

O IMPACTO DOS SINTOMAS DA OSTEOARTROSE NAS ESTRATÉGIAS DE COPING EM IDOSOS

Priscila Marconcin¹□, Margarida Espanha², Flávia Yáziqi², Adilson Marques², Pedro Campos², & António Rosado²

¹ Departamento Acadêmico de Educação Física, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, Brasil, pmarconcin@utfpr.edu.br

² Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, mespanha@fmh.ulisboa.pt, fyazigi@fmh.ulisboa.pt, amarques@fmh.ulisboa.pt, arosado@fmh.ulisboa.pt, pedro.lopes.campos@gmail.com

RESUMO: O objectivo do presente estudo foi investigar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por idosos com osteoartrose do joelho (OAJ) e se existem diferenças na utilização das estratégias isoladas, ou agrupadas em categorias, conforme as características sócio demográficas, o grau de severidade da osteoartrose, a dor e outros sintomas da OAJ. A amostra foi constituída por 73 indivíduos com 69±5.9 anos e diagnóstico clínico e radiológico de OAJ. Os instrumentos utilizados foram os questionários *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)* e o *Brief COPE*. O tratamento estatístico dos dados foi feito com base na análise de variância multivariada (MANOVA). A ausência de resultados estatisticamente significativos indica que as estratégias de *coping*, isoladas ou agrupadas, não foram influenciadas pelas variáveis testadas. Assim, é possível concluir que enfrentar as adversidades da OAJ não depende do género, do nível académico, da severidade da patologia e do nível de percepção da dor. Os resultados podem contribuir para a elaboração de programas educacionais com o propósito de trabalhar as estratégias de *coping* em idosos com OAJ.

Palavras-chave: estratégias de *coping*, osteoartrose do joelho, idosos

THE IMPACT OF OSTEOARTHRITIS SYMPTOMS ON COPING STRATEGIES IN THE ELDERLY

ABSTRACT: The aim of this study was to investigate coping strategies in elderly with knee osteoarthritis (KOA) and if there are any differences in the use of strategies, alone or grouped into categories, according to sociodemographic characteristics, the degree of severity of osteoarthritis, pain and other KOA symptoms. The sample consisted of 73 individuals with 69 ± 5.9 years old and with clinical and radiological diagnosis of KOA. The instruments were Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) and the Brief COPE questionnaires. The statistical analysis was based on multivariate analysis of variance (MANOVA). No significant statistical differences were founded, indicating that the coping strategies, alone or

□ UTFPR Neoville, Rua Pedro Gusso, 2601, Cidade Industrial, 81310-300, Curitiba- PR, Brasil. email: pri_edf@hotmail.com; pmarconcin@utfpr.edu.br

grouped, were not influenced by variables tested. Thus, we conclude that face to the adversities of OAJ regardless of gender, academic level, the KOA severity and the self-reported pain level. The findings may contribute to educational programs wich aims to develop coping strategies in older adults with KOA.

Keywords: coping strategies, osteoarthritis of the knee, elderlies

Recebido em 25 de Outubro de 2017/ Aceite em 29 de Janeiro de 2019

A osteoartrose (OA) é a mais prevalente entre as doenças reumáticas (Lawrence et al., 2008) e a mais frequente na articulação do joelho, sendo considerada a principal causa de incapacidade dos membros inferiores (Johnson & Hunter, 2014). A incidência da osteoartrose do joelho (OAJ) é maior na população idosa (Heidari, 2011), causando um grande impacto económico nos serviços de saúde. É uma patologia em que o principal sintoma é a dor de carácter persistente, causando considerável incómodo com comprometimento directo da funcionalidade e da capacidade de realizar as tarefas da vida diária (Tanimura, Morimoto, Hiramatsu, & Hagino, 2011). Outros sintomas igualmente presentes são a rigidez e a disfunção da articulação, que também têm impacto directo na vida do indivíduo, tornando-se uma experiência frustrante e estressante. Saber gerir a dor e os outros sintomas da OAJ é condição imprescindível para o paciente viver com melhor qualidade de vida e funcionalidade.

Neste sentido, a forma de enfrentar esta realidade pode ser decisiva no impacto que a mesma trará para o bem-estar do indivíduo (Regier & Parmelee, 2015). Assim, Lazarus (1992) enfatiza a importância das estratégias de *coping* para pacientes com doenças crónicas. Essas estratégias podem ser compreendidas como o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos para prevenir ou diminuir o dano, a perda ou o estresse associado a um evento desgastante (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus, 1984). É um conceito amplo e o seu campo de classificação em sistemas de categorias é extenso (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Um dos primeiros sistemas de classificação foi proposto por Lazarus e Folkman em 1984 ao desenvolverem um modelo que diferencia o *coping* em dois tipos: (1) resposta focada no problema e (2) resposta focada na emoção (Lazarus, 1984). O primeiro envolve esforços para alterar a fonte do estresse ou fazer algo para o enfrentar e o segundo envolve esforços para reduzir ou controlar o estresse emocional provocado pelo agente estressor. Contudo, ambos estão interligados e podem ser vistos como complementares (Lazarus, 2006). Outra classificação adoptada considera as estratégias de *coping* como activas ou passivas, em que a primeira ocorre quando o indivíduo tem a intenção de enfrentar, de alguma forma, o estressor; e a segunda, quando o indivíduo nega, deixa de se esforçar para enfrentar o estressor ou busca refúgio em comportamentos adversos (Langens & Mörth, 2003).

É importante ressaltar que não existem estratégias melhores ou piores, tal depende de quem as usa, sob que circunstâncias e a que situação pretende adaptar-se (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). O *coping* é influenciado por factores contextuais, recursos sociais, por características da personalidade e pela avaliação das características do contexto de stress, incluindo o seu controle (Folkman & Moskowitz, 2000).

A literatura sobre as estratégias de *coping* na OA é relativamente escassa (Perrot et al., 2008; Regier & Parmelee, 2015; Rosenberger, Ickovics, Epel, D'Entremont, & Jokl, 2004). Idosos com OA que têm a percepção de que a sua patologia é muito grave, utilizam principalmente estratégias de *coping* passivas; enquanto aqueles que percebem a patologia como pouco grave fazem uso de estratégias activas, que envolvam esforços para manter a funcionalidade ou para se distraírem da dor (Hampson et al., 1996). Pacientes com OA do quadril e OAJ, aumentam a utilização de estratégias passivas com o aumento da duração da patologia, sendo superior a utilização dessas estratégias em pacientes com maior percepção da dor, mais velhos, com sobrepeso, que não praticam actividade física, aposentados e solteiros (Perrot et al.,

ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM IDOSOS

2008). As estratégias de *coping* podem ser consideradas estáveis ao longo do tempo, sendo que a utilização de estratégias de reorientação está associada ao aumento da percepção da dor e o uso das estratégias focadas na emoção mostra-se associado a uma maior incapacidade (Regier & Parmelee, 2015).

As investigações acerca da OA e a utilização das estratégias de *coping* apontam na direcção de que estratégias tidas como activas dão origem a resultados mais positivos, ao contrário de estratégias consideradas como passivas. Contudo, até o presente momento, não foram encontrados estudos que procurassem compreender a utilização das estratégias de *coping* consideradas individualmente na população com OAJ. Também é escassa a informação acerca da variabilidade da utilização dessas estratégias em função de um conjunto de variáveis predictoras, nomeadamente variáveis demográficas, o grau de severidade da patologia, intensidade da dor e outros sintomas da OAJ.

Assim, o objetivo da presente pesquisa é investigar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por idosos com OAJ e se existem diferenças na utilização das estratégias isoladas, ou agrupadas em categorias, conforme as características sócio demográficas (género, escolaridade), o grau radiológico de severidade da patologia e quatro diferentes níveis de percepção da dor e de outros sintomas (rigidez, inchaço, crepitação e limitação do movimento) da OAJ.

MÉTODO

Participantes

O recrutamento da amostra foi feito na região de Lisboa (Portugal) e foram utilizados diferentes canais de divulgação: jornais, revistas, contactos com universidades séniores, igrejas, hospitais, centros de saúde e o site e a lista de contactos da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR).

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter mais de 60 anos, diagnóstico clínico e radiológico da OAJ de acordo com o *American College of Rheumatology (ACR)* (Altman et al., 1986), e compreensão da língua portuguesa para preenchimento do questionário. Demonstraram interesse em participar no estudo 224 indivíduos, tendo sido excluídos 136 porque não cumpriram os critérios de elegibilidade e 15 desistiram de participar do estudo por questões pessoais, ficando um total de 73 idosos com OAJ.

Material

Os dados sociodemográficos foram recolhidos por meio de um questionário específico com itens referentes a idade, género, escolaridade, entre outras informações. O grau de severidade da patologia foi feito pela classificação de Kellgren e Lawrence (1957), através da análise do raio-x das articulações tibiofemoral e patelo femoral, realizado por um reumatologista.

A Dor e os Outros Sintomas (rigidez, inchaço, crepitação, limitação do movimento) foram avaliados através das dimensões do questionário *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)*. O KOOS é um instrumento auto-administrado validado para população com OAJ (Roos & Lohmander, 2003) e a validação portuguesa possui confiabilidade aceitável, com um coeficiente alfa de Cronbach entre 0.77 e 0.95, e ICC variando de 0.82 a 0.94 para as subescalas do questionário (Roos & Lohmander, 2003). A pontuação de cada dimensão é calculada pela soma de todos os itens que a compõem e depois convertida para uma escala de 0 a 100, em que 0 representa problemas extremos e 100 nenhum problema relacionado com a OAJ.

As estratégias de *coping* foram obtidas pelo questionário Brief COPE (Carver, 1997), que possui validação para o português (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O questionário contém 28 itens, agrupados

em 14 subescalas, redigidos em termos da acção que as pessoas implementam, sendo a resposta dada numa escala ordinal com quatro alternativas entre “nunca faço isso” (1) até “faço sempre isso” (4). Os itens estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1.

Escalas do COPE e sua definição (retirado com autorização de Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Escala	Definição
1. <i>Coping</i> ativo	Iniciar uma ação ou fazer esforços para remover ou circunscrever o estressor
2. Planejar	Pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar esforços de <i>coping</i> ativo.
3. Utilizar suporte instrumental	Procurar ajuda, informações, ou conselhos acerca do que fazer.
4. Utilizar suporte social e emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém.
5. Religião	Aumento de participação em actividades religiosas.
6. Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.
7. Auto-culpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.
8. Aceitação	Aceitar o fato que o evento estressante ocorreu e é real
9. Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do estresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.
10. Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante.
11. Auto-distração	Desinvestimento mental do objectivo com que o estressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração.
12. Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o estressor está a interferir.
13. Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do estressor.
14. Humor	Fazer piadas acerca do estressor.

Procedimento

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão e análise de frequências), com o objectivo de traçar o perfil sociodemográfico, a presença da OAJ uni ou bilateral e o grau de severidade da mesma, a Dor e Outros sintomas e as estratégias de *coping*. A sensibilidade das provas foi avaliada através do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e por recurso aos rácios críticos dos coeficientes de assimetria e de achatamento.

A significância dos factores género, escolaridade, severidade da patologia e percepção da dor e outros sintomas da OAJ em relação às estratégias de *coping*, foi avaliada através da MANOVA, depois de validados os pressupostos de normalidade e de homogeneidade da matriz de variância-covariância, verificados através do teste M de Box, com o traço de Pillai. Procedeu-se, ainda, a uma análise factorial exploratória (método da máxima verossimilhança com rotação promax) de modo a estruturar as estratégias de *coping* em factores. A decisão de quantos factores reter, um componente crítico da análise

ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM IDOSOS

exploratória, baseou-se na Análise Paralela, um dos mais precisos métodos de retenção de fatores (Hayton, 2004). Calcularam-se, ainda, os valores destes dois factores e procedeu-se à sua inclusão na análise Manova. A análise estatística foi feita com o software SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Chicago, IL). Considerou-se um nível de significância $p < 0.05$.

Este estudo enquadra-se no Programa PLE²NO, Clinical Trial NCT02562833, cujo protocolo detalhado foi previamente publicado. E recebeu aprovação do comité de ética da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa (N=43/2014). Todos os voluntários concordaram em participar no estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram no estudo 73 idosos com OAJ, cujas características estão descritas no Quadro 2, que apresenta os dados sociodemográficos, a presença da OAJ uni ou bilateral, a severidade da patologia e os valores da Dor e dos Outros sintomas, bem como a distribuição dos indivíduos em quartis para estas duas últimas variáveis.

Quadro 2.

Estatística descritiva, características sociodemográficas, presença de OAJ uni ou bilateral (ACR), grau de severidade da OAJ, níveis de dor e outros sintomas

Variáveis	Amostra total (N=73) N (%) ou M±DP
Gênero	
Mulheres	52 (71.2)
Homens	21 (28.8)
Idade	69±5.9
Nível educacional	
1º ciclo	19 (26.0)
2º e 3º ciclos	17 (23.3)
Secundário	18 (24.7)
Ensino Superior	19 (26.0)
Aposentadoria	
Sim	67 (91.8)
Não	6 (8.2)
Presença de OA	
Unilateral	7 (9.6)
Bilateral	66 (90.4)
Severidade	
Grau I e II	33 (45.2)
Grau III e IV	40 (54.8)
Dor	55.7±19.6
1º quartil (0 – 41.6)	21 (28.8)
2º quartil (41.7 – 54.1)	16 (21.9)
3º quartil (54.2 – 69.4)	19 (26.0)
4º quartil (69.5 – 100)	17 (23.3)
Outros sintomas	60.5±22.1
1º quartil (0 – 42.8)	18 (24.7)
2º quartil (42.9 – 64.3)	22 (30.1)
3º quartil (64.4 – 78.6)	17 (23.3)

Relativamente à utilização das estratégias de *coping*, como se pode observar no Quadro 3, as estratégias mais utilizadas foram a aceitação seguida do *coping* activo e do planeamento; enquanto que a negação, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias (medicamentos/álcool) foram as estratégias menos utilizadas.

Quadro 3.

Resultados da utilização das estratégias de *coping* (N=73)

Estratégias	M±DP
Aceitação	6.45±1.41
<i>Coping</i> ativo	6.37±1.38
Planear	6.30±1.53
Reinterpretação positiva	5.92±1.77
Humor	5.34±1.82
Religião	5.18±2.34
Auto-distração	5.08±2.02
Uso de suporte instrumental	4.97±1.73
Expressão de sentimentos	4.85±1.62
Auto-culpabilização	4.84±1.78
Uso de suporte social e emocional	4.74±1.90
Negação	3.88±1.73
Desinvestimento comportamental	3.60±1.80
Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	2.26±0.83

Num segundo momento procedemos ao agrupamento destas estratégias por via da análise factorial, tendo-se obtido dois factores: um primeiro factor constituído pelas estratégias *coping* activo, planeamento, utilização de suporte instrumental, utilização de suporte social e emocional, reinterpretação positiva, aceitação, auto-distração e humor ($\alpha = 0.83$); e um segundo fator contituído pelas estratégias de auto-culpabilização, expressão de sentimentos, desinvestimento comportamental, negação e uso de substâncias ($\alpha = 0.65$). A variância total explicada pelo modelo foi de 43.80%. O primeiro factor recebeu a denominação de estratégias activas e o segundo de estratégias passivas, pela característica de cada uma das estratégias identificadas em cada agrupamento e pelo suporte teórico (Langens & Mörth, 2003). Assim sendo, dois factores foram integrados na MANOVA, tendo a análise sido feita com as estratégias individuais bem como com as estratégias individuais agrupadas nesses dois factores. A MANOVA revelou que nenhuma das variáveis independentes teve efeito significativo sob as estratégias de *coping*, isoladas ou agrupadas nos factores obtidos (Quadro 4).

ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM IDOSOS

Quadro 4.

Análise de variância multivariada das variáveis, dor, sintomas, grau de severidade da OAJ, género e nível educacional em relação as estratégias de *coping*, isoladas ou agrupadas

Variáveis	Manova Pillai's Trace			Potência
	F	p	η^2_p	
Gênero	1.215	.290	0.227	0.656
Nível educacional	0.882	.678	0.175	0.863
Severidade da OA	1.326	.108	0.246	0.982
Dor	1.094	.336	0.209	0.944
Sintomas	1.024	.441	0.198	0.924

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo identificar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por idosos com OAJ e perceber o impacto da Dor e Outros sintomas (rigidez, inchaço, crepitação, limitação do movimento), do grau de severidade da patologia, bem como de algumas características sociodemográficas, nomeadamente o género e o nível educacional, na utilização das estratégias de *coping*, isoladas e agrupadas. Os resultados mostraram que, na amostra investigada, as principais estratégias utilizadas para lidar com as situações estressantes causadas pela patologia são a aceitação, o *coping* activo e o planeamento; enquanto as estratégias menos utilizadas são a negação, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias. É preciso esclarecer que em relação a esta última estratégia foi apenas questionado os medicamentos além dos utilizados habitualmente para o tratamento da patologia ou de comorbidades e o uso de álcool.

De notar, em particular, que a estratégia religião foi a sexta estratégia mais utilizada, mas após a análise factorial não foi integrada nem no factor *coping* activo, nem no factor *coping* passivo, apresentando uma correlação não significativa com estes dois factores. Na análise factorial exploratória, a religiosidade corresponderia a um 3º factor que não reuniu as condições para permanecer na análise (seria constituído, apenas, por esta variável). A investigação do papel do *coping* religioso requer abordagens mais complexas do que tentar atribuí-lo a um factor de ordem superior, como o *coping* activo ou passivo, uma vez que se tende a diferenciar destes. A questão do *coping* centrado na religiosidade merece investigação futura já que a função do enfrentamento religioso pode ser eventualmente devido à variabilidade na religiosidade da amostra, característica que não foi controlada. Os níveis de religiosidade podem afectar as diversas estratégias de *coping* em uso, pelo que a religiosidade deve ser analisada não só como uma estratégia de *coping* mas como uma determinante das mesmas.

É preciso ressaltar que para lidar com os eventos estressantes causados pela patologia, dor e outros sintomas, os indivíduos não utilizam apenas uma dada estratégia, pois elas não são mutuamente exclusivas (Lazarus, 1992), mas antes as várias possibilidades, ainda que algumas possam receber maior atenção que outras. O que ficou explícito no presente estudo, em que houve estratégias utilizadas mais frequentemente, embora todas tenham sido mencionadas.

Em relação ao impacto das variáveis independentes, nenhuma das variáveis consideradas pode ser um preditor significativo das estratégias de *coping* a serem utilizadas, isoladas ou agrupadas em dois factores, nem da intensidade da sua utilização, consideradas individualmente. As estratégias de *coping* não parecem, assim, ser influenciadas pelo género e nível educacional, mas também não são influenciadas pela severidade da doença ou pela percepção de dor tal como as medimos. Os nossos resultados podem ser analisados em concordância com os resultados apresentados no estudo de Vivan e Argimon (2009), em que não foram encontradas diferenças entre a utilização das estratégias de *coping* e o género e o nível educacional, em idosos institucionalizados, contrariamente a outros estudos que encontraram relações significativas entre o género e a escolha das estratégias de *coping* (Hart et al., 2000; Kelly, Tyrka, Price,

& Carpenter, 2008; Matos, 2012; Parkes, 1990), e entre o nível educacional e a escolha das estratégias (Hampson et al., 1996; Matos, 2012; Souza, Chaves, & Caramelli, 2007; Vivan & Argimon, 2009).

Relativamente à severidade da patologia, da forma como foi avaliada, refere-se a progressão das alterações estruturais da mesma, e ainda que possa ter impacto emocional e psicológico no indivíduo (Hampson et al., 1996), muitas vezes não tem correspondência directa com a dor e outros sintomas, e na presente amostra, não se mostrou determinante também na escolha das estratégias de *coping*.

Se observarmos a média da autoavaliação da dor e dos sintomas percebemos que os valores estão acima da média da escala, indicando resultados mais próximos ao “não ter dor e sintomas nenhum” do que ao “pior dor e sintomas imagináveis”. Estes níveis de dor e sintomas percebidos podem explicar o facto de estas variáveis não explicarem a variabilidade nas estratégias de *coping* adoptadas.

A investigação tem referido estudos que evidenciam uma relação positiva entre a utilização de estratégias activas, entre elas, a aceitação, o *coping* activo e o planeamento, com medidas de resultado mais positivas, como menor percepção da dor e melhor funcionalidade. Por sua vez, as estratégias tidas como passivas, como a negação, o desinvestimento comportamental e o uso de substâncias, foram relacionadas com medidas de resultado negativas como a depressão e baixa autoeficácia (compreendida como a crença que se tem sobre a capacidade de realizar as acções necessárias para cumprir com as exigências de uma situação específica) (Brown & Nicassio, 1987; Hampson et al., 1996; Rosenberger et al., 2004).

Com os resultados encontrados é possível afirmar que a escolha das estratégias de *coping* e a intensidade da sua utilização serão, eventualmente, determinadas por outros factores, a incluir num futuro modelo, mais alargado, de explicação dos factores determinantes do *coping* para pessoas com o diagnóstico da OAJ.

Conforme afirmam os estudiosos (Moos & Holahan, 2003; Powers, Gallagher-Thompson, & Kraemer, 2002), se algumas estratégias de *coping* apresentam um comportamento relativamente estável ao longo do tempo e sob situações de estresse, muitas outras dependem também, significativamente, de um processo de suporte social e de transacção com os contextos, como, por exemplo, ao defrontar-se com uma doença crónica (Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson, & Rothbart, 2003; Regier & Parmelee, 2015). Sendo assim, outras variáveis psicossociais relevantes na adopção de estratégias de *coping* (como tipos de personalidade, locus de controle, auto-confiança, optimismo, resiliência, sentido de controlo, resistência mental, rede social de apoio, etc.) devem ser incorporadas na investigação futura.

Lidar com a osteoartrose do joelho (OAJ) envolve factores que são independentes da idade, do nível educacional, da severidade e do nível de percepção da dor. Programas de intervenção direccionados a esta população devem estar atentos a isto, não necessitando distinguir os participantes de acordo com as características supracitadas, devendo antes, promover por exemplo, o autocontrolo, a assertividade e a gestão do estresse.

Na realidade, as pessoas podem aprender a identificar os métodos de *coping* que melhor se ajustem à sua realidade e aprender a utilizá-los. Essa formação deve orientar-se para a diversidade dos factores que facilitam o lidar com o estresse que a doença introduz, promovendo os diversos recursos que facilitam, de forma integrada, lidar com a doença. Isto deve ser feito através de programas estruturados, realizados por especialistas, com uma componente psicoeducacional para a maioria das pessoas ou psicoterapêutico em situações mais avançadas de desajustamento.

O presente estudo possui algumas limitações no que se refere primeiramente ao tamanho da amostra, que por ter seguido um critério de elegibilidade rígido em relação ao diagnóstico da osteoartrose (clínico e radiológico) foi reduzida. Outra questão relevante é que os dados foram todos recolhidos por meio de questionários e a amostra foi constituída por pessoas idosas que podem apresentar alguma dificuldade na leitura e/ou compreensão dos mesmos. Para minimizar esse problema o questionário foi preenchido ao lado de uma pessoa da equipa de investigadores, que estava disponível para ajudar sempre que fosse preciso. Contudo, e apesar das limitações, este estudo traz uma mais valia quando contribui para a

ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM IDOSOS

investigação específica da escolha das estratégias de *coping* para população idosa com osteoartrose do joelho, e fornece uma ferramenta teórica de suporte a programas educacionais que pretendam actuar no propósito de auxiliar pacientes com OAJ na escolha das estratégias de *coping* . Para estudos futuros sobre esta patologia sugere-se a análise da eficácia relativa das diversas estratégias de *coping* e a inclusão de outras variáveis que possam ter maior poder explicativo na escolha das estratégias de *coping* .

REFERÊNCIAS

- Altman, R., Asch, E., Bloch, D., Bole, G., Borenstein, D., Brandt, K., ... & Wolfe, F. (1986). Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis & Rheumatism*, 29(8), 1039-1049.
- Brown, G. K., & Nicassio, P. M. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31(1), 53-64.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- 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.
- Endler, N. S., Corace, K. M., Summerfeldt, L. J., Johnson, J. M., & Rothbart, P. (2003). Coping with chronic pain. *Personality and Individual Differences*, 34(2), 323-346.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Hart, S., Gore-felton, C., Maldonado, J., Lagana, L., Blake-mortimer, J., Israelski, D., ... & Spiegel, D. (2000). the relationship between pain and coping styles among hiv-positive men and women. *Psychology & Health*, 15(6), 869-879.
- Hayton, J. C., Allen, D. G. & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7, 191-205.
- Heidari, B. (2011). Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 2(2), 205-212.
- Johnson, V. L., & Hunter, D. J. (2014). The epidemiology of osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 28(1), 5-15.
- Kellgren, J. H., & Lawrence, J. S. (1957). Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 16(4), 494-502.
- Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depress Anxiety*, 25(10), 839-846.
- Langens, T. A., & Mörth, S. (2003). Repressive coping and the use of passive and active coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 461-473.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A., ... & National Arthritis Data, W. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 26-35.
- Lazarus, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. *WHO Regional Office for Europe*, 44, 11-31.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74(1), 9-46.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Matos, A. S. S. (2012). *Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology, 59*(12), 1387-1403.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5*(1), 3-15.
- Parkes, K. R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology, 75*(4), 399-409.
- Perrot, S., Poiraudreau, S., Kabir, M., Bertin, P., Sichere, P., Serrie, A., & Rannou, F. (2008). Active or passive pain coping strategies in hip and knee osteoarthritis? Results of a national survey of 4,719 patients in a primary care setting. *Arthritis & Rheumatism, 59*(11), 1555-1562.
- Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D., & Kraemer, H. C. (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. *Journal of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 57*(3), 205-211.
- Regier, N. G., & Parmelee, P. A. (2015). The stability of coping strategies in older adults with osteoarthritis and the ability of these strategies to predict changes in depression, disability, and pain. *Aging Ment Health, 1*-10.
- Roos, E. M., & Lohmander, L. S. (2003). The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 64-64.
- Rosenberger, P. H., Ickovics, J. R., Epel, E. S., D'Entremont, D., & Jokl, P. (2004). Physical recovery in Arthroscopic knee surgery: unique contributions of coping behaviors to clinical outcomes and stress reactivity. *Psychology & Health, 19*(3), 307-320.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*(2), 216-269.
- Souza, J. N., Chaves, E. L., & Caramelli, P. (2007). Coping em Idosos com doença de Alzheimer. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 15*(1), 93-99, doi: 10.1590/S0104-11692007000100014
- Tanimura, C., Morimoto, M., Hiramatsu, K., & Hagino, H. (2011). Difficulties in the daily life of patients with osteoarthritis of the knee: scale development and descriptive study. *Journal of Clinical Nursing, 20*(5-6), 743-753.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Caderno Saúde Pública, 25*(2), 436-444. doi: 10.1590/S0102-311X2009000200022