

SOFIA GONÇALVES FERREIRA

QUALIDADE DE VIDA E SEUS CORRELATOS

NA LOMBALGIA CRÓNICA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2011

SOFIA GONÇALVES FERREIRA

QUALIDADE DE VIDA E SEUS CORRELATOS

NA LOMBALGIA CRÓNICA

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2011

SOFIA GONÇALVES FERREIRA

**QUALIDADE DE VIDA E SEUS CORRELATOS
NA LOMBALGIA CRÓNICA**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa,
pela licenciada Sofia Gonçalves Ferreira, como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a
orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

Sofia Gonçalves Ferreira

PORTO, 201

RESUMO

A lombalgia é das patologias músculo-esqueléticas mais frequentes na população ocidental adulta (Woolf & Pfleger, 2003). Caracteriza-se por uma dor localizada entre a margem costal inferior e a região infraglútea, no terço inferior da coluna (Brooker, 2001). O tratamento desta patologia é complexo e acarreta custos económicos muito elevados (Kothe et al., 2006).

Os objectivos do presente estudo são: (1) caracterizar um grupo de indivíduos com lombalgia crónica quanto à dor, *coping*, depressão e qualidade de vida; (2) identificar diferenças na qualidade de vida da amostra em função de variáveis sócio-demográficas e clínicas; (3) explorar a relação entre qualidade de vida e a dor; (4) explorar a relação entre qualidade de vida e *coping*; (5) explorar a relação entre qualidade de vida e depressão; e (6) identificar os preditores psicossociais da QDV.

Para o efeito, foram avaliados 70 indivíduos com lombalgia crónica, recorrendo aos seguintes instrumentos: para a avaliação da dor BPI e EVA (Azevedo et al., 2007), para a avaliação do *coping* IRP (Vaz Serra, 1988), para a avaliação da depressão o IACLIDE e, finalmente, para a avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL Bref (WHOQOL Group, 1996).

Os resultados obtidos indicaram que a severidade e a interferência da dor estavam estatisticamente correlacionadas com a qualidade de vida, sugerindo que quando a severidade/interferência da dor aumentava, a qualidade de vida tendia a diminuir. Ainda, estes indivíduos apresentavam uma nota global de depressão baixa, categorizando-se na depressão leve (Vaz Serra, 1994) e, um *coping* Global abaixo do ponto médio (Vaz Serra, 1988). Os preditores psicossociais da QDV identificados foram a interferência da dor, o confronto e a resolução activa dos problemas e, a depressão

ABSTRACT

Low back pain is the most prevalent musculoskeletal disorder in the occidental population (Woolf & Pfleger, 2003). Is characterized by pain between the lower costal and the region infragluteal, in the third of the lower spine (Brooker, 2001). The treatments of this pathology are complex and entails very high economic costs for health system (Kothe et al., 2006).

The principal goals of this study were: (1) characterize a group of individuals with low back pain according to pain, coping, depression and quality of life; (2) identify differences in quality of life of a sample according to socio-demographic and clinical variables; (3) explore correlation between quality of life and pain; (4) discover relation between quality of life and coping; (5) check correlations between quality of life and depression; and (6) determine psychosocial predictors of quality of life.

Therefore, 70 individuals with low back pain were examined using following instruments: a socio-demographic and clinical questionnaire; the BPI and EVA (Azevedo et al., 2007) to evaluate the pain; the IRP (Vaz Serra, 1988) to do the appraisal of coping, the IACLIDE (Vaz Serra, 1994) used as the indicator of depression, and, the WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1996) to measure/express the quality of life.

The conducted research indicates the following correlations: in the population where the severity and interference of pain increase, the quality of life tends to decrease. Moreover, individuals which belong to aforementioned group are characterized by a low global note of depression (Vaz Serra, 1994) and an inadequate global ability to cope with the disease (Vaz Serra, 1988). The psychosocial predictors of bad quality of life were the pain interference and the depression, and the predictors of good quality of life were the problem's confrontation and solvation.

RÉSUMÉ

La lombalgie est une des pathologies la plus fréquente au sein de la population occidentale (Woolf & Pfleger, 2003). Elle se caractérise par une douleur localisée entre la zone inférieure des côtes (Brooker, 2001) et la zone inférieure de la colonne vertébrale. Les traitements existants sont complexes et implique des coûts financiers très élevés (Kothe et al., 2006).

Les objectifs de cette étude sont: (1) caractériser un groupe d'individus souffrant de lombalgie chronique selon la douleur, coping, dépression et qualité de vie; (2) identifier des différences dans la qualité de vie du groupe en fonction des variables sociodémographiques et clinique ; (3) explorer la relation entre qualité de vie et douleur ; (4) explorer la relation entre qualité de vie et coping ; (5) explorer la relation entre qualité de vie et dépression ; et (6) déterminer les facteurs qui prédise la qualité de vie.

Pour cet effet, ont été évalués 70 individus avec lombalgie chronique en ayant recours aux instruments suivants : pour l'évaluation de la douleur, le BPI et l'EVA (Azevedo et al., 2007), pour l'évaluation du coping, l'IRP (Vaz Serra, 1988), pour l'évaluation de la dépression, IACLIDE, et, finalement, pour l'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL Bref (WHOQOL Group, 1996).

Les résultats obtenus indiquent que la sévérité et l'interférence de la douleur ont une corrélation statistiquement significative avec la qualité de vie, suggérant que quand la sévérité/interférence augmente, la qualité de vie a tendance à diminuer. De plus, ces individus présentent une note globale de dépression basse, se catégorisant en dépression légère (Vaz Serra, 1994) et, un coping Global inadéquat, s'insérant en dessous de la moyenne de la population (Vaz Serra, 1988). Les facteurs prédictifs de la qualité de vie, furent l'interférence de la douleur et la dépression, qui diminue la qualité de vie de l'individu, et, la confrontation et la résolution des problèmes, prédictif d'une bonne qualité de vie.

Ao meu avô paterno, António Lopes Ferreira (*In Memoriam*)

“Por isso a ideia que faço de mim é uma ideia que a muitos parecerá errada. De certo modo é errada. Mas eu sonho-me a mim próprio e de mim e o que é sonhável, compondo-me e recompondo-me de todas as maneiras até estar bem perante o que exijo do que sou e não sou”.
(Fernando Pessoa, 2006, p. 456)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todos os valores e pela educação que me transmitiram, bem como pelo amor e apoio incondicional que sempre estiveram dispostos a dar ao longo deste percurso académico. A vocês dedico este trabalho e o meu Mestrado.

À Prof. Doutora Rute Meneses, minha orientadora, pela sua disponibilidade, paciência e pelos seus judiciosos conselhos que contribuíram para alimentar a minha reflexão. A sua ajuda e orientação foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À Dr.^a Virgínia Rebelo, psicóloga na Unidade de Dor Crónica do Hospital de São João (Porto), pela sua escuta, disponibilidade e pelo seu profissionalismo que em muito contribuiu no enriquecimento e crescimento das minhas competências profissionais e pessoais.

À equipa da Unidade da Dor Crónica do Hospital de São João, médicos, funcionários, auxiliares e particularmente à equipa de enfermagem, que estão quotidianamente ao lado dos doentes e que fazem um notável trabalho destes doentes.

À Charlotte Coelho, minha colega de trabalho e amiga, pelo seu apoio, partilha e escuta e pelo percurso realizado juntas, nos bons e nos maus momentos.

Às minhas irmãs Cláudia e Joana pelo apoio e escuta que tiveram dispostas a dar ao longo deste percurso.

À minha família, avós, tios, tias, primas e primos, que apesar da distância geográfica, esteve sempre disposta a dar apoio e encorajamentos, a eles o meu agradecimento.

Ao Cláudio Cunha, uma pessoa muito especial, pela sua força, apoio incondicional e por ter acreditado sempre em mim. A sua paciência e compreensão foram fundamentais no desenvolvimento do meu projecto.

A todos os doentes que permitiram a realização deste estudo.

À Universidade Fernando Pessoa, pela sua qualidade de ensino e pelos seus profissionais. Um agradecimento especial aos Funcionários da biblioteca central e aos Professores do Curso de Psicologia, que acompanharam o meu trabalho ao longo deste caminho académico.

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que, de forma directa ou indirecta, me apoiaram em todos os momentos deste percurso.

ÍNDICE

RESUMO	I
ABSTRACT	II
RÉSUMÉ	III
AGRADECIMENTOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
CAPÍTULO I- DOR LOMBAR CRÓNICA	3
1.1. Aspectos Históricos e Caracterização da Dor Crónica.....	3
1.2. Caracterização da Lombalgia Crónica	7
1.2. Factores de Risco e Tratamento da Lombalgia Crónica	10
CAPÍTULO II- O COPING	15
2.1. Definição do Conceito	15
2.2. Avaliação do <i>Coping</i>	18
2.3. <i>Coping</i> na Lombalgia Crónica	20
CAPÍTULO III- A DEPRESSÃO.....	24
3. 1. Caracterização do Conceito.....	24
3. 2. Avaliação da Depressão	30
3. 3. Depressão na Lombalgia Crónica	32
CAPÍTULO IV- A QUALIDADE DE VIDA	35
4.1. Caracterização do Conceito.....	35
4.2. Avaliação da Qualidade de Vida.....	40
4.3. Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica	42
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	45
CAPÍTULO V- METODOLOGIA	46

5.1. Objectivos e Variáveis do Estudo	46
5.2. Método	46
5.2.1. Participantes	46
5.2.2. Material	48
5.2.3 Procedimento.....	55
PARTE III- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO VI – RESULTADOS	58
6.1. Caracterização Clínica e Psicossocial da Amostra.....	58
6.2. Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	63
6.3. Qualidade De Vida e Dor	66
6.4. QDV e <i>Coping</i>	67
6.5. QDV e Depressão.....	70
6.6. Preditores Psicossociais da QDV	72
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
7.1. Caracterização Clínica da Amostra	75
7.2. Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas	77
7.3. Caracterização de Dor na Amostra.....	78
7.4. <i>Coping</i> e a Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica.....	78
7.5. Depressão e a Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica.....	80
7.6. Preditores Psicossociais da Qualidade de Vida.....	81
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS.....	99
Anexo A – Dor Crónica na População Portuguesa.....	100
Anexo B - Plano Nacional de Luta Contra a Dor	101
Anexo C - Frequência de indivíduos com Lombalgia Crónica segundo o sexo e a faixa etária	117

Anexo D - Pontos de Acupuntura no Tratamento da Lombalgia	118
Anexo E - Modelo de Processamento de Stress e Coping.....	119
Anexo F - Antidepressivos no Tratamento da Depressão	120
Anexo G - Sondagem Europeia sobre a Qualidade de Vida.....	121
Anexo H – Análise de Regressão linear	122

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Teoria do Portão da Dor.....	4
Figura 2 - A Coluna Vertebral.....	8
Figura 3 - O Modelo Biopsicossocial de Saúde e de Doença.....	36
Figura 4 - Frequência Segundo o Grau de Depressão	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra.....	47
Tabela 2 – Domínios e Facetas do WHOQOL-Bref.....	54
Tabela 3 – Caracterização Clínica da Amostra	58
Tabela 4 – Caracterização de Qualidade de Vida da Amostra	59
Tabela 5 – Caracterização da Dor nos Doentes com Lombalgia Crónica	60
Tabela 6 – Caracterização do <i>Coping</i> da Amostra	60
Tabela 7 – Caracterização da Depressão na Amostra	62
Tabela 8 – Correlações de <i>Pearson</i> entre Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	64
Tabela 9 – Correlações de <i>Pearson</i> entre Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	67
Tabela 10 – Correlações de <i>Pearson</i> entre Qualidade de Vida e <i>Coping</i>	69
Tabela 11 – Correlações de <i>Pearson</i> entre Qualidade de Vida e Depressão.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

AINE'S - Anti-inflamatórios não Esteróides

BPI- Brief Pain Inventory

DGS- Direcção-Geral da Saúde

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed., Texto Revisto)

EVA - Escala Visual Analógica

IACLIDE- Inventário Clínico de Depressão

IASP- Associação International de Estudos da Dor

IRP- Inventário de Resolução de Problemas

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNCLD- Plano Nacional de Luta contra a Dor

QDV- Qualidade de Vida

QDVRS- Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tomou forma na Unidade de Dor Crónica, do Hospital de São João, EPE, no Porto, e surge, na continuidade das observações e análises realizadas ao longo do estágio curricular nesta Unidade. Nesta, constatou-se que a lombalgia crónica é das patologias mais prevalentes, dentro da população atendida nesta Unidade, com um impacto profundo na qualidade de vida.

Woolf e Pfleger (2003) e McIntosh e Hall (2007) afirmam que a lombalgia é dos problemas músculo-esqueléticos mais frequentes na população ocidental adulta, afectando cerca de 70% das pessoas que vivem em países industrializados. Esta patologia caracteriza-se essencialmente por dores na zona lombar, associadas a dificuldades e a limitações, quer a nível físico como a nível psicológico (Woolf & Pfleger, 2003).

Logo, este estudo centra-se na avaliação da qualidade de vida de indivíduos com lombalgia crónica, a fim de compreender melhor as limitações e/ou dificuldades sentidas por estes doentes, identificar o seu nível de qualidade de vida e as dimensões psicossociais associadas à mesma.

Numa primeira parte, procura-se definir o quadro de lombalgia crónica e reflectir sobre os factores de risco e, sobre as abordagens subjacentes à patologia. Apresenta-se, ainda, a síntese de literatura consultada sobre as variáveis psicossociais em estudo: dor, *coping*, depressão e qualidade de vida. Numa segunda parte, aborda-se a parte prática do presente estudo, com a apresentação dos objectivos, método, resultados e, finalmente, a discussão dos mesmos.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I- DOR LOMBAR CRÓNICA

1.1. Aspectos Históricos e Caracterização da Dor Crónica

Desde tempos remotos, e em todas as culturas, a dor tem sido uma preocupação constante: a literatura científica, humanística e filosófica de todas as épocas testemunha este facto (Cabral, 1993; Le Breton, 2007). Ao longo dos tempos, o Homem sempre procurou compreender a natureza da dor e intentou várias formas para a controlar, tendo vindo a evoluir ao longo dos tempos.

O Homem pré-histórico e as sociedades primitivas associavam a dor a uma causa mística, o seu tratamento era realizado principalmente por xamãs ou curandeiros que exorcizavam os demónios, absorvendo-os nos seus próprios organismos a fim de os neutralizar com os seus poderes mágicos (Cabral, 1993).

Na Antiguidade, os egípcios acreditavam que a dor era o resultado da influência de deuses e pensavam, assim como os hindus, que o centro da dor se localizava no coração (Cabral, 1993).

Na China, há cerca de 2600 anos A.C., Huang Ti descrevia a dor como um desequilíbrio de energias, descrevendo a pessoa com duas forças: o *Yin* (força feminina, negativa e passiva) e o *Yang* (força masculina, positiva e activa) equilibradas por uma energia vital chamada *Chi* (Cabral, 1993). A carência ou o excesso desta energia vital desequilibraria as forças provocando dor e incapacidade (Cabral, 1993). Para restabelecer este equilíbrio, Huang Ti estabeleceu um procedimento terapêutico: a acupunctura (Cabral, 1993).

Mas foi na Grécia clássica que os primeiros passos, na busca por uma explicação racional da dor, ocorreram (Le Breton, 2007). Hipócrates rejeitou as teorias mágicas e religiosas, então em voga, e cingiu-se à observação clínica, concluindo que as enfermidades eram desvios dos processos naturais por alterações dos “humores” do organismo, cabendo ao médico restaurar o equilíbrio dos mesmos (Cabral, 1993). Hipócrates foi pioneiro ao recomendar técnicas de resfriamento e fisioterapia para alívio da dor, introduzindo o ópio (base, ainda hoje, dos principais medicamentos que aliviam a dor) (Carvalho, 1999).

No século XVI, Leonardo Da Vinci descreveu a sua visão anatômica e fisiológica da dor, dando principal relevo à medula espinal na transmissão das sensações até ao cérebro (Cabral, 1993). O filósofo René Descartes acreditava que o cérebro estava na base das funções motoras e sensoriais e foi precursor da teoria da especificidade, que foi retomada 200 anos após a sua morte, por Muller e Von Frey (Cabral, 1993; Carvalho, 1999).

No século XIX, para Muller e Von Frey (Carvalho, 1999), a dor é comunicada ao cérebro por um sistema sensorial exclusivo, daí o nome da teoria da “especificidade”; esta teoria foi alvo de várias críticas, por ser definida como um mecanismo reduzido a estímulo-resposta, não havendo lugar para a interpretação ou moderação da dor (Carvalho, 1999; Ogden, 1999). Resumindo, esta teoria explica a natureza do *input* sensorial, explicando a dor clínica mas, deixa inexplicada a dor crônica e a mediação da dor por variáveis psicossociais (Carvalho, 1999). Beecher (1956, citado por Ogden, 1999), por seu turno, observou que os indivíduos com o mesmo grau de lesão diferiam nos seus relatos da sensação dolorosa e, segundo o autor, o significado atribuído a esta vivência é que mediava a experiência da dor.

Ronald Melzack e Patrick Wall (1965), através da teoria do portão de controlo da dor (*Gate Control Theory*), explicam que os pensamentos e emoções influenciavam a percepção da dor, integrando os aspectos psicológicos no tradicional modelo biomédico da dor. O modelo de Melzack e Wall está ilustrado na Figura 1 e sugere que existe um portão ao nível da medula espinal que recebe informação de diferentes fontes (Melzack & Wall, 1965).

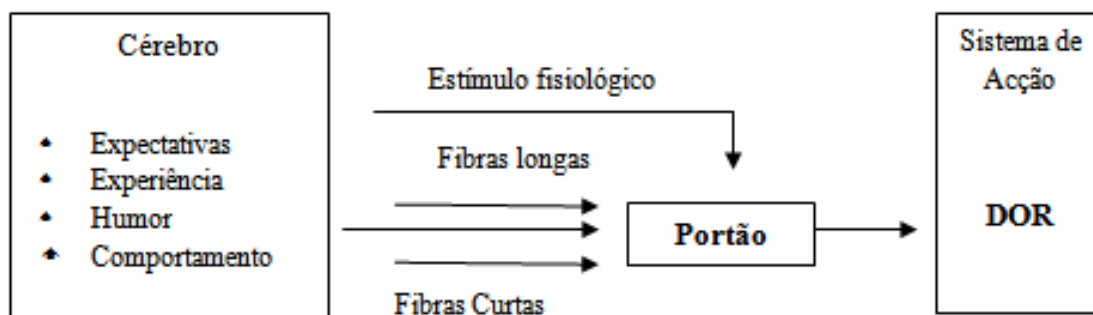


Figura 1- Teoria do portão da dor (adaptado de Ogden, 1999, p. 283)

Assim, num primeiro momento, o local da lesão envia informação sobre a dor para o portão (fibras nervosas periféricas), de seguida, o cérebro envia informação para o portão (influências cerebrais centrais descendentes), este processo é condicionado pelo estado psicológico do indivíduo, reflectindo-se no comportamento (atenção centrada na dor), no estado emocional e nas experiências anteriores. E, por fim, resultaria a informação relativa à percepção de dor (fibras longas e curtas) (Melzack & Wall, 1965; Ogden, 1999).

Segundo Melzack e Wall (1965), a mensagem “dolorosa” transita por este portão, que pode estar mais ou menos aberto: o fluxo da mensagem dolorosa pode ser aumentado, reduzido ou mesmo interrompido, ou seja, variações na percepção da dor são compreendidas em termos de grau de abertura ou fecho do portão.

O modelo de Melzack e Wall difere dos modelos biomédicos de dor em diversos aspectos, nomeadamente na percepção da dor, descrita como mais uma percepção e experiência do que uma sensação e, também, como um processo activo em que o indivíduo interpreta e avalia activamente a dor, já não respondendo de forma passiva ao estímulo (Le Breton, 2007). Este modelo realça, ainda, o facto de que a dor não tem unicamente uma base orgânica, mas sim múltiplos factores que interagem entre si.

Resumindo, a teoria do portão do controlo da dor, de Melzack e Wall, descreve a maioria das dores como uma combinação de aspectos físicos e psicológicos que interagem entre si. Portanto, dentro deste modelo, a dor nunca é totalmente orgânica ou psicogénica, é multifactorial, e tal afasta os tradicionais modelos dualistas do corpo, em que mente e corpo são separados e independentes, sugerindo uma interacção entre a mente e o corpo (Cabral, 1993; Le Breton, 2007).

Segundo Jane et al. (1998), em 1965, os médicos começaram a compreender a natureza do fenómeno da dor crónica, descrito como um síndrome caracterizado por dores físicas e crónicas, onde qualquer causa orgânica/física aparente não o pode explicar. Os investigadores (1998) pensam que a dor crónica é um estado comportamental, consecutivo a uma lesão real, no qual provocou uma dor tão longa que a “tornou crónica”. Importa sublinhar o reducionismo e a hipergeneralização desta definição, no entanto, aparece claro que “mecanismos psicológicos e/ou emocionais”

interferem nesta patologia e, segundo os autores (1998), muitos indivíduos com dores crónicas são geralmente vítimas do ciclo dor, depressão e inactividade.

Actualmente a definição de dor mais referenciada, e a mais consensual, é a definição da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP, 2011), que descreve a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos deste tipo de dano”. Uma dor é considerada crónica sempre que a sua duração seja igual ou superior a 6 meses (Devo & Weinstein, 2001; OMS, 2002).

Assim, Ferreira e Torres (2004) estimam que 10 a 20% da população mundial adulta sofra de dor crónica, sendo que destes 5% apresentam pobre resposta ao tratamento, quadro debilitante, perda do trabalho, crise familiar, depressão e suicídio.

Segundo Breirik et al. (2006), a dor crónica afecta 1 em cada 5 adultos na Europa, e 40% destes doentes apresentam alterações nas actividades quotidianas. Coreia (2007) acrescenta que, na Europa, a dor crónica de intensidade moderada a severa afecta de forma mais grave a qualidade de vida da população, principalmente na área social e laboral.

Em Portugal, as estatísticas demonstram uma prevalência significativa de dor crónica na população (cf. Anexo A); estas são as conclusões identificadas no *Pain Purposal* (Castro et al., 2010), um projecto europeu independente que teve como principal objectivo efectuar uma avaliação sobre a gestão da dor crónica na Europa. De acordo com os dados, 3 milhões de portugueses sofrem de dor crónica, em cerca de 50% desta população a dor tem um impacto significativo nas actividades domésticas e laborais e 17% tem um diagnóstico de depressão associada à dor crónica (Castro et al., 2010).

Quanto aos custos económicos e de saúde, Castro et al. (2010, p. 6) referem que “não existem dados científicos acerca dos custos directos e/ou indirectos associados à dor crónica em Portugal, mas tendo em consideração os estudos internacionais publicados acredita-se que estes sejam deveras elevados com enorme impacto para o Sistema de Saúde Português e Sociedade em geral”.

Assim, existe uma política nacional de combate à dor em vigor desde 2001 (cf. Anexo B), quando foi publicado o Plano Nacional de Luta contra a Dor (PNLCD) pela Direcção Geral da Saúde (DGS, 2008). Este plano tinha como principal objectivo a criação de Unidades de Dor (aguda e crónica), incluindo directrizes sobre a organização das mesmas e sobre o tratamento do doente com dor crónica (DGS, 2008).

Em 2003, a DGS equipara a dor ao 5º sinal vital (DGS, 2003), estabeleceu o direito do doente ao controlo da dor e ao dever dos profissionais de saúde de tratarem a dor. Este programa, com um horizonte temporal de 10 anos, tem como objectivos gerais reduzir a prevalência da dor na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida das pessoas e racionalizar custos/recursos associados ao tratamento da dor (DGS, 2008). Em 2008, em continuidade do PNLCD, a DGS publicou o Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008), estipulando a avaliação e registo sistemático da dor.

Assim, os objectivos principais dos profissionais, nesta área, são melhorar a condição física e a qualidade de vida do doente: “melhorar o tónus muscular, a auto-estima, a auto-eficácia e as estratégias de coping, e por outro, reduzir o aborrecimento, os comportamentos de dor e os ganhos secundários; diminuir a dependência dos medicamentos e dos serviços médicos, com um aumento do controle pessoal e a redução do papel de doente, e aumentar o apoio social, proporcionando ao utente momentos de distracção e gratificação e, também, o apoio da família, principalmente na redução dos efeitos secundário” (Dias, 2007, p. 4).

Para concluir, importa denotar o progresso evidente na área da Dor, nos últimos anos, associado ao desenvolvimento das Neurociências e das Ciências Humanas (Le Breton, 2007). Um progresso tão evidente, no qual a dor se tornou prioritária na Saúde Pública e ajustado ao conceito de saúde (física, psicológica e social). Actualmente, a dor continua a ser uma das prioridades do Ministério da Saúde e, deverá ser incluída no novo Plano Nacional de Saúde que vigorará em 2011-2016 (DGS, 2008).

1.2. Caracterização da Lombalgia Crónica

A coluna vertebral é o eixo ósseo do corpo, situada no dorso, na linha mediana, capaz de sustentar e amortecer o peso corporal. Além disto, favorece a flexibilidade necessária à movimentação, protege a medula espinhal e forma, com as costelas e o esterno, o tórax ósseo, essencial para os movimentos respiratórios (Brooker, 2001). É

composta por 33 vértebras, constituídas por 7 vértebras cervicais, 12 vértebras torácicas, 5 vértebras lombares, 5 vértebras sagradas e 4 vértebras coccígeas (cf. Figura 2); as vértebras lombares são as maiores, o que se justifica-se pelo seu papel de apoio para cargas pesadas (Brooker, 2001).

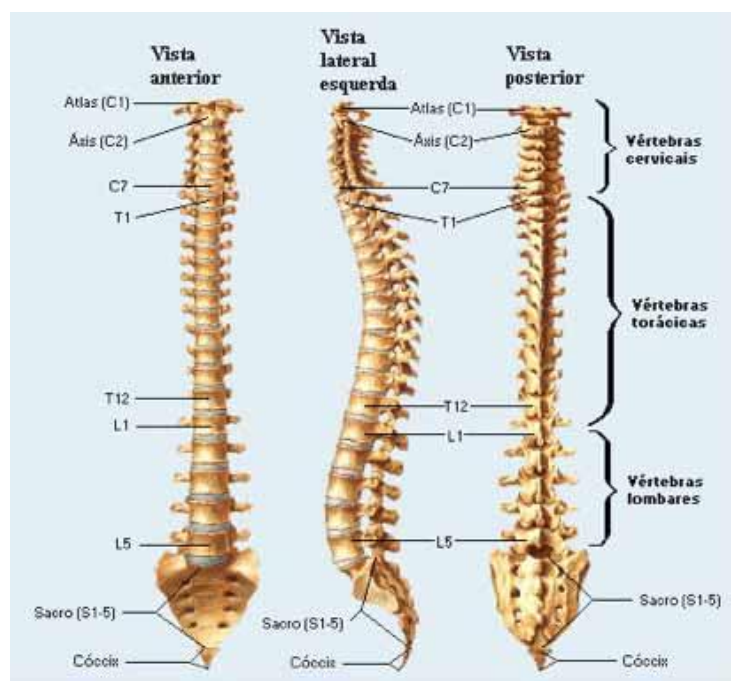


Figura 2 - A Coluna Vertebral (Retirado em <http://www.sogab.com.br/anatomia/colunacurvas.jpg>)

A lombalgia crônica caracteriza-se por uma dor localizada entre a margem costal inferior e a região infraglútea, no terço inferior da coluna, mais especificamente entre as vértebras L1 e L5 (Arantes et al., 2007; Brooker, 2001). Esta patologia aparece frequentemente associada a lombociatalgia em que a dor é irradiada para os membros inferiores através do nervo ciático, por vezes acompanhada de espasmos musculares na região lombar (Brooker, 2001).

O quadro patológico da lombalgia classifica-se segundo o tipo de dor (agudo, sub-agudo ou crônico) em função do factor tempo (Marras, 2000). A lombalgia aguda tende a desaparecer em 6 semanas, a lombalgia sub-aguda permanece entre as 6 e as 12 semanas e a lombalgia crônica tem uma duração para além das 7-12 semanas (Devo & Weinstein, 2001).

Woolf e Pfleger (2003) e McIntosh e Hall (2007) afirmam que a lombalgia é dos problemas músculo-esqueléticos mais frequentes na população ocidental adulta, afectando cerca de 70% das pessoas que vivem em países industrializados. Rubin

(2007) acrescenta que mais de 80% da população sofrerá, pelo menos uma vez na vida, de um episódio de dor lombar.

A elevada prevalência da lombalgia é conhecida em vários países, havendo mesmo estudos que demonstram uma tendência para aumentar (Freburger et al., 2009; Harkness et al., 2005; Manchikanti et al., 2009; Palmer et al., 2000).

Freburger et al. (2009) realizaram um estudo em 1992, que foi repetido em 2006. Os resultados demonstram um aumento significativo da prevalência desta patologia ao longo de 14 anos, de 3,9% em 1992 para 10,2% em 2006. Esta tendência foi observada em todas as idades, nos dois sexos e tanto na população branca como na população negra.

Em França, a prevalência da lombalgia crónica foi estimada em 15,4% nos homens e 18,9% nas mulheres (Gourmelen et al., 2007), com tendência a aumentar com a idade. Em termos de utilização dos serviços de saúde, a admissão hospitalar é a que acarreta mais custos, e 5% da população francesa recorre a estes serviços devido à lombalgia crónica (Depont et al., 2009).

No Reino Unido, Harkness et al. (2005) realizaram dois estudos, com um intervalo de 40 anos, a fim de determinar a prevalência da lombalgia (cf. Anexo C). O primeiro estudo foi realizado entre 1956 e 1958, com pessoas entre os 18 e os 64 anos. Os resultados indicaram uma maior prevalência desta patologia no sexo feminino (9,1%) comparativamente ao sexo masculino (8,1%). O segundo estudo, realizado em 1994 e 1995, revelou um aumento significativo na incidência da lombalgia: os homens passaram de 8,1% para 17,8% e as mulheres de 9,1% para 18,2% (Harkness et al., 2005).

Em Portugal (Quintal, 1993), os estudos de prevalência da lombalgia são escassos e realizados em meio hospitalar, conhecendo-se muito pouco sobre os dados epidemiológicos desta patologia em Portugal (Quintal, 1993). Ponte (2000) apresenta os resultados de um trabalho de investigação desenvolvido num Centro de Saúde da Região Norte (Matosinhos), em que um dos objectivos era determinar a incidência da lombalgia em adultos portugueses.

Os resultados indicaram uma prevalência de 49% de lombalgia, com intervalo de confiança de 95% (Ponte, 2000). O absentismo laboral devido a esta patologia foi de

18,6%, com uma média de faltas ao trabalho de 2,5 dias (Ponte, 2000). As mulheres apresentaram uma prevalência maior de dor lombar comparativamente aos homens: 54,2% nas mulheres vs. 44,2% nos homens.

Relativamente à idade, Ponte (2000) constatou uma maior prevalência na faixa etária 50-65 anos. Foi observada também uma maior incidência de dor nos viúvos, divorciados ou separados. Quanto ao tabagismo, não foram identificadas diferenças entre os fumadores e os não fumadores. Por fim, observou-se uma diminuição progressiva da lombalgia à medida que a escolaridade aumentava, no entanto, as diferenças entre grupos não se revelaram significativas.

Coelho, Almeida e Oliveira (2005) realizaram um outro estudo durante o ano lectivo de 2002-2003, na Região da Grande Lisboa, com adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, a fim de determinar a prevalência da lombalgia nesta faixa etária. Os resultados indicam que 39,4% dos adolescentes sofrem de lombalgia, com maior prevalência nas raparigas (41,9%) do que nos rapazes (36,9%), com tendência a aumentar com a idade. Foram ainda observadas associações estatisticamente significativas entre a prática de exercício físico e a ausência de lombalgia. Finalmente, atendendo ao factor tabagismo foi possível verificar que, entre os 18 fumadores da amostra, 16 relataram sofrer de dores lombares.

A maioria dos episódios de lombalgia são benignos e auto-limitados, contudo, segundo alguns autores (Arantes et al., 2007; Freburger et al., 2009; Harkness et al., 2005; Manchikanti et al., 2009; Palmer et al., 2000), 2 a 7% de pessoas com lombalgia desenvolvem lombalgia crónica, altamente incapacitante e prolongada no tempo, com um impacto significativo na sua qualidade de vida (QDV), consumindo mais de 80% dos recursos médicos gastos.

1.2. Factores de Risco e Tratamento da Lombalgia Crónica

Cox (2002) considera a postura um factor importante no desenvolvimento da dor lombar, referindo que a boa postura é aquela em que um individuo, em posição ortostática, exige pequeno esforço da musculatura e dos ligamentos para se manter nessa posição. Segundo o mesmo autor, se os músculos que sustentam a coluna forem fracos pode-se acentuar significativamente a curvatura da coluna e os ligamentos podem ficar sujeitos a tensões agudas ou crónicas.

A lombalgia é uma patologia multifactorial com diversas etiologias, sendo que alguns estudos epidemiológicos focalizaram-se nos potenciais factores de risco, no entanto, os mesmos não são unanimemente aceites por todos os investigadores (Queiroz, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), a lombalgia crónica resulta da progressão de uma lombalgia aguda não resolvida que pode ser causada por doenças inflamatórias, degenerativas, alterações congénitas, debilidade muscular, predisposição osteoarticular, sinais de degeneração dos discos intervertebrais, entre outras.

Esta patologia é caracterizada por ter um início impreciso, com períodos de melhoria e agudização e, quando evolui para a cronicidade, os pacientes costumam apresentar alguma alteração estrutural, nomeadamente: uma espondilite, um quadro degenerativo, uma discopatia dolorosa, ou uma patologia músculo-esquelética (Queiroz, 2003).

Segundo Queiroz (2003), os principais factores de risco no desenvolvimento das lombalgias são: a altura superior a 180 cm no homem, e 170 cm na mulher, a obesidade, a diminuição da força dos músculos do abdómen e do dorso, as alterações da estática da coluna (escolioses, hipercifoses dorsais e hipercifoses lombares), malformações da coluna vertebral, gravidez, traumatismos ou microtraumatismos de repetição, condução automóvel, desportos violentos e/ou competitivos, entre outros. Outros factores de risco das lombalgias relacionam-se com a actividade profissional: os trabalhos pesados, a elevação de cargas, as posturas prolongadas em ortoestatismo e na posição sentada, os movimentos frequentes de flexão e de torção do ráquis, os trabalhos repetitivos e a exposição a vibrações (Queiroz, 2003).

Ponte (2005) agrupa três grandes factores de risco para o desenvolvimento da dor lombar: os factores mecânicos (posturas não adequadas ao trabalho, vibração e tarefas repetitivas), os factores pessoais (idade, sexo, obesidade e tabagismo) e os factores psicológicos que condicionam muito a cronicidade da lombalgia (Burton, Tillotson, Main & Hollis, 1995, citado por Ponte, 2005). Os factores psicológicos individuais desempenham um papel importante na experiência dolorosa (Nguyen et al., 2009).

Cruz, Matos e Branco (2003) defendem que a incapacidade provocada pela lombalgia crónica compreende-se melhor quando se ignora o modelo tradicional de doença e se foca a atenção nos factores não orgânicos. O fenómeno da dor lombar não pode ser entendido apenas no contexto de um quadro álgico isolado, na verdade, ele vem sendo descrito na literatura como um síndrome de descondicionamento onde factores biopsicossociais interagem (Cohen & Argoff, 2008; Pincus et al., 2002; Waddell, 1987; Woolf & Pfleger, 2003). Waddell (1987) afirma que 40% dos factores físicos contribuem para a incapacidade na dor lombar crónica e 31 % para o *stress* psicológico e “*illness behaviour*”.

Council et al. (1998, citado por Bennett, 2002) verificaram que 83% dos pacientes com dores lombares referiam serem incapazes de terminar uma sequência de movimentos que incluía levantar as pernas e dobrar-se devido à antecipação da dor. Os resultados demonstraram que apenas 5% eram incapazes de completar as actividades, devido à falta de capacidade efectiva; estes resultados demonstram que um grande número de pacientes com dor crónica acredita que têm pouco controlo sobre a dor (Bennett, 2002).

O conceito de medo-evitamento é um elemento chave na cronicidade da dor lombar e a sua compreensão é essencial (Nguyen et al., 2009; Pincus et al., 2002; Waddell, 1987). O medo da dor e/ou do movimento leva o indivíduo a evitar sistematicamente estímulos que lhe possam ser desagradáveis, reforçando assim o comportamento de evitamento (Pincus et al., 2002). Estas duas experiências, o medo e o evitamento, são associadas cognitivamente: o evitamento está condicionado pelo medo da dor e do movimento (Nguyen et al., 2009), à luz da Psicologia da Aprendizagem, este processo é definido por condicionamento operante com reforço negativo (Malcuit, Pomerleau, & Maurice, 1995).

Assim, a angústia de sentir dor gera uma forte motivação no indivíduo para evitar actividades potencialmente dolorosas e tal acarreta frequentemente uma imobilização consequente (Waddell, 1987). Na mesma vertente, os factores psicológicos, como a depressão, a forma de lidar com a doença (*coping*) e a somatização estão relacionados com a severidade e a cronicidade da dor lombar (Nguyen et al., 2009; Pincus et al., 2002).

Na referência aos tratamentos da lombalgia crónica, é importante lembrar que a lombalgia crónica não é um quadro algico isolado, mas está associado a factores de risco de ordem biopsicossocial, daí a importância de um tratamento multidisciplinar a fim de corresponder às necessidades destes doentes (Waddell, 1987).

Na medicina convencional, os tratamentos para a lombalgia crónica podem ser farmacológicos e/ou não farmacológicos.

O tratamento farmacológico, mais frequente no tratamento das lombalgias crónicas, é o paracetamol, os anti-inflamatórios não esteróides (AINE'S), os opióides, os relaxantes musculares e os antidepressivos, tomados isoladamente ou em associação, para combater a dor e assim melhorar o movimento da coluna (Bagduk, 2004; Chou et al., 2007; Koes, Van Tulder, & Thomas, 2006; Queiroz, 2003).

O paracetamol e os AINE'S têm um efeito reduzido a curto prazo no alívio da dor lombar crónica (Bagduk, 2004; Chou et al., 2007). O uso de opióides é proposto a doentes com dores intensas e quando a dor não é controlada com os AINE'S (Chou et al., 2007). Os relaxantes musculares integram-se num grupo diverso de medicamentos, com particular interesse quando há grande contractura muscular que, por si só, é geradora de dor (Queiroz, 2003). Os antidepressivos tricíclicos são uma opção nas lombalgias crónicas, mesmo quando não associadas à depressão (Chou et al., 2007).

A cirurgia pode ser benéfica em casos de lombalgia crónica (Bagduk, 2004), contudo, a cirurgia não é curativa: segundo o estudo de Fritzell et al. (2001), após dois anos da cirurgia, alguns destes pacientes reverteram o seu quadro de dor, com aumento da dor e/ou uma tendência para a cronicidade (Bagduk, 2004).

Associado a estes tratamentos, é normalmente recomendado o repouso, que não deve ser muito prolongado, devido ao seu efeito no aparelho locomotor, nomeadamente na desmineralização dos ossos e na diminuição da tonicidade muscular (Waddell, 1987). Logo que a actividade for possível, o paciente deve ser estimulado a retomar gradualmente as suas actividades habituais, promovendo o retorno ao trabalho e diminuindo a limitação funcional a longo prazo e a taxa de recorrência (Waddell, 1987).

O tratamento não farmacológico na lombalgia crónica inclui a fisioterapia, a acupunctura e a terapia cognitivo-comportamental (Henschke et al., 2005; Rull, Catalá & Ferrándiz, 2003). Segundo a classificação nos *Guidelines for the Practice da*

American Physical Therapy Association (2001, citado por Gil, Cabri, & Ferreira, 2009), os tratamentos de fisioterapia na lombalgia crónica são, em geral, ministrados por pacotes que englobam uma diversidade de modalidades, dentro das quais são realizados determinados procedimentos terapêuticos: massagem terapêutica, aplicação de calores, ensino sobre cuidados a ter com as costas, aplicação de ultra-sons, exercícios de fortalecimento, mobilização/manipulação vertebral ou de tecidos moles e estimulação nervosa eléctrica transcutânea (TENS), (Gil, Cabri & Ferreira, 2009).

A acupunctura (cf. Anexo D) é outro procedimento terapêutico usado no tratamento das lombalgias: é uma das mais antigas abordagens terapêuticas, tendo as suas raízes na medicina tradicional chinesa, é uma intervenção aceite para uma variedade de patologias, muitas das quais associadas à dor e consiste na estimulação de pontos anatómicos cutâneos e musculares específicos (Monteiro & Ribeiro, 2010).

A terapia cognitivo-comportamental é geralmente aplicada no tratamento da lombalgia crónica (Henschke et al., 2005) com o principal objectivo de identificar eventuais crenças ou comportamentos disfuncionais, frequentemente associados a um quadro de dor crónica (Henschke et al., 2005). De igual modo esta abordagem permite fornecer técnicas ao doente para lidar com a dor no quotidiano, através do desenvolvimento de competências e estratégias adequadas ao indivíduo (Henschke et al., 2005).

Neste contexto, os factores psicossociais revelam-se essenciais para a compreensão da intervenção no âmbito da dor (lombar) crónica. Consequentemente, os próximos Capítulos focarão alguns deles.

CAPÍTULO II- O COPING

2.1. Definição do Conceito

Falar de *coping* implica explorar o *stress*. Assim, na década de 30, Seyle (1959, citado por Vaz Serra, 1988), pai da concepção moderna e científica do *stress*, postulou que o indivíduo, quando confrontado com estímulos adversos, desencadeava reacções biológicas e comportamentais para restaurar o seu equilíbrio, o que ele denominou de síndrome de adaptação geral; mais tarde, surgiu o conceito de *stress* (Vaz Serra, 1988).

Segundo Seyle (1959, citado por Vaz Serra, 1988, p. 301), o *stress* “é a resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação”. Posteriormente, e através dos estudos sobre o *coping*, compreendeu-se melhor o *stress* para além da esfera biológica, incluindo componentes psicológicas, comportamentais e situacionais (Chaves et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* é um conceito que tem sido relevante para a Psicologia, principalmente a partir da década de 40 e 50 do Século XX (Paulhan & Bourgeois, 1995). Segundo Ramos e Carvalho (2007, p. 7) “é uma palavra de origem anglo-saxónica não traduzível directamente para o português; contudo, é utilizada como “formas de lidar com”, “estratégias de confronto” ou “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de *stress*”.

A definição de *coping* é variável e está vinculada à conceptualização teórica subjacente (Paulhan & Bourgeois, 1995). O estudo do *coping* foi marcado, principalmente, por duas abordagens tradicionais: a da Psicologia animal experimental e a da Psicologia do ego (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995).

O modelo animal concebe o *coping* como o conjunto de respostas comportamentais inatas e adquiridas a uma situação adversa (Paulhan & Bourgeois, 1995).

A Psicologia do ego concebeu o termo *coping* como um mecanismo de defesa, integrando o conceito nas defesas do *Eu*, definindo-o como o conjunto de procedimentos inconscientes cuja finalidade é diminuir a tensão emocional (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984). A disciplina estudou ainda, a relação entre

traços de personalidade e *coping*: há estratégias que podem ser influenciadas pela maneira de ser de cada um, ou seja, pela personalidade (Paulhan & Bourgeois, 1995; Vaz Serra, 1988).

Segundo Kobasa et al. (1982, citado por Vaz Serra, 1988, p. 305), “a personalidade “resistente” ao *stress* é aquela que manifesta controlo sobre os acontecimentos, um bom compromisso em relação às várias áreas da sua vida e é capaz de considerar mudanças e desafios”.

Resumindo, estas abordagens concebem o *coping* como um sistema defensivo, próprio do indivíduo, onde a função do *coping* é destinada exclusivamente à diminuição da tensão emocional. Ora, na opinião de alguns autores (Folkman & Lazarus, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995; Vaz Serra, 1998; Vaz Serra, 2001), para uma definição completa do conceito, é necessário incluir a resolução dos problemas, como um processo consciente e voluntário. Segundo Vaillant (1992, citado por Paulhan & Bourgeois, 1995), os mecanismos de defesa diferem das estratégias de *coping*, pois estas são técnicas apreendidas pelo indivíduo, ao longo da sua vida, para permitir ao indivíduo confrontar voluntariamente o problema.

De acordo com a literatura (Antoniazzi et al., 1998; Paulhan & Bourgeois, 1995; Vaz-Serra, 1988), o modelo de Lazarus e Folkman (1984) é o modelo mais referenciado, e o mais consensual, relativamente à conceptualização do conceito de *coping*, atribuiu maior ênfase às características cognitivas e situacionais das estratégias de *coping* e ao processo transaccional entre a pessoa e o seu meio (cf. Anexo E).

O modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) inscreve-se no modelo transaccional do *stress* e neste o *coping* é considerado um mediador nos resultados adaptativos. O conceito já não é explicado como vinculado às “defesas do eu”, mas assente num conceito mais geral que é a avaliação (*appraisal*) (Lazarus & Folkman, 1984). A avaliação surge enquanto mediador de reacções ao *stress* e é considerado como um processo universal, no qual os indivíduos avaliam constantemente o significado das suas vivências e do seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, para lidar com demandas específicas, internas e/ou externas, que surgem em situação de *stress* e são avaliadas como excedendo os seus

recursos pessoais do indivíduo. Logo, e com base nesta definição, as estratégias de *coping* são acções conscientes, deliberadas e apreendidas (Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995).

As funções do *coping*, segundo Lazarus e Folkman (1984), podem ser de dois tipos: o *coping* focalizado na emoção e o *coping* focalizado no problema. O *coping* focalizado na emoção é geralmente adoptado para reduzir a tensão emocional (1984; Vaz-Serra, 1988; 2001). O *coping* focalizado no problema é destinado à confrontação directa do problema; esta função está muitas vezes direccionada para a definição do problema, para a criação de soluções e/ou alternativas e é dirigida para a acção (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1988). Lazarus e Folkman (1984) acrescentam que o *coping* focalizado no problema é mais voltado para a realidade e, portanto, mais adaptativo, e com capacidade de modificar as pressões ambientais para diminuir o factor *stress*.

Resumindo, as funções do *coping* permitem gerir ou alterar o problema (*coping* focalizado no problema) e/ou regular a resposta emocional ao problema (*coping* focalizado na emoção). As duas funções influenciam-se mutuamente na avaliação do problema e ambas contribuem para promover ou dificultar a resolução do problema (Lazarus & Folkman, 1984). Mais recentemente, Cayne e Delongis (1986, citado por Antoniazzi et al., 1998) apresentaram uma terceira estratégia de *coping* focalizada nas relações interpessoais, pela qual o indivíduo procura apoio social para a resolução da situação.

Lazarus e Folkman (1984) acrescentam que a forma como o indivíduo se confronta com o problema é determinada, em parte, pelos seus recursos pessoais, que incluem, entre outros, a saúde, a energia, as crenças, e as competências sociais. Vaz Serra (1988) refere ainda que o tipo de situação também pode influenciar as estratégias de *coping*, pois estas não são uniformes: há situações em que a pessoa tenta resolver o problema e, noutras situações, vai alterar o significado da situação ou das consequências; portanto, a adopção de estratégias de *coping*, pelo indivíduo, vai depender da percepção e da avaliação primária da situação.

Lazarus e Folkman (1984) argumentam que o *stress* é percebido com base em três processos (cf. Anexo E): (1) Avaliação Primária (percepção da ameaça); (2)

Avaliação Secundária e (3) *Coping* (execução da resposta). Na avaliação primária da situação, três tipos de situações diferentes podem ser percebidos: a ameaça, o dano e o desafio (cf. Anexo F). A ameaça envolve uma antecipação de situações *stressantes* futuras, portanto, os esforços de *coping* centram-se no futuro e destinam-se a neutralizar eventuais efeitos adversos (Vaz-Serra, 1988). A avaliação de uma situação de dano envolve estratégias dirigidas para o presente e pressupõe a tolerância ou a reinterpretação da situação (Vaz-Serra, 1988). Na situação de desafio, o indivíduo sente que pode alcançar ou superar as exigências da situação indutora de *stress* (Vaz-Serra, 1988).

Na opinião de Vaz-Serra (1988, p. 16), não há estratégias mais eficazes ou menos ineficazes: “o grau de eficácia depende dos recursos que o indivíduo apresenta e do problema com que se defronta”. Mas, quando uma situação não pode ser gerida adequadamente, pode dar origem a uma doença física ou a transtornos psicopatológicos (Vaz Serra, 1988). O *coping* é um critério importante e rico em informação, pelo que a avaliação do *coping* permite obter informações sobre a forma como a pessoa lida com situações adversas, o que é particularmente relevante nos contextos de saúde.

2.2. Avaliação do *Coping*

Os aspectos teóricos expostos anteriormente revelam alguma dificuldade na medição do *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). Estas dificuldades estão relacionadas, em parte, com a integração dos processos inconscientes e, em parte, com o peso dado aos diversos antecedentes do *coping*, como a personalidade, os recursos pessoais e sociais do *coping* (Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995). Folkman e Lazarus (1984) referem que, se o *coping* fosse estável, seria mais fácil utilizá-lo para prever consequências em termos de saúde, porque uma única avaliação seria fiável.

A avaliação do *coping* dirige-se, principalmente, à medição de reacções comportamentais e cognitivas do indivíduo perante estímulos “*sressores*” (Bennett, 2002). Assim, o objectivo principal da avaliação é a identificação das estratégias de *coping* que estão a ser emitidas pelo indivíduo e qual a sua implicação para o mesmo e para a evolução clínica (Bennett, 2002; Ogden, 1999). Existem vários instrumentos de avaliação do *coping* e as divergências prendem-se essencialmente com a complexidade de cada questionário.

O *Proactive Coping Inventory* (PCI) foi desenvolvido por Greenglass et al. (1999) e foi adaptado para Portugal por Marques, Lemos e Greenglass (2004). Este inventário é constituído por 55 afirmações, que representam reacções que podem surgir em determinadas situações, e uma escala de tipo Likert que varia entre “nunca” e “sempre”. Estes 55 itens distribuem-se em 7 escalas: *Coping* Proactivo, *Coping* Reflexivo, Planeamento Estratégico, *Coping* Preventivo, Suporte Instrumental, Procura de Suporte Emocional e *Coping* de Evitamento (2004).

O *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) foi desenvolvido por Folkman e Lazarus, na década de 70, e foi adaptado para Portugal por Pais-Ribeiro e Santos (2001). Este questionário é constituído por 48 itens e um item para a descrição da situação stressante pensada no momento do preenchimento do mesmo. Estes itens estão distribuídos em 8 sub-escalas: Confronto, Auto-Controlo, Procura de Suporte Social, Responsabilidade, Resolução Planeada do Problema, Distanciamento, Fuga-Evitamento e Reavaliação positiva (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Segundo Edwards e O’Neil (1998, citado por Pais-Ribeiro & Santos, 2001), a validade de constructo das notas é inconclusiva e, sendo assim, sempre que se utilize este questionário deverá ser avaliada a estrutura factorial dessa utilização (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

O *Chronic Pain Coping Inventory*, em Português, Inventário das Formas de Lidar com a Dor Crónica, é um questionário de auto-aplicação com 65 itens que avaliam a frequência de utilização, em número de dias e durante a última semana de, um vasto conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas de *coping* (Azevedo et al., 2007). As estratégias adoptadas dividem-se em 8 subescalas: Defesa ou Protecção; Descanso; Pedidos de Ajuda; Relaxamento; Persistência; Exercício Físico e Alongamentos; Procura de Apoio Social/Familiar; e Autoconvencimento. Segundo Azevedo et al. (2007), o instrumento possui boas propriedades psicométricas, no entanto, a questão da estrutura factorial é ainda alvo de discussão.

O Brief COPE, foi desenvolvido por Carver et al. (1989, citado por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), é um inventário que se destina a avaliar estilos e estratégias de *coping*, baseando-se no modelo de Lazarus e Folkman e o modelo de auto-regulação (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). O Brief COPE foi adaptado, para Portugal, por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), e é constituído por 21 itens distribuídos em 14 escalas: Coping Activo; Planear; Utilizar Suporte Instrumental; Utilizar Suporte Social

Emocional; Religião; Reinterpretação Positiva; Auto-Culpabilização; Aceitação; Expressão de Sentimentos; Negação; Auto-Distracção; Desinvestimento Comportamental; Uso de Substâncias; e Humor. Segundo os mesmos autores (2004), o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, e pode ser aplicado em contextos de saúde

O Inventário de Resolução de Problemas é outro instrumento de avaliação do *coping*, que será abordado no Capítulo V.

Para terminar, é importante referir que a avaliação do *coping* nos indivíduos com lombalgia crónica é necessária. Conhecer as estratégias de *coping* do indivíduo permite ao terapeuta perceber como é que este lida com as situações adversas, neste caso, como lida com a dor, e com este conhecimento, permite-lhe promover comportamentos ajustados no indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984; Ogden, 1999).

2.3. *Coping* na Lombalgia Crónica

Segundo Folkman e Lazarus (1984) existem algumas questões sobre a ligação entre *coping* e saúde, nomeadamente se o modo como as pessoas lidam com o *stress*, no quotidiano, afecta a sua saúde. Ou, ainda se o modo como a pessoa lida com a sua doença vai afectar as consequências do problema como a progressão da doença. E, finalmente, se o modo como a pessoa confronta o seu problema de saúde afecta a sua saúde mental ou o seu ajustamento ao problema.

Relativamente à primeira questão, Lazarus e Folkman (1984) constataram que os estudos não permitam estabelecer uma ligação entre efeitos directos do *coping* e a saúde na população geral. No entanto, algumas estratégias de redução da tensão emocional (tabagismo, consumo de álcool, ...) podem ter um efeito directo na saúde, tais como doenças cardíacas, doença pulmonar obstrutiva crónica, úlcera péptica e outras (Paulhan & Bourgeois, 1995).

Relativamente à segunda questão (relação directa entre *coping* e progressão da doença), Folkman e Lazarus (1984) citam alguns estudos com resultados contraditórios. No entanto, Aldwin e Yancouva (2003) apontam para uma associação entre a acção instrumental (resolução do problema) e a redução da progressão da doença e a limitação dos efeitos indesejáveis dos tratamentos e dos sintomas, ao invés das estratégias de

evitamento. Pode-se citar, a título de exemplo, os estudos sobre os efeitos do *coping* no sistema imunitário que estão subjacentes em numerosas doenças, tais como as infecções e o cancro (Aldwin e Yancouva, 2003; Lazarus & Folkman, 1984; Paulhan & Bourgeois, 1995).

Chesney e Folkman (1994, citado por Bennett, 2002) realizaram um estudo cujo objectivo era o de avaliar a eficácia do treino de *coping*, em 40 homens com VIH. Os resultados demonstraram que os indivíduos obtiveram benefícios significativos nas medidas de depressão e bem-estar. Estes benefícios foram atribuídos à redução do *coping* por auto - culpabilização e uma mudança para o uso de estratégias de *coping* mais activas.

Quanto à terceira questão, as investigações sobre *coping* e as suas consequências no ajustamento à doença e à saúde mental, parecem ser mais consistentes e revelam, geralmente, que um *coping* de evitamento ou centrado na emoção está associado a mais *stress*, ao invés do *coping* centrado no problema, associado a níveis menores de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra 1988).

Em Portugal, Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2010) desenvolveram um estudo com a participação de 117 pessoas com dor crónica músculo-esquelética, em que pretendam explorar diferenças entre homens e mulheres quanto ao uso de estratégias de *coping*. Os resultados deste estudo apontam que não existem diferenças no que diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com a dor segundo o sexo. Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a heterogeneidade da amostra e o desequilíbrio no número de participantes de ambos os sexos.

Segundo o estudo realizado por Cousson-Geli et al. (1999), que teve como objectivo explorar relações entre *coping* e QDV, o *coping* centrado na emoção está significativamente associado a uma má saúde física, a limitações nas actividades devido à condição psicológica, a limitações nas relações sociais, à dor, a uma má saúde mental, à ausência de vitalidade e de saúde; o *coping* centrado no problema está significativamente associado a uma boa saúde física e psicológica e à vitalidade.

Koleck et al. (2006) avaliaram 99 pacientes logo após um episódio agudo de lombalgia crónica, e ainda, um ano depois. Este estudo teve como objectivo analisar as variáveis preditivas de evolução crónica e qualidade de vida (factores psicossociais e

estratégias de *coping*), em indivíduos com lombalgia crónica; entre outras variáveis, foram avaliadas: a depressão, a qualidade de vida e as estratégias de *coping*. Os resultados identificaram duas dimensões associadas à cronicidade da patologia: a dimensão funcional e a dimensão emocional, apresentadas como desajustadas (Koleck et al., 2006). Os factores preditivos de evolução da saúde (física e emocional), neste estudo, foram a distração e o rezoar (estratégias de *coping*), assim como o suporte social e a esperança.

Em Portugal, Santos e Pais-Ribeiro (2006) avaliaram 426 estudantes universitários, com o objectivo de analisar a relação entre a frequência de participação em actividades de lazer, o estado de saúde e as estratégias de *coping*, utilizadas na resolução dos problemas. Os resultados indicaram que a participação em actividades de lazer tem uma relação positiva com o estado de saúde físico e mental (Santos & Pais-Ribeiro, 2006). Segundo os mesmos autores (2006, p. 1): “os resultados sugerem ainda que o confronto e a resolução activa de problemas como estratégia de *coping* se correlaciona positivamente com a frequência na realização de todos os subgrupos de actividades de lazer desenvolvidas, enquanto que o Confronto com o Problema e a Planificação da Estratégia correlacionam-se com as actividades sociais, as culturais e os passatempos”.

Ainda, na população universitária, Ramos e Carvalho (2007) procuraram identificar e avaliar estratégias de *coping* (IRP) mais utilizadas pelos estudantes do 1º ano (ditos “caloiros”), relacionando-os com os factores indutores de *stress*, e, identificar e caracterizar o nível de *stress* dos mesmos. Os resultados obtidos revelaram um bom conhecimento de boas estratégias de *coping* (atitude de confronto e resolução activa dos problemas, pedido de ajuda, controlo interno, planeamento de estratégias de acção, auto-responsabilização, etc.) e um baixo nível de *stress*. Ainda, foram observadas correlações altamente significativas entre estas variáveis (Ramos & Carvalho, 2007, p. 15) “em que o *stress* e o *coping* são directamente proporcionais”.

A avaliação do *coping* e o treino de estratégias de *coping* nos indivíduos com lombalgia crónica é importante e necessária para a QDV dos mesmos. Segundo Bennett (2002), o treino de eficácia no *coping* permite ao individuo adequar as suas estratégias de *coping* às características da situação de *stress*. Ainda segundo o mesmo autor (2002, p. 195):

“O treino de avaliação ensina as pessoas a identificar a origem do *stress* recorrente e a distinguir entre os aspectos da situação que se podem ou não podem modificar. Nas situações que são identificadas como podendo ser alteradas são utilizadas técnicas de *coping* activo, tais como a resolução de problemas e as capacidades de comunicação. Por outro lado, as emoções negativas associadas a situações consideradas inalteráveis podem enfrentar-se utilizando estratégias centradas nas emoções, que incluem reestruturação cognitiva, relaxamento e o uso do sentido de humor. Uma terceira linha de treino de eficácia no *coping* envolve não apenas a aprendizagem de como conseguir apoio social mas também como o adequar às exigências da situação.”

Para concluir este Capítulo, realçar-se-á a importância da avaliação do *coping* na Saúde. A forma como o indivíduo avalia as situações de *stress* (dores lombares) vai condicionar a adopção das estratégias de *coping*. Cabe assim ao psicólogo identificar as estratégias de *coping* do indivíduo e promover estratégias ajustadas à sua condição. A condição física e psicológica do indivíduo é relevante para a avaliação do *coping* sendo que as mesmas interferem no quotidiano dos indivíduos. No Capítulo seguinte, abordar-se-á o conceito da depressão, a sua caracterização e sua avaliação nos contextos de saúde.

CAPÍTULO III- A DEPRESSÃO

3. 1. Caracterização do Conceito

“A Depressão é uma síndrome clínica descrita há mais de dois mil anos” (Wong, 2007, p. 15). A melancolia, que actualmente é relacionada com a depressão *major*, foi considerada desde o século V a. C como uma doença definida (Braconnier, 2007; Wong, 2007). Actualmente, a depressão caracteriza-se essencialmente por uma tristeza acentuada no indivíduo, associada a uma diminuição da energia e uma perda de prazer por situações que anteriormente eram consideradas como agradáveis (Braconnier, 2007).

Os transtornos depressivos estão entre os mais incidentes na psiquiatria (Mackinnon, Michels & Buckley, 2008). Segundo dados da OMS (2002), 121 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão e, em 2020, prevê-se que a depressão seja o principal transtorno mental nos países em desenvolvimento. Ainda, importa referir que a depressão está fortemente associada ao suicídio: em 2000, cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio em todo o mundo, sendo que os principais factores de risco associados foram a presença de psicopatologia, principalmente depressão (OMS, 2002).

Em 1996, a Comissão Europeia investiu na realização do primeiro estudo epidemiológico da depressão na Europa, com o projecto European Outcome of Depression International Network (ODIN) (Ayuso et al., 2001). O projecto foi realizado em cinco países europeus: o Reino Unido, a Irlanda, a Espanha, a Noruega e a Finlândia ($n = 1\,211\,596$).

Os resultados indicaram que 8,56% dos indivíduos apresentam depressão, com maior prevalência nas mulheres (10,5%) do que nos homens (6,61%), sendo observadas diferenças na incidência da depressão entre países (Liverpool revelou uma taxa de depressão seis vezes maior do que Oslo) e áreas de residência: nos meios rurais a percentagem de depressão era significativamente mais baixa do que nos meios urbanos (Ayuso et al., 2001). Este facto é curioso e leva a sugerir que o meio rural propicia ao indivíduo uma melhor qualidade de vida relativamente ao meio urbano, reduzindo os factores de risco para a depressão (Ayuso et al., 2001).

Em Portugal, os estudos epidemiológicos sobre os transtornos mentais são escassos (APA, 2002). O Censo Psiquiátrico de 2001 (Bento, Carreira & Heitor, 2001) indica alguns dados informativos; neste participaram 66 instituições de saúde do país e, segundo os resultados, a depressão foi das patologias que mais motivou o recurso aos Serviços de Saúde, com 2525 doentes atendidos (14,9%).

Gameiro et al. (2008), realizaram um estudo em que o objectivo principal era avaliar a presença de sintomatologia depressiva e de qualidade de vida em indivíduos sem qualquer patologia física ou mental (n=307). Os resultados indicam que do total dos 307 indivíduos, 59 (19,2%) apresentaram sintomatologia depressiva clinicamente significativa, com maior prevalência nas mulheres (69,5%) (Gameiro et al., 2008). Foram observadas, ainda, diferenças relativamente ao estado civil: os viúvos apresentaram mais sintomatologia depressiva do que os solteiros, no entanto, não foram identificadas diferenças significativas ao nível do estatuto socioeconómico, habilitações académicas e idade (Gameiro et al., 2008).

A criação de classificações internacionais permitiu desenvolver um sistema unificado de diagnóstico e classificação dos transtornos mentais (Stefanis & Stefanis, 2005); a Classificação Internacional das Doenças, 10^a Revisão (CID-10), regulada pela OMS, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4^a Edição Revista (DSM-IV-TR), da autoria da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002). Estas classificações estabeleceram critérios com orientações semelhantes e ambas podem ser usadas na prática clínica; as suas diferenças prendem-se principalmente com a terminologia (Stefanis & Stefanis, 2005).

A CID-10 (2008) classifica a depressão dentro dos Transtornos Afectivos e categoriza-a segundo o grau (leve, moderado e grave). Segundo esta classificação, o episódio depressivo caracteriza-se principalmente pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da actividade.

No DSM-IV-TR (2002), a depressão enquadra-se dentro das Perturbações do Humor que se dividem em Perturbações Depressivas e Bipolares. As Perturbações Depressivas incluem: a Perturbação Depressiva *Major* (com episódio único ou recorrente), a Perturbação Distímica (precoce ou tardia) e a Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (SOE). Nas Perturbações Bipolares constam: a Perturbação Bipolar

I, a Perturbação Bipolar II, a Perturbação Ciclotímica, a Perturbação Bipolar SOE, a Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral, a Perturbação Induzida por Substâncias, e a Perturbação do Humor SOE (APA, 2002). Devido ao tema de estudo deste trabalho, focalizar-se-á na caracterização das Perturbações Depressivas.

Segundo o DSM-IV-TR (2002), os critérios para o diagnóstico e classificação da Perturbação Depressiva *Major* caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos *Major* (APA, 2002, P. 356):

A. Deverão estar presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante o período de duas semanas com uma alteração do funcionamento habitual; pelo menos um dos sintomas é 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou do interesse:

- 1- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo ou pela observação de outros;
- 2- Diminuição clara de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- 3- Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumentando de peso significativamente, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- 4- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5- Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias;
- 6- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
- 8- Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias;
- 9- Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um planamos específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo.

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de um estafo físico geral (por exemplo, hipotíroidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto.

A Perturbação Distímica caracteriza-se essencialmente por um humor depressivo durante a maior parte do dia, presente durante pelo menos dois anos. Quanto á Perturbação Depressiva SOE inclui as perturbações depressivas que não preenchem os

critérios para Perturbação Depressiva *Major* ou para Perturbação Distímica (APA, 2002).

Segundo estudos genéticos (APA, 2002), a perturbação depressiva *major* seria de 1,5 a 3 vezes mais frequente em familiares de primeiro grau relativamente à população geral. Alguns estudos (Lafer, Almeida, Fráguas & Miguel, 2000) com famílias indicam a existência de um factor genético para a depressão unipolar e bipolar. Contudo, o modo de transmissão genética permanece não definido e a caracterização precisa do fenótipo continua um desafio na genética da depressão (2000).

Outros estudos (Lafer & Amaral, 2000; Brooker, 2001; Iversen, 2007), da área da neuroquímica, propõem o envolvimento de neurotransmissores cerebrais, as monoaminas, no desenvolvimento da depressão: uma alteração deficitária nos níveis de dopamina (DA), noradrenalina (NE) e de serotonina (5HT), seria o factor etiopatogénico da depressão.

A área da neuroimagem estrutural e funcional aponta para anomalias cerebrais, como alterações volumétricas, metabólicas e de fluxo sanguíneo global e regional em indivíduos com transtorno do humor (Lafer, 2000). Vários estudos nesta área (Steingard et al., 1996; Sheline et al., 1996; Hauser et al., 1989; Husain et al., 1991; citado por Lafer, 2000), identificaram uma diminuição no volume dos lobos frontais, do hipocampo, dos lobos temporais e do núcleo caudado em pacientes depressivos, envolvendo essencialmente conexões entre os gânglios da base, os lobos frontais e o sistema límbico.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1994, citado por Musaelk, 2009), actualmente, acredita-se no envolvimento de várias áreas cerebrais no desenvolvimento da depressão: o sistema límbico seria responsável pelas emoções alteradas, a disfunção nos gânglios de base provocaria alterações psicomotoras, a disfunção no córtex pré-frontal anterolateral esquerdo envolveria disfunções cognitivas e a disfunção hipotalâmica perturbaria o sono, o apetite, o comportamento sexual e os mecanismos endocrinológicos, imunológicos e cronobiológicos.

Ao apresentar a síntese de algumas das principais teorias biológicas da depressão, não se pretende reduzir toda a etiopatogenia da depressão a um ou outro factor, mas ter em consideração que a depressão é uma patologia multifactorial,

envolvendo factores biológicos, psicológicos e sociais, daí interesse em analisar as diferentes abordagens.

Numa perspectiva psicológica, e à luz da Psicologia comportamental, Lewinsohn (1974, citado por Ito & Neto, 2000) atribuía a manifestação de sintomas depressivos a uma diminuição ou ausência de reforço positivo, nas interacções entre o indivíduo e o seu meio. Tal reflectir-se-ia no humor do indivíduo, pois “quando determinados comportamentos raramente produzem reforço positivo, o indivíduo reduz significativamente suas actividades e interacções de recompensa” (Ito & Neto, 2000, p.82). Tais percepções levam o indivíduo a ter uma perspectiva do futuro sem esperança, deixando um efeito negativo sobre a sua capacidade para lidar com as situações, que influenciará a sua eficácia no desempenho de tarefas para a solução de problemas.

Segundo o modelo revisto do desamparo apreendido, de Seligman et al. (1967, citado por Ito & Neto, 2000), postula-se que a atribuição determina a acção e o afecto do indivíduo; a interpretação das situações, pelo indivíduo, condicionaria o comportamento e as emoções. A atribuição do significado é elaborada com base em três dimensões (Ito & Neto, 2000): (1) a causa é atribuída a uma pessoa ou a uma situação (interna/externa); (2) a causa é vista como transitória ou persistente no tempo (instável/estável); e (3) a causa é vista com um impacto sobre vários acontecimentos futuros ou limitados no tempo (global/específica). Assim, esta teoria prediz que sujeitos que frequentemente atribuem a ocorrência de situações negativas a causas internas, estáveis e globais estarão vulneráveis a desenvolver depressão (Ito & Neto, 2000).

A interacção entre a cognição e as emoções na depressão foi alvo de várias investigações: ao longo de 40 anos, clínicos e investigadores focalizaram-se nos processos cognitivos e no conteúdo cognitivo na depressão, com o objectivo de melhor compreender esta patologia (Beck et al., 1997; Claudio, 2009). O modelo cognitivo propõe três conceitos clássicos para descrever a emergência da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos (Claudio, 2009; Ito & Neto, 2000; Musalek, 2009; Williams, Watts, Macleod & Mathews, 2000). Beck (Beck et al., 1997) foi o principal investigador nesta matéria, atribuindo um papel nuclear à tríade cognitiva na depressão.

Gotlib e Joormann (2010) caracterizam essa tríade por representações negativas que o indivíduo faz sobre si-mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, com base nas suas experiências vivenciais; de acordo com a teoria cognitiva, estas crenças são armazenadas em esquemas cognitivos, sob a forma de uma estrutura de memória, envolvendo processos mnésicos (Claudio, 2009; Williams et al., 2000). Os esquemas cognitivos, por sua vez, são estruturas cognitivas estáveis que categorizam e avaliam sistematicamente as experiências do indivíduo (Claudio, 2009; Musalek, 2009). No indivíduo depressivo, estas estruturas estáveis encontram-se disfuncionais produzindo percepções distorcidas da realidade, enviesando a realidade externa e a do próprio *self* (Claudio, 2009; Musalek, 2009). Na depressão, os conteúdos psicológicos que habitualmente dominam o indivíduo são conteúdos latentes, e relacionam-se com a perda, a separação, o fracasso e a rejeição (Gotlib & Joormann, 2010), os quais são reactivados quando o indivíduo é confrontado com determinados estímulos internos ou externos (Beck et al., 1997).

Os erros cognitivos representam as percepções distorcidas que acontecem no processamento das informações, que resultam, nos depressivos, em pensamentos negativos automáticos (Musalek, 2009); quanto mais a pessoa está deprimida maior ocorrência de pensamentos negativos, formando assim um ciclo vicioso, pelo qual o indivíduo pode ser dominado pelo esquema disfuncional (Beck et al., 1997). O mesmo autor (Beck et al., 1997) apresenta seis erros cognitivos principais na depressão: (1) a inferência arbitrária, que implica encontrar uma conclusão específica na ausência de evidências que a sustentam; (2) a abstracção selectiva, que pressupõe chegar a uma conclusão com base em detalhes seleccionados pelo indivíduo na depressão é comum uma avaliação e previsão negativa das situações; (3) a hipergeneralização, em que o indivíduo chega a uma conclusão geral e ampla, com base em acontecimentos isolados; (4) a maximização e a minimização, em que o indivíduo aumenta o significado de eventos negativos e minimiza os aspectos positivos dos acontecimentos; (5) a personalização, que relaciona a ocorrência de acontecimentos externos a si próprio, sem evidência para o poder fazer; e (6) o pensamento absolutista e dicotómico, que organiza todas as experiências numa ou duas categorias opostas. (Beck et al., 1997)

Assim, o tratamento da depressão apoia-se principalmente nos antidepressivos e na psicoterapia, podendo ser ambas utilizadas em simultâneo (Gotlib & Joormann, 2010; Teng, Humes & Demetrio). Segundo Beck et al. (1997, p. 261), “parece que

confiar no uso profilático da medicação como a única forma de terapia, não é indicado no tratamento de muitos casos de depressão. Adicionalmente, efeitos colaterais de longo prazo de antidepressivos tricíclicos e lítio, embora raras, podem ser bastante severos”.

Existem diversos tipos de antidepressivos (cf. Anexo F), sendo os mais comuns os antidepressivos tricíclicos e os Inibidores Selectivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) (INFARMED, 2002). Em Portugal, o tratamento da depressão com antidepressivos é preponderante, segundo um relatório do INFARMED (2002), entre 1995 e 2001, o consumo de antidepressivos em Portugal aumentou de 100%.

Os efeitos dos antidepressivos variam segundo a classe química a que pertencem, desde a sedação e deterioração cognitiva até à estimulação moderada (Casqueira, 2009). A eficácia do tratamento antidepressivo é discutível e levanta várias questões: Moncrieff e Cohen (2006, citado por Casqueira, 2009), por exemplo, afirmam não haver evidências que mostrem que os antidepressivos são eficazes no tratamento da depressão.

3. 2. Avaliação da Depressão

Existindo vários instrumentos para avaliar a depressão, de seguida serão citados alguns instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa.

Segundo Calil e Pires (1998, p. 240), “os instrumentos de avaliação de depressão diferem quanto a: (a) abrangência das diferentes categorias de sintomas associados ao humor depressivo, tais como: cognitivos, vegetativos ou somáticos, ansiosos e psicomotores; e quanto à b) sensibilidade às mudanças do quadro clínico, relevantes para o acompanhamento da eficácia das diversas modalidades terapêuticas”. Assim, segundo os mesmos autores (1998), os instrumentos de avaliação da depressão podem ser de 3 tipos: (1) avaliação da gravidade da depressão (por exemplo, a escala de Depressão de Zung e o Inventário de Depressão de Beck); ou (2) heteroavaliação (Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton, entre outros); ou, finalmente (3) mistos (auto e heteroavaliação, por exemplo Escala de Depressão de Weschler.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) foi criado por Derogatis, em 1982, e foi adaptado para Portugal por Canavarro (1999). Avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessões-

compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais (índice geral de sintomas, total de sintomas positivos e índice de sintomas positivos) (Canavarro, 1999). A cotação deste instrumento é realizado através da soma dos valores de cada item (0-4), pertencentes a cada dimensão, seguidamente, a soma obtida é dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu (1999). O BSI pode ser administrado tanto a doentes de foro psiquiátrico como à população em geral, pode ainda ser utilizado em adolescentes, a partir dos 13 anos (Canavarro, 1999).

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) foi desenvolvido por Zigmond e Snaith, em 1983, e foi traduzida e adaptada para Portugal por McIntyre et al. (1999). Avalia a presença de sintomatologia depressiva e a ansiedade (McIntyre et al., 1999). A escala é constituída por 14 itens, e as respostas baseiam-se na frequência dos sintomas, na última semana, representadas numa escala de likert de 4 pontos, variando de 0 (nunca) a 3 (muito frequentemente) (Zigmond & Snaith, 1983). As pontuações são realizadas através da soma dos itens de cada escala (0 a 21); a ansiedade e a depressão podem ser avaliadas separadamente (McIntyre et al., 1999). Segundo os autores (Zigmond & Snaith, 1983), a interpretação dos resultados é realizada segundo os dados normativos: 8-10 (sem depressão/ansiedade); 11-15 (depressão/ansiedade moderada); e ≥ 16 (depressão/ansiedade severa). Os autores (McIntyre et al., 1999; Zigmond & Snaith, 1983) indicam que o instrumento tem boas propriedades psicométricas e é um instrumento fácil de aplicar.

A Escala de Depressão de Auto-Avaliação de Zung é composta por 20 itens referentes a sintomatologia depressiva, numa escala de *likert* de 4 pontos (Teles & Ribeiro, 2003). A classificação final permite considerar 4 graus de depressão: ausência de depressão (0 a 29), depressão leve (30 a 37), depressão moderada (38 a 44), e depressão grave (> 44); com a pontuação final é possível detectar a depressão como perturbação psiquiátrica (Teles & Ribeiro, 2003). Segundo os mesmos autores (2003), o instrumento tem boas características psicométricas e é adaptado para populações clínicas.

O Inventário Depressivo de Beck foi criado por Beck et al., em 1961 e adaptado para Portugal por Vaz Serra e Pio Abreu (1973). Como o nome indica, este inventário destina-se a avaliar a sintomatologia depressiva, é constituído por 21 grupos de

afirmações, de escolha múltipla, das quais o indivíduo deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento de avaliação. Os itens estão relacionados com sintomas depressivos, tais como, Tristeza, Pessimismo, Sentimento de Fracasso, Culpa, Fadiga, entre outros (Beck et al., 1961). A pontuação final indica-nos o grau de depressão: depressão mínima (0-13), depressão leve (14-19), depressão moderada (20-28), e depressão severa (29-63) (Beck et al., 1961). Segundo Gorestein & Andrade (1998), o instrumento possui boas características psicométricas, está validado para o português e adequa-se a populações clínicas e não clínicas; e, o instrumento tem capacidade para discriminar diferentes graus de depressão entre grupo (Beck et al., 1961).

O Inventário Clínico de Depressão (1994) foi o instrumento utilizado para avaliar a Depressão no presente estudo e, sendo assim, a sua descrição será representada no Capítulo V.

3. 3. Depressão na Lombalgia Crónica

Existem vários estudos sobre a relação entre a dor crónica e a depressão (Koleck, Mazaux, Rascle, & Bruchon-Schweitzer, 2006; Kothe, Kohlmann, Klink, Rüther, & Klinger, 2007; Ohayon & Schatzberg, 2003; Teng, Humes, & Demetrio, 2005).

Ohayon e Schatzberg (2007) realizaram um estudo sobre a depressão associada à lombalgia crónica. A amostra foi constituída por 18980 indivíduos dos 15 aos 100 anos, oriundos de diferentes países (Inglaterra, Alemanha, Itália, Portugal e Espanha). A recolha de dados foi elaborada através de entrevistas por telefone que incluíam questões sobre a condição física e psicológica dos indivíduos. Os resultados indicaram que 17,1% dos inquiridos já experienciaram pelo menos um episódio de dor(es) crónica(s), e que 16,5% dos inquiridos vivenciaram pelo menos um sintoma depressivo, associado à(s) dor(es); a Perturbação Depressiva *Major* foi diagnosticada a 10,2% dos indivíduos com dor(es) crónica(s), comparativamente a 2,7% para os indivíduos sem dor(es). Com base na análise da regressão foi possível observar que a dor crónica está altamente associada à depressão.

A análise de eventuais relações existentes entre a depressão e a dor crónica fazem levantar algumas questões, nomeadamente se a depressão e a dor aparecem

simultaneamente. Se existe uma relação entre as duas, resta saber qual se manifesta primeiro: a depressão seria uma consequência ou, ao invés, um factor de risco para a dor crónica? E, por fim, quais seriam os mecanismos psicopatológicos responsáveis pela manifestação do quadro álgico crónico durante os estados depressivos?

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), “os sujeitos com estados físicos gerais crónicos ou graves têm maior risco de desenvolver uma Perturbação Depressiva *Major*. Até 20%-25% dos sujeitos com certos estados físicos gerais irão desenvolver uma Perturbação Depressiva *Major* durante a evolução do seu estado físico geral” (APA, 2002, p. 371). Assim, e com base na definição do DSM-IV-TR, o estado físico crónico precede o estado depressivo do indivíduo.

Corruble (2000, citado por Musalek, 2009), com base na prática médica, observou com alguma frequência a presença de dores crónicas em pacientes depressivos; é evidente que a dor crónica constitui uma experiência negativa para o indivíduo e, por conseguinte, poder-se-ia sugerir que a depressão resultaria de um quadro álgico crónico. Segundo Moreschi, Rigatti-Luchini e Merskey (1994), se a dor precede o estado depressivo, como é o caso em 40% dos casos, o inverso também acontece: o estado depressivo precede, com alguma frequência, o quadro álgico.

Relativamente aos mecanismos psicopatológicos responsáveis pelo aparecimento de um quadro álgico, nos episódios depressivos, não existem dados empíricos que permitam explicar que a depressão pode provocar dores crónicas, ou inversamente; contudo, a experiência clínica demonstra claramente que a depressão pode ter um efeito na dor, intensificando e catalisando-a (Musalek, 2009; Kothe et al., 2007).

Cruz e Sardá Jr. (2003) realizaram um estudo com a participação de 55 indivíduos com diagnóstico de lombalgia e/ou lombociática. O objectivo do estudo foi avaliar a depressão, a ansiedade e a somatização. Os resultados revelaram uma associação significativa entre depressão, ansiedade e somatização, associadas à lombalgia. As alterações emocionais associadas à lombalgia, apontadas neste estudo, vão ao encontro da teoria do Portão de Melzack e Wall, no sentido de que podem existir aspectos emocionais e comportamentais associados às dores crónicas, passíveis de interferir e/ou condicionar a manifestação e perpetuação das mesmas, com um impacto profundo na QDV destes indivíduos.

Lee, Fong Chan e Berven (2007) realizaram um estudo com indivíduos com dores músculo-esqueléticas (N = 171) a fim de analisar os factores que contribuíam ao desenvolvimento da Depressão. Os resultados (Lee et al., 2007) indicaram que o stress, a severidade da dor, a interferência nas actividades e a catastrofização aumentavam a sintomatologia depressiva (vulnerabilidade) enquanto que, o *coping* e o suporte social e familiar, contribuíam para diminuir a sintomatologia (imunidade). Assim, com base nos mesmos autores (2007), adoptar estratégias de *coping* passivas e/ou esquemas cognitivos negativos, e, ter um apoio familiar e social limitado, são factores de risco para o desenvolvimento da depressão.

Concluindo, a depressão é assim, frequentemente, companheira de um quadro álgico crónico e, quando está presente, acarreta piores evoluções, pior aderência e resposta ao tratamento, pior morbimortalidade e pior qualidade de vida (Teng, Humes & Demetrio, 2005). Importa referir o quanto é importante o correcto tratamento da patologia, uma vez que a depressão e a doença crónica quase sempre se retroalimentam, interagindo para criar uma situação degradante, com um profundo impacto na qualidade de vida destes indivíduos (Teng et al., 2005). No Capítulo seguinte, abordar-se-á o conceito de qualidade de vida, procurar-se-á definir o conceito, apresentar os instrumentos de avaliação e alguns estudos sobre a qualidade de vida nos indivíduos com lombalgia crónica.

CAPÍTULO IV- A QUALIDADE DE VIDA

4.1. Caracterização do Conceito

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) afirmam que, ao longo de vários anos, o desenvolvimento teórico e técnico da Psicologia centrava-se nos transtornos mentais e nas emoções negativas, dedicando-se exclusivamente ao tratamento dos transtornos mentais e ao alívio do sofrimento humano. Paralelamente, a Medicina também se focava unicamente na doença e no tratamento das patologias físicas, com base no modelo biomédico tradicional (Le Breton, 2007).

Este modelo tradicional tem um carácter redutor, no sentido em que coloca a doença como um factor externo/independente do indivíduo, no qual só o médico ou o terapeuta poderá intervir no processo da cura (Pais-Ribeiro, 2009). O conceito de saúde era assim reduzido a um mero indicador funcional, com base na ausência de doença (Meneses, 2005; Ogden, 1999; Pais-Ribeiro, 2009; Parreira, 2006).

Ao longo dos tempos, e com a contribuição de várias áreas (política, economia, etc.), o conceito de saúde foi evoluindo de uma forma mais positiva (Pais-Ribeiro, 2009). Actualmente, a definição de Saúde reflecte uma visão multidimensional, integrando as principais dimensões integrantes do ser humano, a saber, a dimensão biológica, psicológica e social.

Em 1947, a OMS define a saúde como a ausência de doença e também, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHOQOL-Group, 1996). Assim sendo, o alvo da avaliação, em contextos de saúde, deixa de ser o corpo, objecto tradicional da Medicina, ou a mente, objecto tradicional da Psicologia, para enquadrar-se numa perspectiva biopsicossocial (cf. Figura 3); passou-se de uma concepção centrada nos sintomas para preocupações dinâmicas, numa perspectiva de prevenção, manutenção e promoção do nível de QDV do indivíduo (Parreira, 2006).

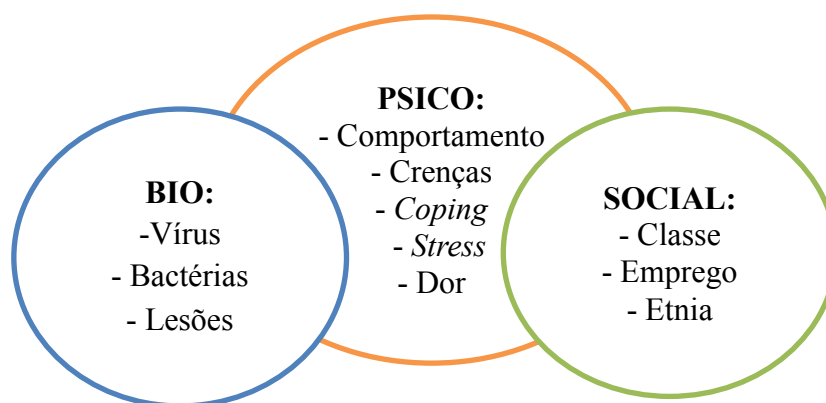


Figura 3 - O modelo biopsicossocial de saúde e de doença (Adaptado de “Psicologia da saúde”, de J. Ogden, 1999, p. 18)

O modelo biopsicossocial foi criado por Engel em 1977 e é, por natureza, um modelo sistémico, em que os factores internos (biológico e psicológico) e externos (social) interagem entre si (Waddell, 1987).

A QDV surge, assim, neste contexto, como resposta à avaliação de várias dimensões integrantes do indivíduo (WHOQOL Group, 1996). É um conceito do domínio de várias áreas e portanto, pode ser definida e avaliada consoante diferentes perspectivas (Fleck et al., 2008).

A partir da década de 70, do Século XX, a literatura (Fleck, 2008; Pais-Ribeiro, 2009; Parreira, 2006) cita a contribuição de várias áreas no desenvolvimento do conceito de QDV. Destaca-se principalmente a vertente sociopolítica e económica (objectiva) e, a vertente psicológica (subjectiva) na definição do constructo (Pais-Ribeiro, 2009; Parreira, 2006).

Na vertente sociopolítica e económica, destacam-se o período pós II Guerra Mundial como propulsor no desenvolvimento do conceito (Fleck et al., 2008). De facto, nas sociedades democráticas emergentes, reinava uma preocupação com o bem-estar da população e, segundo Fleck (2008), esta condição favoreceu vários estudos epidemiológicos sobre a felicidade e o bem-estar e a criação de indicadores sociais (Produto Interno Bruto, a renda *per capita*, Índice de Mortalidade Infantil, Índice de Desenvolvimento Humano).

Em Portugal, também é realçada a preocupação com a QDV das pessoas, de facto e segundo Pais-Ribeiro (2009, p. 31):

“A Constituição da República Portuguesa, também, logo no seu início, na secção Princípios Fundamentais, Artigo 9.º (Tarefas Fundamentais do Estado), refere que “São tarefas do Estado”, entre outras, na alínea d) Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais.”

De igual modo, a Psicologia Positiva contribuiu significativamente para o desenvolvimento do conceito de QDV (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Nas últimas décadas, a disciplina consagrou-se ao estudo dos aspectos positivos da experiência humana (o bem-estar, a satisfação, a esperança, o optimismo, a resiliência, a felicidade, entre outros), partindo do pressuposto que a atenção exclusiva à patologia negligencia o indivíduo impedindo a sua felicidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A disciplina baseia-se em princípios evolutivos, na medida em que se aplica ao melhoramento das condições humanas, mas também porque acredita nas capacidades humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Nas últimas décadas, houve um crescente interesse pelo construto de QDV, tornando-se um conceito em voga e bastante popular (Fleck et al., 2008; Pais-Ribeiro, 2009). McGuire, em 1991 (citado por Pais-Ribeiro, 2009, p. 13), declara que “todos têm a sua própria ideia do que é a QDV, e é nisso que reside o problema”. Esta afirmação é reveladora da necessidade de haver uma definição tendencialmente consensual de QDV.

Uma definição frequentemente encontrada na literatura é a da OMS, que define a QDV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1996, p. 5). Por outras palavras, a QDV é o que a pessoa diz que é, sendo variável de pessoa a pessoa (Pais-Ribeiro, 2009).

Minayo, Hartz e Buss (2000) referem que a percepção individual de QDV varia segundo a época, a cultura e a classe social a que o indivíduo pertence. Estes autores ainda denotaram que quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de QDV, o grau de bem-estar da sociedade e o acesso igualitário aos bens e serviços; ou seja, a QDV é uma construção social baseada na relatividade cultural.

A *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (EUROFOUND, 2007) elaborou uma sondagem sobre a QDV, nos 27 Estados membros da EU, na Noruega, na Croácia, na Turquia e na Macedónia, que ilustra bem as observações acima referidas, relativamente à relatividade cultural. Esta investigação baseou-se principalmente no grau de satisfação da população europeia em diversas áreas da vida.

Os resultados (cf. Anexo G) foram interessantes e permitiram obter indicadores objectivos e subjectivos sobre a QDV (EUROFOUND, 2007). Por exemplo, o índice de felicidade e de satisfação com a vida (escala de 0-10) varia consideravelmente segundo o país e, o índice de felicidade é mais elevado do que a satisfação com a vida.

Este resultado revela a natureza diferencial de cada indicador; segundo Fleck et al. (2008), “a *satisfação* implica um julgamento e uma experiência cognitiva, enquanto a felicidade é uma experiência fundamentalmente afectiva” (p. 22). Relativamente à satisfação com a saúde, os resultados são semelhantes: diferem de país para país, sendo que, em alguns países (Bulgária, Croácia, Hungria, Letónia e Portugal), 30% das pessoas que se situam no quartil inferior de salário referem não ter saúde (EUROFOUND, 2007).

A saúde é importante para os Europeus: 81% dos residentes da EU afirmaram que uma saúde óptima é muito importante para a QDV (EUROFOUND, 2007). Este estudo é indicador de que o nível socioeconómico e a satisfação com a saúde são áreas importantes, para as pessoas, na percepção de QDV.

Fleck et al. (2008) referem que “a qualidade de vida provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são apreendidas, e uma qualidade de vida alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades” (p. 31). Esta definição vai ao encontro da definição da OMS no sentido em que a QDV baseia-se e está condicionada pela satisfação de objectivos, expectativas, entre outros, de cada um.

Nos contextos de saúde, vários autores (Fleck et al., 2008; Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2009) apontam para duas tendências: o uso do termo QDV como um conceito mais genérico, e QDV relacionada com a saúde (QDVRS), um conceito mais específico. No primeiro caso, a definição apresenta uma visão mais ampla, sem fazer alusão

especificamente à saúde/doença e, no segundo caso, a QDV depende ou está relacionada com a doença que o indivíduo tem e a forma como lida com a mesma (*coping*) (Pais-Ribeiro, 2009).

A QDRS foi introduzida nos contextos de saúde como resposta à necessidade de “monitorizar” a QDV no processo de doença e/ou cura (Fleck et al., 2008). O conceito de QDVRS é recente, surgiu na década de 90, do Século XX, e representa actualmente, na área da saúde, uma grande área de investigação (Canavarro et al., 2008; Meneses, Ribeiro, & Silva, 2002; Pais-Ribeiro, 2009; Rebelo et al., 2007; Tüzun, 2007).

Na opinião de Tüzun (2007), o conceito de QDVRS é um conceito holístico que vê a saúde e o bem-estar do indivíduo, no contexto da definição de saúde, apresentada pela OMS, e segundo Fleck et al. (2008, p. 22) este conceito “tem sido utilizado como um conceito “guarda-chuva” que abriga um conjunto de instrumentos desenvolvidos a partir de uma perspectiva funcionalista”.

Esta perspectiva funcionalista, dependente e reduzida ao estado funcional do indivíduo, apresenta-se inadequada para determinados casos, por exemplo, no caso de indivíduos com deficiência (Meneses, 2005). De facto, estes indivíduos, apesar das limitações funcionais, podem usufruir de uma boa QDV, propiciada por outros factores, tais como o apoio psicossocial ou, simplesmente pela sua própria perspectiva de vida (Fleck et al., 2008; Meneses, 2005).

De forma geral, talvez seja ilusório distinguir o conceito de QDV genérico do conceito de QDVRS, pois, tanto a saúde como outros factores psicossociais estão intrinsecamente relacionados, tais como hábitos/rotinas, relações com os outros, estatuto profissional, etc (Tüzun, 2007).

Na opinião de Fleck et al. (2008), para que o conceito seja útil nos contextos de saúde, é necessário que seja separado da mensuração do estado de saúde em si; o indivíduo e as suas experiências de vida devem ser o centro da avaliação e não as condições de vida. Portanto, a saúde é, de facto, importante para o bem-estar dos indivíduos e para a sua QDV, contudo, não podem ser consideradas sinónimas (Pais-Ribeiro, 2009).

Actualmente, e segundo vários autores (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Pais-Ribeiro, 2009), o que parece ser consensual é que a QDV é um conceito multifactorial,

subjectivo, que varia com o tempo e baseia-se em aspectos imateriais e na percepção individual.

4.2. Avaliação da Qualidade de Vida

É necessário haver uma clareza conceptual na definição de QDV para determinar o rigor e a validade dos instrumentos de avaliação desenvolvidos e, consequentemente, das conclusões obtidas a partir dos mesmos (Seidl & Zannon, 2004). Segundo Meneses, Ribeiro e Silva (2002) “cada definição está ligada a um tipo de instrumento que avalia a QDV de acordo com essa definição” (p. 62).

Seidl e Zannon (2004) classificam os instrumentos de avaliação da QDV em duas categorias: genéricos e, específicos para determinada patologia.

Os instrumentos genéricos avaliam, de forma ampla e igualitária, as diferentes dimensões do construto QDV; citam-se, como exemplo de instrumentos genéricos, o Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey (SF-36), o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref (Seidl & Zannon, 2004; Fleck et al, 2008).

O SF-36 é dos instrumentos mais utilizados na avaliação da percepção do estado de saúde e da QDV (Pais-Ribeiro, 2005). É constituído por 36 itens, distribuídos por oito dimensões (Funcionamento Físico; Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental) e por um indicador (Transição de Saúde); estas dimensões associam-se, por sua vez, em duas grandes categorias: a componente física e a componente mental (Pais-Ribeiro, 2005). A nota de cada dimensão é convertida de 0 (prejuízo máximo) a 100 (sem prejuízo) (Pais-Ribeiro, 2007). De acordo com Pais-Ribeiro (2007), o processo de validação para português Ségur os procedimentos originais, e apresenta valores normativos por grupos de idade e por sexo. Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b);

A constatação da inexistência de um instrumento que privilegiasse uma perspectiva subjectiva e transcultural conduziu a OMS, com o apoio de quinze centros colaborativos espalhados pelo mundo, a desenvolver dois instrumentos para avaliar a QDV, com base na sua definição de QDV (cf. capítulo anterior): o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1996). Este último será abordado com mais

pormenor no Capítulo VI, na caracterização do material, sendo o instrumento utilizado para o desenvolvimento da presente investigação.

O WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação da QDV, que foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006). O instrumento é constituído por seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade. Estes domínios são divididos em 24 facetas específicas, cada uma composta por quatro perguntas, e uma faceta geral, que inclui questões de avaliação global da QDV.

Segundo Vaz Serra et al. (2006), o WHOQOL-100 apresenta boas características psicométricas, apresenta bons índices de consistência interna entre as facetas, os domínios e as perguntas (varia entre $\alpha = 0.84$ e $\alpha = 0.94$), com poder discriminante significativo entre a população doente e a população normal. Apresenta validade de constructo, com correlações estatisticamente significativas (variam entre $r = 0.61$ e $r = 0.69$) e possui boa estabilidade temporal (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1996).

Os instrumentos específicos de QDV avaliam aspectos do estado de saúde específicos para a área de estudo, sendo que a ênfase recai sobre sintomas, incapacidade ou limitação provocada por determinada doença (Seidl & Zannon, 2004). A desvantagem deste tipo de instrumento é o facto de não permitir comparações, sendo limitado às populações e intervenções específicas e, ainda, restrito à disfunção, muitas vezes sem avaliar outras dimensões importantes da QDV (Seidl & Zannon, 2004).

Cita-se, a título de exemplo de um instrumento específico, o questionário de QDV da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC-QLQ-C30) (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Este questionário foi validado para Portugal por Pais-Ribeiro, Pinto e Santos (2008). É constituído por 30 itens, 5 escalas funcionais, 3 escalas de sintomas, 1 escala de QDV e saúde global, 6 outros itens relacionados com sintomas oncológicos, e, por fim, uma escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). A pontuação varia de 0 a 100, em que um valor alto indica um nível funcional saldável (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Segundo os autores (2008), o instrumento apresenta boas características psicométricas, e parece ser sensível à localização do cancro mas não ao número de anos com a doença.

Existe ainda, os instrumentos modulares que abrangem os aspectos genéricos e específicos, mantendo um módulo central de questões relativas a doenças (Meneses, 2005). Assim, o instrumento é adequado para a avaliação da QDV (genérico) nas doenças (específica), e permite a realização de comparações mais rigorosas.

Assim, e segundo a literatura abordada neste Capítulo, a literatura indica que a dor lombar crónica tem um impacto significativo na saúde física e mental dos indivíduos: a dor, a depressão e o *coping* são factores frequentemente associados à QDV, daí o interesse em avaliar estas variáveis. No Capítulo seguinte, apresentar-se-á o estudo empírico, em que serão apresentados os objectivos do estudo e o procedimento utilizado nesta investigação.

4.3. Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica

O progresso da Medicina permitiu, entre outras consequências, o aumento da esperança de vida (Le Breton, 2007; Pais-Ribeiro, 2009). Desta forma, doenças letais passaram a ser curáveis e/ou controladas (Fleck et al., 2008). Contudo, este prolongamento da vida, para determinados indivíduos tem um custo; o envelhecimento está associado a mais doenças e, consequentemente, passou a ser de grande importância mensurar a forma como as pessoas viviam estes anos a mais (Fleck et al., 2008; Pais-Ribeiro, 2009).

Assim, viver com a sua doença ou viver com a doença dos próximos é, actualmente, uma realidade frequente (Le Breton, 2007). Esta tendência levou investigadores e profissionais de saúde a observarem frequentemente a presença de comorbilidade associada a uma condição crónica, com um impacto significativo na QDV (Breivik et al., 2006; Meneses, Pais-Ribeiro, & Silva, 2002; Meneses, 2005; Montazeni & Mousari, 2010; Pais-Ribeiro, 2009; Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007; Tüzün, 2007).

A lombalgia crónica é das patologias músculo-esqueléticas mais prevalente, tornando-se um problema médico, social e económico (Català & Aliaga, 2003). A lombalgia crónica afecta vários domínios da vida do indivíduo, entre outros, as actividades do quotidiano, as relações sociais e o trabalho, com um impacto profundo na QDV (Tüzün, 2007; Montazeni & Mousari, 2010).

Breivik et al. (2006) realizaram um estudo em 15 países europeus e Israel, com o objectivo de avaliar a prevalência da dor crónica em adultos, assim como a severidade, o tratamento e o seu impacto na vida quotidiana. O estudo revelou uma prevalência significativa de dor crónica na zona lombar, com um impacto significativo nas actividades do quotidiano e a nível emocional.

Os resultados indicam que 79% dos indivíduos, com dor crónica, referiram que a dor aumentava gradualmente durante o dia, como consequência das suas actividades; 19% dos inquiridos perderam o emprego devido à sua condição física; e, 21% dos indivíduos com dor crónica tinham, associada a esta patologia, um diagnóstico de depressão (Breivik et al., 2006).

Em Portugal, Oliveira et al. (2009) realizaram um estudo com 86 indivíduos, para avaliar as diferenças na qualidade de vida, o limiar e a percepção da dor, e a utilização de estratégias de *coping* passivo com a dor crónica (estratégias de afastamento, preocupação e repouso), em três grupos (doentes com fibromialgia vs. doentes com artrite reumatóide vs. osteoartrite. Foram identificadas diferenças de percepção de dor, de *coping*, e de QDV entre os três grupos, no entanto, todos os grupos apresentaram limitações físicas e psicológicas, com um impacto na QDV (Oliveira et al., 2009).

Cesar, Brito Jr. e Battistella (2004) realizaram um estudo em que avaliaram, em 3 momentos distintos, a QDV de indivíduos, entre os 16 e os 75 anos (n=154), que frequentam a Escola de Postura, no Brasil. Os resultados indicaram uma amostra predominantemente feminina (n=104), em que a dor, o estado geral de saúde, a vitalidade e as limitações físicas e psicológicas, apresentaram uma tendência favorável quando confrontados com os resultados da avaliação inicial, ou seja, nas reavaliações de 1 mês e 4 meses depois, os valores nas dimensões referidas acima mantinham-se (Cesar, Brito Jr. e Battistella, 2004). Assim, estes resultados sugerem a tendência para a cronicidade da lombalgia, com um impacto profundo na QDV, principalmente associado à dimensão física e psicológica do indivíduo (Cesar, Brito Jr. e Battistella, 2004).

Antonopoulo et al. (2009) realizaram um outro estudo, cujo objectivo foi o de explorar a associação entre patologias musculoesqueléticas e a QDV e a Saúde Mental. A amostra é constituída por 10 000 indivíduos, entre os 20 e os 75 anos, que frequentam

os cuidados primários, em Creta, na Grécia (Antonopoulo et al., 2009). Os resultados indicaram que 71,2% dos indivíduos apresentam dores lombares, com um impacto na sua QDV. Foi observado ainda uma relação significativa entre lombalgia e QDV, especificamente, com a dimensão física e a depressão. Assim, os autores (2009) concluíram que as patologias músculo-esqueléticas não são somente um problema físico, mas também um problema de saúde mental, que afecta várias dimensões na vida do indivíduo.

Gameiro et al. (2008) realizaram um estudo em que um dos objectivos era avaliar o impacto do grau de sintomatologia depressiva na QDV de 307 indivíduos. Os resultados identificaram que indivíduos com níveis clinicamente significativos de sintomatologia depressiva evidenciaram valores inferiores de QDV em todas os domínios. Da mesma forma, verificaram-se diferenças significativas em todos os domínios, quando considerado o grau de depressão. Assim, os valores de QDV diminuem paralelamente ao aumento dos níveis de sintomas depressivos, o domínio Psicológico demonstrou ser o mais afectado, demonstrando uma crescente variância com o aumento dos níveis de sintomatologia depressiva, seguido pelo domínio Físico e o do domínio das Relações Sociais (Gameiro et al., 2008).

Resumindo, a QDV é um conceito dinâmico, em que as dimensões físicas, psicológicas, emocionais e socioeconómicas são dimensões relevantes, para os indivíduos, na definição do constructo. A saúde é a dimensão mais importante para os indivíduos (EUROFOUND, 2007), tal pôde ser observado nos estudos apresentados: a condição física e psicológica afecta profundamente a QDV dos indivíduos, principalmente, nos indivíduos com doenças crónicas, em que o factor tempo interfere muito na vida quotidiana dos indivíduos.

Actualmente, a avaliação da QDV tornou-se imprescindível, principalmente nos contextos de saúde, apresentando-se como um factor integrante na avaliação da saúde do indivíduo. Na segunda parte deste trabalho, proceder-se-á à caracterização e apresentação do estudo empírico.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V- METODOLOGIA

5.1. Objectivos e Variáveis do Estudo

A presente investigação procura, essencialmente, analisar a QDV de indivíduos com lombalgia crónica. Assim, os objectivos definidos para este estudo são:

- A) Caracterizar um grupo de indivíduos com lombalgia crónica quanto à dor, *coping*, depressão e QDV;
- B) Identificar diferenças na QDV da amostra em função de variáveis sociodemográficas e clínicas;
- C) Explorar a relação entre QDV e a dor;
- D) Explorar a relação entre QDV e *coping*;
- E) Explorar a relação entre QDV e depressão
- F) Identificar os preditores psicossociais da QDV;

Deste modo, as variáveis do presente estudo são as seguintes:

- A) Variáveis sociodemográficas e clínicas (outras doenças; tabagismo; tratamento para a dor; passatempos) (recolhidas através do Questionário Sociodemográfico e Clínico);
- B) Dor (severidade/interferência da dor; medicação; alívio da medicação) (recolhidas através do Inventário Resumido da Dor e EVA);
- C) Depressão (recolhida através do Inventário Clínico da Depressão, Vaz Serra, 1988);
- D) *Coping* (recolhido através do Inventário de Resolução dos Problemas);
- E) Qualidade de Vida (recolhida através do WHOQOL-Bref).

5.2. Método

5.2.1. Participantes

A amostra do presente estudo (de conveniência – Pais-Ribeiro, 1999), foi obtida tendo em consideração os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Ter diagnóstico de lombalgia crónica;
- ✓ Ser maior de idade (≥ 18 anos);
- ✓ Ser seguido na Consulta da Dor Crónica do HSJ;

- ✓ Ter fornecido o consentimento informado.

Assim, a presente investigação incidiu sobre uma amostra de 70 doentes com lombalgia crónica, seguidos na Unidade de Dor Crónica do Hospital de São João, no Porto. Os doentes apresentaram uma média de idades de 52 anos, variando dos 18 aos 79 anos (DP=11,25), tendo-se observado que a maior parte era do sexo feminino, casada, com o 1º Ciclo de estudos, desempregada, com um nível socioeconómico (NSE) baixo e com filhos (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=70)

	N	%
Sexo		
Feminino	60	85,7
Masculino	10	14,3
Estado Civil		
Solteiro(a)	4	5,7
União de facto	3	4,3
Casado(a)	54	77,1
Separado(a)	6	8,6
Viúvo(a)	3	4,3
Escolaridade		
Nenhuma	2	2,9
1º Ciclo	33	47,1
2º Ciclo (5º-6º ano)	10	14,3
3º Ciclo (7º-9º ano)	12	17,1
Ensino Secundário (10º-12º ano)	8	11,4
Ensino Superior	5	7,1

Estatuto Profissional		
Empregado(a) a tempo inteiro	15	21,4
Empregado(a) a tempo parcial	3	4,3
Desempregado(a)	17	24,3
Reforma antecipada	13	18,6
Reforma não antecipada	8	11,4
Pensão de invalidez	3	4,3
Doméstico(a)	4	5,7
Estudante	1	1,4
Baixa médica	6	8,6
NSE		
Baixo	29	41,4
Médio baixo	15	15
Médio	26	26
Médio alto	0	0
Alto	0	0
Filhos		
Sim	66	94,3
Não	4	5,7

A média de anos de escolaridade da amostra é de 6,61 anos (0-17 anos; DP=4,01), sendo que 47,1% tinha, como habilitações literárias, 4 anos, equivalente ao 1º Ciclo.

5.2.2. Material ¹

- **Questionário Sociodemográfico:** a primeira caracterização da amostra foi realizada através do Questionário Sociodemográfico e Clínico (cf. Anexo G) devidamente construído para o efeito. A primeira parte do questionário pretendeu recolher dados sociodemográficos, nomeadamente informações relativas ao sexo, à idade, ao estado civil, às habilitações literárias, à profissão, ao NSE e ao número de filhos. A segunda parte do questionário reúne informações clínicas, tais como as doenças associadas, o tabagismo, o tratamento para a dor e o lazer.

¹ Por questões éticas, e por indicação da minha Orientadora, todo o material referido será facultado em *dossier* separado apenas aos membros do Júri do presente estudo.

- **Escala Visual Analógica:** a Escala Visual Analógica (EVA) é actualmente o instrumento mais utilizado para avaliar a dor (DGS, 2003). Consiste numa linha horizontal de 10 cm, com duas extremidades, numa delas está indicada “Sem Dor” e noutra extremidade é indicada a “Pior Dor Possível” (Catalá & Aliaga, 2003). Os doentes indicam a magnitude da dor marcando a recta (DGS, 2003; DGS, 2008). A escala é considerada sensível, simples, reproduzível e universal (DGS, 2003).

Importa referir que este instrumento foi utilizado neste estudo, sobretudo, por este ser recomendado pela DGS (Circular Normativa nº9, 2003), na avaliação e na monitorização da dor.

- **Inventário Resumido da Dor:** o Brief Pain Inventory, em português Inventário Resumido da Dor (BPI), foi desenvolvido por Charles S. Cleeland, em 1991 e, traduzido e adaptado por Azevedo et al. (2007). Pretende avaliar a severidade da dor e a incapacidade associada (Azevedo et al., 2007). O tempo de aplicação do instrumento é estimado entre 5 a 15 minutos, sendo, assim, um instrumento rápido de preencher e adequado a populações clínicas (Azevedo et al., 2007).

O Inventário é constituído por 15 itens: o primeiro item é dicotómico e avalia a existência de dor; o segundo item identifica a localização da dor (diagrama representativo do corpo humano); os quatro itens seguintes (dor máxima, mínima, média e no momento), com escalas numéricas de classificação (0-10), integram a subescala da Severidade da dor; os itens 7 e 8 avaliam o tipo de tratamento utilizado e a sua eficácia; e, finalmente, os sete itens restantes constituem a subescala da Interferência Funcional nas actividades gerais (humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver), também com escalas numéricas (0-10). A cotação do instrumento é realizada com a soma dos itens de cada escala e dividido pelo número de itens (Azevedo et al., 2007).

Segundo Azevedo et al. (2007), o instrumento revela uma boa fidelidade teste-reteste, com um coeficiente de correlação intraclasse de 0.878 para a subescala da Severidade e de 0.840 para a dimensão da Interferência Funcional. O BPI apresenta uma boa consistência interna, com um α de Cronbach para a subescala da Severidade de 0,985 e de 0,842 para a subescala de Interferência Funcional (Azevedo et al., 2007).

A selecção do BPI afigurou-se adequada para a população em estudo, por ser um instrumento fácil de aplicar, rápido e simples (Azevedo et al., 2007). As propriedades psicométricas, nomeadamente a validade, fidelidade e sensibilidade do mesmo na detecção e caracterização da dor, foram igualmente um factor determinante na selecção do instrumento. Para concluir, importa denotar que a qualidade e a importância deste instrumento foram realçadas pela existência de versões validadas em mais de dez línguas (Azevedo et al., 2007), sendo este instrumento recomendado por profissionais na área da medição e avaliação da dor, em vários países (Azevedo et al., 2007).

- **Inventário de Resolução de Problemas (IRP):** para avaliar o *coping*, seleccionou-se o Inventário de Resolução de Problemas (IRP), que é uma escala unidimensional e de auto-avaliação, constituída por 40 questões e uma escala de resposta de tipo Likert, com cinco categorias classificativas (do “não concordo” ao “concordo muitíssimo”) (cf. Dossier). O IRP (Vaz Serra, 1995a) foi construído por Adriano Vaz Serra, em 1987, com o intuito de avaliar as estratégias de *coping*. O IRP apresenta ao respondente três situações diferentes (ameaça, dano e desafio) indutoras de *stress* e susceptíveis de acontecer a qualquer pessoa no seu dia-a-dia; o respondente deve responder ao inventário supondo que se encontra naquelas circunstâncias e segundo a sua maneira habitual de agir (Vaz Serra, 1995a).

O inventário inclui questões relacionadas com o confronto activo do problema, com o controlo perceptivo do significado ou das consequências da situação, com o pedido de auxílio a familiares e a amigos, com mecanismos redutores dos estados de tensão emocional e ainda com certas características da personalidade, que podem ser importantes na resolução das situações indutoras de *stress* (Vaz Serra, 1988).

Para construção desta escala, o autor fez uma revisão de trabalhos publicados sobre *stress* e *coping* e foi influenciado por vários autores, tais como Kobasa, Latack, DeLongis Lazarus e Folkman. (Vaz Serra, 1988). O IRP inclui ainda nove factores subjacentes (Vaz Serra, 1988, p. 310):

F1: Pedido de ajuda;

F2: Confronto e resolução activa dos problemas;

F3: Abandono passivo perante a situação;

F4: Controlo interno/externo dos problemas;

F5: Estratégias de controlo das emoções;

F6: Atitude reactiva de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências;

F7: Agressividade internalizada/exteriorizada;

F8: Auto-responsabilização e medo das consequências;

F9: Confronto com os problemas e planificação de estratégias.

A cotação realiza-se através da soma das respostas às 40 questões, sendo que, segundo Vaz Serra (S/D, p. 7) o “valor global pode oscilar hipoteticamente de um mínimo de 40 a um máximo de 200”, pelo que quanto mais elevada é a pontuação obtida, melhor se supõe que sejam as estratégias de *coping* (Vaz Serra, S/D). Para a cotação dos factores, o autor (Vaz Serra, 1988) estabeleceu pontos médios, com base em estudos piloto.

Segundo o autor do instrumento (1988), o IRP tem uma boa consistência interna, com um coeficiente de Spearman-Brown de 0,860 e uma boa estabilidade temporal com um teste-reteste de $r = 0,808$ com um valor de $p \leq 0,001$. Ainda, o instrumento é sensível ao estado de saúde mental do indivíduo e, à forma como lida com os problemas quotidianos (Vaz Serra, S/D).

- **Inventário Clínico da Depressão (IACLIDE):** para avaliar a depressão, utilizou-se o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), desenvolvido por Adriano Vaz Serra (1994). É um instrumento de auto-avaliação, com uma escala de resposta de tipo Likert, destinado a avaliar a depressão (Vaz Serra, 1994). O IACLIDE inclui 23 grupos de questões referentes a quatro grupos de sintomas (Vaz Serra, 1994):

- a) Biológico: sintomas referentes a alterações de funções biológicas fundamentais (ex. de itens: insónia/acordar fatigado);
- b) Cognitivo: sintomas referentes a alterações do conteúdo do pensamento (Auto-Depreciação/Sentimento de Fracasso);

- c) Inter-pessoal: “estado” das relações inter-pessoais; este agrupamento é concebido como “estado” e não uma maneira de ser habitual (Dependência/Isolamento Social);
- d) Desempenho da Tarefa: sintomas referentes ao desempenho da tarefa observável (Inibição Motora/Inactividade).

A análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, permitiu extrair cinco factores que explicam 54.238% da variância total, concebidos como dimensões subjacentes (Vaz Serra, 1994), constituídas por um conjunto de sintomas.

Assim, o Factor 1 é considerado o mais importante, representando dificuldades no desempenho da tarefa, associada a queixas biológicas e cognitivas (Vaz Serra, 1994). Segundo Vaz Serra (1994), este factor mostrou ser um elemento discriminativo no tipo de depressão, de acordo com o DSM-III-R, entre depressão endógena e depressão reactiva.

Segundo Vaz Serra (1994, p. 92), o Factor 2, “sugere que o ser humano que apresenta este tipo de sintomas tem uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo de preferência sintomas cognitivos em que está patente uma *relação perturbada do indivíduo consigo próprio*.”

O Factor 3 reúne elementos da constelação suicida. O Factor 4 corresponde a sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa, com uma instabilidade emocional e dependência dos outros marcados (Vaz Serra, 1994). E, finalmente, o Factor 5 agrupa os transtornos do sono (Insónia Tardia/Insónia Inicial) (Vaz Serra, 1994).

O instrumento fornece ainda informações relativamente ao grau de incapacidade do indivíduo para a vida em geral, a vida social, a vida familiar e o trabalho (Vaz Serra, 1994).

Relativamente à cotação, existe um programa de correcção automática, para computador, o programa “Toolbook” 1.52 (Vaz Serra, 1994). Este programa permite obter: (1) o valor da nota global e a classificação do caso (leve, moderada ou grave); (2) as médias nas quatro dimensões; (3) um gráfico representativo da intensidade de cada dimensão; (4) os valores dos factores de depressão; e (5) o grau de incapacidade para a

vida em geral, a vida social, a vida familiar e o trabalho. Os pontos de corte são (Vaz Serra, 1994, p. 53):

- Entre 20 e 34: depressão leve
- Entre 35 e 52: depressão moderada
- ≥ 53 : depressão grave

Assim o ponto de corte entre “deprimidos” e “normais” é de 20 pontos. Para esta classificação, o autor do instrumento, baseou-se na CID-10 (1992, citado por Vaz Serra, 1994), da OMS; o grau de depressão leve corresponde a dificuldades em continuar com as actividades do quotidiano, no grau moderado da depressão, o indivíduo apresenta usualmente dificuldades consideráveis em continuar com as actividades sociais, e finalmente, no grau grave de depressão, o indivíduo sente-se incapaz de continuar com as suas rotinas e actividades do quotidiano (Vaz Serra, 1994).

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente de *Spearman-Brown* de 0.920 (Vaz-Serra, 1994), com poder discriminativo entre “normais” e “deprimidos”. Apresenta ainda uma boa validade concorrente com o Inventário Depressivo de Beck, com um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0.717, revelando uma correlação positiva altamente significativa (Vaz Serra, 1994). Segundo Bech (1992, citado por Vaz Serra, 1994, p. 82), se duas escalas se correlacionam mutuamente com um coeficiente de correlação ≥ 0.700 , então medem a mesma dimensão, indicando *validade corrente*.

A grande vantagem deste instrumento é ter sido construído a partir de amostras da população portuguesa e, outro aspecto relevante, é a criação do programa de correcção automática, por computador, que elimina eventuais erros na cotação e interpretação dos resultados (Vaz Serra, 1994).

- **WHOQOL-Bref:** Como foi referido na secção 4.2., o WHOQOL-Bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pelo WHOQOL-Group, com a colaboração de 15 centros espalhados por 14 países (WHOQOL-Group, 1996), pela necessidade de um instrumento mais curto (1996). O instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra et al. (2006). É constituído por 26 questões, duas questões gerais sobre QDV e as restantes distribuídas por facetas agrupadas em em quatro domínios (WHOQOL-Group, 1996) (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Domínios e Facetas do WHOQOL-Bref (adaptado de WHOQOL-Group, 1996, p.7)

Domínios	Facetas
Físico	✓ Actividades do quotidiano ✓ Dependência no tratamento e nos cuidados de saúde ✓ Energia e cansaço ✓ Mobilidade ✓ Dor e desconforto ✓ Sono ✓ Capacidade de trabalho
Psicológico	✓ Imagem corporal e aparência ✓ Sentimentos negativos ✓ Sentimentos positivos ✓ Auto-estima ✓ Espiritualidade/religião/crenças pessoais ✓ Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Relações Sociais	✓ Relações pessoais ✓ Suporte social ✓ Actividade sexual
Meio Ambiente	✓ Recursos financeiros ✓ Liberdade, recursos físicos e segurança ✓ Cuidados de saúde e suporte social: acessibilidade e qualidade ✓ Ambiente em casa ✓ Oportunidades para adquirir novas informações e aptidões ✓ Participação e oportunidade de lazer ✓ Ambiente físico (poluição física e sonora) ✓ Transporte

O procedimento de cotação do WHOQOL-Bref é efectuado pela sintaxe do programa SPSS. A média dos resultados das questões, dentro de cada domínio, é usada para calcular o resultado do domínio, sendo este multiplicado por 100, pelo que os resultados variam de 0 a 100 (WHOQOL-Group, 1996); 100 pontos é o *score* mais favorável possível, excepto para as questões 3, 4 e 26, formuladas na direcção oposta (quanto mais elevado o *score* mais desfavorável é a situação) (WHOQOL-Group, 1996).

Os estudos pilotos revelaram uma correlação positiva forte ($r = 0,89$) entre os domínios do WHOQOL-Bref e os domínios do WHOQOL-100 (WHOQOL-Group, 1994). O instrumento apresenta ainda uma boa consistência interna e uma boa fidelidade teste-reteste (WHOQOL-Group, 1994).

5.2.3 Procedimento

Para utilização dos instrumentos seleccionados, foram elaborados os pedidos de autorização aos respectivos autores, que foram aceites.

Para a realização do estudo, foi apresentado o projecto de investigação, num primeiro momento, à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo-se obtido um parecer positivo e, num segundo momento, o mesmo foi apresentado à Comissão de Ética, à Comissão de Administração, ao Director do Serviço de Psiquiatria e à Coordenadora da Unidade de Dor Crónica do Hospital de São João, no Porto, como etapa essencial para a autorização da realização do estudo (cf. Dossier).

Relativamente à constituição da amostra, procedeu-se da seguinte forma, num primeiro momento, os doentes, com lombalgia crónica, tiveram um primeiro contacto com a Dra. Virgínia Rebelo, a fim de os informar sobre a investigação que estava a ser realizada, e, se estariam interessados em participar.

Os participantes foram informados sobre os objectivos do estudo, o procedimento e sobre a confidencialidade e privacidade dos resultados, assegurados pelo anonimato. Foi transmitido aos participantes que a participação era voluntária e que poderiam decidir livremente aceitar ou recusar participar e que, se em algum momento optassem por desistir, não sofreriam quaisquer consequências por isso. Os doentes foram ainda informados sobre o tempo de aplicação dos instrumentos, estimado

em 30 minutos. Estas informações encontravam-se na Informação ao Participante fornecida juntamente com o Consentimento Informado e o protocolo de avaliação.

Nas situações em que existiu manifesta dificuldade do doente em responder sozinho aos instrumentos, foi prestada assistência, sem acrescentar qualquer interpretação, e fazendo com que o respondente visse as questões e o que estava a ser escrito.

Importa referir que, durante a recolha de dados, foi identificada a falta de dois indicadores relevantes para a investigação, um sobre a “baixa médica” (Estatuto Profissional), e outro sobre o estatuto de “ex-fumador” (grupo Tabagismo), ambos pertencentes ao Questionário Sociodemográfico. Consequentemente, estes foram acrescentados ao questionário, de modo a espelhar mais adequadamente as respostas espontâneas dos participantes.

Seguidamente, os dados foram introduzidos numa base de dados, criada através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. De seguida, serão apresentados os resultados assim obtidos

PARTE III- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

CAPÍTULO VI – RESULTADOS

A apresentação dos resultados organiza-se segundo a apresentação dos objectivos.

6.1. Caracterização Clínica e Psicossocial da Amostra

Relativamente à caracterização clínica da amostra pode-se, observar, na Tabela 3, que a maioria apresentava doenças associadas ao quadro de lombalgia crónica e que a terapêutica mais frequente para lidar com a dor passava pelo recurso à medicação, seguida pela fisioterapia e de outras terapêuticas (hidroginástica, aplicação de calores, entre outros citados). Relativamente ao estatuto, ao nível do tabagismo, observa-se que a maioria não é fumador.

Tabela 3

Caracterização Clínica da Amostra (N=70)

	N	%
Doenças Associadas		
Sim	56	80
Não	14	20
Fumador		
Sim	9	12,9
Não	60	85,7
Ex-fumador	1	1,4
Tratamento		
Medicação		
Sim	67	95,7
Não	3	4,3
Relaxamento		
Sim	4	5,7
Não	66	94,3
Massagem		
Sim	24	34,3

Não	46	65,7
Respiração		
Sim	3	4,3
Não	67	95,7
Fisioterapia		
Sim	54	77,1
Não	16	22,9
Acupuntura		
Sim	27	38,6
Não	43	60
Exercício		
Sim	28	40
Não	42	60
Outra Terapêutica		
Sim	37	52,9
Não	33	47,1

Relativamente ao nível de QDV dos participantes, pode-se observar, na Tabela 4, que a QDV Geral se encontrava abaixo do ponto médio do WHOQOL-Bref (50), denota-se também que o Domínio Físico é a dimensão mais afectada da QDV destes doentes, resultado previsível na medida em que os participantes têm uma patologia que afecta principalmente a dimensão física.

Tabela 4

Caracterização de Qualidade De Vida da Amostra (N=70)

WHOQOL-Bref	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
QDV Geral	41,25	20,89	0	87,5
Físico	40,05	14,44	14,29	82,14
Psicológico	52,20	15,91	12,50	83,33
Relações Sociais	54,16	22,82	8,33	100

Meio Ambiente	56,79	11,80	21,88	84,38
----------------------	-------	-------	-------	-------

Quanto ao nível de dor, apresenta-se na Tabela 5 os resultados obtidos através da administração dos dois instrumentos seleccionados (EVA e BPI).

Tabela 5

Caracterização da Dor nos doentes com Lombalgia Crónica (N=70)

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
EVA	3,23	0,92	1	5
BPI				
Severidade	5,34	1,80	0	9
Interferência	4,88	2,08	0	9

Os resultados da EVA correspondem à classificação de dor ligeira. Relativamente aos resultados do BPI, os valores apresentam-se mais altos. Relativamente à medicação utilizada para o tratamento da dor (Q7), verificou-se que somente três pessoas não estavam medicadas para a dor, a medicação mais referenciada foi o paracetamol, os antidepressivos tricíclicos e os anti-inflamatórios. Quanto ao alívio da dor (Q8), a maioria aponta para a ineficácia da medicação: 17,1% da amostra indica que tem um alívio da dor de 20%.

Quanto ao *coping*, apresenta-se na Tabela 6 os resultados obtidos, através do IRP.

Tabela 6

Caracterização do Coping da Amostra (N=70)

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Coping Global	135,26	14,82	107	169
F1	15,90	3,82	7	23

F2	22,23	4,92	13	33
F3	12,27	1,90	9	15
F4	26,84	5,24	14	38
F5	14,61	3,05	9	20
F6	10,13	1,55	7	14
F7	9,61	1	5	10
F8	14,41	2,55	8	20
F9	9,24	2,62	4	15

F1- Pedido de ajuda; F2- Confronto e resolução activa dos problemas; F3- Abandono passivo perante a situação; F4- Controlo interno/externo dos problemas; F5- Estratégias de controlo das emoções; F6- Atitude activa de não-interferência da vida quotidiana pelas ocorrências; F7- Agressividade internalizada/externalizada; F8- Auto-responsabilização e medo das consequências; F9- Confronto com o problema e planificação da estratégia.

A média da amostra relativamente ao *coping* encontra-se abaixo dos valores normativos (153,828; DP=16,40), propostos por Vaz Serra (1988), assim pode-se concluir que o *coping* encontra-se desadequado, na medida em que se apresenta abaixo da média populacional (Vaz Serra, 1988). Relativamente aos factores, podemos observar que todos eles encontram-se abaixo dos valores normativos (Vaz Serra, 1988), excepto para o Factor 7 (Agressividade internalizada/externalizada), no qual a média apresenta-se superior aos valores normativos (Vaz Serra, 1988).

O grau de depressão (Figura 4) mais incidente na amostra foi o da depressão leve: 35,7%, seguido do grau sem depressão (30%) e da depressão moderada (30%); a depressão grave foi o grau de depressão menos incidente na amostra, com uma percentagem de 4,3% dos indivíduos inquiridos.

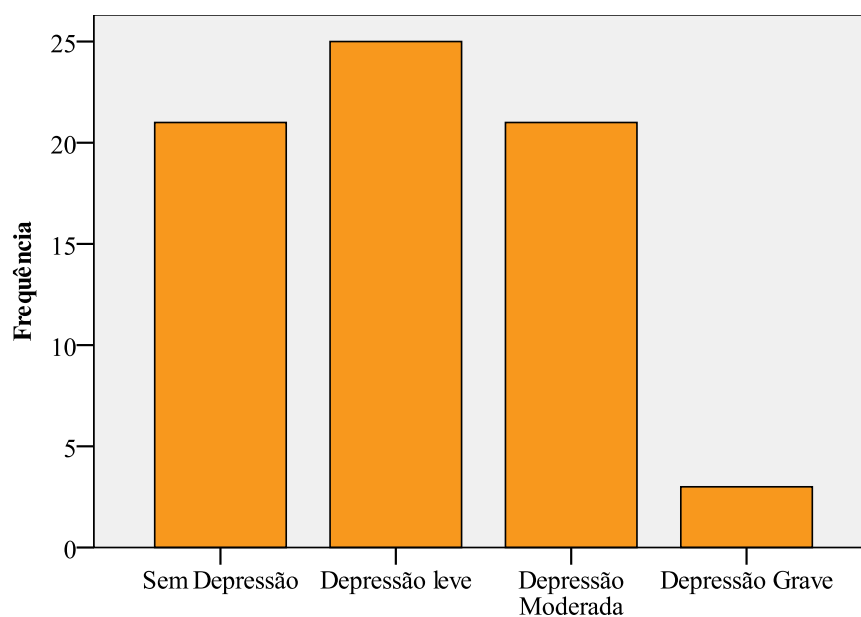


Figura 4 - Frequência segundo o Grau de Depressão

Relativamente à média dos sintomas, podemos observar que o Biológico e o Desempenho da Tarefa são os sintomas mais evidenciados na amostra. Segundo Vaz Serra (1994), o Factor 1 é o mais importante, determinando o tipo de depressão, logo e com base nos valores normativos, a depressão da amostra não é endógena ($M = 2,206$; $DP = 1,204$), mas sim, de tipo reactivo ($M = 1,744$; $DP = 1,081$) (Vaz Serra, 1994).

Tabela 7

Caracterização de depressão na Amostra (N=70)

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Nota Global	27,37	13,88	4	68
Biológico	1,50	0,76	0,33	3,50
Cognitivo	0,93	0,68	0,00	3,1
Interpessoal	0,93	0,64	0,00	2,67
Desempenho da Tarefa	1,57	0,83	0,00	3,75

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
F1 (Depressão Endógena)	1,81	0,99	-0,14	4
F2 (Perturbação com o Próprio)	0,22	0,90	-1,99	3,01
F3 (Constelação Suicida)	0,72	0,95	-1,06	3,20
F4 (Sintomas Apelativos)	1,19	0,90	-0,92	3,52
F5 (Transtorno do Sono)	1,07	1,24	-1,10	4,07

6.2. Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Não foram exploradas relações com a variável “sexo” devido à discrepância dos efectivos; não obstante, pode-se citar, a título indicativo, que a média de QDV Global é ligeiramente mais elevada nos homens (43,75%; DP=22,2), do que nas mulheres (40,83%; DP=20,8). Não foram observadas diferenças significativas nos domínios da QDV, com excepção do Domínio das Relações Sociais, em que os homens tiveram uma média superior (65; DP=17,03) às mulheres (52,36; DP=23,27).

Relativamente às variáveis sociodemográficas: Estado Civil, Estatuto Profissional e NSE procedeu-se à recodificação das variáveis devido à discrepância dos efectivos. O Estado Civil passou a incluir duas variáveis (“Solteiro” ou “Casado”), assim como o Estatuto Profissional (“Activo” ou “Não-Activo”), e o NSE (“Baixo” ou “Médio”), excluindo a variável NSE Alto, por ausência de efectivos.

Quanto ao Estado Civil, e com base na análise do Teste T-Student, os indivíduos “Casados” e os indivíduos “Solteiros” apresentaram diferenças na QDV: os “Casados” apresentaram valores mais altos na QDV, em comparação com os indivíduos “Solteiros”, contudo estas diferenças não se revelam estatisticamente significativas.

Quanto ao Estatuto Profissional, foi possível observar uma prevalência de indivíduos “Não-Activos”, representando 68,6% da amostra e, na qual 30% estavam

“Activos”. Ainda, foi possível observar, através da análise do Teste T – Student que os “Activos” apresentavam valores mais altos na QDV, em comparação com os “Não-Activos”, principalmente no domínio Psicológico: a média nos “Activos” é de 63,7% (DP= 11,8), e, nos “Não-Activos” é de 47% (DP= 14,9). Assim, podemos afirmar com 95% de confiança que existem diferenças significativas na QDV (excepto no domínio das Relações Sociais e do Meio Ambiente) segundo o Estatuto Profissional, sendo que os indivíduos “Activos”, a nível profissional, apresentam melhor QDV comparativamente com os indivíduos “Não-Activos”.

Quanto ao NSE da amostra, foi observado um NSE predominantemente “Baixo” (N= 44). Ainda, a QDV deste grupo apresenta-se inferior, em relação aos indivíduos com NSE “Médio”. Assim, existem diferenças significativas na QDV (em todos os domínios) segundo o NSE, em que os indivíduos com NSE “Médio” apresentam melhor QDV do que os indivíduos com NSE “Baixo”.

Relativamente à idade (cf. Tabela 8) não foram encontradas correlações estatisticamente significativas com nenhum domínio da QDV; o mesmo acontece com as variáveis “nº de filhos” e “nº de cigarros”. Quanto à variável “anos de escolaridade” foram observadas correlações positivas e estatisticamente significativas com a QDV Geral, assim como com o domínio Físico, Psicológico e das Relações Sociais; o domínio do Meio Ambiente não apresentou correlações significativas.

Tabela 8

Correlações de Pearson entre Qualidade De Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N=70)

	QDV Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Idade					
<i>r</i>	0,06	-0,04	-0,05	-0,12	0,17
<i>p</i>	0,64	0,72	0,66	0,33	0,15
Anos Escolaridade					
<i>r</i>	0,40	0,49	0,45	0,32	0,23
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06
Nº de Filhos					
<i>r</i>	-0,03	-0,00	-0,00	0,00	0,21

p	0,83	0,98	0,98	1,00	0,09
Nº de Cigarros					
r	-0,01	0,01	0,09	0,18	-0,05
p	0,94	0,96	0,48	0,14	0,68

Ainda, e devido às discrepâncias dos efectivos, procedeu-se à análise das variáveis clínicas “Terapêuticas para o alívio da dor”, do Questionário Sociodemográfico e Clínico, com o Teste *T-Student*, a fim de comparar as médias e identificar diferenças na QDV entre os dois grupos (quem recorre a uma terapêutica específica e quem não recorre).

O recurso à medicação, para o tratamento da dor, é a terapêutica mais incidente na amostra: só 3 indivíduos não recorrem à medicação para o tratamento da dor lombar crónica. Assim, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, com excepção do Domínio Físico do WHOQOL-Bref ($sig = 0,05$), em que foi observado que os indivíduos que não recorrem à medicação apresentaram uma média superior na QDV ($M= 55,95$; $DP=18,32$), em contraste com os indivíduos que recorrem à medicação ($M=39,34$; $DP=13,99$).

O recurso ao relaxamento como forma de lidar melhor com a dor não é prevalente nesta população. Existem diferenças na média da QDV, entre os indivíduos que praticam e os que não praticam o relaxamento. Os praticantes do relaxamento apresentaram uma média superior na QDV Geral, comparativamente aos que não praticam, mas estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos, com excepção do Domínio Físico e das Relações Sociais. Assim, com 95% de confiança, afirma-se que existem diferenças significativas entre os grupos, onde os praticantes do relaxamento apresentam melhor QDV no Domínio Físico e nas Relações Sociais.

Relativamente, ao recurso às massagens o Teste *T-Student* não identificou diferenças estatisticamente significativas na QDV entre os grupos.

Os indivíduos com lombalgia crónica que recorrem à técnica da respiração apresentaram uma média superior na QDV Geral, estatisticamente significativa no Domínio Físico e no Domínio do Meio Ambiente, em comparação com os indivíduos que não recorrem a esta técnica.

Quanto ao recurso à fisioterapia, os indivíduos que não recorrem a esta terapêutica apresentaram uma média superior na QDV, comparativamente aos que não

recorrem a esta terapêutica. Assim, pode-se afirmar com 95% de confiança que os indivíduos que não recorrem à fisioterapia apresentam melhor QDV em todos os domínios do WHOQOL-Bref, com exceção do Domínio Físico.

Relativamente ao recurso à acupunctura, a maioria da amostra não recorre a esta terapêutica. Os resultados da análise do *Teste T-Student* revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos: o grupo que não recorre a esta terapêutica apresentou uma média superior na QDV, comparativamente aos que recorrem à acupunctura, estatisticamente significativa na QDV Geral, no Domínio das Relações Sociais e do Meio Ambiente.

A prática do exercício físico nos indivíduos com lombalgia crónica revelou estar relacionado com uma melhor QDV, de facto, o grupo de indivíduos que praticavam exercício físico obteve uma média superior na QDV, em comparação com os que não praticavam, com exceção do Domínio Físico e do Meio Ambiente, no entanto estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos.

Relativamente a outras terapêuticas adoptadas para o tratamento da dor (aplicação de calores, hidroginástica, hidromassagem, yoga, reflexologia, entre outros citados), 37 indivíduos afirmam recorrer a estas terapêuticas alternativas. No Domínio Físico e no Domínio das Relações Sociais, o grupo que não recorreu a estas terapêuticas, apresentaram uma média superior na QDV. Nos restantes Domínios, os indivíduos que recorriam a terapêuticas alternativas, obtiveram uma média superior na QDV, no entanto, estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos.

6.3. Qualidade De Vida e Dor

Com base na análise estatística, verificaram-se correlações negativas e estatisticamente significativas, entre a dor no momento (EVA) e a QDV Geral e, entre a dor e o domínio Físico, com uma correlação fraca negativa (Spiegel, 1993). Os domínios Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, apresentaram correlações negativas com o nível de dor, no entanto estas correlações não foram estatisticamente significativas.

Relativamente ao BPI, a escala Severidade da Dor apresentou-se estatisticamente correlacionada com a QDV Geral (correlação fraca negativa) e com o

domínio Físico (correlação moderada negativa). Tais resultados sugerem que quando a Severidade da Dor aumenta, o Físico tende a diminuir, assim como a QDV Geral.

A Interferência da Dor está também associada à QDV. A QDV Geral e o Domínio Físico apresentam uma correlação moderada e estatisticamente significativa com a Interferência da Dor. De igual modo, o Domínio Psicológico e o Domínio do Meio Ambiente apresentam correlações estatisticamente significativas com a Interferência da Dor, com correlações negativas fracas.

Estes resultados revelam que a dor, a Severidade e a Interferência encontram-se relacionadas com a QDV, e que, quando os níveis de dor aumentam, a QDV destes indivíduos tende a diminuir.

Tabela 9

Correlações de Pearson entre Qualidade De Vida e Dor (N=70)

	QDV Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
EVA					
R	-0,24	-0,38	-0,15	-0,01	-0,10
p	0,04	0,00	0,21	0,93	0,40
BPI					
Severidade da Dor					
r	-0.35	-0.57	-0.16	-0.04	-0.05
p	0.00	0.00	0.17	0.73	0.67
Interferência da Dor					
r	-0.52	-0.58	-0.36	-0.15	-0.25
p	0.00	0.00	0.00	0.21	0.03

6.4. QDV e *Coping*

O *Coping* Global apresenta-se significativamente correlacionado com a QDV (cf. Tabela 10), particularmente com o Domínio Psicológico e o Domínio das Relações Sociais, com uma correlação moderada positiva. Os restantes Domínios da QDV encontram-se, de igual modo, positiva e significativamente correlacionados com o *coping*, sendo a correlação fraca.

Os resultados relativos aos factores do IRP indicam uma relação entre *coping* e QDV. O F1 (Pedido de Ajuda) revela uma relação negativa com a QDV, com excepção do Domínio do Meio Ambiente, mas os resultados não são estatisticamente significativos. Assim, quando o factor Pedido de Ajuda aumenta, a QDV tende a diminuir, e inversamente.

O F2 (Confronto e Resolução Activa dos Problemas) apresenta-se correlacionado significativamente com todos os domínios da QDV, em particular com a QDV Geral, e o Domínio Psicológico, com uma correlação positiva moderada; o Domínio Físico, o Domínio das Relações Sociais e o Domínio do Meio Ambiente estão igualmente associados positivamente ao F2, com uma correlação fraca. Assim, o Confronto e Resolução Activa dos Problemas estão associados a melhor QDV.

O F3 (Abandono Passivo perante a Situação) estabelece uma relação positiva com a QDV, nomeadamente entre os Domínios das Relações Sociais e do Meio Ambiente, com uma correlação estatisticamente, fraca e significativa. A QDV Geral e os domínios Físico e Psicológico estão correlacionados positivamente, contudo não se apresentam estatisticamente significativo.

O F4 (Controlo Interno/Externo dos Problemas) apresenta uma relação estatisticamente significativa em todos os domínios da QDV, com uma correlação positiva fraca. Sendo assim, pode-se deduzir que o controlo interno/externo dos problemas está associado a melhor QDV.

O F5 (Estratégias de Controlo das Emoções) apresenta uma relação estatisticamente significativa em todos os domínios, com excepção dos domínios Psicológico e Meio Ambiente. Os Domínio da QDV Geral, Físico e das Relações Sociais, apresentam uma correlação positiva fraca com F5.

O F6 (Atitude Activa de Não-Interferência na Vida Quotidiana) está correlacionado significativamente com os Domínios Físico, Psicológico e das Relações Sociais, com uma correlação positiva fraca. Verificaram-se correlações negativas entre a Atitude Activa de Não-Interferência na Vida Quotidiana e o domínio Meio Ambiente, contudo, as mesmas não se revelaram estatisticamente significativas.

O F7 (Agressividade Internalizada/Externalizada) não se correlaciona de modo estatisticamente significativo, com a QDV. O domínio Físico e Psicológico

apresentaram correlações negativas com a Agressividade Internalizada/Externalizada, no entanto, não se revelaram estatisticamente significativas.

O F8 (Auto-Responsabilização e Medo das Consequências) encontra-se correlacionado, significativamente, com os Domínios Físico, Psicológico e das Relações Sociais, com uma correlação positiva fraca. Na QDV Geral e no domínio do Meio Ambiente, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas com a Auto-Responsabilização e Medo das Consequências.

O F9 (Confronto com o Problema e Planificação da Estratégia) apresenta-se significativamente correlacionado com a QDV Geral, o Domínio Físico, Psicológico e das Relações Sociais, com correlações positivas fracas. Assim sendo, o confronto com o problema e planificação da estratégia parecem estar associados a melhor QDV. Relativamente, ao Domínio do Meio Ambiente, pode-se observar que não há correlação estatisticamente significativa, com a QDV.

Tabela 10

Correlações de Pearson entre Qualidade De Vida e Coping (N=70)

	QDV Global	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
IRP					
Coping Global					
r					
p	0,44	0,49	0,54	0,52	0,38
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
F1					
r	-0,03	-0,05	-0,01	-0,06	0,17
p	0,78	0,69	0,95	0,64	0,10
F2					
r	0,50	0,42	0,55	0,43	0,36
p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
F3					
r	0,15	0,16	0,10	0,25	0,28
p	0,21	0,17	0,43	0,04	0,02
F4					
r	0,29	0,33	0,47	0,39	0,35
p	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
F5					
r	0,35	0,41	0,23	0,39	0,17

p	0,00	0,00	0,06	0,00	0,16
F6					
r	0,11	0,28	0,29	0,26	-0,09
p	0,35	0,02	0,02	0,03	0,47
F7					
r	0,09	-0,07	-0,06	0,07	0,06
p	0,47	0,55	0,65	0,59	0,62
F8					
r	0,11	0,24	0,26	0,25	-0,09
p	0,37	0,05	0,03	0,04	0,47
F9					
r	0,32	0,45	0,34	0,39	0,17
p	0,01	0,00	0,00	0,00	0,16

F1- Pedido de ajuda; F2- Confronto e resolução activa dos problemas; F3- Abandono passivo perante a situação; F4- Controlo interno/externo dos problemas; F5- Estratégias de controlo das emoções; F6- Atitude activa de não-interferência da vida quotidiana pelas ocorrências; F7- Agressividade internalizada/externalizada; F8- Auto-responsabilização e medo das consequências; F9- Confronto com o problema e planificação da estratégia.

6.5. QDV e Depressão

A Nota Global de Depressão está inversamente correlacionada com a QDV, apresentando uma correlação negativa moderada estatisticamente significativa, com a QDV Geral e, os domínios Físico, Psicológico e do Meio Ambiente. O domínio das Relações Sociais apresentou uma correlação negativa ínfima, não significativa, com a Nota Global de depressão. Assim, sugere-se que quando o grau de depressão aumenta, a QDV tende a diminuir, e inversamente, quando o grau de depressão diminui, melhor QDV.

Os Sintomas Biológicos e Cognitivos estão inversamente correlacionados com a QDV. Os Sintomas Biológicos encontram-se mais associados ao Domínio Físico e os Sintomas Cognitivos apresentam uma relação mais forte com o Domínio Psicológico (correlação moderada). Os Sintomas Interpessoais relacionam-se, de forma estatisticamente significativa, com a QDV Geral, o Domínio Físico e o Psicológico, e o Meio Ambiente com uma correlação negativa fraca. O Desempenho da Tarefa apresenta-se relacionado, significativamente, com todos os Domínios da QDV, e com a QDV Geral, sendo que com o Domínio Físico e Psicológico a correlação é negativa moderada.

Tabela 11

Correlações de Pearson entre Qualidade De Vida e Depressão (N=70)

	QDV Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Nota Global					
<i>r</i>	-0,41	-0,40	-0,48	-0,09	-0,38
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00
Biológico					
<i>r</i>	-0,39	-0,50	-0,47	-0,29	-0,40
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Cognitivo					
<i>r</i>	-0,48	-0,43	-0,63	-0,20	-0,36
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00
Interpessoal					
<i>r</i>	-0,37	-0,41	-0,39	-0,12	-0,23
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,31	0,06
Desempenho da Tarefa					
<i>r</i>	-0,51	-0,59	-0,58	-0,32	-0,26
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03
Depressão endógena					
<i>r</i>	-0,33	-0,46	-0,49	-0,3	-0,20
<i>p</i>	0,01	0,00	0,00	0,05	0,09
Perturbação com o próprio					
<i>r</i>	-0,21	-0,15	-0,30	0,03	0,07
<i>p</i>	0,08	0,22	0,01	0,84	0,58
Constelação suicida					
<i>r</i>	-0,38	-0,29	-0,55	-0,35	-0,40
<i>p</i>	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Sintomas apelativos					
<i>r</i>	-0,45	-0,41	-0,38	-0,09	-0,38
<i>p</i>	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00
Transtorno do sono					
<i>r</i>	-0,17	-0,28	-0,04	0,00	-0,05
<i>p</i>	0,17	0,02	0,76	0,99	0,69

O F1 (tipo de depressão- endógena vs. reactiva) apresentou uma correlação negativa fraca ($-0,5 < r \leq -0,1$), estatisticamente significativa, com a QDV Geral, Domínio Físico e Psicológico e, uma correlação negativa fraca com o domínio das Relações Sociais.

Não verificaram-se correlações estatisticamente significativas, entre F1 e o domínio do Meio Ambiente ($p \leq 0,05$) (Spiegel, 1993).

O F2 (Perturbação com o Próprio) apresentou unicamente uma correlação estatisticamente significativa com o Domínio Psicológico (correlação negativa e fraca). A QDV Geral e o domínio Físico apresentaram correlações negativas e, estatisticamente não significativas. Quanto aos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente, verificaram-se correlações positivas e, estatisticamente não significativas.

O F3 (Constelação Suicida) apresentou uma relação significativa com todos os domínios de QDV e com a QDV Geral, encontrando-se mais fortemente correlacionado com o Domínio Psicológico.

O F4 (Sintomas Apelativos) apresentou correlações negativas fracas e, estatisticamente significativas, com a QDV, com excepção do Domínio das Relações Sociais.

O F5 (Transtorno do Sono) revelou uma correlação significativa apenas ao Domínio Físico, com uma correlação negativa fraca ($-0,5 < r \leq -0,1$).

Pode-se concluir, com base nos resultados do presente estudo, que a depressão apresenta-se associada negativamente à QDV, e que, quando a depressão toma valores mais elevados a QDV tende a diminuir.

6.6. Preditores Psicossociais da QDV

Para este objectivo, procedemos à análise estatística da regressão linear, com o SPSS 19. Devido à importância clínica, achamos pertinente analisar as variáveis psicossociais mais correlacionadas com a QDV (Dor, Depressão e Coping). Sendo assim seleccionamos para as variáveis independentes: o nível de dor (EVA); as escalas da Severidade e da Interferência da dor (BPI); a Nota Global de depressão, os Sintomas Depressivos (Biológico, Cognitivo, Interpessoais e Desempenho na Tarefa), e os seus Factores (IACLIDE); e, o *Coping* Global e Factores (IRP). E, para a variável dependente, o *Score* da QDV Geral.

Relativamente ao método utilizado, existem vários (“Forward”, “Backward”, “Stepwise” e “Enter”) que procuram o modelo mais ajustado, no entanto, e segundo Marocco (2003), nenhum deles, garantidamente, conduz ao modelo “perfeito”.

Logo, achamos pertinente proceder à utilização de todos estes métodos (cf. Anexo H) em simultâneo, a fim de identificar quais as variáveis que foram deixadas de fora pelos três métodos (Marocco, 2003).

A análise dos modelos assegurou resultados consensuais em três métodos (“Backward”, “Stepwise” e “Enter”). Relativamente ao método “Forward”, o modelo identificou como preditores psicossociais da QDV Geral, a Nota Global de Depressão e a Interferência da Dor, como preditiva de pior QDV, e, o Confronto e Resolução Activa dos Problemas, como preditiva de melhor QDV, excluindo assim as outras variáveis seleccionadas. Este modelo indica que 43,2% da variância da QDV ($R^2_a = 0,432$) é explicada pela depressão, pela interferência da dor e, pela resolução activa dos problemas, com um nível de significância estatisticamente significativo ($sig = 0,00$).

Ainda, neste modelo, verificou-se que as variáveis independentes não eram colineares e, de acordo com os gráficos dos resíduos (cf. Anexo H), pode concluir-se que os resíduos apresentam uma distribuição normal. A estatística de Durbin-Watson é $d = 1,661$ e, de acordo com a tabela de Durbin-Watson (Marocco, 2003, P. 401), para $n = 70$ e $p = 3$, temos $d_L = 1,53$ e $d_U = 1,70$, sendo valores próximos de 2 ($d \approx 2$), pode afirmar-se que não existe correlação serial entre os resíduos, sendo estas independentes.

Assim, para concluir o modelo segundo o método “Forward” apresentou-se ajustado ao modelo e estatisticamente significativo.

A análise dos outros três métodos, asseguraram que 46,4% da variância da QDV ($R^2_a = 0,464$) era explicada pela Interferência da Dor, pela Dependência dos Outros e pela Instabilidade Emocional (IACLIDE – F2), e pelo Confronto e Resolução Activa dos Problemas (IRP – F2). As variáveis independentes não demonstraram efeitos de colineariedade e, segundo os gráficos dos erros (cf. Anexo G), pode concluir-se que apresentam uma distribuição normal, e que, portanto o modelo apresenta-se ajustado. Ainda, a estatística de Durbin-Watson (Marocco, 2003) indicou que não existe correlação serial entre os resíduos, sendo portanto independentes entre eles ($d_L = 1,53$ e $d_U = 1,70$).

Concluindo, as duas variáveis psicossociais que aparecem como sendo consensuais nos quatro métodos são: a Interferência da Dor e o Confronto e Resolução Activa dos Problemas (dor e *coping*). A Nota Global de Depressão e a Dependência dos

Outros e pela Instabilidade Emocional não se apresentaram como preditoras em todos os métodos, contudo podemos considerar este resultado no estudo, na medida em que estas incluem-se na Depressão.

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de passar à discussão dos resultados, é de sublinhar que a amostra é constituída principalmente por mulheres (85,7%), isto é, a amostra não é homogénea, no entanto, este resultado vai ao encontro da literatura que refere que a lombalgia crónica é mais prevalente no sexo feminino (Ponte, 2000; Coelho et al., 2005; Harkness et al., 2005; Gourmelen et al., 2007).

A média de idades da amostra é de 51,77 anos (entre os 18 e os 79 anos), o que também vai ao encontro da literatura consultada. De facto, Ponte (2000), Gourmelen et al. (2007) e Harkness et al. (2005) constataram uma elevada prevalência da lombalgia crónica nas mulheres, na faixa etária dos 50-65 anos e verificaram que a lombalgia aumentava à medida que a idade avançava.

É ainda de referir que grande parte da amostra é constituída por desempregados. Assim, seria interessante analisar, no futuro, se esta condição advém directamente das incapacidades geradas pela patologia, pois a literatura aponta para o absentismo laboral associado à mesma (Ponte, 2000). Segundo Castro et al. (2010), 50% da população com dor crónica tem um impacto significativo nas actividades domésticas e laborais. Breivik et al. (2006) realizaram um estudo, nos países europeus e em Israel, e observaram que 19% dos inquiridos perderam o emprego devido à sua condição física.

Em resumo, as características sociodemográficas da amostra, e o seu efectivo, fazem com que seja necessária prudência na extrapolação dos presentes resultados

7.1. Caracterização Clínica da Amostra

Todos os indicadores de QDV da amostra se apresentaram tendencialmente abaixo do ponto médio, particularmente, no Domínio Físico e na QDV Geral. Na ausência de dados normativos, é, todavia, impossível atribuir estes valores a condições clínicas dos participantes.

Estes resultados vão ao encontro da literatura (EUROFOUND, 2007), que refere que a saúde é importante para a QDV, e, que a satisfação com a saúde é uma área importante, para as pessoas, na percepção de QDV (EUROFOUND, 2007). O estudo de Antopolou et al. (2009) vai ao encontro destas afirmações, os mesmos verificaram que

na avaliação da QDV, em indivíduos com lombalgia crónica, a dimensão física era a mais baixa.

A média do nível de dor (EVA) da amostra, no momento da avaliação, não se apresentou elevada, já que a média corresponde a uma classificação de dor ligeira (DGS, 2003). Quanto aos resultados do BPI (Severidade/Interferência), ao contrário do esperado, as médias apresentaram-se superiores ao nível de dor.

Relativamente ao *coping*, a média do *Coping* Global apresentou-se abaixo do ponto médio ($M = 153,828$; $DP = 16,937$), determinado por Vaz Serra (1988), o que leva a sugerir que, em média, a amostra apresentou um *coping* desadequado na forma de lidar com situações adversas. Segundo Vaz Serra (S/D, p. 7):

“Os diversos estudos revelam que um indivíduo com estratégias de *coping* adequadas costuma sentir que tem um bom controlo das situações com que se depara, é pouco propenso a pedir ajuda, gosta de confrontar e resolver activamente os problemas, utiliza mecanismos redutores de estado de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de *stress* e não tem tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências.”

Paralelamente, observou-se a presença de depressão na amostra: obteve-se o grau de Depressão, cuja média indicou uma depressão ligeira na amostra, o que vai ao encontro da literatura que relata a presença de co-morbilidades associadas à lombalgia crónica, tinham associado a esta patologia, um diagnóstico de depressão. O estudo de Breivick et al. (2006) indicou que 21% dos indivíduos com dor crónicas, Ohayon & Schatzberg (2007) afirmam que a presença de sintomatologia depressiva na dor crónica, tende a aumentar a duração da patologia, sendo assim um factor de cronicidade.

Ainda, e relativamente à depressão, os sintomas mais evidenciados foram a nível biológico e no desempenho da tarefa, pelos quais os indivíduos demonstraram mais dificuldades. Com base na média do F1 do IACLIDE, o tipo de depressão na amostra é reactiva (Vaz Serra, 1994), sendo assim e com base no mesmo autor (1994), a depressão desenvolveu-se após o quadro de dor crónica.

Do mesmo modo, o DSM-IV-TR (APA, 2002) postula que os indivíduos com estados físicos gerais crónicos, têm maior risco de desenvolver depressão, favorecendo,

por outro lado, piores prognósticos, pior aderência ao tratamento, pior morbimortalidade e pior QDV (Teng, Humes & Demetrio, 2005).

7.2. Qualidade de Vida e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Os homens apresentaram uma QDV ligeiramente mais elevada do que as mulheres, contudo, estes resultados não podem ser considerados válidos, devido à discrepância dos seus efectivos. O estado civil apresentou diferenças na QDV, os “Casados” apresentaram melhor QDV, comparativamente aos “Solteiros”; este facto é curioso, e, talvez esteja associado à uma maior rede de suporte familiar/social nos “Casados”.

Relativamente ao estatuto profissional, e, sabendo que a maioria da amostra é constituída por desempregados, os “Activos” obtiveram uma melhor QDV do que os “Não Activos”, principalmente no Domínio Psicológico, onde as diferenças foram estatisticamente significativas.

Seria interessante analisar, numa perspectiva futura, a frequência de indivíduos com lombalgia crónica, que perderam o emprego devido a esta condição física. Segundo Bennett (2002), um grande número de indivíduos com dor crónica acredita que tem pouco controlo sobre a dor e, o medo da dor e/ou do movimento, leva o individuo a evitar sistematicamente estímulos que lhe possam ser desagradáveis, reforçando assim o comportamento de evitamento (Pincus et al., 2002), definido por condicionamento operante com reforço negativo (Malcuit, Pomerleau & Maurice, 1995).

Nesta patologia, o repouso é frequentemente recomendado, contudo não deve ser prolongado devido ao seu efeito no aparelho locomotor, nomeadamente na desmineralização dos ossos e na diminuição da tonicidade muscular (Waddell, 1987).

Paralelamente, o NSE da amostra revelou-se baixo e, associado a ele, uma QDV tendencialmente “Baixa”, comparativamente aos indivíduos com NSE “Médio”. Fleck et al. (2008, p. 31), refere que “a QDV provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são apreendidas, e uma qualidade de vida alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades”.

Relativamente, às variáveis clínicas “Terapêuticas para o alívio da dor”, o recurso à medicação é o mais prevalente na amostra, como era previsível, na medida em que é o tratamento mais aplicado na população ocidental (Badguk et al., 2004; Chou et al., 2007; Queiroz, 2003), contudo os resultados demonstraram que o uso da medicação não está associado a melhor QDV: o Domínio Físico é a dimensão mais afectada pelo uso da medicação. O mesmo acontece com a fisioterapia, onde os praticantes têm pior QDV no Domínio Físico, em comparação com os que não praticam, que têm melhor QDV

7.3. Caracterização de Dor na Amostra

A severidade da dor apresentou correlações estatisticamente significativas e negativas com a QDV Geral e com o Domínio Físico. Assim, este resultado vai ao encontro da literatura, na medida em que quanto mais severidade da dor menor é a condição e o desempenho físico. Beecher (1956, citado por Ogden, 1999) refere que, é necessário avaliar as representações da doença, pelo indivíduo, na medida em que, o significado atribuído a esta vivência é que medeia a experiência da dor.

O mesmo acontece com a interferência da dor que apresenta correlações estatisticamente significativas com os mesmos domínios e com os Domínios Psicológico e Meio Ambiente. Estes resultados são interessantes na medida em que se observou correlações dos Domínios Psicológico e Meio Ambiente, com a variável interferência da dor, o que subentende que a interferência afecta mais a saúde mental e a dimensão social do indivíduo, do que propriamente a severidade da dor.

Coreia (2007) afirma que, na Europa, a dor crónica de intensidade moderada a severa afecta de forma mais grave a qualidade de vida da população, principalmente na área social e laboral.

7.4. *Coping* e a Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica

A análise das médias dos factores do *coping* da amostra, indicam um *coping* tendencialmente focalizado na emoção. Segundo Lazarus e Folkman (1984) e Vaz Serra (1988), um *coping* focalizado na emoção é, geralmente, adaptado para reduzir a tensão emocional e, assim, com menos capacidades para modificar as pressões ambientais e diminuir o factor *stress* (Lazarus & Folkman, 1984). Ainda, Cousson-Geli et al. (1999) referem que o *coping* centrado na emoção está significativamente associado a uma má

saúde física, a limitações nas actividades devido à condição psicológica, a limitações nas relações sociais, à dor, a uma má saúde mental, à ausência de vitalidade e de saúde.

Relativamente aos Factores do *coping* foi possível observar valores elevados na “Agressividade Internalizada/Externalizada” e, pode-se sugerir que este resultado esteja associado ao desgaste físico e psicológico destes doentes, internalizando ou externalizando esta revolta.

O *coping* Global apresenta-se significativamente correlacionado com todos os indicadores da QDV, particularmente com o Domínio Psicológico e o Domínio das Relações Sociais (correlações positivas moderadas). Os restantes indicadores da QDV encontram-se, de igual modo, positiva e significativamente correlacionados com o *Coping*, mas trata-se de correlações fracas.

Os factores do IRP mais correlacionadas com a QDV Geral foram: o confronto e resolução activa dos problemas (F2), o controlo interno/externo dos problemas (F4), as estratégias de controlo das emoções (F5), a auto-responsabilização e medo das consequências (F8) e o confronto com o problema e planificação da estratégia (F9). Estes resultados vão ao encontro da literatura, principalmente para o F2 e F9: estratégias mais centradas na resolução do problema estão associadas a melhor QDV, e, que o *coping* centrado no problema está significativamente associado a uma boa saúde física e psicológica (Cousson-Geli et al., 1999).

Na mesma vertente, outros autores (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1988; Aldwin & Yancouva, 2003) apontam para uma associação entre resolução do problema com a remissão da doença e a limitação dos efeitos indesejáveis dos tratamentos e dos sintomas, ao invés das estratégias de evitamento. Tal pode ser observado neste estudo: de facto o abandono passivo perante a situação (F3) não se encontra correlacionado com os Domínios QDV Global, Físico e Psicológico, no entanto, os Domínios Relações Sociais e Meios Ambiente, encontram-se estatística e significativamente correlacionados. Tal resultado, leva a supor que este factor esteja mais relacionado, directamente, com estímulos externos (situações em ambientes físicos)

7.5. Depressão e a Qualidade de Vida na Lombalgia Crónica

A Nota Global de depressão está inversamente correlacionada, de forma estatisticamente significativa, com os Domínios QDV, com excepção do Domínio Relações Sociais, e, particularmente significativo com o domínio Psicológico. Assim, quando o grau de depressão aumenta, o nível de QDV diminui.

De igual modo, e relativamente ao grupo de sintomas (Biológico, Cognitivo, Interpessoal e Desempenho da Tarefa), verifica-se uma correlação negativa com a QDV Geral e, especificamente, entre os Sintomas Cognitivos e a QDV Geral, assim como entre o Desempenho da Tarefa e a QDV Geral. Tais resultados vão ao encontro da literatura que postula que as áreas mais afectadas pela depressão são, as cognições e o desempenho na tarefa (Beck et al., 1997).

Relativamente aos factores de depressão, verificaram-se correlações negativas significativas com a QDV. O tipo de depressão (F1) relaciona-se significativamente com todos os domínios da QDV, excepto com o domínio do Meio Ambiente. Logo, o facto de a depressão ser reactiva ou endógena tem influência na QDV.

A Relação Perturbada com o Próprio (F2) apresentou uma única relação estatisticamente significativa, com o domínio Psicológico (correlação negativa fraca). A Constelação Suicida (F3) apresentou correlações estatisticamente significativas com todos os indicadores da QDV, com principal relevo no domínio Psicológico. Estes dados vão ao encontro da literatura que apresenta a depressão como um factor de risco para o suicídio, segundo a OMS (2002), a depressão e o suicídio estão ambos fortemente associados.

Revelou-se ainda correlações negativas e estatisticamente significativas entre os Sintomas Apelativos (F4) e a maioria dos indicadores de QDV, com excepção do domínio das Relações Sociais. Assim, quanto mais sintomas pior QDV, e, inversamente, quanto menos sintomas melhor QDV.

Ito e Neto (2000) atribuíram a manifestação de sintomas depressivos a uma diminuição ou ausência de reforço positivo, nas interacções entre o indivíduo e o seu meio. De acordo com Gotlib e Joormann (2010), o indivíduo com depressão tende a ser dominado por conteúdos psicológicos latentes, relacionados com a perda, a separação, o fracasso e a rejeição, que são reactivados quando o mesmo se confronta com

determinados estímulos internos ou externos. Segundo Musalek (2009) e Beck et al. (1997), estes pensamentos negativos automáticos são comuns nos depressivos e, quanto mais a pessoa deprime, maior a ocorrência de pensamentos negativos, formando assim um ciclo vicioso, pelo qual o indivíduo pode ser dominado pelo esquema disfuncional.

7.6. Preditores Psicossociais da Qualidade de Vida

A interferência da dor, o confronto e a resolução activa dos problemas e os “sintomas depressivos” apresentaram-se como sendo preditores de QDV. Estes resultados vão ao encontro da literatura (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1988).

A interferência da dor revelou ser um potencial factor de risco na diminuição da QDV. A interferência da dor nas actividades quotidianas do individuo é uma condição que limita o individuo em diferentes áreas que, por consequência, leva o individuo ao isolamento social. A dor lombar crónica caracteriza-se, essencialmente, pela sua cronicidade, provocando assim a interferência da dor no quotidiano do indivíduo, afectando de forma mais grave a sua QDV, principalmente, na área social e laboral (Coreia, 2007) e, psicológica e emocional (Castro et al., 2010).

Castro et al. (2010), com base no seu estudo, afirmam que 3 milhões de Portugueses sofrem de dores crónicas, e, em cerca de 50% desta população, a dor tem um impacto significativo nas actividades domésticas e laborais, e, 17% tem um diagnóstico de depressão associado ao quadro de dor (Castro et al., 2010).

Segundo Bennett (2002), grande número de pacientes com dor crónica acredita que têm pouco controlo sobre a dor. Janne et al. (1998) e Nguyen et al. (2009) explicam a cronicidade como associada a factores psicológicos, em que o indivíduo é geralmente a “vítima” do ciclo dor-depressão-inactividade (Janne et al., 1998).

A presença de depressão ou de eventuais sintomas demonstraram igualmente serem factores de risco para uma pior QDV. Relembra-se que, os modelos de regressão não eram consensuais relativamente ao método, indicando preditores diferentes (Nota Global de Depressão/Instabilidade Emocional e Dependência dos Outros), no entanto, pertencentes ao mesmo constructo, a depressão.

Considerando estes resultados, os mesmos vão, do mesmo modo, ao encontro da literatura. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), os indivíduos que sofrem de estados

físicos crónicos têm maior risco de desenvolver uma Perturbação Depressiva *Major* durante a evolução da doença. Segundo Ohayon e Schatzberg (2007) é difícil determinar se a dor precedeu a sintomatologia depressiva ou se foi o inverso, a sintomatologia depressiva preceder ao quadro de dor, pois ambas as situações já foram observadas.

O que parece ser consensual, e a experiência clínica tem vindo a demonstrar isso (Janne et al., 1998; Kothe et al., 2007; Musalek, 2009; Nguyen et al., 2009), é que a depressão tem um efeito na dor, intensificando e catalisando-a. Ainda, a teoria do Portão de Melzack e Wall (Ogden, 1999) postula que os aspectos comportamentais e emocionais, associados às dores crónicas, interferem e/ou condicionam a manifestação e perpetuação das mesmas, com um impacto profundo na QDV destes indivíduos.

Lee et al. (2007) indicaram que o *stress*, a severidade da dor, a interferência da dor e a catastrofização, aumentavam a sintomatologia depressiva, enquanto que o *coping* e o suporte social e familiar, contribuíam para diminuir a sintomatologia (imunidade). Assim, com base nos mesmos autores (2007), adoptar estratégias de *coping* passivas e/ou esquemas cognitivos negativos, e, ter um apoio familiar e social limitado, são factores de risco para o desenvolvimento da depressão.

Tal relação, foi observada neste estudo, relativamente à QDV. De facto, o Confronto e Resolução Activa dos Problemas (F2 do IRP), categorizado como *coping* centrado no problema (Vaz Serra, 1988), revelou ser preditor de melhor QDV Geral. Segundo Vaz Serra (1988) e Lazarus e Folkman (1984), o *coping* centrado no problema está direccionado para a definição do problema, para a criação de soluções e/ou alternativas e, é dirigida para a acção; é mais adaptativo e com capacidade de modificar as pressões ambientais (Lazarus & Folkman, 1984).

Aldwin e Yancouva (2003) indicaram haver uma relação positiva directa entre a resolução do problema e a redução da progressão da doença, assim como a diminuição de efeitos indesejáveis dos tratamentos e dos sintomas. Na mesma perspectiva, Cousson-Geli et al. (1999) identificaram que o *coping* centrado no problema estava associado significativamente a uma boa saúde física e psicológica e à vitalidade.

Chesney e Folkman (1994, citado por Bennett, 2002) realizaram um estudo com homens portadores de VIH, no qual testaram um treino de eficácia de *coping*. Os

resultados revelaram que os doentes melhoraram a sua QDV, e, os benefícios foram atribuídos à redução do *coping* por auto-culpabilização e à adopção de estratégias mais activas.

No entanto, importa referir que as estratégias de *coping* não são uniformes, e que, segundo Vaz Serra (1988), há situações em que a pessoa tenta resolver o problema e, noutras situações vai alterar o significado da situação ou das consequências. Assim, a adopção de estratégias de *coping* vai depender dos recursos pessoais e da percepção da situação (avaliação primária), do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Assim, a interferência da lombalgia crónica, provoca no quotidiano destes indivíduos, um desgaste físico e emocional, com um impacto profundo na sua QDV. A avaliação do *coping* e a promoção de estratégias de *coping* para lidar com a dor, aparecem como técnicas importantes na intervenção terapêutica juntos destes indivíduos (Ogden, 1999).

Para terminar, importa referir que o estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, no desequilíbrio no número de participantes de ambos os sexos e, na discrepância de efectivos nalgumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Assim, as características sociodemográficas da amostra, e o seu efectivo, fazem com que seja necessária prudência na extrapolação dos presentes resultados.

Numa perspectiva futura, seria interessante analisar a relação directa destas variáveis com a QDV. Ainda, ao longo do estudo, achou-se relevante incluir a avaliação das representações cognitivas da doença (Bennett, 2002), na medida em que aparece complementar à avaliação do *coping*: obtém-se mais informação sobre o significado atribuído à doença.

CONCLUSÃO

O principal objectivo do presente estudo foi analisar a QDV dos indivíduos com lombalgia crónica e compreender quais as variáveis (principalmente, psicossociais) que se relacionam mais significativamente com a mesma. A QDV foi abordada neste estudo de forma genérica e não baseada na doença (QDVRS), tendo em consideração as implicações clínicas destes dados.

Como se focou ao longo do estudo, a dor, a depressão e o *coping* são variáveis que se relacionam significativamente com a QDV destes doentes. Conhecer a relação destas variáveis com a QDV permitiu analisar os factores envolvidos no desenvolvimento vs. comprometimento da QDV destes indivíduos.

De facto, a dor, o *coping* e a depressão, estão associados à percepção de QDV do grupo avaliado. A incapacidade funcional e a experiência da dor, destes indivíduos, apresentaram-se fortemente correlacionados com a dimensão psicológica. Vários estudos demonstram (Beck et al., 1997; Claudio, 2009; Cruz, Matos & Branco, 2003; Ito & Neto, 2000; Waddell, 1987) e exploram esta relação de dor-cognição, que aparece como complexa pela envolvimento de outros factores, tais como a dor, depressão e o *coping*, interagindo entre eles.

Seligman et al. (1967, citado por Ito & Neto, 2000) postula que a atribuição determina a acção e o afecto do indivíduo, ou seja, a forma como o individuo avalia e interpreta as situações é um factor condicionante na resposta comportamental e emocional do mesmo, frente à situação. Assim, e numa perspectiva futura, seria interessante avaliar as crenças e as representações, destes indivíduos, associadas à doença/saúde, sendo um factor importante para as variáveis em estudo (dor, *coping*, depressão e QDV).

Para concluir, poder-se-ia dizer que o conceito de QDV apresenta-se como a “vitrine” do bem-estar do individuo, um indicador que nos permita identificar qual a dimensão mais afectada no indivíduo. As condições físicas e psicológicas apresentaram-se, neste estudo, como os factores mais importantes para a QDV

O trabalho empírico apresentado procurou contribuir, embora de forma modesta, para uma melhor compreensão das vivências dos doentes com lombalgia crónica. A realização do Estágio Curricular, na Unidade de Dor Crónica do Hospital de São João,

no Porto, permitiu observar os constrangimentos destes doentes, quer a nível físico como a nível psicológico, com um profundo impacto na sua QDV. Daí, o interesse neste tema, mas também, porque o nosso intento, enquanto profissionais da Psicologia, é ter inerente o facto de podermos, de alguma forma, tornar a vida das pessoas que servimos mais saudáveis e, neste caso, com mais QDV.

No âmbito da prática clínica, e após análise das implicações clínicas da lombalgia crónica, o modelo biopsicossocial parece ser adequado no tratamento da lombalgia crónica, na medida em que integra, diferentes vertentes integrantes do Ser Humano (físico, psicológico e social), no entanto, é necessário haver mais estudos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Texto Revisto). Climepsi Editores.

Antoniazzi, A. S., Dell Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.

Antonopoulou, M. D., Alegakis, A. K., Hadjipavlou, A. G., & Lionis, C. D. (2009). Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 143-151. doi: 10.1186/1471-2474-10-143.

Arantes, S., Ferreira, C., Lobo, S., Moutinho, R., Correia, J., Carvalho, C. J., & Marcos, A. (2007). Lombalgias: a realidade da nova unidade de tratamento de dor. *Dor*, 15 (3), 22-27.

Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.

Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C. J., Cativo, M. C., Correia, D., Correia, J., Coucelo, G., Lopes, B. C., Loureiro, M. C., Silva, B., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 4 (15), 6-38.

Bagduk, N. (2004). Management of chronic low back pain. *Medical Journal of Australia*, 180, 79-83.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. D., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. J. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares. *Saúde em Números*, 16 (1), 12.

Braconnier, A. (2007). *Manual de psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.

Brooker, C. (2001). *Le corps humain: étude, structure et fonction. Le role infirmier dans la pratique clinique* (2th ed.). (Isabelle Langlois-Wils e Elisabeth Lepresle, Trad.). Bruxelles: DeBoeck Université.

Burton, A. K., Tillotson, K. M., Main, C. J., & Hollis, S. (1995). Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine*, 20 (6), 722-28.

Cabral, A. R. (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Ciência*, 33, 21-27. Consultado em 24 de Novembro de 2010, em <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no31/CNS03104.pdf>.

Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 240-4.

Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 95- 109). Braga: APPORT.

Canavarro, M. C., Pereira, Simões, M., Pintassilgo, A. L., & Ferreira, A. P. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 15-28.

Carvalho, M. M. M. J. (1999). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.

Casqueira, J. M. S. C. (2009). Serão os antidepressivos a forma mais eficaz de tratamento na depressão. Consultado em 10 de Fevereiro de 2010, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0502.pdf>.

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. L. M. Pain Proposal: A dor crónica em Portugal. Consultado em 24 de Junho de 2011. Retirado em http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf

Cesar, S. H. K., Brito Júnior, C. A., & Battistella, L. R. (2004). Análise de qualidade de vida em pacientes de escola de postura. *Acta Fisiátrica*, 11 (1), 17-21.

Chaturvedi, S. K. (2005). Opções limitadas para o diagnóstico da depressão. In M. Maj, & N. Sartorius (eds.), *Transtornos depressivos* (2th ed., pp. 72-73) Porto Alegre: Artmed.

Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, T., Shekelle, P. & Owens, D. K. (2007). Clinical Guidelines. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*, 7 (147), 478-491.

Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital*. DGS.

Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. DGS.

Claudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 143-157.

Coelho, L., Almeida, V. & Oliveira, R. (2005). Lombalgia nos adolescentes: identificação de factores de risco psicossociais. Estudo epidemiológico na região da Grande Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1 (23), 81-90.

Cohen, S. P., & Argoff, C. E. (2008). Management of low back pain. *BMJ*, 338, 100-106.

Correia, D. (2007). Dor crónica musculoesquelética: III Encontro Nacional Clínicas de Dor. *Dor*, 15 (3), 11-15.

Cousson-Geli, F., Raherisson, C., Bruchon-Schweitzer, M., & Taytard, A. (1999). Quels sont les liens entre les styles de coping et la qualité de vie? *Psychologie et Psychométrie*, 1 (20), 25-38.

Cruz, M., Matos, A. A., & Branco, J. C. (2003). A metrologia no estudo das lombalgias. *Acta de Reumatologia Portuguesa*, 28, 157-164.

Cruz, R. M., & Sardá Jr., J. J. (2003). Diagnóstico de aspectos emocionais associados à lombalgia e à lombociática. *Avaliação Psicológica*, 1, 29-33.

Depont, F., Hunsche, E., Abouelfath, A., Diatta, T., Addra, I., Grelaud, A., Lagnaoui, R., Molimard, M. & Moore, N. (2010). Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 24, 101-108.

Deyo, R. A., & Weinstein, J. N. (2001). Low back pain. *National English Journal Medicine*, 344 (5), 363-370.

Dias, A. R. (2007). Dor crónica: Um problema de saúde pública. Consultado em 25 de Novembro de 2010, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0372.pdf>.

EUROFOUND. (2007). *Deuxième enquête européenne sur la qualité de vie: Premiers résultats*. Dublin: Author. Consultado em 17 de Fevereiro de 2011, em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/fr/1/EF0852FR.pdf>

Ey, H., Bernard, P., & Briset, C. (1978). *Manuel de psychiatrie* (5ª ed.). Paris: Masson.

Pessoa, F. (2006). *O livro do desassossego*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Ferreira, M. B. C. & Torres, I. L. S. (2004). Dor crónica. In F. Kapczinski, J. Quevedo & I. Izquierdo (eds). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos* (pp. 347-365). Porto Editora: Artes Médicas.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I- Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II- Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L. & Jensen, M. P. (2010). *Influência do Sexo no Coping com a Dor em Pessoas com Dor Crónica Músculo-esquelética*. 8º Congresso

Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa. Retirado em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52390>.

Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceptuais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck, & Cols. *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Freburger, J. K., Holmes, G.M., Agans, R. P., Jackman, A. M., Darter, J. D., Wallace, A. S., Castel, L. D., Kalsheek, W. D. & Carey, T. S. (2009). The rising prevalence of chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine*, 169 (3), 251-258.

Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, T., & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.

Gil, J. A. N., Cabri, J. & Ferreira, P. L. (2009). Efectividade dos cuidados de fisioterapia em doentes ambulatoriais com problemas lombares não específicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 35-50.

Gilles, A. (1994) *Éléments de Méthologie et d' Analyse Statistique pour les Sciences Sociale*. Montreal: McGraw-Hill.

Glazer, P. A. & Glazer, L. C. (2004). Lumbalgia. In C. A. Warfield & H. J. Fausset (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 87-94). Barcelona: Masson.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I; pp. 35-43). Coimbra: Quarteto.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 245-250.

Gotlib, I. H. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annu Ver Clin Psychol*, 6, 285-312.

Gourmelen, J., Chastang, J. F., Ozguler, A., Lanoe, J. L., Ravaud, J. F. & Leclerc, A. (2007). Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans: résultats

issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Readaptation et de medecine physique*, 50, 640-644.

Harkness, E. F., Macfarlane, G. J., Silman, A. J. & McBeth, J. (2005). Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: two population-based cross-sectional studies. *Rheumatology (Oxford)*, 44, 890-895.

Haslock, I. (2000). Back pain and periarticular disease. In J. Ledingham, & W. D. Concise (Eds.), *Rheumatology*. Oxford: Oxford Press.

Henschke, N., Ostelo, R. W., Van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W., Morley, S., Asserdelft, W. T., & Main, C. J. (2005). Behaviour treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database System Review*, 1, CD002014.

INFARMED. (2002). Evolução do Consumo de antidepressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001: impacto das medidas reguladoras. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. Retirado em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/rel_antidepressivos.pdf.

Ito, L. M., & Neto, F. L. (2000). Teorias cognitivo-comportamentais, interpessoal e construtivista. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr., & E. C. Miguel. *Depressão no ciclo da vida* (pp. 82-91). Porto Alegre: Artmed.

Janne, P., Wunsch, A., Zdanowicz, N., & Reynaert, C. (1998). Comment faire face aux intrications entre douleurs et états dépressifs ? *Louvain Medical*, 117, 426-434.

Koes, B. W., Van Tulder, M. W. & Thomas, S. (2006). Clinical review: Diagnosis and treatment of low back pain. *British Medical Journal*, 332, 1430-1434.

Koleck, M., Mazaux, J. M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11.

- Kothe, R., Kohlmann, Th., Klink, T., Rüther, W., & Klinger, R. (2007). Impacto f low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with reumathoid arthritis. *Pain*, 127, 103-108.
- Lafer, B. (2000). Neuroimagem. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas, & E. C. Miguel. *Depressão no Ciclo da Vida* (pp. 73-81). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, G. K., Chan, F., & Berven, N. L. (2007). Factors affecting depression among people with chronic musculoskeletal pain: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 52 (1) , 33-43.
- Licinio, J., & Wong, M. L. (2007). *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56, 289-297.
- Malcuit, G., Pomerleau, A. & Maurice, P. (1995). *Psychologie de l'apprentissage: Thermes et Concepts*. Québec: Edisem.
- Manchikanti, L., Singh, V., Datta, S., Cohen, S. P. & Hirsch, J. A. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*, 12, 35-70.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marras, W. (2000). Occupational low back disorder causation and control. *Ergonomics*, 43, 880-902.
- McIntyre, T. M. (1996). Ética e avaliação psicológica em psicologia da saúde: Algumas questões e reflexões. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado, & M. R. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (vol. IX). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 61-88.

Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5 (1), 1-13.

Montazeni, A., & Mousari, S. J. (2010). Quality of life and low back pain. In V. R. Preedy, & R. R. Watson (Eds.), *Handbook of disease burdens and quality of life measures* (Abstract). doi: 10.1007/978-0-387-78665-0_232.

Monteiro, J. & Ribeiro, E. (2010). Acupuntura na dor lombar: há evidência? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 272-279.

Moreno, R. A., & Moreno, D. H. (2000). Antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr., & E. C. Miguel. *Depressão no ciclo da vida* (pp. 188-197). Porto Alegre: Artes Médicas.

Musalek, M. (2009). Dépression et Douleur, dépersonnalisation et re-personnalisation. *Comprendre*, 19, 185-194.

Nguyen, C., Poiraudau, S., Revel, M. & Papelard, A. (2009). Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*, 76, 537-542.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2007). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, Vol.LX, 39-47.

Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., & Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 34, 511-519.

- Otero Ojeda, A. A. (2005). Diagnóstico dos transtornos depressivos: sistemas taxonômicos e prática clínica. In M. Maj, & N. Sartorius (eds.). *Transtornos depressivos* (pp. 74-75) (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde-SF-36*. Arca da Velha: Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 89-102.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Palmer, K. T., Walsh, K., Bendall, H., Cooper, C., & Coggon, D. (2000). Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. *BMJ*, 320, 1577-8.
- Patrick, D. L. (2008). A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In Flecks & Cols., *A avaliação da qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pincus, T., Burton, K., Vogel, S. & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 5 (27), 109-120.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.

- Queiroz, M. V. (2003). *Doenças Reumáticas: Manual para Doentes*. Lisboa: Lidel.
- Quintal, A. (1993). Aspectos socioeconómicos das lombalgias. *Revista Portuguesa de Reumatologia*, 4 (31), 709-713.
- Ramos, S. I. V. & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de *stress* e estratégias de *coping* dos estudantes do 1º Ano do ensino universitário de Coimbra. Retirado em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K. Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., & Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene, stressful life events, and risk of depression. *Journal of the American Medical Association*, 301 (23), 2462-2471.
- Rubin, D. I. (2007). Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurologic Clinics*, 25 (2), 353-371.
- Rull, M., Català, E., & Ferrándiz, M. (2003). Dolor lombar. In E. Català, & L. Aliaga (Eds.), *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 334-357). Barcelona: Permanyer.
- Santos, L. & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estilos de lazer, saúde e estratégias de *coping*. Retirado em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15569/2/52325.pdf>
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588. Retirado em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55 (1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5.
- Spiegel, M. R. (1993). *Estatística* (3ª ed.). São Paulo: Makron Books.

- Stefanis, C. N., & Stefanis, N. C. (2005). Diagnóstico dos transtornos depressivos: uma revisão. In M. Maj, & N. Sartorius (2ª ed.), *Transtornos Depressivos* (pp. 13-49). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia da saúde em Portugal: Panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 165-170.
- Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na área da Oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (5), 71-77.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 149-159.
- Tüzün, E. H. (2007). Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21 (3), 567-579. doi: 10.1016/j.berh.2007.03.001.
- Vaz Serra, A. (1994). IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A. (1995a). Inventário de Resolução de Problemas. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Vol.I; Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 165-179). Braga: APPORT.
- Vaz Serra, A. (1995b). Inventário de avaliação clínica da depressão. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Vol.I; Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 181-191). Braga: APPORT.
- Vaz Serra, A. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 9-21.
- Vaz Serra, A. (S/D). Inventário de resolução de problemas. Documento fornecido pelo autor. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Violon, O. (1992). O problema da dor. In J. M. Filho e col., *Psicossomática hoje* (pp. 165-178). Porto Alegre: Artes Médicas.

Waddell, G. (1987). A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 7 (12), 632-644.

WHOQOL Group (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health. Geneva: World Health Organization.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia Cognitiva e Perturbações Emocionais*. Lisboa: Climepsi.

World Health Organization. (2008). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. (10ª Revisão). Retirado em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/10%C2%AA_Revis%C3%A3o_da_Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Do%C3%A7as_e_Problemas_Relacionados_com_a_Sa%C3%BAde_\(CID-10\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/10%C2%AA_Revis%C3%A3o_da_Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Do%C3%A7as_e_Problemas_Relacionados_com_a_Sa%C3%BAde_(CID-10))

Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 646-656.

Zhang, Y. M., Guo, T. M., Guo, X. & Wu, S. X. (2009). Clinical diagnosis for discogenic low back pain. *International Journal of Biological Sciences*, 5 (7), 647-658.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatric Scand*, 67, 361-370.

ANEXOS

Anexo A – Dor Crónica na População Portuguesa

Prevalência da Dor Crónica ¹ a nível nacional (adultos)	36%*
Prevalência da Dor Crónica moderada a grave ² a nível nacional (adultos)	16%**
Numero estimado de adultos com Dor Crónica no país	3 Milhões
Doentes com impacto moderado ou grave da Dor Crónica nas actividades Domésticas ou laborais	≈50%
Doentes com perda de emprego associada à dor crónica	4%
Doentes com reforma antecipada por causa da dor	13%
Doentes com diagnóstico de depressão associada à dor crónica	17%
Insatisfação com o tratamento da dor crónica	35%

¹ definida como dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses e presente no ultimo mês.

² dor crónica com intensidade igual ou superior a 5 numa escala numérica de 0 a 10, em que 0 representa a pior dor imaginável.

*IC 95%: 34,4-37,4; **IC 95%: 14,3-16,6.

Anexo B - Plano Nacional de Luta Contra a Dor



Francisco
Henrique Moura
George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: cn=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direção-Geral da Saúde, ou=Francisco Henrique Moura George
Date: 2008.06.18 15:10:33 +01'00'

Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: Programa Nacional de Controlo da Dor

Nº:11/DSCS/DPCD
DATA:18/06/08

Para: Todos os Serviços do Serviço Nacional de Saúde

Contacto na DGS: Direção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Doença

I – NORMA

A Direção-Geral de Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, emite o novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCODOR), anexo à presente Circular e que dela faz parte integrante, o qual foi aprovado por Despacho de Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde de 8 de Maio de 2008 e visa dar continuidade, numa versão atualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que tem estado em vigor até à presente data.

O presente Programa pretende normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento.

O investimento a fazer no âmbito do referido Programa impõe um apelo especial à congregação de esforços interdisciplinares e, principalmente, dos hospitais, no sentido de se obterem, da forma mais rápida possível, evidentes ganhos em qualidade de vida junto da população que sofre com dor.

II – FUNDAMENTAÇÃO

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo.

A importância da dor, particularmente no que se refere à dor aguda, radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral.

Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de co-morbididades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Assim, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC)¹.

¹ Disponível em www.efic.org/declarationonpain.html

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.

O presente Programa Nacional de Controlo da Dor, que se insere no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e conta com o aval científico da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, resultou da necessidade de, dando sequência ao primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor e tirando partido da experiência adquirida, definir novos objectivos e novas estratégias operacionais.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George



Programa Nacional de Controlo da Dor

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Índice

1. Introdução	3
2. Contexto	4
3. Princípios Orientadores	7
4. Objectivos Gerais	7
5. Objectivos Específicos	8
6. População Alvo	8
7. Horizonte Temporal	8
8. Estratégias de Intervenção	8
9. Estratégias de Formação	9
10. Estratégias de Colheita e Análise de Informação	10
11. Cronograma	11
12. Acompanhamento e Avaliação	12
13. Bibliografia	12

Anexo

Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica	13
---	----

Introdução

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura.

A importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, particularmente no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Igualmente, a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correcto.

Porém, cumprida esta função vital de sinal de alarme, a dor não representa qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. Pelo contrário, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso.

Por outro lado, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objectivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters* (EFIC)².

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) por ocasião da celebração do 1º Dia Mundial Contra a Dor³.

Para além do enorme impacto que a dor tem sobre o indivíduo, a dor constitui, frequentemente, um fardo para os familiares e/ou cuidadores do doente e representa uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral. Refira-se, a este propósito, que as repercussões sócio-económicas da dor foram equiparadas pela EFIC às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro.

Reconhecendo a importância do controlo da dor, a Direcção-Geral da Saúde criou, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, com a estreita colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001. Este plano, inovador a nível nacional e internacional (na Europa apenas a França possui igualmente um plano governamental de combate à dor), descreve os modelos organizacionais para a abordagem da dor em meio hospitalar e contém, ainda, diversas orientações genéricas para o controlo da dor. Ainda neste âmbito, o Governo Português foi pioneiro ao criar, em 1999, o Dia Nacional de Luta Contra a Dor.

Os objectivos e as metas do PNLCD têm como horizonte temporal o ano de 2007, constatando-se que, apesar da evolução positiva no sentido de se atingirem alguns dos seus objectivos, as metas propostas não serão atingidas. Por outro lado, após a elaboração e publicação do PNLCD, ocorreram diversas alterações na estrutura hospitalar com implicações na sua aplicação, nomeadamente no que se refere ao alcance das referidas metas. Entre elas, salienta-se a reformulação da carta hospitalar, com a agregação de alguns hospitais em centros hospitalares, a reclassificação dos hospitais em 4 plataformas, hospitais polivalentes (plataforma A), médico-cirúrgicos (plataforma B), locais (plataforma C) e especializados (plataforma E), a conversão de alguns hospitais em sociedades anónimas e, posteriormente, em entidades públicas empresariais e a publicação do estatuto do hospital universitário. Consta-se, também, que os critérios definidos no PNLCD para a classificação das Unidades de Dor Crónica, que

² Disponível em www.efic.org/declarationonpain.html

³ Mais informação disponível em www.iasp-pain.org.

Programa Nacional de Controlo da Dor

tiveram como base a classificação estabelecida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) segundo o modelo americano, não são os mais adequados à realidade actual, tanto mais quanto eles são, em alguns aspectos, mais exigentes do que os critérios estabelecidos pela IASP. A recente criação da competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos, como forma de promover e reconhecer a diferenciação dos médicos que se dedicam a esta área, veio igualmente acentuar a necessidade da reformulação daqueles critérios.

O presente Programa Nacional de Controlo da Dor resultou da necessidade de, dando sequência ao PNLCD e tirando partido da experiência adquirida, definir novos objectivos e novas estratégias operacionais. Assim, para se obter o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, para ser reforçada a capacidade organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde e serem melhorados os modelos de boas práticas na abordagem da dor, o novo Programa Nacional de Controlo da Dor deve ser desenvolvido através da implementação, a nível nacional, regional e local, de novas estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação.

O Programa Nacional de Controlo da Dor insere-se no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em intercepção e complementaridade com outros programas nacionais, nomeadamente na área do cancro, das doenças reumáticas e dos cuidados paliativos.

A implementação do Programa Nacional de Controlo da Dor pressupõe a participação e colaboração das várias entidades ligadas ao sector da saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares, a Rede de Cuidados Continuados Integrados, Instituições do Ensino Superior, Ordens Profissionais e Sociedades Científicas, sem prejuízo da inclusão de outras entidades públicas ou privadas cuja cooperação se venha a revelar necessária no decurso da implementação do mesmo. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor constitui o interlocutor científico permanente da Direcção-Geral de Saúde no que respeita à elaboração, implementação e avaliação do presente programa.

2. Contexto

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”⁴. Esta definição tem como corolário a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

A prevalência da dor em Portugal foi estudada pelo Observatório Nacional de Saúde, em 2002, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas que constituíam a amostra ECOS⁵. Neste estudo concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica. O estudo revelou, ainda, que as lombalgias, as dores osteoarticulares e as cefaleias eram os tipos de dor mais referidos.

O reduzido número da amostra naquele estudo, bem como a dificuldade em determinar a intensidade da dor e a sua importância clínica, não permitem estabelecer a prevalência da dor em Portugal, nomeadamente no que respeita à dor aguda pós-operatória ou à dor crónica, dois dos tipos de dor de maior relevância clínica.

Diversos estudos realizados em países europeus, com um nível de desenvolvimento superior ao que se observa em Portugal, no âmbito da dor aguda pós-operatória, demonstraram a existência de deficiências no controlo deste tipo de dor. Este facto é difícil de compreender e aceitar, pois trata-se de um tipo de dor provocada pelo próprio médico no decurso da sua intervenção terapêutica, pelo que

⁴ H. Merskey e N. Bogduk, 1994

⁵ S. Rabiais *et al.*, 2004

Programa Nacional de Controlo da Dor

tem causas bem conhecidas. O seu controlo depende, fundamentalmente, da existência e adequada aplicação de protocolos de actuação no período peri-operatório. O mesmo se aplica à dor provocada por outros processos terapêuticos ou em exames complementares de diagnóstico. Por outro lado, está bem estabelecido que, para além de evitar um sofrimento desnecessário, uma analgesia adequada no período peri-operatório contribui para a redução da morbilidade e para o encurtamento do tempo de internamento, pelo que representa, também, uma vantagem do ponto de vista económico.

A dor crónica é, habitualmente, definida como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem. Foi determinado num estudo europeu recente⁶, que não incluiu Portugal, que a prevalência média da dor crónica na Europa é de cerca de 20%. Dado que neste estudo se observaram diferenças significativas entre os diversos países (a prevalência da dor crónica na Noruega foi de 30%, enquanto em Espanha foi de 11%) não é possível fazer estimativas seguras para Portugal. De qualquer forma, o aumento da esperança média de vida com o consequente envelhecimento da população, bem como o aumento da longevidade de doentes padecendo de patologias que se acompanham de dor, faz prever um aumento da prevalência da dor crónica no futuro.

Desconhecem-se, igualmente, quais as principais causas da dor crónica em Portugal, mas os vários estudos internacionais coincidem na atribuição do primeiro lugar à lombalgia. As patologias do foro osteoarticular e musculoesquelético, para além da lombalgia, constituem outras causas de elevada prevalência de dor crónica, bem como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática. A dor oncológica, frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem dos doentes que padecem de dor crónica. No entanto, tem uma importância especial pela patologia referida representar a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal.

Do mesmo modo, o impacto socio-económico da dor não está estudado em Portugal. A título de exemplo, num estudo realizado no Reino Unido⁷ estimou-se que a despesa de saúde relativa à lombalgia, que constitui, como se referiu, a patologia dolorosa crónica mais frequente, foi de 2,5 mil milhões € só no ano de 1998. Mas adicionando a esta despesa os custos indirectos, em consequência, nomeadamente, das perdas de produtividade, do absentismo e das reformas antecipadas, esse número sobe para quase 20 mil milhões €.

Salvo casos particulares como, por exemplo, a dor aguda pós-operatória ou a dor associada ao trabalho de parto, o controlo da dor deve iniciar-se e na maioria dos casos restringir-se aos Cuidados de Saúde Primários. Estes estão, necessariamente, na base de qualquer estratégia conducente à melhoria do controlo da dor na população em geral, tanto mais quanto a dor constitui um dos principais motivos de consulta dos médicos de família. Para além dos conhecimentos técnicos adequados, o médico de família deverá estar habilitado para avaliar os componentes sociais e culturais do meio em que se insere o doente e que poderão ser relevantes para o controlo da dor.

Porém, a complexidade do diagnóstico, a necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou a dificuldade no controlo da dor, são factores que podem conduzir à necessidade de referência do doente para uma estrutura de saúde mais diferenciada, constituída por profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor.

É neste contexto que surgem as Unidades de Dor nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme a equipa que as constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas. As Unidades de Dor mais diferenciadas devem constituir o topo de um sistema de referência, baseado na complexidade crescente da situação clínica e/ou da estratégia terapêutica.

De acordo com um inquérito realizado pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, em 2003, 53 hospitais do Serviço Nacional de Saúde possuíam estruturas dedicadas especificamente à dor crónica. Este número representa um aumento de 40% relativamente a um

⁶ Breivik *et al.*, 2006

⁷ N. Maniadakis e A. Gray, 2000

Programa Nacional de Controlo da Dor

inquérito semelhante efectuado em 1999, antes da implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Contudo, e à semelhança do que sucedia em 1999, a maioria das estruturas não possuía o grau de diferenciação e especialização recomendados, particularmente por serem unidades monodisciplinares devido à ausência de psiquiatra e/ou psicólogo clínico ou médicos de outras especialidades, reduzida actividade semanal e ausência de investigação clínica. Refira-se, também, que é possível que os dados obtidos estejam sobrevalorizados, face à inexistência de uma avaliação independente.

No mesmo inquérito verificou-se que existiam apenas 22 Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória, o que representa uma diminuição de 4 unidades relativamente ao inquérito de 1999. As razões para esta diminuição são pouco compreensíveis, pois as Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória são apenas unidades funcionais que promovem programas de actuação organizada e protocolada em analgesia pós-operatória, que devem incluir todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados peri-operatórios, nomeadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros.

Relativamente à analgesia durante o trabalho de parto, verificou-se que existia actividade organizada em 31 dos 53 hospitais que responderam ao inquérito específico sobre esta matéria. As maternidades de Júlio Diniz (Porto), Bissaya Barreto (Coimbra) e Alfredo da Costa (Lisboa) possuem analgesia obstétrica 24 horas por dia e nos 7 dias da semana. Existem mais 15 hospitais com analgesia obstétrica durante 24 horas por dia e 9 durante 12 horas por dia. Destes hospitais, 16 têm analgesia obstétrica 7 dias por semana. Verificou-se, ainda, que a intensidade da dor só é registada em 24% dos hospitais com analgesia obstétrica.

A Direcção-Geral de Saúde emitiu uma Circular Normativa em 14 de Junho de 2003 (nº 09/DGCG), que equipara a dor a 5º sinal vital. Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatórios, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que já acontece, há muito tempo, para os 4 sinais vitais “clássicos” (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal). A referida Circular Normativa, indica, ainda, as escalas que poderão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, dando algumas instruções básicas sobre a sua utilização. Constata-se, porém, que a Norma ainda não é aplicada em muitos serviços de saúde, talvez fruto do desconhecimento e da falta de sensibilização para o dever e o direito ao controlo da dor, dos profissionais de saúde e da população em geral, respectivamente. A generalização da avaliação e registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados.

3. Princípios Orientadores

O Programa Nacional de Controlo da Dor baseia-se nos seguintes princípios orientadores:

- 3.1. Subjectividade da dor – No estado actual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;
- 3.2. A dor como 5º sinal vital – A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como manda a referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde;
- 3.3. Direito ao controlo da dor - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;
- 3.4. Dever do controlo da dor – Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica;

Programa Nacional de Controlo da Dor

- 3.5. Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve ser efectuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

4. Objectivos Gerais

O Programa Nacional de Controlo da Dor tem três objectivos gerais:

- 4.1. Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa;
- 4.2. Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor;
- 4.3. Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

5. Objectivos Específicos

Para atingir os objectivos gerais, acima mencionados, será necessário atingir os seguintes objectivos específicos:

- 5.1. Conhecer a prevalência da dor crónica na população portuguesa;
- 5.2. Conhecer a prevalência da dor aguda pós-operatória na população portuguesa;
- 5.3. Conhecer a prevalência dos partos realizados sem possibilidade de recurso à analgesia epidural;
- 5.4. Melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico e controlo da dor;
- 5.5. Estabelecer uma rede de estruturas hospitalares diferenciadas para o diagnóstico e controlo de todos os tipos de dor;
- 5.6. Reduzir a prevalência da dor crónica não controlada;
- 5.7. Reduzir a prevalência da dor aguda pós-operatória não controlada;
- 5.8. Aumentar a oferta de analgesia para o trabalho de parto;
- 5.9. Melhorar o acesso e racionalizar a prescrição e consumo dos medicamentos analgésicos.

6. População Alvo

Deve considerar-se como população alvo a atingir pela acção do presente programa toda a população portuguesa. Deve ser dada particular atenção aos doentes que recorrem às unidades de saúde.

7. Horizonte Temporal

O presente programa estende-se por um período de 10 anos, sendo alvo de uma avaliação estratégica intercalar no final de 2010. Desta avaliação poderá resultar a necessidade de se introduzirem medidas correctoras.

8. Estratégias de Intervenção

As seguintes estratégias de intervenção visam o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão da abordagem da dor:

- 8.1. Reforço da informação sobre a Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital;
- 8.2. Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Crónica que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor (ver anexo);
- 8.3. Revisão das normas de organização das Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
- 8.4. Revisão das normas de organização para a analgesia em Obstetrícia que constam no anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor;

Programa Nacional de Controlo da Dor

- 8.5.Criação e/ou desenvolvimento de estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor;
- 8.6.Avaliação das estruturas hospitalares diferenciadas para o tratamento especializado da dor;
- 8.7.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de um circuito de referência hospitalar para os doentes com dor crónica;
- 8.8.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a referência dos doentes com dor crónica;
- 8.9.Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor na criança;
- 8.10. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor na pessoa idosa;
- 8.11. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre abordagem da dor no toxicodependente;
- 8.12. Criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a utilização de opióides na dor não-oncológica;
- 8.13. Elaboração de uma lista dos GDH's relativos às actividades das Unidades de Dor
- 8.14. Elaboração de proposta de norma técnica sobre terapêutica com opióides e condução automóvel;
- 8.15. Revisão das regras de prescrição dos medicamentos opióides, designadamente no que se refere ao receituário especial;
- 8.16. Elaboração de proposta de revisão do regime de comparticipação dos medicamentos opióides.

9. Estratégias de Formação

As seguintes estratégias de formação são dirigidas aos profissionais de saúde e, em termos de comunicação, à população em geral:

- 9.1.Sensibilização das Faculdades de Medicina para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.2.Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.3.Sensibilização das Faculdades de Psicologia para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;
- 9.4.Elaboração de proposta de formação obrigatória em abordagem da dor no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar;
- 9.5.Elaboração de proposta de formação obrigatória em abordagem da dor nos Internatos Complementares de Cirurgia, Cirurgia Vascular, Endocrinologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oncologia, Reumatologia, Ortopedia e Traumatologia e Psiquiatria;
- 9.6.Elaboração de proposta de criação de um Ciclo de Estudos Especiais em Dor;
- 9.7.Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a criação de instrumentos pedagógicos de formação básica sobre dor;
- 9.8.Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação médica sobre dor, com particular ênfase nos médicos de família;

Programa Nacional de Controlo da Dor

9.9. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de acções de formação da enfermagem sobre dor;

9.10. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a divulgação, junto da população em geral, de informação sobre dor, especialmente no Dia Nacional de Luta Contra a Dor.

10. Estratégias de Colheita e Análise de Informação

As seguintes estratégias de colheita e análise de informação visam o conhecimento epidemiológico da dor e a sua distribuição na população portuguesa, assim como a medição de ganhos de saúde obtidos com o tratamento da dor:

10.1. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de um estudo epidemiológico sobre a prevalência da dor crónica e o seu impacto individual, social e económico;

10.2. Desenvolvimento de parcerias multisectoriais para a realização de um estudo epidemiológico sobre a prevalência da dor aguda pós-operatória;

10.3. Avaliação quantitativa e qualitativa da implementação, no Serviço Nacional de Saúde, da Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003, que equipara a Dor a 5º Sinal Vital;

10.4. Realização de um inquérito de avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor crónica

10.5. Realização de um inquérito de avaliação das estruturas hospitalares existentes para o tratamento da dor aguda pós-operatória;

10.6. Realização de um inquérito de avaliação das condições para a realização de analgesia do trabalho de parto

10.7. Avaliação dos ganhos de saúde obtidos através da implementação do Programa.

Programa Nacional de Controlo da Dor

11. Cronograma

	1º ano trimestres				2º ano trimestres				3º ano trimestres				4º ano trimestres				5º ano trimestres			
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
8.1																				
8.2																				
8.3																				
8.4																				
8.5																				
8.6																				
8.7																				
8.8																				
8.9																				
8.10																				
8.11																				
8.12																				
8.13																				
8.14																				
8.15																				
8.16																				
9.1																				
9.2																				
9.3																				
9.4																				
9.5																				
9.6																				
9.7																				
9.8																				
9.9																				
9.10																				
10.1																				
10.2																				
10.3																				
10.4																				
10.5																				
10.6																				
10.7																				

Programa Nacional de Controlo da Dor

12. Acompanhamento e Avaliação

A coordenação, monitorização e avaliação do Programa Nacional de Controlo da Dor é da responsabilidade da Direcção-Geral de Saúde, através de uma Comissão Nacional para o Controlo da Dor, a designar por despacho do Ministro da Saúde.

Com o objectivo de proceder à colheita e análise continuada e sistemática de informação sobre Dor, a fornecer à acima referida Comissão, será estimulada a criação de um Centro de Observação em Dor, de acordo com as orientações expressas na Circular Informativa da Direcção-Geral de Saúde nº 46/DSPCS, de 13 de Outubro de 2006.

A avaliação do Programa Nacional de Controlo da Dor é efectuada através dos seguintes indicadores:

12.1 Avaliação do impacto

1. Prevalência da dor crónica moderada ou forte;
2. Prevalência da dor aguda pós-operatória moderada ou forte;
3. Percentagem de partos realizados com analgesia epidural;
4. Número de primeiras consultas nas Unidades de Dor Crónica por milhão de habitantes;
5. Consumo de medicamentos opióides *per capita*.

12.2 Monitorização da implementação

1. Número de Unidades de Dor Crónica dos vários tipos por milhão de habitantes
2. Número de Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória por milhão de habitantes
3. Número de médicos com a competência em Medicina da Dor por milhão de habitantes
4. "Prevalência" da avaliação e registo regular da intensidade da dor nas unidades de saúde nacionais (dor como 5º Sinal Vital)
5. Demora média para obter primeira consulta em Unidade de Dor Crónica

13. Bibliografia

- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (2006) 287-333
- H. Merskey e N. Bogduk. Classification of chronic pain. 2nd Edition. IASP Press, Seattle, 1994, pp 209-214
- Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK *Pain* 84 (2000) 95-103
- Sara Rabiais, Paulo Jorge Nogueira e José Marinho Falcão. A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002). *Dor*, 12 (2004) 6-39

Anexo

Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica

1. Consulta de Dor Crónica

Toda a forma organizada de diagnóstico e tratamento da dor crónica que não possua as características próprias das Unidades de Dor. Neste sentido, poderá funcionar com um número mínimo de médicos (no limite, apenas 1), não ter outros profissionais de saúde especificamente adstritos à Consulta de Dor, nem possuir instalações próprias. Contudo, deve realizar actividade regular (no mínimo semanal) e proceder ao registo dos doentes. O(s) médico(s) que as integram devem ter treino adequado em tratamento da dor, devendo existir, pelo menos, um médico com a Competência em Medicina da Dor atribuída pela Ordem dos Médicos. Deve estabelecer protocolo de colaboração com uma Unidade de Dor para referência dos doentes.

2. Unidade Terapêutica de Dor

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica e a executar alguns tratamentos e referenciar os doentes para especialidades complementares quando necessário, preferencialmente ao abrigo de protocolos estabelecidos com outros serviços hospitalares. Deve estar dotada com, pelo menos, 2 médicos treinados em terapêutica da dor e um Psiquiatra ou Psicólogo Clínico. Em alternativa, pode estabelecer um protocolo que permita a colaboração regular destes. Um dos médicos, possuidor da Competência em Medicina da Dor, exercerá as funções de coordenador da unidade. A equipa assistencial deve, ainda, integrar pelo menos um enfermeiro. Deve funcionar em instalações próprias, ainda que possam ser partilhadas, ter actividade regular (pelo menos 3 vezes por semana), e possuir registo de doentes. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista e ser gerida através de um centro de custos independente.

3. Unidade Multidisciplinar de Dor

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica, dotada de uma equipa multidisciplinar. Deverá integrar no mínimo um médico com a competência em Medicina da Dor, que coordena a unidade e médicos de, pelo menos, 3 especialidades diferentes, incluindo Psiquiatria, ou, em alternativa, duas especialidades e um Psicólogo Clínico. A equipa deverá contar, ainda, com enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e técnico administrativo. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista, ser gerida através de um centro de custos independente, funcionar em espaço próprio e ter actividade diária, incluindo atendimento telefónico. Deve estar capacitada para o tratamento de doentes no ambulatório, internamento (colaborando com os restantes serviços hospitalares) ou em situações de urgência. A Unidade deve funcionar com protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular e poderá estabelecer protocolos de colaboração com especialidades complementares. Pode estar envolvida no tratamento da dor aguda através de uma Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória. Deverá, ainda, participar em projectos de investigação clínica e na formação pós-graduada de profissionais de saúde.

4. Centro Multidisciplinar de Dor

Possui as mesmas características das Unidades Multidisciplinares de Dor mas deverá ter, pelo menos, dois médicos com a competência em Medicina da Dor e deverá estar integrada num Hospital Universitário ou num Hospital com Ensino Universitário, de acordo com a definição adoptada pelo Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto. Além disso, deve realizar investigação clínica e/ou básica através de projectos de investigação dotados de financiamento próprio e publicar regularmente os resultados dessa investigação. Deverá, ainda, promover regularmente a formação pós-graduada de profissionais de saúde e participar no ensino pré-graduado, sempre que para tal for solicitada.

Notas sobre a classificação das Unidades de Dor

1. Os requisitos acima discriminados devem ser entendidos como requisitos mínimos. A título de exemplo, refere-se que qualquer Unidade de Dor poderá desenvolver ou participar em projectos de investigação clínica, independentemente do seu grau de diferenciação. Igualmente, as equipas

Programa Nacional de Controlo da Dor

que constituem as Unidades de Dor poderão ter mais elementos técnicos do que os mencionados acima ou de outro tipo como, por exemplo, terapeuta ocupacional.

- II. Dado que os critérios para a atribuição da competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos foram definidos muito recentemente, admite-se, num período transitório, a possibilidade de as Unidades de Dor funcionarem sem qualquer médico detentor daquela competência, recomendando-se, no entanto, que todos os actuais coordenadores das Unidades de Dor tomem as iniciativas necessárias à sua obtenção.
- III. A organização e diferenciação das estruturas diferenciadas para o tratamento especializado da dor deverá ser adequada aos hospitais em que se integram, devendo ter, pelo menos, as características de:
 - (i) Consultas de Dor nos Hospitais Locais (plataforma C)
 - (ii) Unidades Terapêuticas de Dor nos Hospitais Médico-Cirúrgicos (plataforma B)
 - (iii) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Polivalentes (plataforma A)
 - (iv) Centros Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Universitários
 - (v) Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Especializados Oncológicos (plataforma E)

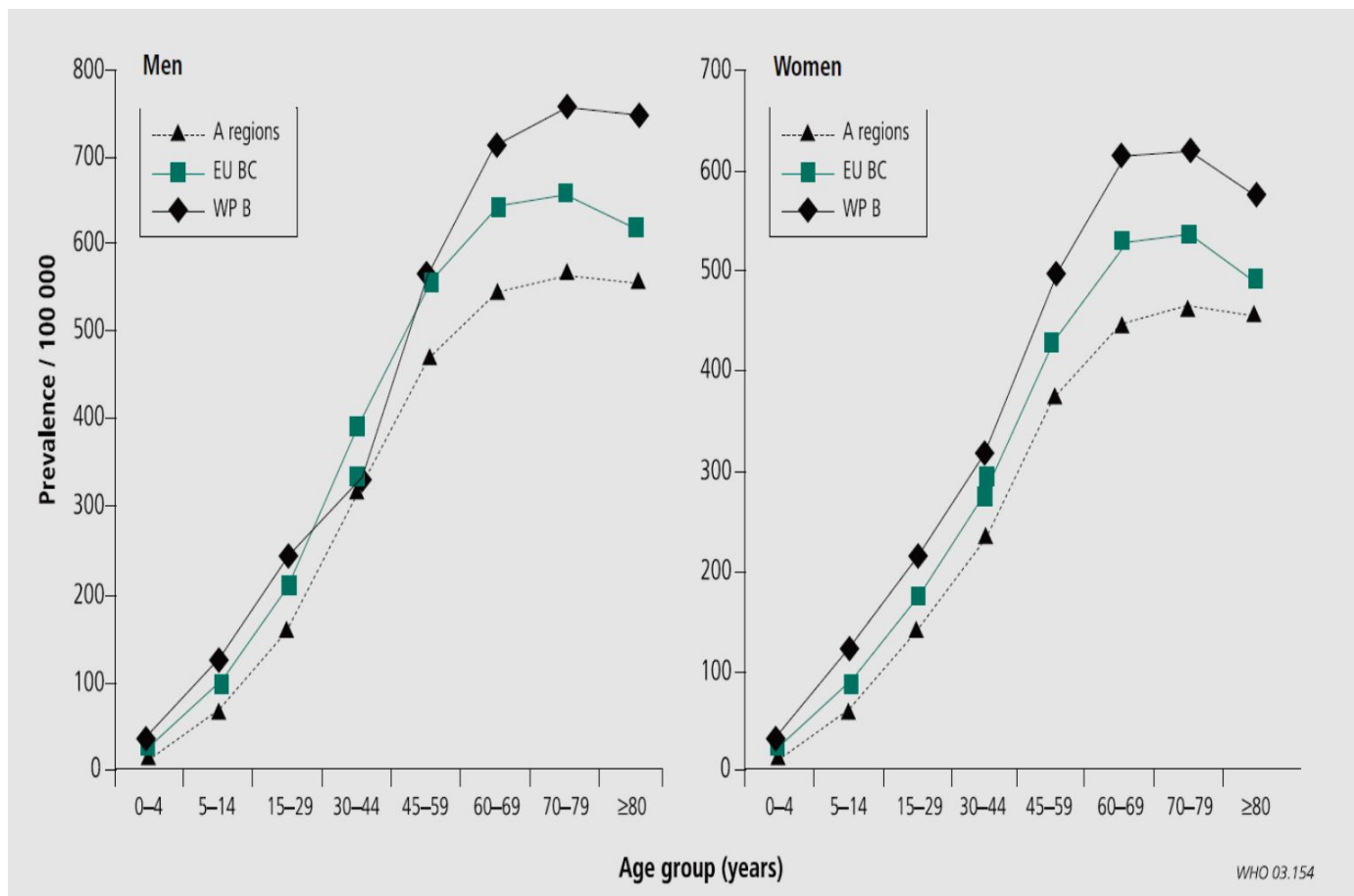
Programa Nacional de Controlo da Dor

Documento elaborado na Direcção-Geral da Saúde, no âmbito da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor.

Coordenação científica
José M. Castro Lopes

Coordenação executiva
Alexandre Diniz

Anexo C - Frequência de indivíduos com Lombalgia Crônica segundo o sexo e a faixa etária (Adaptado de Harkness et al., 2005)



(Legendas: A regions = países desenvolvidos da América do Norte, Europa ocidental, Japão, Austrália e Nova Zelândia; EU BC = países desenvolvidos da Europa; WP B = países na região oeste do Pacífico).

Anexo D - Pontos de Acupuntura no Tratamento da Lombalgia

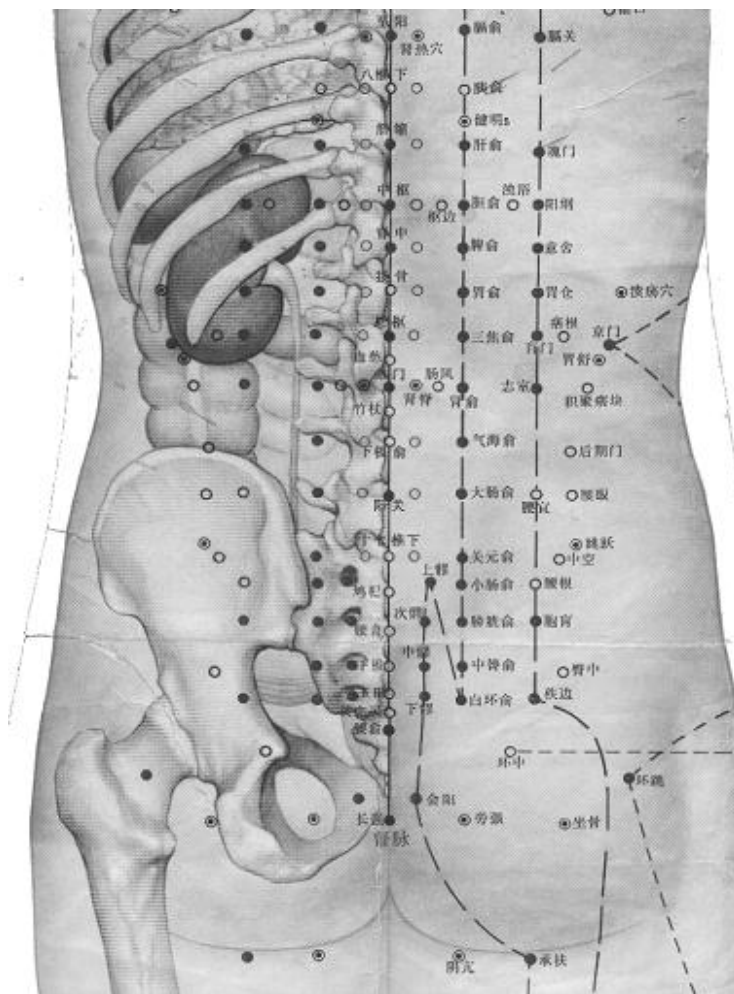
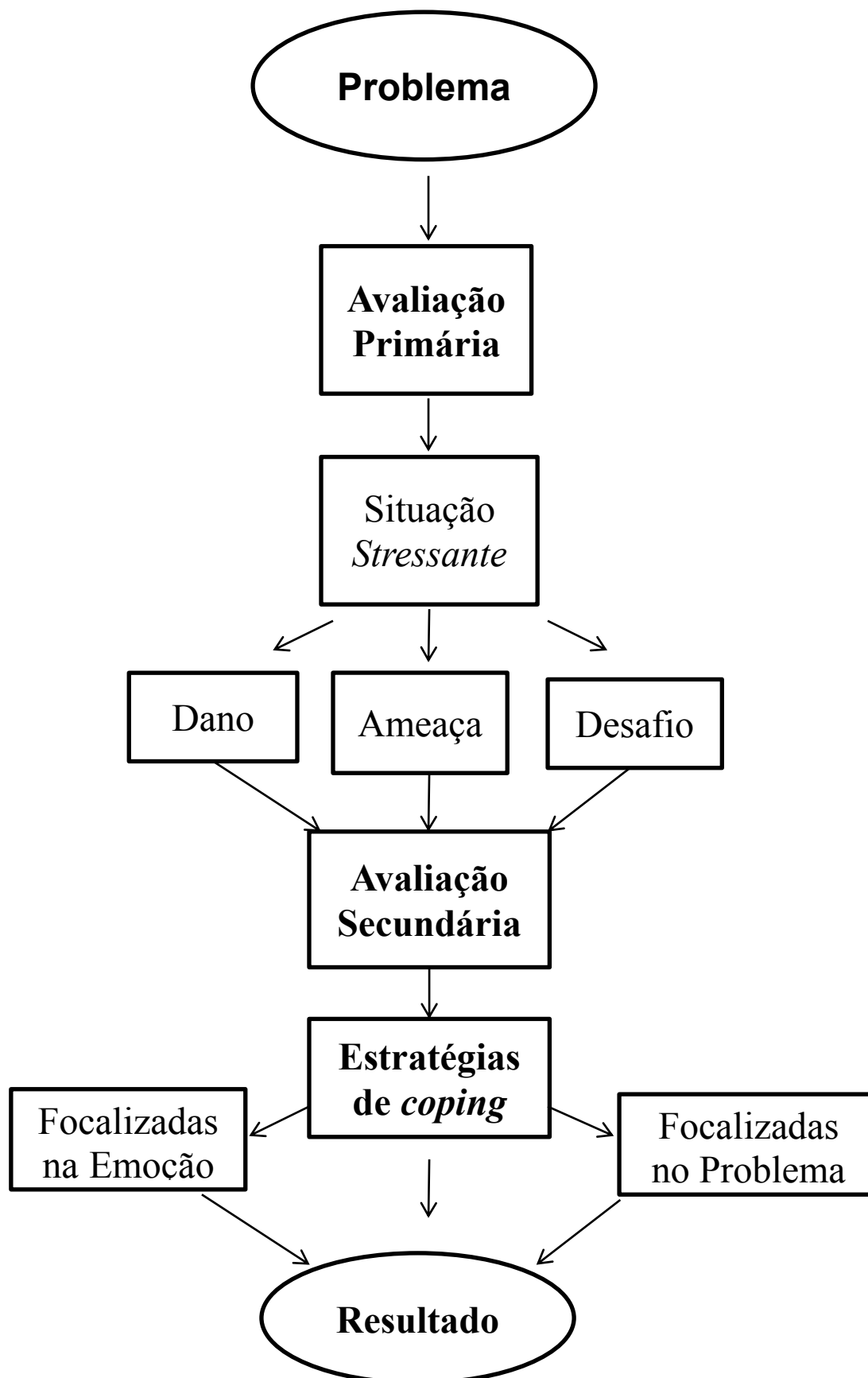


Figura 3 – Pontos de Acupuntura no Tratamento da Lombalgia.

Fonte: http://www.meridiens.org/acuMoxi/congresMarseille2003_fichiers/dossierpresse.pdf

Anexo E - Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus & Folkman, 1984)



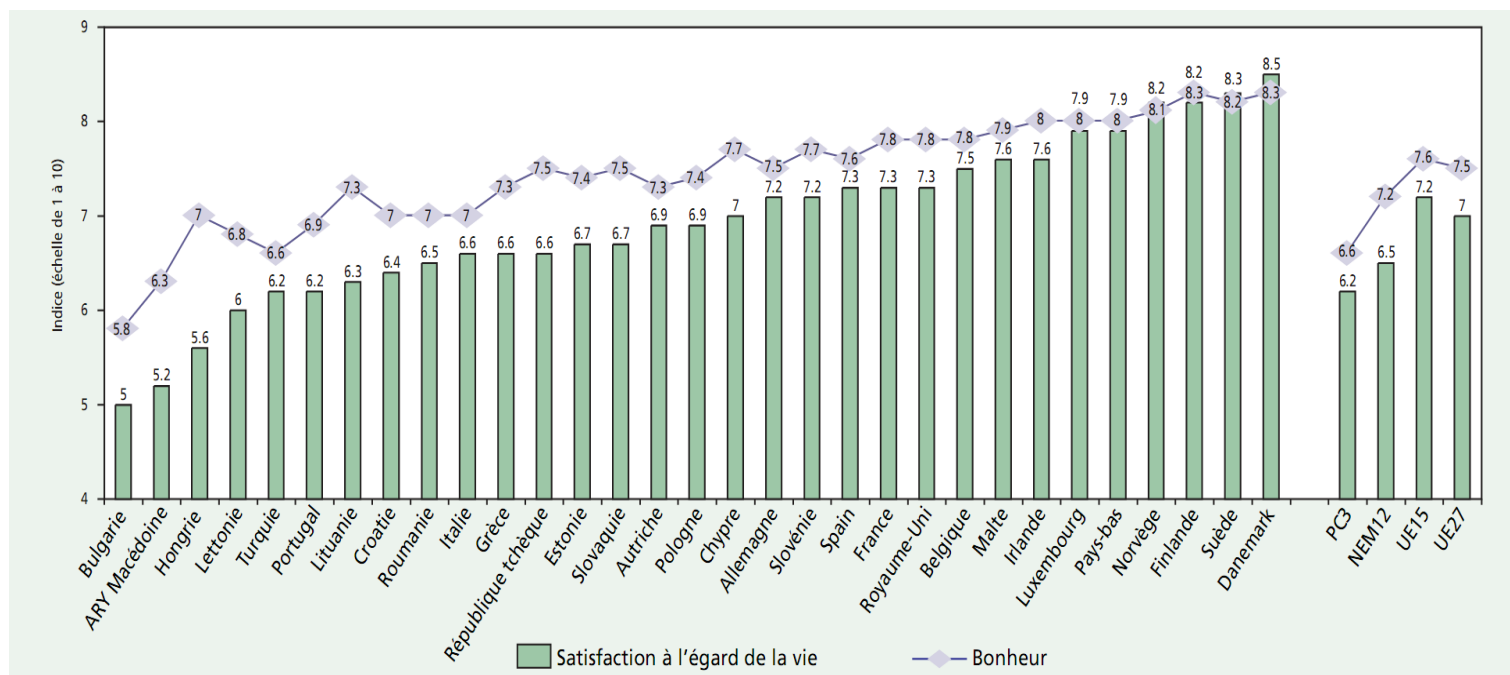
Anexo F - Antidepressivos no Tratamento da Depressão

ISRS	Antidepressivos Tricíclicos	Novos Antidepressivos
Fluoxetina	Imipramina	Burpropiona
Sertralina	Amitriptilina	Mirtazapina
Paroxetina	Nortriptilina	Venlafaxina
Citalopram	Clomipramina	Duloxetina
Escitalopram		
Fluvoxamina		

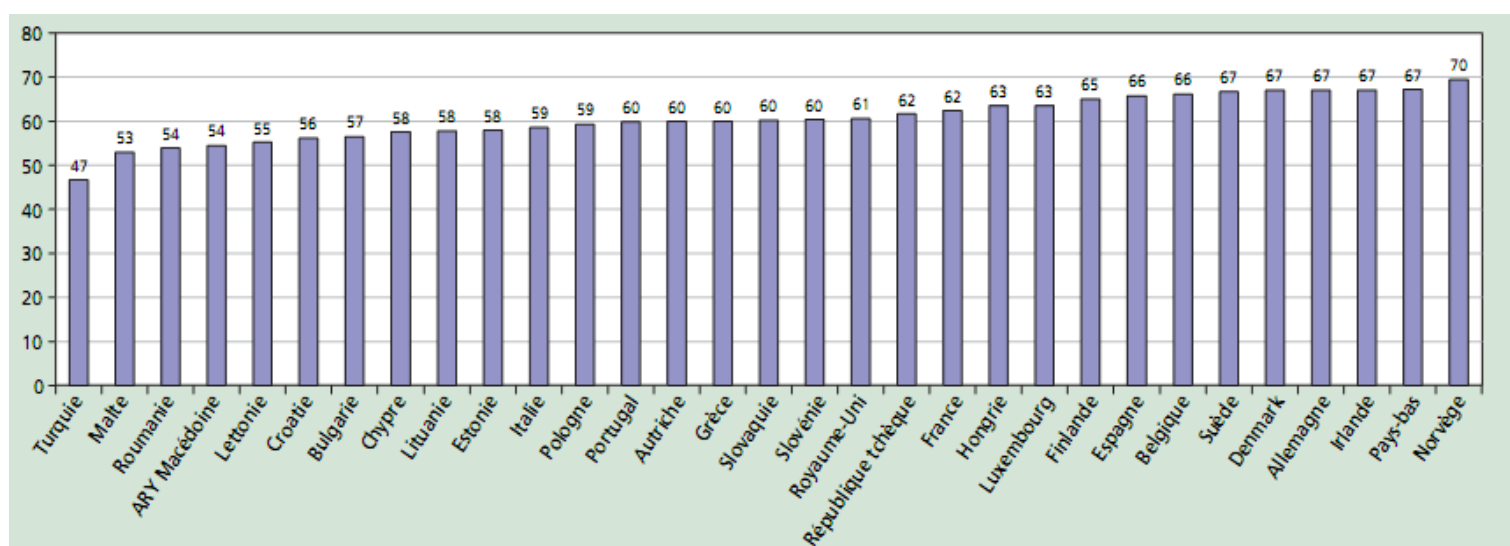
(Fonte: Monteiro & Monteiro, 2000; Teng, Humes, & Demetrio, 2005)

Anexo G - Sondagem Europeia sobre a Qualidade de Vida

Índice de Felicidade e de Satisfação com a Vida, por país.



Índice médio de saúde mental, por país (em %)



Anexo H – Análise de Regressão linear (segundo o método *Forward*, *Backward*, *Stepwise* e *Enter*)

```
REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT TWDG
/METHOD=FORWARD EVA BPI_severidade BPI_interferência IACLIDE_Nota_Global IACLIDE_F1 IACLIDE_F2
IACLIDE_F3 IACLIDE_F4 IACLIDE_F5 IACLIDE_biológico IACLIDE_cognitivo IACLIDE_interessoal
IACLIDE_desempenho_tarefa IRP_F1 IRP_F2 IRP_F3 IRP_F4 IRP_F5 IRP_F6
IRP_F7 IRP_F8 IRP_F9 IRP_Nota_global
/SCATTERPLOT=(*ZRESID,*ZPRED) (*SDRESID,*ADJPRED)
/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).
```

Regression

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,539 ^a	,291	,280	17,7215	1,661
2	,607 ^b	,369	,350	16,8395	
3	,676 ^c	,457	,432	15,7376	

a. Predictors: (Constant), Nota Global

b. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor

c. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor, IRP_F2

d. Dependent Variable: TWDG

ANOVA^d

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8753,943	1	8753,943	27,874	,000 ^a
	Residual	21355,432	68	314,050		
	Total	30109,375	69			
2	Regression	11110,242	2	5555,121	19,590	,000 ^b
	Residual	18999,133	67	283,569		
	Total	30109,375	69			

3	Regression	13763,053	3	4587,684	18,523	,000 ^c
	Residual	16346,322	66	247,672		
	Total	30109,375	69			

a. Predictors: (Constant), Nota Global

b. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor

c. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor, IRP_F2

d. Dependent Variable: TWDG

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients	
		B	Std. Error
3	(Constant)	32,964	13,106
	Nota Global	-,231	,187
	Interferência da dor	-3,828	1,083
	IRP_F2	1,499	,458

Coefficients^a

Model		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		Beta			Lower Bound	Upper Bound
3	(Constant)		2,515	,014	6,797	59,130
	Nota Global	-,154	-1,232	,222	-,605	,143
	Interferência da dor	-,381	-3,536	,001	-5,990	-1,667
	IRP_F2	,353	3,273	,002	,584	2,413

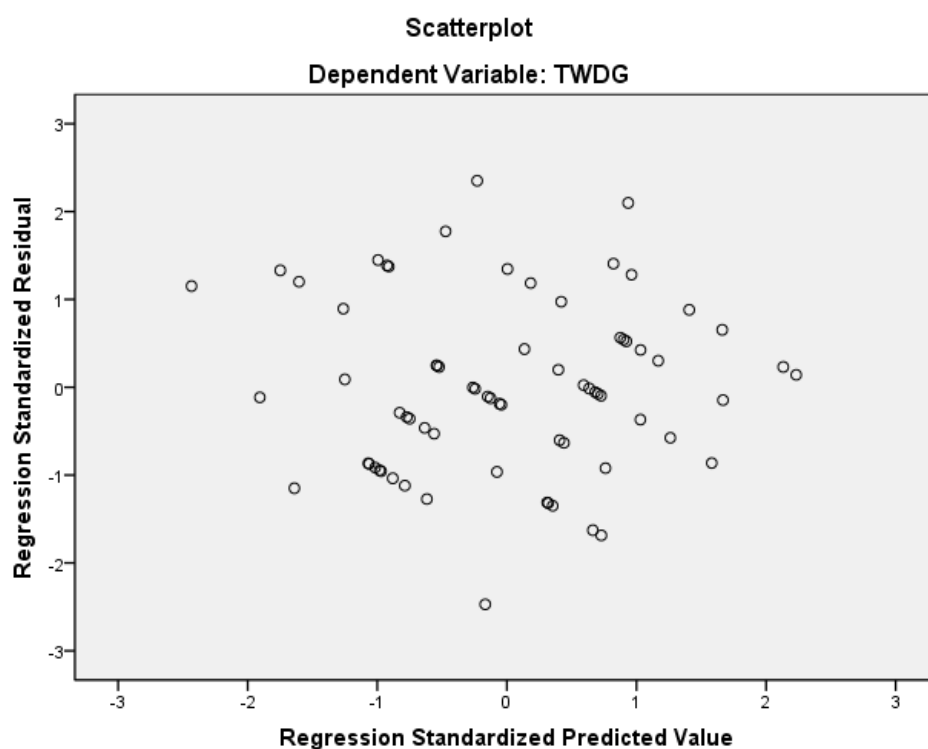
Excluded Variables^d

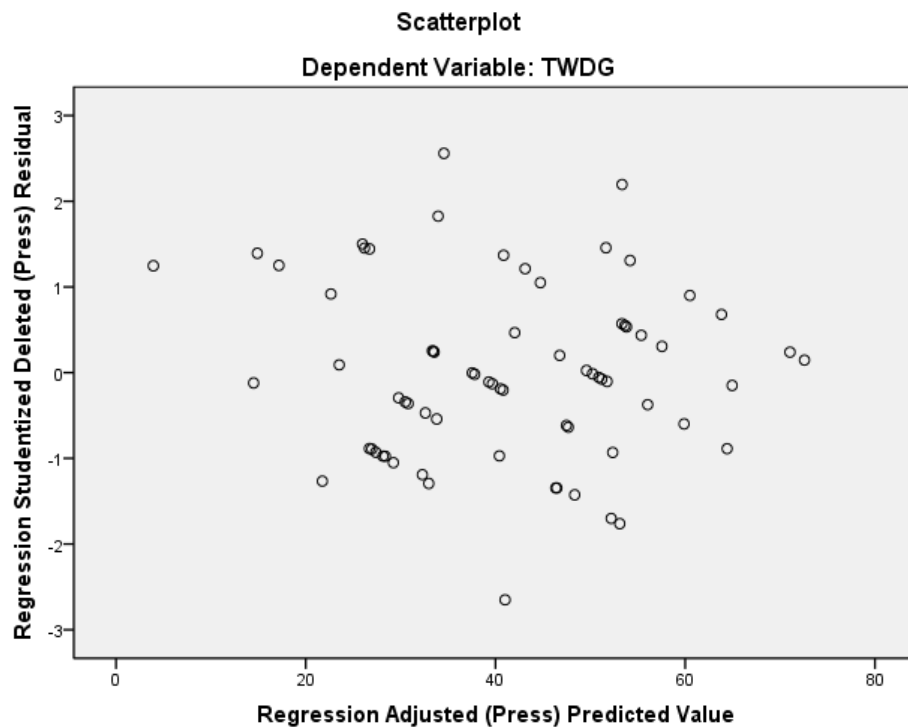
Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
3	Nível de Dor	,014 ^c	,134	,894	,017	,796	1,256	,519
	Severidade da dor	,031 ^c	,263	,793	,033	,602	1,662	,488
	Depressão Endógena	,094 ^c	,777	,440	,096	,570	1,755	,407
	Relação perturbada consigo próprio	,009 ^c	,083	,934	,010	,782	1,278	,445
	Constelação Suicida	-,050 ^c	-,443	,659	-,055	,654	1,530	,464
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-,224 ^c	-1,986	,051	-,239	,617	1,622	,423
	Transtorno do Sono	,021 ^c	,204	,839	,025	,775	1,290	,443
	Sintomas biológicos	,090 ^c	,580	,564	,072	,342	2,921	,256
	Sintomas cognitivos	-,022 ^c	-,097	,923	-,012	,162	6,167	,136
	Sintomas inter-pessoais	-,092 ^c	-,764	,448	-,094	,570	1,754	,373
	Desempenho da tarefa	-,009 ^c	-,046	,964	-,006	,231	4,328	,231
	IRP_F1	,039 ^c	,419	,677	,052	,976	1,025	,528
	IRP_F3	-,106 ^c	-1,040	,302	-,128	,787	1,270	,526
	IRP_F4	-,042 ^c	-,396	,693	-,049	,757	1,321	,507
	IRP_F5	,032 ^c	,310	,758	,038	,768	1,303	,528
	IRP_F6	-,070 ^c	-,733	,466	-,091	,907	1,103	,507
	IRP_F7	,068 ^c	,748	,457	,092	,994	1,006	,528

IRP_F8	-,067 ^c	-,707	,482	-,087	,932	1,073	,528
IRP_F9	,036 ^c	,346	,730	,043	,758	1,320	,521
IRP_Nota_global	-,033 ^c	-,243	,809	-,030	,451	2,216	,449

- a. Predictors in the Model: (Constant), Nota Global
b. Predictors in the Model: (Constant), Nota Global, Interferência da dor
c. Predictors in the Model: (Constant), Nota Global, Interferência da dor, IRP_F2
d. Dependent Variable: TWDG

Charts





```

REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT TWDG
/METHOD=BACKWARD EVA BPI_severidade BPI_interferência IACLIDE_Nota_Global IACLIDE_F1 IACLIDE_F2
IACLIDE_F3 IACLIDE_F4 IACLIDE_F5 IACLIDE_biológico IACLIDE_cognitivo IACLIDE_interpeoal
IACLIDE_desempenho_tarefa IRP_F1 IRP_F2 IRP_F3 IRP_F4 IRP_F5 IRP_F6
IRP_F7 IRP_F8 IRP_F9 IRP_Nota_global
/SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED) (*SDRESID ,*ADJPRED)
/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).
    
```

Regression

Model Summary^u

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
20	,698 ^t	,488	,464	15,2877	1,791

t. Predictors: (Constant), Interferência da dor, Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa), IRP_F2

u. Dependent Variable: TWDG

ANOVA^u

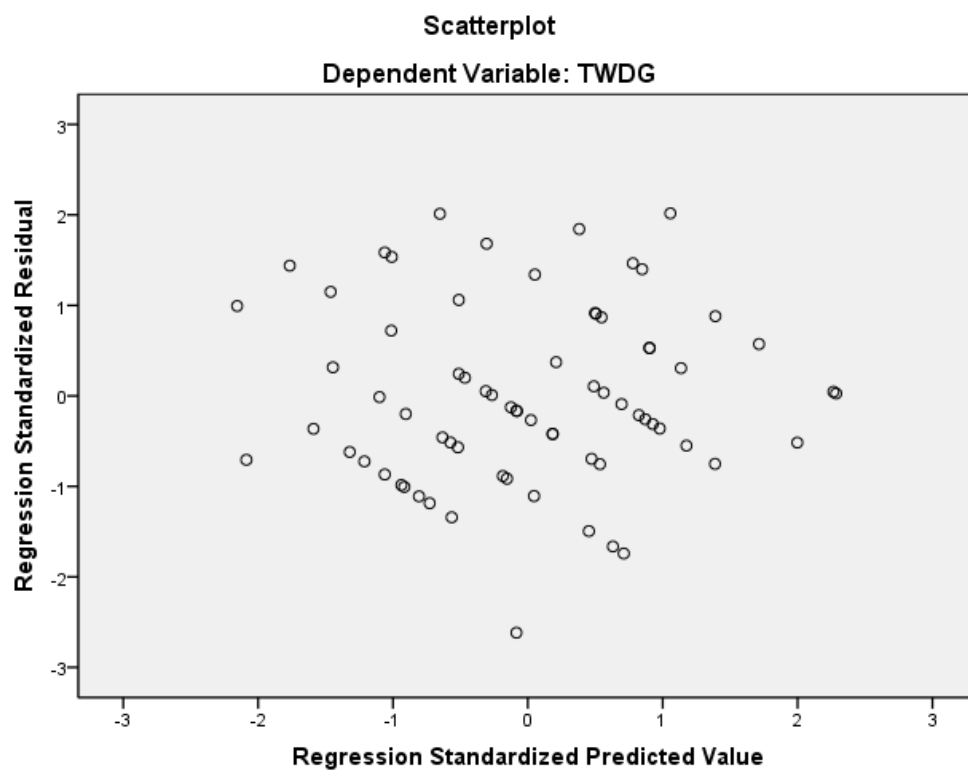
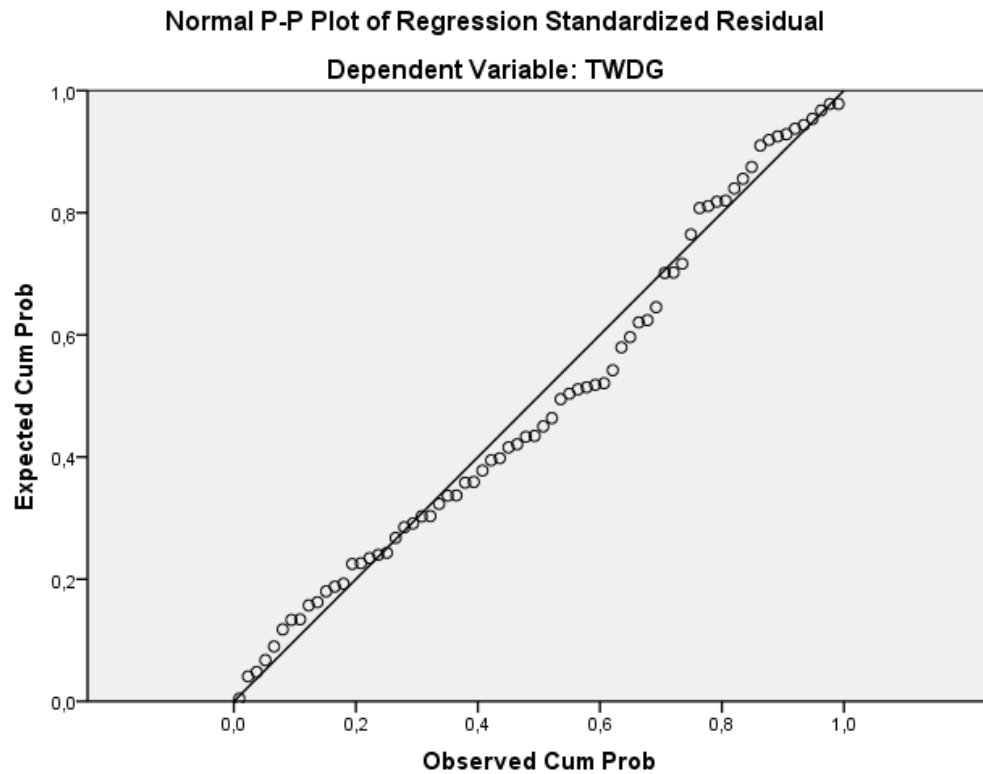
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
20	Regression	14684,246	3	4894,749	20,943	,000 ^t
	Residual	15425,129	66	233,714		
	Total	30109,375	69			

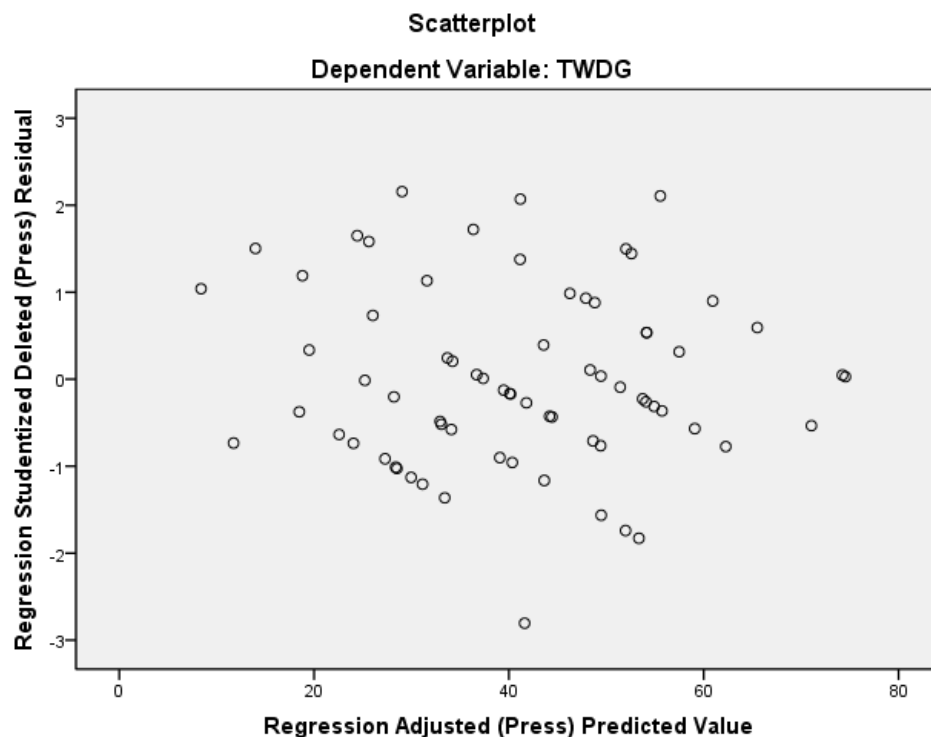
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
20	(Constant)	25,452	10,342		2,461	,016	4,804	46,100
	Interferência da dor	-3,402	1,016	-,339	-3,348	,001	-5,431	-1,373
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-5,542	2,352	-,237	-2,356	,021	-10,239	-,845
	IRP_F2	1,754	,380	,413	4,616	,000	,996	2,513

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation
20	IRP_F4	-,041 ^t	-,404	,688	-,050
	Desempenho da tarefa	-,069 ^t	-,549	,585	-,068
	IRP_Nota_global	-,034 ^t	-,258	,798	-,032

Nota Global	-,033 ^t	-,240	,811	-,030
IRP_F7	,031 ^t	,343	,732	,043
Severidade da dor	,031 ^t	,275	,784	,034
Nível de Dor	-,009 ^t	-,093	,926	-,012
Sintomas cognitivos	-,056 ^t	-,482	,631	-,060
Sintomas inter- pessoais	,052 ^t	,384	,702	,048
Depressão Endógena	-,005 ^t	-,047	,963	-,006
Transtorno do Sono	,008 ^t	,088	,930	,011
Sintomas biológicos	,032 ^t	,290	,773	,036
IRP_F8	-,072 ^t	-,787	,434	-,097
Constelação Suicida	-,071 ^t	-,686	,495	-,085
Relação perturbada consigo próprio	-,032 ^t	-,352	,726	-,044
IRP_F9	,016 ^t	,160	,873	,020
IRP_F1	,028 ^t	,312	,756	,039
IRP_F5	,070 ^t	,684	,496	,085
IRP_F6	-,059 ^t	-,643	,522	-,080
IRP_F3	-,090 ^t	-,898	,373	-,111

Charts





REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT TWDG

/METHOD=STEPWISE EVA BPI_severidade BPI_interferência IACLIDE_Nota_Global IACLIDE_F1

IACLIDE_F2 IACLIDE_F3 IACLIDE_F4 IACLIDE_F5 IACLIDE_biológico IACLIDE_cognitivo

IACLIDE_interpessoal IACLIDE_desempenho_tarefa IRP_F1 IRP_F2 IRP_F3 IRP_F4 IRP_F5 IRP_F6

IRP_F7 IRP_F8 IRP_F9 IRP_Nota_global

/SCATTERPLOT=(*ZRESID,*ZPRED) (*SDRESID,*ADJPRED)

/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).

Regression

Model Summary^f

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,539 ^a	,291	,280	17,7215	
2	,607 ^b	,369	,350	16,8395	
3	,676 ^c	,457	,432	15,7376	
4	,667 ^d	,445	,428	15,7983	

5	,698 ^e	,488	,464	15,2877	1,791
---	-------------------	------	------	---------	-------

- a. Predictors: (Constant), Nota Global
b. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor
c. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor, IRP_F2
d. Predictors: (Constant), Interferência da dor, IRP_F2
e. Predictors: (Constant), Interferência da dor, IRP_F2, Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)
f. Dependent Variable: TWDG

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8753,943	1	8753,943	27,874	,000 ^a
	Residual	21355,432	68	314,050		
	Total	30109,375	69			
2	Regression	11110,242	2	5555,121	19,590	,000 ^b
	Residual	18999,133	67	283,569		
	Total	30109,375	69			
3	Regression	13763,053	3	4587,684	18,523	,000 ^c
	Residual	16346,322	66	247,672		
	Total	30109,375	69			
4	Regression	13387,103	2	6693,551	26,819	,000 ^d
	Residual	16722,272	67	249,586		
	Total	30109,375	69			
5	Regression	14684,246	3	4894,749	20,943	,000 ^e
	Residual	15425,129	66	233,714		
	Total	30109,375	69			

ANOVA^f

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8753,943	1	8753,943	27,874	,000 ^a
	Residual	21355,432	68	314,050		
	Total	30109,375	69			
2	Regression	11110,242	2	5555,121	19,590	,000 ^b
	Residual	18999,133	67	283,569		
	Total	30109,375	69			
3	Regression	13763,053	3	4587,684	18,523	,000 ^c
	Residual	16346,322	66	247,672		
	Total	30109,375	69			
4	Regression	13387,103	2	6693,551	26,819	,000 ^d
	Residual	16722,272	67	249,586		
	Total	30109,375	69			
5	Regression	14684,246	3	4894,749	20,943	,000 ^e
	Residual	15425,129	66	233,714		
	Total	30109,375	69			

a. Predictors: (Constant), Nota Global

b. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor

c. Predictors: (Constant), Nota Global, Interferência da dor, IRP_F2

d. Predictors: (Constant), Interferência da dor, IRP_F2

e. Predictors: (Constant), Interferência da dor, IRP_F2, Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)

f. Dependent Variable: TWDG

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients
-------	-----------------------------

		B	Std. Error
1	(Constant)	63,457	4,709
	Nota Global	-,810	,153
2	(Constant)	72,472	5,459
	Nota Global	-,550	,171
	Interferência da dor	-3,302	1,146
3	(Constant)	32,964	13,106
	Nota Global	-,231	,187
	Interferência da dor	-3,828	1,083
	IRP_F2	1,499	,458
4	(Constant)	23,487	10,652
	Interferência da dor	-4,523	,928
	IRP_F2	1,792	,392
5	(Constant)	25,452	10,342
	Interferência da dor	-3,402	1,016
	IRP_F2	1,754	,380
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-5,542	2,352

Coefficients^a

Model	Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B
				Lower Bound
1	(Constant)	13,475	,000	54,059
	Nota Global	-,539	,000	-1,116

2	(Constant)		13,274	,000	61,575
	Nota Global	-,367	-3,215	,002	-,892
	Interferência da dor	-,329	-2,883	,005	-5,589
3	(Constant)		2,515	,014	6,797
	Nota Global	-,154	-1,232	,222	-,605
	Interferência da dor	-,381	-3,536	,001	-5,990
	IRP_F2	,353	3,273	,002	,584
4	(Constant)		2,205	,031	2,225
	Interferência da dor	-,450	-4,874	,000	-6,375
	IRP_F2	,422	4,568	,000	1,009
5	(Constant)		2,461	,016	4,804
	Interferência da dor	-,339	-3,348	,001	-5,431
	IRP_F2	,413	4,616	,000	,996
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-,237	-2,356	,021	-10,239

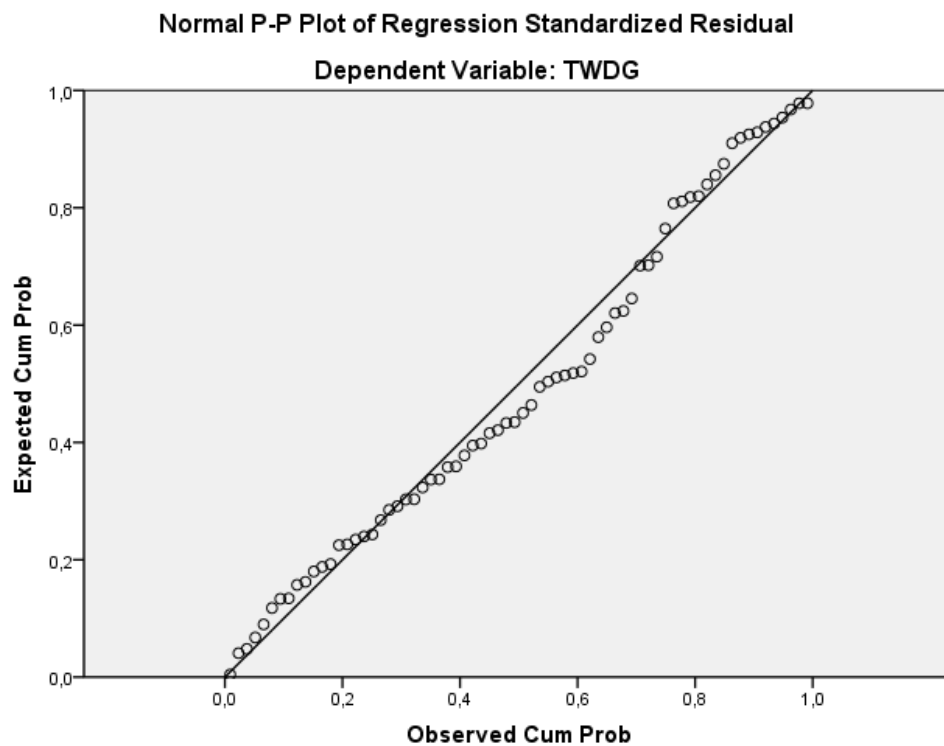
Model	95,0% Confidence Interval for B	
	Upper Bound	
1	(Constant)	72,854
	Nota Global	-,504
2	(Constant)	83,369
	Nota Global	-,209
	Interferência da dor	-1,016
3	(Constant)	59,130

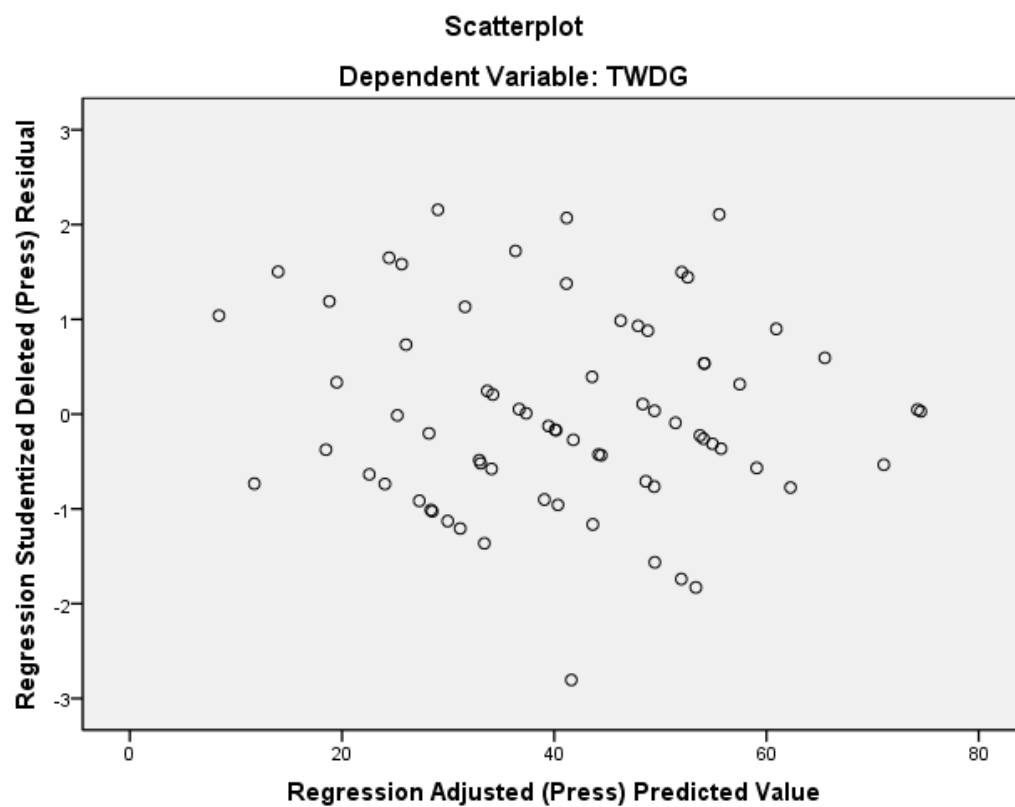
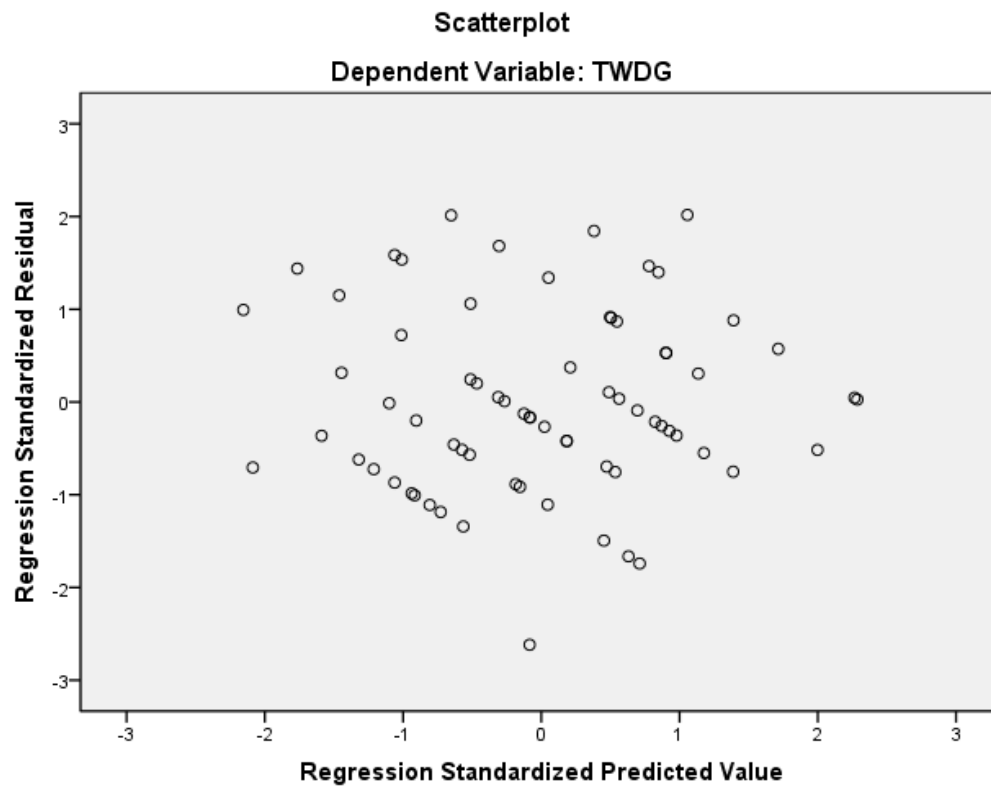
	Nota Global	,143
	Interferência da dor	-1,667
	IRP_F2	2,413
4	(Constant)	44,749
	Interferência da dor	-2,671
	IRP_F2	2,576
5	(Constant)	46,100
	Interferência da dor	-1,373
	IRP_F2	2,513
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-,845

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation
5				
Nível de Dor	-,009 ^e	-,093	,926	-,012
Severidade da dor	,031 ^e	,275	,784	,034
Depressão Endógena	-,005 ^e	-,047	,963	-,006
Relação perturbada consigo próprio	-,032 ^e	-,352	,726	-,044
Constelação Suicida	-,071 ^e	-,686	,495	-,085
Transtorno do Sono	,008 ^e	,088	,930	,011
Sintomas biológicos	,032 ^e	,290	,773	,036
Sintomas cognitivos	-,056 ^e	-,482	,631	-,060
Sintomas inter- pessoais	,052 ^e	,384	,702	,048

Desempenho da tarefa	-,069 ^e	-,549	,585	-,068
IRP_F1	,028 ^e	,312	,756	,039
IRP_F3	-,090 ^e	-,898	,373	-,111
IRP_F4	-,041 ^e	-,404	,688	-,050
IRP_F5	,070 ^e	,684	,496	,085
IRP_F6	-,059 ^e	-,643	,522	-,080
IRP_F7	,031 ^e	,343	,732	,043
IRP_F8	-,072 ^e	-,787	,434	-,097
IRP_F9	,016 ^e	,160	,873	,020
IRP_Nota_global	-,034 ^e	-,258	,798	-,032
Nota Global	-,033 ^e	-,240	,811	-,030

Charts





REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT TWDG
/METHOD=ENTER BPI_interferência IAClide_F4 IRP_F2
/SCATTERPLOT=(*ZRESID,*ZPRED) (*SDRESID,*ADJPRED)
/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).
    
```

Regression

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,698 ^a	,488	,464	15,2877	1,791

a. Predictors: (Constant), IRP_F2, Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa), Interferência da dor

b. Dependent Variable: TWDG

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14684,246	3	4894,749	20,943	,000 ^a
	Residual	15425,129	66	233,714		
	Total	30109,375	69			

a. Predictors: (Constant), IRP_F2, Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa), Interferência da dor

b. Dependent Variable: TWDG

Coefficients^a

Model	Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B
	Beta			Lower Bound

1	(Constant)		2,461	,016	4,804
	Interferência da dor	-,339	-3,348	,001	-5,431
	Instabilidade emocional e Dependência dos outros (Personalidade apelativa)	-,237	-2,356	,021	-10,239
	IRP_F2	,413	4,616	,000	,996

Charts

