teste de Tukey com 5% de probabilidade. n = número de pacientes; LI = limite inferior; LS = limite superior; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação; HAQ = Questionário de Avaliação da Saúde; EAV = Escala Analógica Visual; DAS 28 = Escore de Atividade da Doença.

Tabela 4. Resiliência dos pacientes com artrite reumatoide de acordo com características terapêuticas – Clínica de especialidades médicas no município de Ijuí – Abril/2019 a Outubro/2019, n = 120, Ijuí, RS, Brasil, 2019.

Características terapêuticas		Resiliência			Valor de p
		≥ 147	< 147	Total	
Número de fármacos	5 ou menos	32 (26,7)	31 (25,8)	63 (52,5)	0,708 ^a
	Mais de 5	27 (22,5)	30 (25,0)	57 (47,5)	
Uso de antidepressivo			18 (15,0)	28 (23,3)	46 (38,3)
Modalidade de tratamento					
MMCDsc	Metotrexato	36 (30,0)	35 (29,2)	71 (59,2)	0,685 ^a
	Leflunomida	8 (6,7)	6 (5,0)	14 (11,7)	0,525 ^a
	Hidroxicloroquina	1(0,8)	5 (4,2)	6 (5,0)	0,111 [#]
	Terapia combinada	14 (11,7)	15 (12,5)	29 (24,2)	0,912 ^a
MMCDBio		9 (7,5)	11 (9,1)	20 (16,7)	0,683 ^a

[#]Teste Exato de Fisher; ^aTeste Qui-quadrado; *significativos para p<0,05.

MMCDsc = fármacos modificadores do curso da doença – sintéticos convencionais; MMCDBio = fármacos modificadores do curso da doença – imunobiológico.

DISCUSSÃO

No presente estudo, 49,2% dos pacientes com AR apresentaram capacidade de resiliência elevada, e isso foi avaliado como um aspecto positivo, indicando melhor enfrentamento da doença, em conformidade com outro estudo¹⁷. Levando em consideração que a AR requer tratamento contínuo, que causa mudanças na saúde física e psicossocial dos pacientes, fica reforçada a necessidade de mensurar a resiliência como um indicador importante no prognóstico do paciente. Essa avaliação pode ser incluída como rotina nas consultas de acompanhamento dos pacientes.

Outro dado apontado no presente estudo que corrobora com a literatura refere-se às doenças crônicas afetarem tanto a condição física quanto a psicológica dos pacientes^{18,19}. Por outro lado, ao comparar níveis de resiliência em pacientes com AR e controles saudáveis, não foram encontradas diferenças entre os grupos²⁰, o que sugere que a resiliência não sofre influência da doença, e representa, possivelmente, uma característica pessoal.

Por outro lado, a resiliência dos participantes diferiu em relação às variáveis clínicas da doença, tais como capacidade funcional, presença de articulações dolorosas e intensidade da dor, o que demonstrou que pacientes mais resilientes apresentaram incapacidade leve aferida pelo HAQ, ausência de dor articular no exame físico e menor intensidade de dor avaliada pela EAV. Estes resultados representam um importante achado desta pesquisa, pois inferem que elevada resiliência pode impactar positivamente nos sintomas da doença ou que aqueles que apresentam menos sintomas das doenças são mais resilientes. Nesse âmbito, pesquisadores²¹ avaliaram a associação da resiliência como moderador da fadiga em pacientes com AR e constataram que pacientes menos resilientes apresentaram mais sintomas de fadiga, em conformidade com os resultados deste estudo, no qual foi demonstrada a influência da resiliência no controle de sintomas associados à AR.

Quanto à avaliação da capacidade funcional dos pacientes com AR, o fato de ter ocorrido uma associação dessa capacidade com elevada resiliência corrobora outro estudo²², dadas as características da doença, que gradativamente levam ao comprometimento articular e à redução funcional, tanto pela dor quanto pelas sequelas motoras relacionadas. Além disso, menor capacidade regulatória afetiva

influencia no comprometimento funcional²³, fato importante, já que a própria condição da doença impacta as condições emocionais. Considera-se, assim, que a preservação da capacidade funcional dos pacientes com AR é um dos objetivos almejados com o tratamento, com impacto positivo na sua QV.

A avaliação da dor dos pacientes, na presente pesquisa, foi realizada objetivamente nas articulações dolorosas e subjetivamente pela EAV, ambos com associação significativa com a resiliência. Nesse sentido, a dor articular, referida durante a palpação, apresentou relação significativa com a presença de articulação edemaciada. Mais da metade dos participantes (52%) referiu dor ao exame físico e não apresentou articulações edemaciadas na palpação articular. Portanto, existe dissociação entre a dor percebida pelo paciente e a dor relacionada à presença de inflamação articular. Essa vivência da pesquisadora, aliada à avaliação clínica dos participantes desta pesquisa, vão ao encontro de outras investigações em pacientes com dor crônica²⁴. Além da dor inflamatória e subjetiva, avaliada neste estudo, algumas evidências sugerem que ampliar a busca por causas psicossociais e emocionais, que impeçam um controle satisfatório da dor, podem ser importantes, inclusive para diversificar as modalidades de tratamento, para além do farmacológico²⁵. Assim, ficou constatado que a dor na AR não está, exclusivamente, relacionada ao processo inflamatório causado pela doença, mas contempla aspectos subjetivos que repercutem na intensidade, controle e enfrentamento da doença.

Na presente investigação não ocorreu associação significativa entre o controle da atividade da doença e a resiliência. Contudo, foi verificado que pacientes com doença em remissão obtiveram pontuação maior na escala de resiliência, bem como os elementos que constituem o DAS 28, quando avaliados individualmente, como o número de articulações dolorosas e a EAV, apresentaram uma associação significativa com a capacidade de resiliência. Na literatura, não há pesquisas semelhantes que investigaram tal associação, tratando-se de um diferencial deste estudo.

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença, nesta investigação não foi identificada uma relação significativa com a resiliência, como foi verificado em outro estudo²⁶. Em contrapartida, em uma pesquisa com pacientes jovens com lúpus²⁷ foi demonstrado que com o tempo de doença os pacientes se tornam menos resilien-

tes, o que foi justificado pela maior percepção das limitações físicas e sociais causadas pela doença.

No que tange às características sociodemográficas, ocorreu predomínio do sexo feminino, em conformidade com um estudo em pacientes com AR²⁸. A associação entre a resiliência e o sexo não ocorreu, divergindo de outra pesquisa²⁰.

Ainda quanto às variáveis sociodemográficas, foi constatado que a maioria dos pacientes apresentou baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, com associação com menores níveis de resiliência, em conformidade com um estudo²⁹ e diferindo de outro estudo³⁰. Além disso, foi verificado que pacientes com AR que exerciam serviços domésticos eram menos resilientes. Outros resultados que apresentaram significância estatística e que podem justificar a baixa resiliência nos pacientes que exercem tal função, é pelo fato de terem baixa renda e menor escolaridade, quando comparados ao restante do grupo de estudo.

Acerca do estado conjugal, a maioria dos participantes vivia com um companheiro, porém as maiores pontuações de resiliência foram no grupo sem companheiros. Em uma pesquisa, foi investigada a resiliência em uma população com doença crônica e não foi verificada uma associação entre resiliência e estado conjugal³¹. Uma justificativa para a pesquisa em questão pode estar relacionada ao fato do grupo que vive sem companheiro ter apresentado menor incapacidade funcional, avaliada pelo HAQ.

Os resultados deste estudo, sobre a variável tabagismo, demonstraram que a maioria dos pacientes com AR não fumam, em conformidade com outro estudo em pacientes com AR³². Além disso, verificou-se que pacientes sem histórico de tabagismo apresentaram maior nível de resiliência, com significância estatística. Esse resultado pode explicar porque pacientes tabagistas são menos resilientes, ao considerar a relação entre sintomas emocionais e psicológicos com resiliência³³.

A grande maioria dos participantes da pesquisa acessou a clínica via SUS, porém foi constatado que os pacientes com AR oriundos de planos de saúde suplementares foram mais resilientes.

Em conformidade com os objetivos propostos neste estudo, apontou-se a importância de promover a resiliência em pacientes com AR na prática clínica, com o intuito de contribuir para o gerenciamento da doença, tendo em vista os resultados encontrados no presente estudo e os de outros estudos mencionados, em que a elevada resiliência dos pacientes com AR constitui um fator positivo que pode contribuir para melhor enfrentamento e controle dos sintomas da doença. Uma das principais limitações deste estudo foi a amostra inferior ao definido pelo cálculo amostral. Esse fato limita o poder estatístico das análises. Para a generalização dos dados seria necessário ampliar a população do estudo para outros locais de assistência pública e privada. Outra limitação a ser mencionada é o delineamento transversal pelo viés de informação com coleta pontual dos dados.

CONCLUSÃO

A construção deste estudo permitiu avaliar a resiliência de pacientes com AR, e relacioná-la com o desfecho clínico da doença, mais especificamente com dor, capacidade funcional e atividade da doença. Este estudo forneceu subsídios para qualificar a prática profissional e a assistência a essa população. Considera-se que o atendimento dos

pacientes com AR deve visar muito além da redução da dor, e que a partir do momento em que se adotam medidas adicionais, tais como ações educativas e estratégias comportamentais, com ênfase na resiliência, que auxiliem no controle e no desfecho clínico da doença, certamente haverá um impacto positivo na QV desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Ijuí, RS, Brasil.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Raída Ahmad Musa Mheisen Husein

Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

Deise Juliana Rhoden

Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Paula Lorenzoni Nunes

Coleta de Dados, Metodologia, Redação - Revisão e Edição

Karine Raquel Uhdich Kleibert

Coleta de Dados, Investigação, Redação - Revisão e Edição

Eniva Miladi Stumm

Análise Estatística, Aquisição de Financiamento, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização

Christiane de Fatima Colet

Análise Estatística, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016;388(10055):2023-38.
- Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, Ferraz MB. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*. 2004;31(3):594-7.
- Marques Neto JF, Gonçalves ET, Langen LFOB, Cunha MFL, Radominski S, Oliveira SM, Medeiros, Sampaio F, Chaves G. Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatoide do adulto em amostras da população brasileira. *Rev Bras Reumatol*. 1993;33(5):169-73.
- Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, Bakkers M, Brodin N, Burmester GR, Codreanu C, Conway R, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Fonseca J, Raza K, Silva-Fernández L, Smolen JS, Skingle D, Szekanez Z, Kvien TK, van der Helm-van Mil A, van Vollenhoven R. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):948-59.
- Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Luque-Suarez A. 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. *Physiother Theory Pract*. 2020;36(1):21-37.
- Shaw Y, Bradley M, Zhang C, Dominique A, Michaud K, McDonald D, Simon TA. Development of resilience among rheumatoid arthritis patients: a qualitative study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(9):1257-65.
- Uhm DC, Nam ES, Lee HY, Lee EB, Yoon YI, Chai GJ. Health-related quality of life in Korean patients with rheumatoid arthritis: association with pain, disease activity, disability in activities of daily living and depression. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(3):434-42.
- Gong G, Mao J. Health-related quality of life among chinese patients with rheumatoid arthritis: the predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nurs Res*. 2016;65(1):55-67.
- Ahmed SA, Shantharam G, Eltorai AEM, Hartnett DA, Goodman A, Daniels AH. The effect of psychosocial measures of resilience and self-efficacy in patients with neck and lower back pain. *Spine J*. 2019;19(2):232-7.
- Daien CI, Hua C, Combe B, Landewe R. Non-pharmacological and pharmacological interventions in patients with early arthritis: a systematic literature review informing

- the 2016 update of EULAR recommendations for the management of early arthritis. *RMD Open*. 2017;3(1):e000404.
11. STROBE. 2022 [citado 5 de outubro de 2022]. Checklists: Listas de verificação STROBE. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
 12. Fuller R. EULAR. Critério de classificação da artrite reumatoide ACR-EULAR 2010. *Rev Bras Reumatol*. 2010;50(5):
 13. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:20.
 14. Bird SB, Dickson EW. Clinically significant changes in pain along the visual analog scale. *Ann Emerg Med*. 2001;38(6):639-43.
 15. Gestel AM van, Haagsma CJ, van Riel PL. Validation of rheumatoid arthritis improvement criteria that include simplified joint counts. *Arthritis Rheum*. 1998;41(10):1845-50.
 16. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
 17. de Lemos CM, Moraes DW, Pellanda LC. Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(2):130-5.
 18. Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):238.
 19. Evers AW, Zautra A, Thieme K. Stress and resilience in rheumatic diseases: a review and glimpse into the future. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(7):409-15.
 20. García JB, Gómez EZ. Impacto de la resiliencia en pacientes con Artritis Reumatoide [Internet] [bachelorThesis]. instname: Universidad del Rosario. Universidad del Rosario; 2016 [citado 15 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12191>
 21. Xu N, Zhao S, Xue H, Fu W, Liu L, Zhang T, Huang R, Zhang N. Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173293.
 22. Ji J, Zhang L, Zhang Q, Yin R, Fu T, Li L, Gu Z. Functional disability associated with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):89.
 23. Morais CA, DeMonte LC, Bartley EJ. Regulatory emotional self-efficacy buffers the effect of heart rate variability on functional capacity in older adults with chronic low back pain. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2022;3:818408.
 24. Martikainen IK, Nuechterlein EB, Pecina M, Love TM, Cummiford CM, Green CR, Stohler CS, Zubieta KK. Chronic back pain is associated with alterations in dopamine neurotransmission in the ventral striatum. *J Neurosci*. 2015;35(27):9957-65.
 25. Goubert L, Trompeter H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *Eur J Pain*. 2017;21(8):1301-15.
 26. Bucourt E, Martailé V, Goupille P, Joncker-Vannier I, Huttenberger B, Réveillère C, Mulleman D, Coutois ST. A comparative study of fibromyalgia, rheumatoid arthritis, spondyloarthritis, and sjögren's syndrome; impact of the disease on quality of life, psychological adjustment, and use of coping strategies. *Pain Med*. 2021;22(2):372-81.
 27. Faria DAP, Revoredo LS, Vilar MJ, Eulália Maria Chaves M. Resilience and treatment adhesion in patients with systemic lupus erythematosus. *Open Rheumatol J*. 2014;8:1-8.
 28. Wan SW, He HG, Mak A, Lahiri M, Luo N, Cheung PP, Wang W. Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. *Appl Nurs Res*. 2016;30:176-83.
 29. Rojas M, Rodriguez Y, Pacheco Y, Zapata E, Monsalve DM, Mantilla RD, Rodríguez-Jimenez M, Ramírez-Santana C, Molano-González N, Anaya JM. Resilience in women with autoimmune rheumatic diseases. *Joint Bone Spine*. 2018;85(6):715-20.
 30. García-Carrasco M, Mendoza-Pinto C, León-Vázquez J, Méndez-Martínez S, Munguía-Realpozo P, Etchegaray-Morales I, Montiel-Jarquín Á, de Lara LGV, Alonso-García NE, Gándara-Ramírez JL, López-Colombo A. Associations between resilience and sociodemographic factors and depressive symptoms in women with systemic lupus erythematosus. *J Psychosom Res*. 2019;122:39-42.
 31. Quiceno JM, Alpi SV. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicol del Caribe*; 2012;29(1):87-104.
 32. Goes ACJ, Reis LAB, Silva MBG, Kahlow BS, Skare TL. Artrite reumatoide e qualidade do sono. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57(4):294-8.
 33. Carvalho IG, Bertolli ED, Paiva L, Rossi LA, Dantas RA, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2836.