

## 1. INTRODUÇÃO

“O virar do século surge com o panorama sombrio de uma diminuição crescente da qualidade de vida dos cidadãos derivada do próprio desenvolvimento das sociedades modernas. As doenças ditas da civilização crescem em quantidade. Na maior parte essas doenças derivam da utilização de comportamentos inadequados por parte dos indivíduos” (Ribeiro, 1989).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que a “saúde” não se refere apenas ao bem-estar físico de um paciente. A definição deste termo implica um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou doenças. Apesar disto, o pensamento médico-científico ocidental, sempre tendeu a dividir o corpo em duas “partes”: fisiológico e psicológico. Desta forma, verificamos a existência de especialistas para o cuidado de cada uma dessas partes (Canto e Simão, 2009).

A ansiedade e depressão encontram-se entre as doenças mais frequentes na população, levando a que seja cada vez maior a consciência da gravidade destas perturbações e da importância que o tratamento precoce e intensivo tem para evitar que se tornem crônicas (Hallstrom e McClure, 2000).

De acordo com isto, Ribeiro (1989), defende a ideia de que promover a saúde é mais importante do que prevenir ou remediar a doença e o que acontece é que as sociedades organizadas propõem um sistema que cuida da doença e não um sistema que promova a saúde.

Assim segundo um estudo de Castro et al. (2006) acerca do conceito de mente e corpo através da história, alguns fatores são capazes de causar alterações na vulnerabilidade individual. Entre eles estão acontecimentos recentes na vida, stress crónico, acontecimentos na infância, personalidade, bem-estar psicológico, comportamento e atitudes saudáveis. Assim sendo, ao longo dos séculos, a humanidade tem vindo a mudar a maneira de pensar, os termos saúde/doença e mente/corpo.

Estas alterações emocionais podem ser de tal forma importantes que levem ao surgimento da dor, ao seu exacerbamento, condicionem a sua gravidade e até a manutenção da mesma ao longo do tempo (Frutuoso e Cruz, 2004).

A dor pode ser definida como uma experiência emocional, sensitiva, de carácter desagradável, provocada ou não por uma lesão real ou em potencial dos tecidos do organismo (IASP, 2012). Isto significa que segundo Frutuoso e Cruz (2004), a dor contempla três grandes componentes: a componente sensitiva, a componente emocional (raiva, tristeza, medo, ansiedade, depressão, etc.) e a componente cognitivo-avaliativa (pensamento, memória, tomada de decisões, etc.). Estes mesmos autores referem ainda, que pode ser a própria dor,

com todas as suas componentes (intensidade, frequência, entre outros) a estar na origem de desconfortos tanto físicos como psicológicos.

Tanto a ansiedade e depressão, faladas anteriormente, como a dor provocada através de instabilidades emocionais ou a dor que leva às mesmas, vão interferir na qualidade de vida dos indivíduos. De acordo com os mesmos autores, antes da utilização científica do conceito de qualidade de vida, a investigação e a prática clínicas já tinham evidenciado a relevância da ansiedade e depressão no âmbito do estado psicológico de indivíduos. Assim, tanto a ansiedade como a depressão são frequentes em indivíduos com doenças crónicas e estão relacionadas com a qualidade de vida dos indivíduos (Meneses et al., 2008).

Para os pacientes, a doença não é vista como um caso vulgar com manifestações conhecidas e soluções previsíveis, mas sim uma ameaça a sua integridade, tanto física como psicossocial. Desta forma, o paciente fica com um olhar mais integrado quanto à relação do corpo com a mente (Canto e Simão, 2009). Os mesmos autores defendem ainda que muitas vezes para o fisioterapeuta tratar um paciente representa uma rotina. Isto significa que o mesmo, ao contrário do doente, já está familiarizado com as patologias, sintomas, as próprias reações dos pacientes, bem como as restrições do tratamento. Por vezes a sua preocupação vai apenas de encontro com a solução das queixas físicas dos pacientes. Assim, as expectativas e emoções que advêm da limitação física e do próprio tratamento, são muitas vezes postas de lado pelo fisioterapeuta para o sucesso do tratamento.

De acordo com isto, Williams e Snaith *cit. in* Meneses et al. (2008), defendem que deveria ser incluída em toda a avaliação clínica uma avaliação de rotina da ansiedade e depressão assim como, considerar a sua relevância.

No entanto, a sociedade cada vez tem mais consciência desta situação e tem exigido respostas mais diferenciadas por parte dos profissionais de saúde, levando a que haja um desafio cada vez maior para todos os profissionais capacitados para intervir na melhoria da qualidade de vida (Ribeiro, 1989).

Desta forma, Frutuoso e Cruz (2004) concluem no seu estudo, que os profissionais de saúde deverão ter cuidado ao dirigirem-se ao paciente para avaliar o seu quadro algico, no sentido de ampliarem a compreensão das características do sofrimento de pacientes portadores de dor que têm dificuldades em ter uma vida saudável e produtiva.

Posto isto, e devido ao fato de cada vez mais, existirem diversificadas instabilidade psicológicas causadas por variadas razões que direta/indiretamente interferem no quadro clínico dos pacientes, é de todo importante que os fisioterapeutas, como profissionais de saúde que são, nunca se esqueçam de “ver” o paciente como um todo e tratá-lo como tal,

intervindo no seu corpo e na sua mente. Desta forma, a escolha deste tema tem como objetivo avaliar a prevalência das alterações emocionais nos pacientes da Clínica Pedagógica de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa (CPF-UFP), relacionando-a com o bem-estar físico e qualidade de vida desses mesmos indivíduos, tentando constatar assim, se é relevante trabalhar também a “mente” do paciente.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. TIPO DE ESTUDO**

O estudo em causa é um estudo observacional transversal uma vez que o investigador limita-se a observar a população num único momento sem que nele intervenha.

### **2.2. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

O estudo incidiu sobre uma amostra de conveniência tendo como população alvo todos os pacientes em tratamento da CPF-UFP no período compreendido de 12 a 19 de Abril. Como critérios de inclusão consideraram-se os pacientes ortopédicos, neurológicos e geriátricos da CPF-UFP. Já os critérios de exclusão utilizados consistiram em eliminar os pacientes cuja idade fosse inferior a 15 anos e também aqueles que por qualquer razão não conseguissem preencher de forma autónoma a documentação necessária para a realização do estudo (como por exemplo pacientes que tivessem comprometimento ao nível da compreensão e cognição, défices na coordenação dos membros superiores que os impedissem de escrever).

Desta forma, fazem parte da amostra 85 pacientes, em que 60 (70,6%) são do sexo feminino e 25 (29,4%) do masculino.

### **2.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

No estudo foram utilizadas três escalas juntamente com um questionário de caracterização pessoal. A primeira escala intitulada por **SF-12** avalia a qualidade de vida e o estado geral de saúde dos pacientes. A segunda, *Brief Pain Inventory* (**BPI**), tem como objetivo avaliar o estado físico do paciente, enquanto que a terceira – *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (**HADS**) – analisa a componente psicológica dos pacientes.

Todos estes documentos estão presentes em anexo (anexo III), na sua versão original.

A escala **BPI** foi utilizada neste estudo por permitir obter informações acerca da severidade da dor, bem como a sua interferência nas atividades do dia-a-dia do indivíduo, nomeadamente nas dimensões sentimentais e funcionais. Desta forma, para além do paciente indicar o grau de dor que sente (numa escala de 0 a 10), refere ainda quanto é que se sente afetado pela

mesma em sete diferentes categorias: atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal (doméstico e laboral), relações com outras pessoas, sono e prazer de viver. O nível de interferência da dor em todas estas categorias é da mesma forma qualificado numa escala de 0 a 10. Para a análise da interferência da dor pode-se optar por fazer uma média dos 7 itens ou avalia-los individualmente para uma observação mais detalhada (Cleeland, 2009). Este instrumento de avaliação foi criado por Cleeland na década de 1980 e validado para a população portuguesa em 2009 por Ferreira-Valente e colaboradores (Ferreira-Valente et al., 2009 e Cleeland, 2009).

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o **SF-12**, um questionário com 12 perguntas todas elas selecionadas e retiradas do SF-36. Apesar desta última ser uma escala bastante importante para avaliar a qualidade de vida, esta revela-se um pouco longa e morosa quando se pretendem estudar grandes amostras (Ware et al., 1996). Desta forma, estes autores criaram uma escala de 12 itens que pudesse resumir os resultados do SF-36 sem que se perdessem informações relevantes. Assim, através do SF-12 conseguem-se obter dados acerca do estado de saúde física (*Physical Component Summary* – PCS) e funcionamento psicológico (*Mental Component Summary* – MCS) dos indivíduos estudados (Ware et al., 1996). O PCS incorpora quatro itens, nomeadamente a funcionalidade física, condicionamento físico, dor corporal e a perceção de saúde geral, enquanto que o MCS engloba a funcionalidade social, funcionalidade emocional, o estado mental e a vitalidade. Para a obter os scores finais recorreu-se ao responsável pela validação da escala para português, uma vez que o cálculo destes scores é um processo um pouco complicado que implica a utilização de um algoritmo em computador. Desta forma, as respostas dadas pelos pacientes são traduzidas para uma escala de 0 a 100 (em que 0 é o mínimo e 100 o máximo).

Juntamente com a MCS do SF-12 foi utilizada outra escala para avaliar o estado de saúde psicológico da amostra – **HADS**.

Esta escala foi criada por Zigmund e Snaith em 1983 e validada para a população portuguesa no trabalho de Pais-Ribeiro et al., (2007).

A HADS consiste num questionário de 14 perguntas dividido em duas subescalas com 7 questões cada. As duas subescalas avaliam a ansiedade e a depressão, sendo o score final de cada uma delas calculado separadamente. Cada item tem quatro hipóteses de resposta que são depois correspondidos a valores entre 0 e 3, levando a que a amplitude de resultados para as duas subescalas seja de 0 a 21 pontos. A análise do score final faz-se por categorias: valores situados entre os 0 e 7 pontos correspondem a um estado “normal”, um score entre os 8 e 11 pontos sugere que o paciente poderá ter um destes distúrbios e entre 11 a 14 existe um risco

moderado da presença dos mesmos. Este risco poderá ainda ser severo caso a pontuação final esteja entre os 15 e os 21 pontos (Pais-Ribeiro, et al., 2007; Snaith, 2003).

## **2.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Para a concretização deste estudo foram sendo cumpridos todos os procedimentos éticos necessários à realização do mesmo. Numa primeira fase foi enviado um pedido formal à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa para se dar início a investigação. Depois da autorização ter sido fornecida começou, então, a recolha de dados. Para isso, os pacientes foram abordados e convidados a integrar a amostra, tendo-lhes sido facultadas todas as informações acerca do estudo e esclarecidas as suas dúvidas. Posto isto, foi entregue a todos os participantes o formulário do Consentimento Informado (CI) que foi preenchido de forma autónoma, no qual os pacientes concordavam com os termos expostos, sabendo que a qualquer momento poderiam desistir do estudo sem qualquer encargo (anexo II). Após assinar o CI, todos os voluntários preencheram as três escalas sem colocarem o seu nome, tendo o anonimato e confidencialidade sido respeitados aquando da análise dos dados.

## **2.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Após a obtenção dos CI's o questionário socio-demográfico (anexo III) foi preenchido ao lado do paciente de acordo com as informações que o mesmo ia transmitindo. Ainda antes do preenchimento do questionário foi atribuído um número ao mesmo para que desta forma fosse possível corresponder este questionário às escalas do mesmo paciente (que também foram numeradas). Esse número foi atribuído consoante o momento em que o paciente foi abordado, ou seja, o primeiro paciente correspondeu ao número 1 tanto no questionário como nas escalas e assim sucessivamente. De seguida foram fornecidas as três escalas aos pacientes bem como uma breve explicação acerca do teor das mesmas. Os pacientes preencheram-nas sozinhos e sem ninguém ao lado para que não houvesse qualquer tipo de constrangimentos que pudesse comprometer os resultados do estudo. Importante referir que após o preenchimento de todos os documentos os pacientes dirigiram-se a um local destinado para a colocação dos mesmos existindo uma urna para a deposição do questionário e das escalas e, outra para a colocação do CI.

## **2.6. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS**

A análise dos dados obtidos foi efetuada através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20., um programa de análise estatística de dados para ciências sociais e humanas e pelo Microsoft Office Excel 2007. Foi utilizada uma análise do tipo

descritivo simples de forma a descrever as frequências e percentagens, bem como média e desvio padrão das diferentes variáveis para a sua caracterização.

### 3. RESULTADOS

O presente estudo é constituído, como já foi referido, por uma amostra de 85 pacientes da CPF-UFP. Na Tabela 1 observa-se a caracterização da mesma tendo em conta o género, faixa etária, ocupação e prática ou não de atividade física.

**Tabela 1- Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra**

VARIÁVEL	CATEGORIA	QUANTIDADE DE PACIENTES	PERCENTAGEM
Género	Feminino	60	70,6%
	Masculino	25	29,4%
Faixa etária	Jovem (15-24)	12	14,1%
	Adulto (25-64)	42	49,4%
	Idoso (> 65)	31	36,5%
Ocupação	Desempregado(a)	3	3,5%
	Reformado(a)	26	30,6%
	Doméstico(a)	8	9,4%
	Estudante	13	15,3%
	Outras	35	41,2%
Atividade Física	Sim	52	61,2%
	Não	33	38,8%

A maioria da amostra é constituída por pacientes do género feminino (70,6%) tendo o género masculino apenas 29,4% dos pacientes. No que toca às faixas etárias, verifica-se que existe uma maior prevalência de adultos (49,4%), porém a prevalência de idosos também é bastante significativa (36,5%). Mais de 30% dos pacientes encontravam-se reformados e cerca de 41,2% têm outros tipos de cargos de trabalho. Quanto à prática de atividade física 52 dos pacientes (61,2%) referiram que praticavam algum tipo de atividade. Mas, é importante referir que muitas dessas referências diziam respeito apenas a caminhadas esporádicas e/ou diárias.

A média das idades da amostra em ambos os géneros encontra-se representada na próxima tabela.

**Tabela 2 - Média de Idades e IMC em ambos os Géneros**

	n	IDADE	
		Média±Dp	Mín/Máx
Feminino	60	51,65±20,80	17/86
Masculino	25	49,68±19,97	19/79
Total	85	51,07±20,46	

Verifica-se que a média de idades constituinte deste estudo é de 51,07 com um desvio padrão de 20,46 e que, em ambos os géneros a mesma não difere muito. Considerando a totalidade da amostra, a sua abrangência vai desde os 17 anos de idade até ao máximo de 86 anos.

Na próxima tabela é demonstrada a prevalência dos scores de ansiedade e depressão conseguidos através da escala HADS.

**Tabela 3 - Prevalência da Ansiedade e Depressão nos Pacientes**

<b>ANSIEDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTAGEM</b>
Normal (0-7)	45	52,9%
Poderá ter algum destes distúrbios (8-11)	17	20%
Risco moderado (11-14)	14	16,5%
Risco severo (15-21)	9	10,6%
Total	85	100%

  

<b>DEPRESSÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>PERCENTAGEM</b>
Normal (0-7)	57	67,1%
Poderá ter algum destes distúrbios (8-11)	17	20%
Risco moderado (11-14)	8	9,4%
Risco severo (15-21)	3	3,5%
Total	85	100%

O perfil emocional dos pacientes da CPF-UFP encontra-se com alguma prevalência ao nível de ansiedade e depressão. No que toca à ansiedade, numa amostra de 85 indivíduos cerca de 45 (52,9%) apresentam um estado considerado normal e, por sua vez, os restantes 40 (47,1%) têm presente algum sintoma de ansiedade. Na depressão a prevalência não é tão significativa como a que se verifica na ansiedade, verificando-se que 67,1% dos pacientes apresenta um estado considerado normal e os restantes 32,9% apresentam algum sintoma que indica um estado depressivo.

No que respeita à relação dos níveis de ansiedade e depressão com as características sócio-demográficas dos pacientes as tabelas estão apresentadas em anexo (Tabelas 4 e 5 - anexo V) e referidas de seguida.

Na relação entre a ansiedade e depressão com o género verificou-se que o género feminino apresenta maior prevalência do que o masculino: 56,7% das mulheres apresentam sintomas de ansiedade e 40,0% apresentam sintomas de depressão, enquanto que apenas 24,0% dos homens têm sintomas de ansiedade e 16,0% sintomas de depressão (Tabela 4 – anexo V).

Relativamente à relação entre os níveis de ansiedade e depressão e a ocupação de cada paciente constata-se que o grupo mais afetado é o doméstico em que cerca de 75,0% dos mesmos apresenta sintomas de ansiedade e 62,5% de depressão. Para além disso é possível verificar que 66,6% dos pacientes desempregados possuem também sintomas de ansiedade

sendo que metade (33,3%) encontra-se num estadio severo, porém não revelam qualquer sinal de depressão (0,0%). É importante referir ainda que cerca de metade dos pacientes reformados demonstram sinais tanto de ansiedade como de depressão: 46,2% dos mesmos possuem sintomas de ansiedade e 57,7% de depressão. No que diz respeito aos estudantes é de verificar que apesar da faixa etária jovem evidenciam níveis de ansiedade relevantes. Dos 13 estudantes incluídos na amostra, 46,2% dos mesmos mostram sinais disso mesmo e é de salientar que 15,4% correspondem a um nível severo (Tabela 5 – anexo V).

A tabela seguinte demonstrará os scores da qualidade de vida dos pacientes da CPF-UFP conseguidos através da escala SF-12.

**Tabela 6 - Qualidade de Vida dos Pacientes**

	<b>ESCALA : SF-12</b>	<b>N</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DP</b>	<b>MÍN.</b>	<b>MÁX.</b>
<b>PCS</b>	Funcionalidade física	85	59,41	34,71	0	100
	Condicionamento físico	85	56,32	28,19	0	100
	Dor corporal	85	55,59	28,70	0	100
	Perceção de saúde geral	85	45,65	27,96	0	100
<b>MCS</b>	Funcionalidade social	85	68,82	31,55	0	100
	Funcionalidade emocional	85	66,47	29,20	0	100
	Estado Mental	85	61,18	25,15	0	100
	Vitalidade	85	51,18	28,32	0	100

Assumindo que a média mais frequente para a população em geral é de 50 pontos (Camelier, 2004), quando analisada a média da qualidade de vida dos pacientes da CPF-UF, verifica-se que todas as componentes apresentam valores médios um pouco acima. Contudo, é necessário considerar os valores elevados do desvio padrão. Desta forma, ao estudar mais cuidadosamente as tabelas presentes em anexo (Tabela 7 – anexo V) observam-se percentagens bastante consideráveis com scores inferiores a 50. É importante referir, ainda, que numa vista geral das oito categorias as percentagens de pacientes que indicaram um score máximo (100) são diminutas:

- Funcionalidade física - 30,6%
- Condicionamento físico - 14,1%
- Dor corporal - 16,5%
- Perceção de saúde geral - 5,9%
- Vitalidade - 9,4%
- Funcionalidade social - 41,2%
- Funcionalidade emocional - 25,9%
- Estado mental - 8,2%

Depois de analisada a qualidade de vida dos pacientes da CPF-UFP é importante relaciona-la com os índices de ansiedade e depressão apresentados anteriormente. Desta forma, em anexo estão presentes os gráficos que relacionam individualmente cada item do SF-12 com os scores da HADS (Figuras 1 a 8 – anexo V). Neste sentido é possível verificar uma relação direta entre a qualidade de vida e os scores de ansiedade obtidos na HADS: à medida que a qualidade de vida, em cada item específico, diminui (tende para 0) observa-se um aumento

dos níveis da ansiedade. No que diz respeito aos scores de depressão obtidos na HADS, verifica-se uma relação semelhante. Porém excetuando o item da funcionalidade física, verifica-se que em todos os restantes, os scores da qualidade de vida aumentam quando os sintomas de depressão se encontram entre o estado moderado e o severo (Figuras 2 a 8 – anexo V).

De seguida, a próxima tabela demonstrará o estado físico dos pacientes da CPF-UFP conseguidos através da escala BPI.

**Tabela 8 - Estado Físico Subjetivo dos Pacientes**

	<b>ESCALA : BPI</b>	<b>N</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>DP</b>	<b>MÍN.</b>	<b>MÁX.</b>
<b>Severidade da Dor</b>	Máximo de dor	85	4,59	2,65	0	10
	Mínimo de dor	85	2,14	1,92	0	8
	Média de dor	85	3,55	2,11	0	9
	Dor no momento	85	2,52	2,32	0	8
<b>Interferência da Dor</b>	Atividade geral	85	3,20	2,87	0	10
	Disposição	85	3,28	2,98	0	10
	Capacidade de andar a pé	85	3,09	2,88	0	9
	Trabalho normal	85	3,26	2,70	0	10
	Relações com as pessoas	85	1,89	2,71	0	10
	Sono	85	3,32	3,15	0	10
	Prazer de viver	85	2,46	2,99	0	10

O perfil físico dos pacientes da CPF-UFP encontra-se em todos os itens abaixo de 5 (numa escala de 0 a 10), ou seja, em média tanto os valores da severidade da dor são baixos como a interferência na sua vida é reduzida. Porém, é novamente importante referir os valores elevados do desvio padrão que mostra uma heterogeneidade dos resultados. Neste seguimento, a tabela onde está presente a variação de cada um dos itens da interferência de dor, é apresentada em anexo (Tabela 9- anexo V). Numa vista geral aos itens de interferência de dor as percentagens dos pacientes que indicaram que estes interferiram mais de 5 (numa escala de 0 a 10) foram as seguintes:

- Atividade geral – 34,1%
- Disposição – 35,3%
- Capacidade de andar a pé – 34,1%
- Trabalho normal – 29,4%
- Relação com as pessoas – 16,5%
- Sono – 36,5%
- Prazer de viver – 25,9%

Depois de analisado o estado físico subjetivo dos pacientes da CPF-UFP é importante, também, relaciona-lo com os índices da HADS apresentados inicialmente. Desta forma, em anexo estão presentes os gráficos que relacionam individualmente cada item do BPI com os scores de ansiedade e depressão (Figuras 9 a 18 – anexo V). Neste sentido, verifica-se uma relação direta na generalidade dos itens do BPI, em que à medida que os valores da dor (mínima, máxima e no momento) aumentam (tendem para 10), os sintomas de ansiedade e

depressão tendem também a ser maiores. No caso dos itens da interferência da dor, esta relação é ainda mais clara verificando-se que quanto mais a dor interfere nas sete categorias maiores são os níveis de ansiedade e depressão presentes nos pacientes (Figura 12 a 18 – anexo V).

#### **4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Durante o estudo foram recolhidas, analisadas e interpretadas informações dos pacientes da CPF-UFP acerca do estado emocional e físico dos mesmos. Desta forma, os resultados obtidos mostraram que existe uma prevalência de alterações emocionais na amostra estudada bem como, uma relação entre a ansiedade e depressão com a qualidade de vida e a componente física dos indivíduos.

Ao analisar os dados obtidos verificou-se que existe uma prevalência considerável de pacientes com sintomas de ansiedade (47,1%) e depressão (32,9%). Da mesma forma Edwards (2012) refere que estes problemas de saúde mental afetam uma em cada quatro pessoas em algum momento da vida. Estes sintomas foram mais predominantes no género feminino indo de encontro ao estudo de Parker e Hadzi-Pavlovic (2004) que afirmam que as mulheres têm uma maior predisposição a desenvolver distúrbios de ansiedade e depressão.

Relativamente à relação encontrada entre os níveis de ansiedade e depressão e as ocupações, no que respeita aos desempregados e reformados os resultados obtidos foram os esperados. Por outro lado no caso dos estudantes verificaram níveis altos na componente de ansiedade, que de acordo com Cruz et al. (2006) pode ser justificável uma vez que esta população está suscetível a situações de mal-estar e a emoções como a ansiedade por se encontrar perante variadas situações académicas tais como a proximidade de frequências e exames.

Segundo Canto e Simão (2009), os estados de tensão, emoções e maneira de ser exprimem-se através do sistema músculo-aponevrótico, influenciando a postura, os gestos e a qualidade de vida numa relação dialógica. Tal verifica-se neste estudo quando analisamos a relação entre as diferentes escalas utilizadas (HADS - SF-12 e HADS – BPI). Assim sendo, a ansiedade está fortemente associada a casos de depressão, comprometimento funcional e baixa qualidade de vida (Shear et al., 2005).

Acredita-se que as alterações emocionais derivem de um declínio na função emocional e cognitiva bem como de um decréscimo precipitado da função física dos indivíduos (Callahan, 2005), o que mais uma vez vem de encontro aos resultados obtidos neste estudo. O mesmo autor refere ainda que este decréscimo da função física pode levar a um aumento dos sintomas

depressivos, gerando-se um ciclo vicioso na relação entre depressão e incapacidade. Este ciclo pode ser quebrado através de um tratamento eficaz dos sintomas depressivos (Callahan, 2005). Porém de acordo com Castro et al. (2006), os serviços de saúde ainda falham bastante em dar respostas positivas às necessidades destes pacientes. Isto faz com que, segundo Shear et al. (2005), os utentes utilizem excessivamente os recursos de saúde na busca de soluções para os seus problemas, aumentando ainda mais os seus níveis de ansiedade.

No que toca aos fisioterapeutas, Edwards (2012) considera importante o papel destes profissionais na saúde mental dos seus pacientes. Este autor refere a grande importância que o exercício físico regular tem no humor e na autoestima dos pacientes e que os fisioterapeutas são capazes de avaliar as pessoas e elaborar um programa seguro e agradável de exercícios adaptados às necessidades dos pacientes, o que ajudará a construir o seu bem-estar mental e físico. Por último, menciona que a fisioterapia pode também aliviar a dor e outros sintomas físicos que acompanham frequentemente problemas de saúde mental através de técnicas de relaxamento ou por meio de massagens e outras terapias relacionadas com toque. Este ponto de vista vem de encontro às necessidades dos pacientes em estudo, sendo desta forma importante desenvolverem-se futuras investigações no âmbito desta temática, uma vez que a escassez de bibliografia de suporte consistiu numa limitação para o estudo.

## **5. CONCLUSÃO**

Muitas pessoas procuram a fisioterapia devido a problemas com a sua saúde física mas em alguns casos, a origem desses problemas é emocional. Podemos concluir que não é suficiente tratar apenas os sintomas físicos dos pacientes, uma vez que estes estão intimamente relacionados com o estado psicológico dos mesmos. Assim, é necessário ter também em atenção a origem dos sintomas senão estes poderão reaparecer passado algum tempo. Desta forma, não basta só curarmos o corpo do paciente, aliás a verdadeira cura vem da transformação interior e é parte dessa transformação que irá prevenir muitas das lesões. É muitas vezes necessário que os pacientes mudem hábitos, pensamentos, sentimentos, crenças e atitudes que possibilitem o desenvolvimento de uma doença. Como profissional de saúde respeitado, o fisioterapeuta pode dar um contributo importante nesta problemática, sendo fundamental que a mudança de comportamentos e padrões de pensamentos acompanhe o tratamento para que assim este seja eficaz a longo prazo. Concluimos desta forma, esperando ter dado um contributo para futuras investigações sugerindo apenas um maior detalhe na

avaliação inicial do paciente no que respeita à sua sintomatologia e desta forma estimular os profissionais de saúde a “ver” os pacientes como um todo: corpo e mente.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Callahan, C., Kroenke, K., Counsell, S., Hendrie, H., Perkins, A., Katon, W., Noel, P., Harpole, L., Hunkeler, E. e Unutzer, J. (2005). Treatment of depression improves physical functioning in older adults, *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(3), pp. 367-373.
- Camelier, A. (2004). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC. [Em linha]. Disponível em <[http://www.platino-alat.org/docs/thesis\\_a\\_camelier\\_2004.pdf](http://www.platino-alat.org/docs/thesis_a_camelier_2004.pdf)>. [Consultado em 11/02/2013].
- Canto, C. e Simão, L. (2009). Relação fisioterapeuta-paciente e a integração corpo-mente: um estudo de caso, *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (2), pp. 306-317.
- Castro, M., Andrade, T. e Muller, M. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, 11(1), pp. 39-43.
- Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory User Guide. [Em linha]. Disponível em <[http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-anddivisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI\\_UserGuide.pdf](http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-anddivisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_UserGuide.pdf)>. [Consultado em 11/02/2013].
- Cruz, C., Pinto, J., Almeida, M. e Aleluia, S. (2006). Ansiedade nos estudantes do ensino superior. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/15.pdf>>. [Consultado em 11/02/2013].
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J. e Jensen, M. (2012). Further validation of a portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference scale, *Clínica y Salud*, 23(1), pp. 89-96.
- Frutuoso, J. e Cruz, R. (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor, *Avaliação Psicológica*, 3(2), pp. 107-114.
- Hallstrom, C. e McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: perguntas e respostas*. Climepsi Editores.
- International Association for the Study of Pain Home Page. [Em linha]. Disponível em <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions)>. [Consultado em 25/04/2013].
- Marion Edwards Physiotherapist Home Page. [Em linha]. Disponível em <<http://www.marionedwardsphysio.co.uk/physiotherapy-in-mental-health&lang=en>>. [Consultado em 12/06/2013].
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J. e Silva, A. (2008). Qualidade de vida, ansiedade e depressão: um exemplo de indicadores e relações na epilepsia, *Temas em Psicologia*, 16(1), pp. 133-144.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. e Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the HADS, *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), pp. 225-237.
- Parker, G. e Hadzi-Pavlovic, D. (2004). Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders?, *Psychological Medicine*, 34, pp. 461-470.
- Ribeiro, J. (1989). A intervenção psicológica na promoção da saúde, *Jornal de Psicologia*, 8(2), pp. 19-22.
- Shear, M., Cloitre, M., Pine, D. e Ross, J. (2005). Anxiety disorders in women: Setting a research agenda. [Em linha]. Disponível em <[http://www.adaa.org/sites/default/files/ADAA\\_Womens\\_R1.pdf](http://www.adaa.org/sites/default/files/ADAA_Womens_R1.pdf)>. [Consultado em 10/05/2013].
- Snaith, R. (2003). The Hospital Anxiety and Depression scale, *Health and Quality of the Life*, 1, pp. 1-4.
- Ware, J., Kosinski, M. e Keller, S. (1996). A 12-item short-form health survey, *Medical Care*, 34(3), pp. 220-233.