



Instituto Superior de Ciências de Saúde - Norte

Carolina Parreira da Silva Pedrulho

Viver com a Lombalgia

Tese de Mestrado

Psicologia da Dor

Orientadora: Professora Doutora Vera Almeida

2010



Instituto Superior de Ciências de Saúde Norte

Carolina Parreira da Silva Pedrulho

Viver com a Lombalgia

I. Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Vera Almeida, pelo incentivo, acompanhamento e orientação ao longo da realização desta Tese.

Ao Professor Jorge Quintas, pela ajuda imprescindível no tratamento dos dados estatísticos.

À Dr^a Virginia Rebelo e à Dr^a Dulce Sousa, psicólogas da Unidade de Dor e do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de S. João respectivamente, que me deram a possibilidade de recolher, aquando das consultas, todos os dados necessários para a investigação.

Aos profissionais de saúde do Hospital de S. João, nomeadamente da Unidade de Dor, que demonstraram grande disponibilidade e simpatia, desde o primeiro momento.

Finalmente, aos doentes da Unidade de Dor, que amável e pacientemente responderam aos instrumentos de avaliação e, mais do que isso, partilharam as suas experiências, a sua visão da dor.

II. Índice Geral

II. Índice Geral	4
III. Resumo	6
Abstract	7
IV. Introdução	8
A História da Dor	8
Mecanismos da Dor.....	9
Avaliação da Dor.....	12
A Lombalgia.....	14
Etiologia da Lombalgia	14
Impacto da Dor Crónica e da Lombalgia na sociedade.....	16
O seu tratamento.....	19
Factores que interferem na dor crónica	20
Depressão e Ansiedade	20
Estratégias de <i>Coping</i>	25
Qualidade de Vida	28
V. Objectivos	29
VI. Métodos	30
Amostra	30
Instrumentos de avaliação	32
CAD-R – Estratégias de <i>coping</i> (Soriano & Monsalve, 2002).....	32
SF-36 – Qualidade de Vida (Ware & Sherbourne, 1992).....	34
EVA – Escala Visual Analógica (Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983).....	36
HADS – Escala de Ansiedade e Depressão (Zigmond & Snaith, 1983)	37
Procedimento.....	38
VII. Resultados	39

Médias e Desvios Padrão no questionário CAD-R	39
Médias e Desvios Padrão do SF-36 (Qualidade de Vida).....	40
Médias e Desvios Padrão do HADS (Ansiedade e Depressão)	41
Relação entre variáveis demográficas e as estratégias de coping	42
Relação entre ansiedade e depressão e estratégias de coping	42
Relação entre a duração da patologia e as estratégias de coping	43
Relação entre dor e qualidade de vida.....	44
Relação entre ansiedade e depressão e qualidade de vida.....	45
Variáveis preditoras da Qualidade de Vida.....	46
VIII. Discussão	48
IX. Conclusão	53
X. Referências Bibliográficas	55
XI. Anexos	61

III. Resumo

A atenção e interesse despertados pelo fenómeno da dor crónica têm vindo a crescer, tanto na comunidade médica e científica, como para o próprio doente e seu seio familiar. A dor crónica é actualmente encarada como uma doença em si e não como um simples sintoma, isto porque interfere em grande parte na qualidade de vida dos doentes, limitando-lhes as actividades, tanto profissionais como sociais. Além dos problemas socioeconómicos que advêm da incapacidade física decorrente da dor crónica, que provoca por sua vez elevados níveis de absentismo e a utilização frequente dos serviços de saúde, também a dimensão psicológica dos doentes é afectada, tornando-os mais ansiosos, mais deprimidos, o que conseqüentemente lhes provoca mais dor e sofrimento e uma qualidade de vida que fica muito aquém do desejado. Interessa portanto explorar as relações existentes entre estas várias dimensões no sentido de tentar diminuir a dor, minimizando as suas conseqüências e melhorando a qualidade de vida do doente.

A presente investigação tem como primordial objectivo verificar a relação entre as diferentes estratégias de *coping* dos doentes com dor lombar crónica e a sua percepção de dor e verificar a relação entre os níveis de depressão e ansiedade e a qualidade de vida. Para verificar as hipóteses colocadas foram administrados aos 44 doentes com lombalgia, utentes da Unidade de Dor do Hospital de S. João os seguintes instrumentos: a escala CAD-R (Soriano & Monsalve, 2002) para avaliação dos estilos de *coping*; para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada o SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). Para a avaliação da dor crónica foi utilizada a Escala Visual Analógica (Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983) e finalmente utilizou-se o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) para medir os níveis de ansiedade e depressão. Este estudo foi um estudo correlacional e transversal em que se verificaram relações relevantes entre as variáveis estudadas. Importa ressaltar que a depressão surge com uma variável importante na predição da qualidade de vida, o que vai de encontro à literatura revista.

Abstract

The attention and interest aroused by the phenomenon of chronic pain have been growing, both in medical and scientific community as to the patient himself and his family life. Chronic pain is currently regarded as a disease in itself and not merely as a symptom. In addition to the economic problems that come from physical disability due to chronic pain, also the psychological dimension of the patients is affected, making them more anxious, more depressed, which consequently cause them more pain and suffering and a quality of life that is far from the desired.

The goal of the present study is to ascertain the relationship between different coping styles used by patients with chronic low back pain and their perception of pain and also assess the relationship between levels of depression and anxiety and quality of life. To verify the assumptions made, there were administered to 44 patients with chronic low back pain, users of the Pain Unit in the Hospital of S. João (in Oporto), the following instruments: the scale CAD-R (Soriano & Monsalve, 2002) to assess coping styles and to assess the quality of life was used the SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). For the assessment of chronic pain severity it was used the Visual Analog Scale (Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983) and finally the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) was used to measure levels of anxiety and depression. This is a correlational and cross study, in which some relevant relationships between the variables studied were found. It is important to point out that depression appears as an important variable in predicting the quality of life, as according to the literature reviewed.

IV. Introdução

A História da Dor

A dor preocupa de forma semelhante investigadores, filósofos, médicos e encontra-se em todas as civilizações. O conceito é, em si, subjectivo, variando conforme a zona geográfica em que é sentida, a sociedade, as correntes religiosas e filosóficas e ainda consoante o avanço dos conhecimentos médicos e científicos (Miró, 2006; Schwob, 1994).

A dor pode ser então sentida e interpretada tendo em conta diversos aspectos, tal como o é entendida por alguns povos primitivos, como algumas tribos da Nova Guiné, Melanésia ou América do Sul, locais em que é compreendida essencialmente através da magia. Assim, e devido à penetração de um demónio ou fluído mágico no corpo dos indivíduos ou ainda por um objecto maléfico, haveria a sensação de dor, que traduziria a presença de um espírito mau no interior da pessoa que sofre. Apesar de peculiar, esta crença serviria de alguma forma para atenuar a angústia sentida perante um fenómeno estranho que é o aparecimento da dor (Schwob, 1994). Tendo em conta estas crenças, também o tipo de tratamento seria adaptado, o que explica a utilização dos tratamentos usados por xamãs e feiticeiros que, provocando uma ferida leve, fariam como que o fluido maléfico escapasse do corpo. Esta percepção da dor persistiu no Ocidente até ao aparecimento da medicina grega hipocrática. Até lá, Egípcios, Assírios, Hebreus e Gregos primitivos continuavam a considerar a dor como um sinal enviado pelos deuses ou por Deus.

É com Aristóteles, cerca de quatro séculos antes de J. C., que o conceito de dor sofre uma profunda alteração. Hipócrates já havia desmitificado o sofrimento algumas décadas antes, definindo-o como um estado que está em oposição à harmonia natural. Segundo este, a dor era apenas um desequilíbrio devido a factores externos, tais como o clima ou o regime alimentar, ou ainda os humores do organismo (Schwob, 1994).

Aristóteles e Platão persistiram nesta percepção racional da dor ao tentarem compreender os seus mecanismos para chegarem aos meios para a evitar. No entanto, nenhum destes estudiosos considerou a dor como uma sensação mas sim como uma emoção. Desta forma, assim como o seu oposto (o prazer) a dor seria percebida pelo coração (Schwob, 1994).

Foi mais tarde que Claude Galien e os seus contemporâneos greco-romanos do princípio da nossa era, localizaram a dor noutra órgão: o cérebro. Este seria o centro das “sensações”. Galien tinha um vasto conhecimento do sistema nervoso e foi o primeiro a procurar na farmacologia e na cirurgia os meios para lutar contra a dor (Karklis & Ferreira, 2009). Após este avanço alguns retrocessos aconteceram, nomeadamente na Idade Média, caracterizada pelo obscurantismo científico. Apenas a medicina árabe dava importância à dor e as substâncias analgésicas. Na Renascença, sob o impulso da Academia Laurentina fundada por Laurent de Médicis e graças aos trabalhos de Leonard da Vinci surge uma nova visão, a visão anatómica e fisiológica da dor (Karklis & Ferreira, 2009). Esta visão sustentava a dor como sensação transmitida pelo sistema nervoso. René Descartes debruça-se também ele sobre o mistério da dor, nomeadamente da dor do “membro fantasma”. Baseados nestes estudos com amputados, o autor considera a dor em geral como uma simples exacerbação do tacto, levada ao extremo, e ligada a circulação do espírito nos nervos (Schwob, 1994).

Hoje sabemos não ser assim, mas esta opinião persistirá até ao final do Século das Luzes, altura em que, no século XX se demonstra o carácter eléctrico da transmissão nervosa (Karklis & Ferreira, 2009).

Os progressos da luta contra a dor avançaram rapidamente a partir desse momento graças, em parte, à descoberta da hipnose, por Mesmer em 1810, pela utilização do protóxido de azoto por Hickmann em 1828, do clorofórmio em 1831 por Soubeiran, do éter por Morton em 1846 e pela descoberta da aspirina em 1894. Alguns cirurgiões da altura contrapuseram algumas das descobertas feitas no âmbito da dor uma vez que esta seria considerada como fazendo parte integrante e inevitável das operações (Karklis & Ferreira, 2009). Começa aqui a busca utópica, tão desejada, de não sofrer.

Mecanismos da Dor

A dor é, no entanto, inevitável. Uma queimadura, uma picada, um beliscão provocam a sensação de dor. E esta é útil já que permite a utilização imediata de uma reacção de defesa e protecção. Assim, a dor é um sinal de alarme. Falamos da dor aguda (sentida durante menos de 6 meses), já que quando esta se torna persistente ou crónica (sentida durante mais de 6 meses), invade muitas vezes outros universos da vida do indivíduo e transforma-se numa preocupação dominante, numa doença em si mesma (Guyton & Hall, 2006).

A transmissão da dor é um processo bastante complexo, contudo actualmente bem conhecido. O estímulo de dor pode ter várias origens: térmica, mecânica, eléctrica e química e pode ser de origem interna ou externa (Guyton & Hall, 2006). Qualquer que seja a sua origem deve atingir uma certa intensidade de forma a poder estimular os receptores das fibras nervosas que transmitem a mensagem. Esta estimulação pode ser directa (pelo próprio estímulo) ou indirecta (por intermédio de substâncias que produzem dor). A mensagem nociceptiva é recebida pelas terminações livres ou finais, ou seja, as extremidades do axónio sem mielina, fibras nervosas dos tecidos cutâneos, musculares, vasculares, articulares, ósseos e viscerais, chamados nociceptores. A noção de receptor nociceptivo refere-se a uma função e não a um órgão individualizado (Schwob, 1994, Guyton & Hall, 2006).

A nível cutâneo as terminações livres são extremamente numerosas e estão situadas na epiderme e na derme. Constituem uma rede de ramificações nervosas muito dividida e emaranhada, cobrindo todo o território cutâneo. Dai a precisão da sensibilidade nociceptiva epidérmica. Ao contrário, a nível muscular, as terminações livres estão repartidas de forma bastante espaçada e descontínua, deixando certas zonas musculares sem sensibilidade à dor, o que explica o carácter difuso e dificilmente localizável da dor muscular (Guyton & Hall, 2006).

As fibras aferentes sensitivas terminam ao nível do corno posterior da medula. As terminações nervosas livres que, ao serem estimuladas, (quimicamente, mecanicamente, termicamente, etc.) permitem a noção de dor, seguem o trajecto do cordão ântero-lateral e terminam no nível do corno posterior da medula.

A dor é transmitida ao sistema nervoso central (tornando-se consciente) por 2 feixes:

Feixe Neo-espino-talâmico - Do cordão posterior para os núcleos ventro-póstero-laterais do tálamo e deste para córtex somatosensorial. Há poucas sinapses colaterais para o tronco cerebral.

Feixe Paleo-espino-talâmico - Do cordão posterior para os núcleos mediais e intralaminares do tálamo. Emite numerosas sinapses com neurónios a nível do tronco cerebral, hipotálamo (sistema neuroendócrino), hipocampo (memória e mecanismos de aprendizagem) e sistema límbico (Guyton & Hall 2006).

Enquanto a noção de dor está unicamente relacionada com o sistema neo-espino-talâmico, o sistema paleo-espino-talâmico desencadeia um conjunto de reacções no nosso

organismo que acompanham a dor, ou seja o componente de sofrimento (Guyton & Hall 2006).

A transmissão da mensagem da dor começa com a chegada do estímulo nociceptivo à terminação livre. A estimulação múltipla e simultânea das terminações livres provoca uma despolarização, ou seja, a criação de potenciais de acção electrofisiológicas que estão na origem da mensagem nociceptiva. Para que a mensagem se propague é então necessário que os estímulos sejam suficientemente intensos para provocar reacção de despolarização do receptor e que seja recebido por um número suficiente das suas terminações livres para que o sinal nervoso provocado possa transpor as primeiras barreiras sinápticas (Guyton & Hall 2006).

Os nervos cutâneos contêm três grupos de fibras, as A α de grande diâmetro, rodeadas por uma bainha de mielina e que conduzem rapidamente o influxo nervoso (transmissão da dor aguda), as fibras A δ , finas, com pouca mielina e com uma velocidade de condução mais lenta e as fibras C, sem mielina, muito finas e com uma velocidade de condução ainda mais lenta (transmissão da dor crónica). Assim, existem duas vias distintas de transmissão da dor: via neoespinal, para o tálamo (núcleos, ventrais, caudais e laterais) e para o córtex somatossensitivo da qual deriva a dor aguda; via paleoespinal, que faz paragem em vários núcleos do tronco cerebral (bulbo, protuberância, mesencéfalo, substância cinzenta periventricular e perieconotal, projecções para o tálamo – sobretudo, para os núcleos mediais) da qual deriva a dor crónica (Guyton & Hall, 2006).

Todas estas fibras podem ser activadas por estimulação eléctrica de um nervo cutâneo e o aumento progressivo da intensidade de estimulação provoca a sucessiva acção das fibras finas (fibras A δ e C) (Guyton & Hall 2006, Queiroz, 2002).

A mensagem de dor é então transmitida para a espinal medula pelas fibras nervosas com pouca mielina (A δ) e pelas fibras amielínicas (C). Os dois tipos de fibras repartem-se nas radículas que formam, ao agruparem-se, a raiz sensível de uma zona nervosa correspondendo a um território cutâneo. À volta do corno posterior da espinal medula, estas fibras repartem-se nas radículas separando-se das fibras nociceptivas. Em seguida, dá-se a penetração no corno posterior num número de radículas compreendido entre cinco e dez. As mensagens transportadas pelas fibras finas, cujos corpos celulares se encontram nos gânglios espinais, activam assim os neurónios localizados no corno dorsal da substância cinzenta da medula. Estes neurónios recebem também mensagens de origem exterior conduzidas por

fibras finas. Esta convergência de influxos de origem cutânea e visceral num mesmo neurónio é uma descoberta fundamental que permite explicar a “dor projectada” (dor localizada em regiões anatomicamente distantes do órgão lesado). Os neurónios medulares que recebem as mensagens nociceptivas projectam-se em níveis diferentes do encéfalo e constituem as vias ascendentes da dor (chegada da mensagem de dor ao interior da espinal medula) (Guyton & Hall 2006, Queiroz, 2002).

O “primeiro neurónio” aferente de transmissão nociceptiva faz sinapse no corno posterior e, a partir daí, as vias de sensação de dor estão sobretudo representadas pelo feixe espino-talâmico colateral situado na parte anterior do cordão lateral da medula. O “segundo neurónio” nociceptivo atravessou assim a linha mediana da espinal medula em direcção do cordão lateral oposto. Neste nível, vai formar o feixe espino-talâmico. Dos núcleos do tálamo saem em direcção ao córtex os “terceiros neurónios” das vias sensitivas havendo envio da mensagem algica para o córtex frontal, que corresponde a uma tradução da sensação nociceptiva como uma mensagem desagradável: a dor. A projecção no córtex parietal corresponde a uma percepção e a uma localização precisas desta dor, à projecção no hipotálamo, com aspectos neurovegetativos que coexistem com a dor, como as náuseas, tremores ou suores e por ultimo a projecção no sistema límbico, centro dos nossos comportamentos, com a componente emocional, a ressonância psico-afectiva da dor e a transformação no seu último estado: o sofrimento (Guyton & Hall, 2002, Queiroz, 2002).

Avaliação da Dor

A dor é uma experiência com tendências a alterações e cronicidade. Uma história detalhada da dor e do desenvolvimento do indivíduo oferece um contexto para o entendimento da cronicidade da síndrome dolorosa. Segundo Dias (2007), estas avaliações podem ser obtidas através da entrevista clínica e da realização de testes. No diagnóstico da causa da dor e do impacto desta no doente existem diversas medidas de avaliação que devem ser seleccionadas de acordo com as necessidades do paciente. O psicólogo tem como objectivo ajudar o doente com dor crónica a adaptar-se a uma nova realidade, a uma nova condição de vida, baseando-se numa visão humanística, envolvendo quer o doente quer a sua família (Dias, 2007). Deve procurar perceber o que se passa na vida do doente, as alterações que a dor provocou no seu quotidiano, nas suas relações sociais, familiares, afectivas e laborais (Queiroz, 2002). Para tal, e em vista de todas as alterações que a dor acarreta, torna-

se necessário avaliar a dor regularmente usando-se a anamnese (recolha de informação o mais rigorosa e detalhada), assim como o exame físico (Queiroz, 2002).

Pode, e deve, ser feita a avaliação da dor através de instrumentos específicos. Existem vários métodos para avaliação da dor e cada um tem o seu uso em diferentes situações clínicas. Assim, existem as escalas unidimensionais, nas quais o paciente é questionado para descrever a intensidade de sua dor e podem ser de três tipos:

- visual analógica: o paciente, através de uma régua, indica a intensidade de sua dor. Esta escala tem, numa extremidade “ausência de dor” e na outra “a pior dor possível” ;
- numérica: o paciente quantifica a intensidade de sua dor em uma escala de 0 a 10;
- categórica: o paciente classifica a sua dor como ausente, leve, moderada ou severa.

Estas escalas são confiáveis e válidas e podem ser usadas em associação com as recomendações analgésicas da OMS. Trata-se de escalas que são frequentemente empregues em ambientes clínicos por serem de aplicação fácil e rápida. Particularmente, as escalas numérica e categórica são fáceis para os pacientes e, em geral, podem ser usadas para avaliar a severidade da dor tanto em ambulatório quanto em contexto hospitalar. A escala categórica é facilmente entendida até mesmo por pacientes com déficit cognitivo (Gomes, et al, 2008).

Por outro lado existem as escalas multidimensionais. Estas são ferramentas de avaliação de dor detalhadas, desenvolvidas para auxiliar o especialista a medir e avaliar o efeito da dor no humor, nas actividades diárias e na qualidade de vida, propriedades estas que a escala unidimensional não consegue detectar. Para além destas escalas, a influência da dor na vida do indivíduo pode ser avaliada por um histórico detalhado. Algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registos por parte do paciente. Um exemplo é o Questionário de McGill (Melzack, 1975), que utiliza palavras como descritores para a avaliação das componentes sensorial, afectivo e avaliativo da dor. Escalas de palavras afectivas que descrevem a experiência da dor são incluídas no questionário e podem detectar sinais de depressão.

Actualmente, a dor é considerada um sinal vital tão importante quanto os outros e deve sempre ser avaliada num ambiente clínico para se empreender um tratamento ou conduta terapêutica (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor). A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração da dor confiável e válida (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor).

A Lombalgia...

A lombalgia surge como um dos problemas de saúde mais frequente na população em geral, afectando cerca de 58% a 84% da população adulta nalgum momento da sua vida, apresentando-se assim como um problema de saúde pública (Dionne, 1999 citado por Crombez, 2002).

A lombalgia é um problema extremamente comum, que afecta mais pessoas do que qualquer outra patologia, à excepção da gripe comum (Dionne, 1999 citado por Crombez, 2002). Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dorsalgia em alguma etapa das suas vidas, mas a maioria dos episódios não é incapacitante (www.msd-brasil.com). Mais de metade de todos os pacientes com dorsalgia melhora após 1 semana, 90% apresentam melhoras após 8 semanas. Os restantes 7% a 10 % continuam apresentando sintomas por mais de 6 meses (www.msd-brasil.com). Nos Estados Unidos da América a lombalgia é a patologia benigna mais dispendiosa do sistema de saúde (Mayer, 1987, citado por Cole, 1998), sendo que 80% da população apresenta lombalgia, patologia esta que interfere nas actividades diárias e requer cuidados médicos (Belkin, 1995, citado por Cole, 1998).

Segundo o Dicionário Médico (Manuila, Lewalle & Nicoulin, 2004) a lombalgia é qualquer dor da região lombar, seja de origem vertebral, muscular, urogenital ou ginecológica.

A lombalgia é a dor que ocorre nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna lombar. Ela pode ser acompanhada de dor que se irradia para uma ou ambas as nádegas ou para as pernas na distribuição do nervo ciático (dor ciática).

Interessa ainda, uma vez que a lombalgia é considerada uma patologia musculoesquelética, referir os músculos que nela interferem. Os músculos da parede posterior do tronco podem dividir-se em três grupos principais: posterior, que compreende os músculos situados posteriormente aos canais vertebrais, grupo médio representado pelos músculos situados no plano das apófises transversas das vértebras torácicas e lombares e, por último, um grupo anterior formado por músculos situados anteriormente a estas apófises.

Etiologia da Lombalgia

São diversas as causas para o desenvolvimento da lombalgia: cerca de 90% dos pacientes com dorsalgia desenvolvem dor decorrente de uso excessivo das estruturas dorsais (resultando em entorses e distensões), da deformidade da estrutura anatómica normal ou de

trauma; os outros 10% dos adultos apresentam dorsalgia atribuível a uma doença sistémica. Mais de 70 dessas doenças foram identificadas (Queiroz, 2002).

Uma vez que a maioria dos casos de dorsalgia é auto-limitada, o diagnóstico por imagem raramente é necessário. Um cuidadoso levantamento do histórico do paciente é a ferramenta diagnóstica mais importante (Queiroz, 2002). Os factores que levam ao início da dor, bem como a natureza e a duração da dor, propiciam importantes pistas para a busca da provável causa.

As lombalgias são um fenómeno complexo e resta ainda muito por saber acerca das mesmas. As procedências anatómicas para a lombalgia não são ainda totalmente conhecidas e diferenciadas, continuando a haver diversas causas para a dor, podendo estas ser de origem mecânica, fisiológica, emocionais e segundo Keefe (1982) citado por Smith (1986), devido a stress psicológico. Muitos dos factores de risco descritos envolvem características ocupacionais ou psicológicas. Os factores ocupacionais envolvem actividades laborais que requerem uma força física de levantamento superior à do indivíduo ou a permanência em posturas desajustadas. Relativamente às condições psicológicas, estas estão associadas à neurose, histeria e reacções de conversão (Borenstein, 2000). Devido ao facto do comportamento destes doentes não poder ser explicado apenas e só por motivos orgânicos, o diagnóstico torna-se difícil de ser feito. Segundo Soares e McIntyre (2000), a dor lombar pode apresentar uma grande variedade de etiologias, como patologia discal, osteoartrite, trauma, ferimentos ou tensão muscular/espasmos. O aparecimento das dores lombares depende de alguns factores como o género ou a idade. Existem dores lombares, nomeadamente as causadas por agentes mecânicos, que parecem ser despoletadas, como já foi dito, por tarefas físicas mais violentas para as costas e tendem a ser de pouca duração. A lombalgia pode ser então causada por esforços repetitivos, excesso de peso, pequenos traumas, condicionamento físico inadequado, erro postural, posição não ergonómica no trabalho (essa é a causa mais frequente para a torção e distensão dos músculos e ligamentos que causam a lombalgia), osteoartrose da coluna, osteofitose (bico de papagaio) e osteoporose (que são causas também relacionadas com a idade), uma vez que com o passar do tempo, as articulações da coluna se vão desgastando, podendo levar à degeneração dos discos intervertebrais - hérnia de disco (Queiroz, 2002).

As lombalgias despoletam-se de uma forma mais gradual e podem durar semanas ou meses. Podem ser decompostas em somáticas superficiais, somáticas profundas, radiculares,

neurógenas, viscerais e psicogénicas (Borenstein, 2000). Para além da importância da história médica do paciente importa ter em conta outros componentes, como a história familiar e social.

Um estudo realizado por Keefe, Wilkins, Cook, Crisson e Muhalbaier (1986) com o objectivo de examinar o grau em que a depressão prediz a dor e seus comportamentos concluíram que a depressão é um dos mais importantes prenúncios de comportamentos de dor. Assim, e segundo os mesmos autores, torna-se relevante considerar a depressão no momento da avaliação do significado clínico da dor crónica nos doentes com lombalgia crónica. Muitos destes pacientes são então reencaminhados para psicólogos por serem cada vez mais tidos em conta no âmbito da dor os factores psicossociais. O modelo hoje em dia no qual se apoia a reflexão da dor é o Modelo Biopsicossocial (Engel, 1977), uma vez que tenta integrar no entendimento da dor não só os factores biológicos mas também os psicológicos e sociais. O Modelo Biopsicossocial tem então em conta aspectos comportamentais, emocionais, cognitivos e ambientais e adequa-se à compreensão e tratamento da dor crónica considerando a história psicossocial, os comportamentos da doença, estilos de *coping* e contextos sócio-ambientais. Factores que influenciam a dor seriam os factores culturais, os limiares de dor, experiências anteriores, significado da situação, atenção, ansiedade e distração, sentimentos de controlo de dor, sugestões e placebos e hipnose. Melzack e Wall, em 1982 sugerem a Teoria do Portão. Com esta teoria os autores marcam significativamente a clarificação das combinações psicológicas, emocionais e somáticas. Segundo esta teoria haveria factores que exacerbariam a sensação de dor e outros que a atenuariam. Assim, como factores que fecham o portão, ou seja, atenuam a dor, encontramos factores de ordem física, como a medicação e o estímulo das fibras curtas, factores emocionais, como o relaxamento e optimismo e factores comportamentais, concentração, distração ou envolvimento noutras actividades. Factores que aumentariam a percepção de dor seriam também de ordem física, lesões e activação das fibras longas, emocionais, como ansiedade, depressão, preocupações e tensão. A concentração da dor e o aborrecimento seriam considerados comportamentos de estimulação da dor.

Impacto da Dor Crónica e da Lombalgia na sociedade

A dor tem um vasto impacto psicossocial no indivíduo, podendo provocar alterações do sono, alterações alimentares, problemas profissionais como o absentismo, o recurso frequente

aos serviços de saúde e perturbações psicológicas como a ansiedade e a depressão (Cole, 1998).

O Modelo Biopsicossocial (Engel, 1977) é a melhor e mais eficaz tentativa de articulação dos diversos factores envolvidos na dor crónica, reflectindo a sua natureza complexa e subjectiva. O paciente com dor crónica deve ser encarado de uma forma holística, como um todo, em que tanto o corpo e a mente intervêm na percepção de dor. Cousins (1995, citado por Cole, 1998) afirmava que na dor crónica intervêm factores físicos, psicológicos e ambientais e que devia ser tido em conta o *background* do doente, os seus sentimentos e pensamentos. Cole, em 1998, afirmava que a mesma patologia sofrida por diferentes indivíduos provocaria reacções diferentes em cada um desses indivíduos, uma vez que cada um deles viveria a patologia em diferentes circunstâncias e contextos.

A lombalgia, para além de ter custos para o sistema económico do país, tem uma taxa de recuperação bastante baixa. É um fenómeno multidisciplinar que afecta o bem-estar social e psicológico do doente.

Especificamente, na sociedade ocidental, a lombalgia crónica é, nos dias de hoje, uma fonte de restrições para as actividades diárias e para o absentismo ao trabalho. Assim, torna-se, para além de um problema de saúde, um crescente problema socioeconómico, uma vez que o grau de incapacidade que acarreta é bastante elevado, assim como a diminuição da produtividade (Crombez, 2002).

A lombalgia é, por todos estes motivos, uma razão frequente de consulta médica em Medicina Geral e Familiar, assim como noutras especialidades, como é exemplo a Ortopedia. A sua elevada prevalência e tendência para o crescimento parece agora evidente. No Reino Unido, a sua prevalência é de cerca de 59%, sendo a principal causa de absentismo ao trabalho. Já na Suíça, estima-se que cerca de 20% a 40% dos homens e mulheres sofrem de lombalgia (Crombez, 2002).

Apesar de representar um problema destas dimensões, e embora tenha um enorme custo monetário e emocional, a dor crónica lombar é ainda pouco compreendida e, conseqüentemente, é tratada de forma por vezes pouco eficaz quando utilizadas unicamente técnicas médicas e cirúrgicas (Gervitz, 1996). Daí continuar a ser necessário e pertinente a realização de estudos neste âmbito de forma a tornar mais clara a problemática da dor lombar e colmatar algumas lacunas na sua compreensão e tratamento.

Uma das razões pela qual se torna difícil intervir e compreender a lombalgia reside no facto da dor ser uma experiência bastante subjectiva. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características”. A dor é, então, considerada uma experiência pessoal e subjectiva e a sua percepção é caracterizada de forma multidimensional, diversa tanto na qualidade quanto na intensidade sensorial, sendo ainda afectada por variáveis afectivo-emocionais.

A adopção do conceito de dor como o quinto sinal vital promove e incita a uma melhoria na qualidade do atendimento médico, bem como facilita a comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e o paciente. O alívio da dor é, actualmente, visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde (Gomes, Silva, Pedras & Melo, 2006). Existe ainda o reconhecimento de que a dor não tratada pode afectar adversamente o estado de recuperação em cirurgias e pode levar a uma dor persistente (crónica), de longo prazo e, obviamente, com custos financeiros e sociais bastante elevados. O problema do alívio inadequado da dor foi bem documentado em todos os países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, a realidade chega a ser ainda pior (Gomes, Silva, Pedras & Melo, 2006). A dor afecta milhões de pessoas em todo o mundo e apresenta-se, como já foi dito, como o principal motivo de consultas médicas. Vários estudos demonstram que, apesar do desenvolvimento de numerosos medicamentos analgésicos, muitos pacientes ainda vivenciam dores severas. A maioria dos profissionais de saúde desconhece o impacto da dor sobre o paciente. De facto, a subestimação da dor do indivíduo, bem como a sub-prescrição e a não administração de medicamentos, têm se mostrado como factores contribuintes para este actual problema médico (Gomes, Silva, Pedras & Melo, 2006).

A falta de formação e informação exibida por parte de alguns profissionais de saúde em décadas passadas (alguns ainda actualmente) são uns dos principais factores da incompreensão, falta de prioridade e atenção por parte dos mesmos na questão da dor sentida pelos pacientes. Assim, e com as directivas da Circular Normativa de 2003 da Direcção Geral de Saúde que instituiu a dor como 5º sinal vital, tornou-se imperativo e considera-se como prova de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização de escalas validadas internacionalmente para o

registo da dor (“Escala Visual Analógica”, convertida em escala numérica para efeitos de registo, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”) e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

O seu tratamento...

Nenhuma forma isolada de tratamento é eficaz para todas as formas de dorsalgia. Quando a dor é causada por uma doença sistémica, o tratamento deve ser direccionado ao problema subjacente. Na grande maioria dos casos, os pacientes apresentam dorsalgia em virtude de um problema mecânico que não pode ser identificado.

O tratamento da lombalgia crónica é direccionado ao alívio das causas e pode incluir perda de peso, exercícios para melhorar o tónus e a resistência musculares e melhoria da postura. Os analgésicos podem ser utilizados para aliviar a dor, porém o uso continuado de narcóticos opióides deve ser evitado (Queiroz, 2002). A injeção nos tecidos moles com corticosteróides e anestésicos locais pode propiciar alívio da lombalgia crónica associada a síndrome miofacial ou fibromialgia. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária para aliviar a dor intratável ou a dor consequente de anormalidades estruturais (Cecin, 2001).

Os analgésicos, os AINEs convencionais, os coxibs, os relaxantes musculares e os anti-depressivos têm sido utilizados no tratamento da lombalgia aguda e crónica. Os AINEs convencionais e os coxibs são conhecidos pela sua eficácia e podem ser administrados durante 2 a 4 semanas como um estudo terapêutico, período que pode ser seguido por períodos mais longos de tratamento, se for necessário para uso de AINEs convencionais ou coxibs eficazes e bem tolerados (Queiroz, 2002; Kummer, et al, 2002).

O tratamento com AINEs convencionais ou coxibs deve geralmente ser continuado, embora o paciente aumente a actividade física e recupere a confiança, e é descontinuado quando o paciente volta ao trabalho e retoma as actividades normais. Alguns pacientes com lombalgia crónica podem requerer tratamento com AINEs convencionais ou coxibs durante períodos prolongados de tempo. Esses medicamentos são usados frequentemente mais como suporte aos esforços do paciente para ser fisicamente activo do que para o alívio da dor. Embora os pacientes com lombalgia crónica possam não obter o completo desaparecimento da dor, eles devem ser encorajados a ser tão fisicamente activos quanto possível (Cecin, 2001; Kummer, et al 2002).

Estes tratamentos debruçam-se nos aspectos físicos e médicos da lombalgia, sendo no entanto necessária uma abordagem integrada, não se cingindo apenas, à farmacologia. Como já foi referido e corroborado por estudos anteriormente realizados, várias são as variáveis que interferem de forma activa no desenvolvimento e manutenção da doença.

Para um tratamento eficaz da dor lombar crónica várias terapêuticas multidisciplinares foram propostas, tendo no entanto limitações, tanto em termos de durabilidade do alívio e da taxa de sucesso. Alguns programas de recuperação combinam aspectos físicos com componentes sociais, psicológicos e ocupacionais e apresentam resultados na melhoria do funcionamento do doente e de alívio da dor. O “Munich Functional Restoration Program” (Huge, et al, 2006) é um exemplo deste tipo de programas. Apresenta-se como um programa de reabilitação biopsicossocial para doentes com dor lombar crónica prolongada para os quais as terapêuticas convencionais não foram eficazes. Este programa, para além de integrar exercício físico e terapia ocupacional contempla ainda aspectos sociais, psicológicos e educacionais (Huge, et al, 2006). Este tratamento tem apresentado resultados muito positivos, uma vez que diminui a interferência da dor nas actividades diárias, como a lazer, as actividades sociais e ocupacionais. O aumento da funcionalidade destes doentes é um factor determinante para o regresso ao trabalho e a recuperação de produtividade. O aumento de funcionalidade e conseqüente melhoria da qualidade de vida é responsável pela redução de aspectos emocionais negativos, como a ansiedade e depressão.

Este programa terapêutico demonstrou alterações positivas em algumas sub-escalas do SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992), instrumento utilizado para avaliar os efeitos do programa, nomeadamente no funcionamento social e no desempenho físico.

Factores que interferem na dor crónica

Depressão e Ansiedade

A depressão, e particularmente a sua relação com a dor crónica, tem sido alvo de inúmeros estudos, e vários têm sido os autores que se têm debruçado sobre a relação existente entre estes dois conceitos (Kasis, Meenan & Anderson, 1983; Blumer & Heilbronn, 1982; Wilkins, Cook, Crisson & Muhlbaeir, 1986, citados por Brown, 1989; Fordice, 1979; Pilowsky & Bassett, 1982; Romano & Turner, 1985; Sternbach, 1974, citados por Keefe, et al, 1986; Jordan-Epping et al 1998; McCracken e Gross, 1998 citado por Turk, et al, 2002; Tennen, Affleck e Zautra, 2006; Tan, Jensen, Thornby e Sloan 2008, entre muitos outros). Existe alguma controvérsia na literatura no que toca ao grau de associação entre a dor crónica

e a depressão (Brown et al, 1989). Alguns autores afirmam existir uma relação positiva forte entre a dor crónica e a depressão (Kasis, Meenan & Anderson, 1983, citados por Brown, 1989), ao contrário de outros, que sugerem a existência de uma relação fraca (Keefe, Wilkins, Cook, Crisson & Muhlbaeir, 1986, citados por Brown, 1989).

De entre as diversas patologias crónicas, e a sua relação com a depressão, a lombalgia têm ocupado um espaço de relevo entre a literatura. Vários autores consideram que a depressão se apresenta predominantemente como reacção à lombalgia (Blumer & Heilbronn, 1982; Fordice, 1979; Pilowsky & Bassett, 1982; Romano & Turner, 1985; Sternbach, 1974, citados por Keefe, et al, 1986). Existe, aliás, a ideia compartilhada (Blumer & Heilbronn, 1982; Fordice, 1979; Pilowsky & Bassett, 1982; Romano & Turner, 1985; Sternbach, 1974, citados por Keefe, et al, 1986) de que a depressão afecta a forma como os pacientes descrevem a sua dor lombar crónica aos seus médicos. Deste modo, torna-se importante observar os pacientes de maneira a entender se realmente há consistência nos seus relatos. Por conseguinte, os médicos deverão observar a forma como os seus pacientes reagem durante o exame físico, uma vez que alguns aspectos motores, como a postura, movimentos de protecção e expressões faciais de dor deverão ser consistentes com aquilo que é relatado pelo médico em termos físicos (Keefe, 1986). Quando aquilo que é identificado pelo médico é de grande incongruência comparativamente ao exposto (verbal e não verbalmente) pelo doente, é chegada a encruzilhada. As doenças reumáticas, tal como a lombalgia, caracterizam-se por determinados aspectos que tornam o sujeito mais vulnerável: evolução prolongada, dor crónica, incapacidade funcional, alteração da imagem corporal e limitações profissionais e sociais (Teixeira, J. in Queiroz, 2002).

Importa ter em conta os sintomas depressivos num doente crónico uma vez que, segundo Turner e McLean (1989, citado por Lee e colaboradores, 2007) indivíduos com incapacidades físicas seriam três a quatro vezes mais susceptíveis de ter um episódio depressivo do que indivíduos sem incapacidade.

Dos muitos estudos realizados no âmbito da dor crónica e da sua relação com a depressão salienta-se o de McCracken e Gross (1998) (citado por Turk, et al, 2002), que afirmam que se conseguirmos reduzir a depressão e ansiedade nos doentes com patologia crónica não maligna poderemos torná-los mais funcionais, diminuir-lhes o stress provocado pela doença, diminuir a dor e a sua influência das suas actividades diárias. Também Jordan-Epping e colaboradores (1998) evidenciaram, através de um estudo realizado com doentes

com lombalgia, que após 2 a 6 meses de acompanhamento através de consultas periódicas, a relação entre a intensidade da dor e os sintomas depressivos, assim como a intensidade de dor e a incapacidade aumentou significativamente. Estes resultados sugerem que a incapacidade é preditiva dos sintomas depressivos e que quando a dor é cronicada (dor há mais de 6 meses) a incapacidade prediz a persistência da dor e os sintomas depressivos predizem a continuidade da incapacidade (Jordan-Epping et al 1998). Portanto, estes fenómenos parecem estar em articulação contínua, levando a cronicidade à depressão e incapacidade e estes últimos a uma cronicidade mais intensificada. Estas conclusões vêm consolidar a ideia dos modelos comportamentalistas, que enfatizam a importância da incapacidade física nas consequências psicológicas da dor crónica, como é o caso da depressão.

Keefe e seus colaboradores (1986) realizaram um estudo com doentes com lombalgia, no qual pretendiam verificar até que ponto os níveis de depressão poderiam prever a dor e comportamentos associados. Estes autores concluíram que a gravidade da depressão previa significativamente os níveis de dor e a utilização de medicação. Pode afirmar-se então que se houver uma redução nos níveis de depressão haverá também uma redução nos níveis de dor e na ingestão de medicação (Keefe e colaboradores, 1986). Não obstante, também as características clínicas do doente (como a morbilidade) são um importante preditor dos comportamentos associados à dor. Os resultados deste estudo vêm reafirmar a ideia de que devem ser considerados tanto os aspectos psicológicos como os físicos na análise da percepção da dor, enfatizando a articulação que deve ser feita entre médicos e psicólogos para a melhoria da qualidade de vida do doente (Keefe, Wilkins, Cook, Crisson & Muhlbaier, 1986).

Mas não só a depressão reactiva à doença foi alvo de atenção. Um estudo realizado em 2006 por Tennen, Affleck e Zautra pretendia examinar a forma com um episódio prévio de depressão poderia prever a intensidade da dor e as estratégias cognitivas (*coping*) e emocionais em doentes com fibromialgia. Para tal contaram com a participação de 89 sujeitos, sendo que 29 dos mesmos não sofria da patologia. Estes autores concluíram que sujeitos com fibromialgia e história depressiva demonstravam um acréscimo de emoções negativas e uma redução na percepção da eficácia das estratégias de *coping*, quando comparados com doentes sem história depressiva. Verificaram ainda que, para os doentes sem história depressiva, os sintomas depressivos actuais e decorrentes da doença, tinham na realidade pouca importância na relação com a dor e o humor positivo. Doentes com história depressiva anterior demonstraram um acréscimo de sintomas depressivos e alteração de

humor. Este estudo alerta não só para importância da depressão aquando do início e exacerbação da dor crónica, encarando-a como uma consequência da mesma, mas também para o facto dos sintomas depressivos serem de grande importância no estudo da dor crónica, não só aquela que é reactiva à doença actual, mas também a história depressiva anterior que, mesmo passados anos, continua a deixar marcas nos doentes. Nos momentos de maior dor, estes doentes apresentam mais sintomas depressivos, um maior declínio no humor e consideram os seus esforços de *coping* menos eficazes (Tennen, Affleck & Zaura, 2006).

Também Tan, Jensen, Thornby e Sloan (2008) se debruçaram sobre a questão das emoções negativas, nomeadamente depressão e ansiedade, e a sua relação com a dor, levando a cabo uma investigação com 511 doentes crónicos, com variadas etiologias, na qual pretendiam testar um modelo no qual a dor afectava as emoções negativas e vice-versa. Os autores basearam-se no facto da dor ser um catalisador para emoções negativas, uma vez que a dor causa alterações na vida do indivíduo tão grandes que as emoções negativas acabam por emergir, ou seja, a dor pode levar a um sentimento de falta de esperança, interfere com as actividades que anteriormente dariam prazer e reforço ao indivíduo e que poderia levar ao isolamento, a perturbações de sono e a frustração. Haveria então maior probabilidade do aparecimento de sintomas consistentes com a depressão e ansiedade, raiva e irritabilidade em doentes com dor crónica. Assim, verificou-se que a dor afecta indirectamente a depressão e a ansiedade, e que a incapacidade é directamente afectada pela ansiedade e indirectamente afectada pela depressão. Os resultados do estudo indicam ainda que os doentes crónicos podem ter tendência a evitar o trabalho por medo de exacerbar a dor. Quanto mais o indivíduo afirma ser ansioso, depressivo e ter níveis altos de dor que interferem no seu dia-a-dia mais incapacitado se torna.

Uma melhor saúde e um menor nível de depressão seriam índice de uma melhor qualidade de vida, que se traduz numa maior autonomia, menor incapacidade e maior funcionalidade.

No contacto com doentes crónicos, deve ter-se especial atenção aos níveis de ansiedade, distinguindo-se os que apresentam a ansiedade normal, característica normal e adaptativa, presente em todos os indivíduos, da patológica, na qual o indivíduo tem uma inquietação e preocupação desproporcionadas em relação ao stress ou ameaças na sua vida. Nos casos patológicos a resolução de uma situação difícil não reduz significativamente os níveis de ansiedade, transferindo o doente rapidamente para uma outra situação geradora de preocupação (Lima, 2008).

Importa enfatizar ainda o papel da ansiedade nas manifestações somáticas dos doentes crónicos. Segundo Lima e colaboradores (2008) pessoas com Perturbação da Ansiedade Generalizada tendiam frequentemente a apresentar queixas de ordem somática mais do que de ordem psicológica. Entre os sintomas mais frequentes encontram-se a tensão muscular, os tremores, as contracções, a dor, o sofrimento, as mãos frias, náuseas e diarreias e as insónias. Destacam-se aqui as queixas de dor e sofrimento, que podem ser minimizadas com uma abordagem eficaz da ansiedade nos doentes crónicos.

Segundo o mesmo autor, a ansiedade e os inúmeros problemas que esta acarreta para os indivíduos, levam a uma diminuição da qualidade de vida. Tem um profundo impacto na sociedade a nível de produtividade e de utilização dos serviços de saúde, estando a perturbação de ansiedade associada a uma pesada carga económica. As perturbações de ansiedade apresentam níveis de incapacidade social tão graves como as doenças somáticas crónicas (Lima, 2008).

Sullivan, Thorn, Rodgers e Ward, em 2004, (citados por Tan e colaboradores em 2008), afirmavam que o traço de ansiedade levaria a níveis mais elevados de ansiedade estado e que tal teria como consequência à utilização de estratégias de *coping* pouco adaptativas, que levaria por sua vez a um aumento significativo da percepção de dor. Tal verifica-se nomeadamente nas doenças músculo-esqueléticas (como a lombalgia ou a fibromialgia) uma vez que a ansiedade conduz a uma tensão muscular adicional o que exacerba a sensação de dor.

Através da revisão de literatura no âmbito da depressão e da ansiedade e da sua relação com a dor crónica e a qualidade de vida dos doentes crónicos, obtem-se uma visão alargada sobre a problemática dos aspectos psicológicos. Conclui-se, que na realidade, factores como a ansiedade e a depressão tornam os doentes crónicos menos funcionais e pode ainda exacerbar-lhes a dor sentida, apresentando-se a depressão como um preditor da continuidade da dor, daí ser interessante explorar este aspecto (colocação das Hipóteses 5 e 6).

Segundo os estudos dos autores revistos anteriormente, a dor prediz a depressão, que vai contribuir para uma diminuição da qualidade vida e para um sentimento de ineficácia das estratégias de *coping* mais activas. Tal poderá levar os doentes a utilizar menos as estratégias de *coping* activas e mais as estratégias de *coping* passivas, menos adequadas à dor crónica. A presente investigação pretende debruçar-se também sobre este aspecto (H₂, H₄, H₅ e H₆)

Estratégias de *Coping*

Vários são os factores que influenciam a percepção da dor do ponto de vista cognitivo, emocional e físico. Podemos assim exemplificar, do ponto de vista cognitivo, as estratégias de *coping* dos doentes em relação à doença.

De uma forma geral, o *coping* refere-se às tentativas cognitivas e comportamentais de gerir o ambiente que nos rodeia, as exigências e conflitos internos (denominados de stressores), tendo em conta os recursos pessoais e sociais do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Brown, et al, 1989).

Tal como afirmam Turk e Okifuji (2002), cada vez mais são as evidências que apontam no sentido da importância fulcral das crenças dos pacientes com dor crónica em relação à dor. Crenças acerca do significado dos sintomas, da capacidade de controlo da dor por parte dos doentes, o impacto da dor no seu dia-a-dia e preocupações com o futuro são apenas exemplos do papel central das crenças na dor crónica. Estas parecem estar relacionadas com o funcionamento psicológico, funcionamento físico, *coping*, respostas comportamentais e resposta ao tratamento. O que se verifica em diversos estudos é que a crença de que a actividade física pode agravar uma lesão inicial, tendo por isso que ser evitada a todo o custo, resulta muitas vezes no medo de iniciar a reabilitação e uma terapêutica que implique algum esforço, o que leva a uma exacerbada preocupação com sintomas físicos, o que leva por sua vez a um incremento da dor e uma manutenção da incapacidade (Turk & Okifuji, 2002).

Segundo estes mesmos autores, alguns dos estudos levados a cabo no âmbito da lombalgia, apontam no sentido de que estes doentes demonstram, em inúmeras ocasiões uma protecção prolongada e passividade em relação à sua condição devido ao medo que esta lhes transmite, dificultando a adesão à terapia. O evitamento de actividades que requeiram qualquer tipo de actividade física, como fisioterapia ou simplesmente andar ou realizar tarefas domésticas, leva a uma diminuição da mobilidade da coluna dorsal, uma diminuição da força muscular, da capacidade cardiovascular e, em última instância, a um aumento de incapacidade geral. Daqui se conclui que um medo exagerado e uma super protecção do corpo pode ter um efeito adverso uma vez que a imobilidade pode, nestes doentes, trazer mais malefícios que benefícios (Crombez, Vlaeyen, Eccleston, Vansteenwegen, Lysens & Eelen, 2002). Cabe aos profissionais de saúde esclarecer os doentes neste sentido, dando-lhes ferramentas para que consigam reconhecer as actividades que realmente não podem fazer e aquelas que se adequam à sua condição actual, mantendo-se o mais possível activos.

Os estilos individuais de *coping*, ou seja, os recursos comportamentais e cognitivos utilizados pelos pacientes para lidar com a dor, evidenciaram relações fortes com a dor em diversos estudos efectuados. Mercato, Carrol, Cassidy e Côte (2000) levaram a cabo um estudo com o intuito de descrever as características dos indivíduos com dor lombar e cervical que utilizam as estratégias de *coping* activas e/ou passivas e ainda descrever a relação entre a dor e as estratégias de *coping*. Deste estudo foram tiradas interessantes conclusões. A utilização de estratégias de *coping* passivas aumenta no mesmo sentido em que aumenta o nível de dor, ou seja, quanto maior o nível de dor mais frequente a utilização de estratégias passivas. No que se refere aos factores que se encontram associados as diferentes estratégias de *coping* verifica-se que os participantes do estudo que eram casados, que apresentavam maiores níveis de dor lombar e cervical, que apresentavam mais sintomas depressivos e que apresentavam um menor nível de saúde geral (através do SF-36, Ware & Sherbourne, 1992) utilizavam com mais frequência as estratégias de *coping* passivas. Em contrapartida as mulheres com um nível de escolaridade superior, com menos sintomas depressivos, melhor nível de saúde geral e que praticam exercício físico frequente privilegiam as estratégias de *coping* activas (Mercato, Carrol, Cassidy & Côte, 2000). Uma das conclusões mais relevantes do estudo exposto centra-se no facto das pessoas casadas utilizarem mais estratégias passivas uma vez que têm alguém que tome a iniciativa e as decisões por elas e que doentes com menos sintomas depressivos utilizam com mais frequência as estratégias de *coping* activas. Assim, os autores, em conformidade com outros que se debruçaram sobre o tema (Snow-Turek, 1996), confirmam que poderá ser mais importante encorajar os doentes a deixar de utilizar as estratégias passivas em vez de encorajá-las na utilização das activas, como a procura de informação ou a distração.

De uma forma geral as estratégias de *coping* têm um papel de suma importância na dor crónica. Assim, comportamentos de *coping* seriam mediados pelas crenças de auto-eficácia dos indivíduos que percepcionariam que as situações não excederiam os seus recursos (Turk & Okifuji, 2002).

Se os doentes sentem que pouco podem fazer para melhorar a sua situação e controlar os seus sintomas e a sua dor o esforço que aplicam nas técnicas de auto-control é mínimo. Por norma estes doentes tornam-se mais instáveis emocionalmente, o que aumenta a sua percepção dos sintomas de dor.

O *coping* tem um valor adaptativo à doença e pode contribuir de várias maneiras para o alívio da dor crónica. Aqueles que acreditam que pelo seu próprio controlo podem aliviar o seu sofrimento têm mais probabilidade de desenvolver técnicas para melhorar a sua qualidade

de vida. Pelo contrário, aqueles que não confiam nas suas capacidades intrínsecas e interiores têm mais probabilidade de desistir de qualquer esforço para melhorar quando não vêm resultados imediatos. Quando confiam nas suas estratégias de *coping* e acreditam ter em si a força para controlar a sua dor, os indivíduos reduzem o stress antecipatório que leva a estados psicológicos negativos e a tensão corporal, o que por sua vez exacerba a sensação de dor e desconforto (Altmaier, Russel, Kao, Lehmann & Weinstein, 1993).

Lee, Chan e Berven (2007) concluíram através de um estudo realizado com 171 doentes crónicos que as estratégias de *coping* podem ser encaradas como um factor de imunidade e que as capacidades utilizadas nas estratégias de *coping* podem reduzir a interferência da dor nas actividades e trabalho diários e ajudam os doentes a manter relações positivas com a família e os amigos. Em conclusão, as estratégias de *coping* positivas, o pensamento positivo e o suporte familiar e social são considerados factores de imunidade à dor, pelo contrário, elevados níveis de stress, a focalização na dor, suporte social e familiar limitado, a utilização de estratégias de *coping* passivas surgem como facilitadores da depressão (Lee, Chan & Breven, 2007).

O desenvolvimento de estratégias de *coping* e das capacidades cognitivas adaptativas dos doentes crónicos podem de facto ajudá-los a lidar melhor com a dor. Em 1998, J. Cole levou a cabo uma investigação com 88 doentes crónicos a fim de perceber até que ponto um programa educativo no âmbito do desenvolvimento de estratégias de coping ajudaria os doentes a lidar melhor com a dor. Os resultados indicaram que as intervenções psicoterapêuticas ajudaram efectivamente os doentes a regressar aos seus postos de trabalho mais rapidamente e levaram a uma redução dos custos ao nível do sistema de saúde. O desenvolvimento das capacidades de *coping*, o ensino da auto-gestão da dor, o treino da assertividade, a apropriada e adaptativa expressão de sentimentos, o desenvolvimento da auto-estima, o ser positivo e a meditação conduziram a uma diminuição da depressão, a um aumento do sentimento de auto-controlo, a um aumento de actividade, a uma diminuição de consumo de fármacos e a uma diminuição no número de visitas aos serviços de saúde por parte dos participantes do estudo.

A literatura aponta no sentido de que a depressão leva os doentes crónicos a utilizarem mais as estratégias de *coping* passivas, ou seja, mais desadequadas. O desenvolvimento de estratégias de *coping* activas leva a uma diminuição da depressão e a um sentimento de auto-controlo importante para lidar de forma saudável e adequada com a dor crónica. Na presente investigação pretendeu-se verificar se o mesmo acontece com os doentes com lombalgia,

analisando se os doentes com mais ansiedade e depressão utilizariam realmente estratégias de *coping* mais passivas.

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é um conceito multidisciplinar e abrange vários domínios do dia-a-dia do doente, tal como o funcionamento social e as sensações somáticas (Kempen, Jelicic & Ormel, 1997) e a ele tem associado o conceito de saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde as dimensões físicas, mentais e sociais permanecem como aspecto fulcral da definição de qualidade de vida. Para além destes aspectos, a qualidade de vida abarca ainda o estado de doença e sintomas físicos, o estado funcional do doente, o seu funcionamento psicológico e o social. Segundo Martinez (1997) citado por Abrunheiro (2008), as condições de vida, o rendimento, o emprego e a habitação serão também dimensões da qualidade de vida de um indivíduo. Em conclusão, quanto melhores forem estes aspectos, melhor será a qualidade de vida.

A qualidade de vida apresenta-se então como um constructo multidimensional que reflecte o bem-estar físico e psicológico do indivíduo. Um dos questionários mais utilizados para o entendimento da qualidade de vida é o SF 36 (Ware & Sherbourne, 1992), composto por 8 escalas que abordam as seguintes dimensões: função física, limitações físicas, dor corporal, saúde em geral, vitalidade, funcionamento social, limitações emocionais e saúde mental. Por fim apresenta um item que mede as alterações de saúde sentidas durante o ano anterior.

Segundo Molt e McAuley (2009), a incapacidade física, a fadiga, a ansiedade, depressão e a dor encontram-se inversamente correlacionados com a qualidade de vida, tal como sugerem diversos outros estudos realizados ao longo dos anos (Amato et al., 2001; Benedict et al., 2005; Janssens et al., 2003; Kalia & O'Connor, 2005; Lobentanz et al., 2004; Svendsen, Jensen, Hansen, & Bach, 2005, citados por Molt, 2009). Ainda segundo o autor, e em oposição, o suporte social e a auto-eficácia estão positivamente correlacionados com a qualidade de vida, ou seja, quanto mais apoio social e auto-eficácia o indivíduo possui, melhor e mais rica será a sua qualidade de vida (Motl et al., 2007; Riazi, Thompson, & Hobart, 2004; Stuifbergen, Seraphine, & Roberts, 2000, citados por Molt, 2009).

Molt (2009) realizou um estudo com 292 doentes com esclerose múltipla no qual verificou que existia a possibilidade de que a falta de actividade física devido à patologia estar indirectamente relacionada com a falta de melhoria na qualidade de vida dos doentes.

Não foram muitos os estudos encontrados na literatura no âmbito da qualidade de vida e da dor lombar crónica. No entanto, aqueles relacionados com os aspectos anteriormente referidos apontam para uma relação entre a depressão e o nível de dor percebido e comportamentos de dor (Keefe, et al, 1986; Epping-Jordan et al, 1998), o apoio social e o desenvolvimento de cronicidade da dor lombar, a relação entre a percepção de dor e qualidade de vida (Elfering et al, 2002) e a relação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida (Mercado et al, 2000).

Apesar dos já diversos estudos realizados na área, nomeadamente no âmbito da depressão e dor crónica, parece ainda haver necessidade de entender um pouco melhor as relações e reais efeitos entre estes conceitos de forma a minimizar os recursos humanos e económicos alocados para o tratamento da dor crónica lombar e, essencialmente, torná-los ainda mais eficazes. Interessa, a todos os níveis, dar mais um passo no sentido de fornecer aos indivíduos afectados pela lombalgia as ferramentas úteis para que a ela se possam adaptar, tornando a sua vida mais activa e com qualidade.

A lombalgia pode ser influenciada por deficiências ou má qualidade crónicas do sono, fadiga, falta de exercícios e, como já foi dito, factores psicossociais. A percepção e o relato da dor pelo paciente e o grau resultante de disfunção e incapacidade são dependentes desses factores, assim como resposta do paciente ao tratamento.

Os estudos encontrados na literatura no âmbito da dor crónica e da qualidade de vida (relatados acima), apontam para o facto de que a depressão e a percepção de dor influenciam negativamente a qualidade de vida do indivíduo que, de uma forma reactiva, acaba por se tornar cada vez menos funcional e activo, menos adaptado à sua condição, o que vai aumentar o seu nível de depressão, aumentar a sua percepção de dor e diminuir ainda mais a sua qualidade de vida. Para confirmar aquilo que os estudos sugerem foram colocadas as hipóteses H₄, H₅ e H₆.

V.Objectivos

O objectivo deste estudo é verificar a relação entre as diferentes estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes com dor lombar crónica, a sua percepção de dor, os níveis de depressão e ansiedade e qualidade de vida.

Foram então elaboradas as seguintes hipóteses:

H₁: As estratégias de *coping* passivas relacionam-se positivamente com a idade dos pacientes.

H₂: Os níveis de ansiedade e depressão relacionam-se positivamente com a utilização das estratégias de *coping* passivas.

H₃: A duração da lombalgia relaciona-se positivamente com a utilização das estratégias de *coping* activas.

H₄: Níveis mais elevados de dor relacionam-se negativamente com a qualidade de vida.

H₅: Os níveis de ansiedade e depressão relacionam-se negativamente com a qualidade de vida.

H₆: A ansiedade e depressão são preditoras da qualidade de vida dos doentes com lombalgia.

VI.Métodos

Amostra

Os 44 sujeitos deste estudo são pacientes que sofrem de lombalgia, ou seja, que têm dor lombar há mais de 6 meses e foram encaminhados para a Unidade de Dor do Hospital de S. João. Têm os mais diversos diagnósticos iniciais, como por exemplo patologia renal ou fibromialgia, apresentando, em comum, como sintomas, dor lombar crónica. Outros pacientes têm como diagnóstico inicial lombalgia, não sendo esta consequência de nenhuma outra patologia. Na Unidade de Dor do Hospital S. João do Porto a lombalgia é um dos grandes motivos de consulta por parte dos pacientes, juntamente com a nevralgia do trigémeo. A grande maioria dos pacientes com lombalgia dirige-se à Unidade de Dor do Hospital S. João por diversas vezes, tanto para tratamento como para acompanhamento.

A participação apenas de doentes com lombalgia como diagnóstico primário impossibilitaria a recolha de dados suficientes para a elaboração deste estudo. Assim, foram contemplados doentes com diagnósticos diferentes uma vez que todos eles, como consequência, sofrem de dores lombares há mais de 6 meses (lombalgia crónica).

São critérios de inclusão os doentes terem mais que 18 anos e não apresentarem patologia psiquiátrica ou patologia maligna.

Tabela 1.1. Descrição da Amostra – dados demográficos

Variáveis		N	%	
Sexo	Feminino	38	86,3	
	Masculino	6	13,6	
Estado Civil	Casado	32	72,7	
	Solteiro	5	11,4	
	Divorciado	4	9,1	
	Viúvo	3	6,8	
Ocupação	Aux. Ac. Médica	1	2,3	
	Cabeleireira	1	2,3	
	Cozinheiro	1	2,3	
	Doméstica	10	22,7	
	Emp. Balcão	1	2,3	
	Emp. Doméstica	1	2,3	
	Empresária	2	4,5	
	Op. Call Center	1	2,3	
	Operário Fabril	2	4,5	
	Téc. Farmácia	1	2,3	
	Reformado	7	15,9	
	Desempregado	16	36,4	
	Escolaridade	Analfabeto	2	4,5
		1º Ciclo	19	43,2
		2º Ciclo	10	22,7
3º Ciclo		9	20,5	
Secundário		3	6,8	
Ens. Superior		1	2,3	

Os participantes deste estudo são na sua maioria mulheres (86,4%), (com média de idade de 49,95 anos ($SD=13,5$)), tendo o participante mais novo 26 anos e o mais velho 81. Dos 44 participantes 26 deles estão desempregados ou são domésticas. Quarenta e dois por cento dos sujeitos têm o 1º ciclo e 22,7% têm o 2º ciclo de escolaridade. A maioria é casada (72,7%) (Tabela 1.1).

Tabela 1.2. Descrição da Amostra – dados clínicos

Variável		N	%
Duração da doença	< 5 anos	15	34,1
	5 a 10 anos	19	43,2
	> 10 anos	10	22,7

No que se refere aos dados clínicos da amostra apenas foi tido em conta o tempo de duração da doença, verificando-se que a maioria dos pacientes (43,2%) apresenta a patologia entre 5 a 10 anos (Tabela 1.2). Os diagnósticos dos pacientes são diversificados, como anteriormente referido, desde fibromialgia, patologias renais, pacientes acidentados, pacientes com patologia do foro reumatológico e ortopédico, tendo, no entanto, todos eles a patologia lombalgia associada. Todos os pacientes são acompanhados pela consulta de anestesia da Unidade de Dor e todos são sujeitos aos mais diversos tratamentos, desde infiltrações, analgesia intravenosa, acupuntura, pensos dérmicos, entre outros.

Instrumentos de avaliação

Para a realização do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

CAD-R – Estratégias de *coping* (Soriano & Monsalve, 2002)

Para a avaliação dos estilos de *coping* foi utilizado o CAD-R (Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Reducido) (Soriano & Monsalve, 2002) validado para a população portuguesa por Dias (2007) (Anexo 1). Este questionário de avaliação de dor resulta da

redução em 7 itens do questionário original CAD (Cuestionario de Afrontamiento al Dolor) e é constituído por 24 itens sendo respondido numa escala de Likert de 5 pontos. Debruça-se sobre 6 factores sendo estes os seguintes (Tabela 2.1): Factor 1, Auto-Controle Mental, que compreende as estratégias cognitivas utilizadas para reduzir a dor, ou seja, mecanismos de tipo cognitivo. O segundo factor, Religião, refere-se à utilização das crenças existentes e a espiritualidade para fazer frente a uma situação de dor. Já o terceiro factor, Catarse, reflecte a necessidade de verbalização do problema e da compreensão por parte das pessoas importantes e próximas do paciente. O quarto factor, a Auto-Afirmação é entendido como o facto de pensar de forma positiva, de ver com mais ânimo o problema e a dor. A Distracção seria a estratégia de tipo cognitiva que supõe a eliminação da atenção e concentração na dor. Finalmente, a Procura de Informação passa pela procura activa de informação com o objectivo de fazer frente à dor da melhor forma possível. São consideradas estratégias passivas a Religião, a Catarse. Como estratégias activas encontram-se o Auto-controle Mental, a Auto-Afirmação, a Procura Informação e a Distracção.

Tabela 2.1. Factores do CAD-R

Estratégias	Descrição	Itens
<u>Coping Activo</u>		
Auto-Control Mental	Esforços cognitivos para tentar diminuir a dor	5, 11, 17, 23
Auto-Afirmação	Tentativas do doente para se auto-animar	6, 12, 18, 24
Procura de Informação	Consultas que o doente realiza para obter conhecimento sobre o seu problema no sentido de encontrar soluções	2, 8, 14, 20
	Conjunto de acções que o doente realiza para desviar o seu foco de atenção da dor	1, 7, 13, 19
Distracção		
<u>Coping Passivo</u>		
Religião	Uso da religião, apoiando-se na fé para enfrentar a doença	3, 9, 15, 21
Catarse	Busca de apoio social emocional. Falar com os outros sobre a sua dor para se sentir melhor.	4, 10, 16, 22

SF-36 – Qualidade de Vida (Ware & Sherbourne, 1992)

Para a avaliação da Qualidade de Vida foi utilizado o SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992), validado para a população portuguesa por Ferreira em 2000 (Anexo 2). Este é um questionário composto por 36 itens de auto-resposta e destina-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, abrangendo oito dimensões de estado geral de saúde, que detectam tanto os estados positivos como os negativos.

A primeira dimensão denomina-se “função física” (F.F.) e é composta por 10 itens, que medem desde a limitação para executar actividades físicas menores, até às actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias.

A segunda dimensão refere-se ao “desempenho físico” (D.F.) e é composta por quatro itens, que avaliam a forma como o indivíduo realiza as suas tarefas.

A terceira, diz respeito ao “desempenho emocional” (D.E.), com três itens. Estas duas dimensões medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado.

A “dor corporal” (D.C.) é a quarta dimensão com dois itens, que representam, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como esta interfere nas actividades normais.

A “saúde geral” (S.G.) com cinco itens, pretende medir o conceito da percepção holística da saúde, incluindo não só saúde actual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável.

A “vitalidade” (V.) com quatro itens inclui os níveis de energia e de fadiga, permite captar melhor as diferenças de bem-estar.

A “função social” (F.S.) com dois itens, pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais da pessoa que responde.

Por fim, a última dimensão, é a “saúde mental” (S.M.), com cinco itens, que medem a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

Estas oito sub-escalas (dimensões) podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental, Quadro 1.1 e Quadro 1.2, respectivamente), obtidas a partir de análises factoriais de componentes principais. A componente de saúde mental engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade. A componente física engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral.

Quadro 1.1.- Componente Física do SF-36

Componente Física	Descrição	Nº Itens
Função Física	Limitação para executar actividades físicas menores como actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar compras, subir lanços de escada, inclinar-se, ajoelhar-se, etc;	10
Desempenho Físico	Limitação na saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado, incluindo a limitação no tipo de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e as dificuldades em realizar tarefas;	4
Dor Corporal	Intensidade e desconforto causados pela dor mas também a interferência nas actividades normais;	2
Saúde Geral	Conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável;	5

Quadro 1.2.- Componente Mental do SF-36

Componente Mental	Descrição	Nº Itens
Desempenho emocional	Impacto nas actividades diárias e/ou profissionais resultante de problemas emocionais;	3
Saúde Mental	Inclui questões referentes a 4 das mais importantes dimensões da saúde mental: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional e comportamental e o bem-estar psicológico.	5
Função Social	Quantidade e a qualidade das actividades sociais assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais;	2
Vitalidade	Níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar;	4

O questionário de qualidade de vida SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) apresenta boas qualidades psicométricas. Para avaliar a fiabilidade da versão portuguesa do SF36 (Ware & Sherbourne, 1992) o autor utilizou o método teste-reteste e foi calculado o coeficiente alfa. Os valores de fiabilidade encontrados para as sub-escalas excedem os padrões aceitáveis utilizados. Para cada sub-escala, os coeficientes de fiabilidade iguala ou excede o valor 0,80, com excepção da sub-escala “função social”.

No que se refere aos testes de validade o autor procedeu à determinação da validade de conteúdo, discriminante e de critério, tendo-se verificado que o instrumento SF-36 apresenta uma boa validade.

EVA – Escala Visual Analógica (Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983)

Para a avaliação da dor crónica foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA, Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983), escala esta unidimensional, uma vez que avalia somente uma das dimensões da experiência dolorosa, e que consiste numa linha recta, não numerada, indicando-se numa extremidade a marcação de “Sem Dor” e na outra “Máximo de Dor”. Esta escala têm a vantagem de facilitar o contacto entre profissionais de saúde e paciente, pois o último tem a possibilidade de partilhar a intensidade e experiencia de dor.

Figura 1. Escala Visual

Analógica

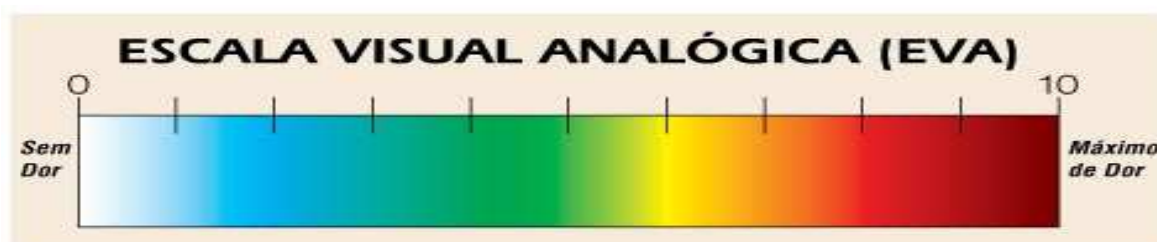


Figura 1. Escala visual analógica empregada para mensuração da dor

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão (Zigmond & Snaith, 1983)

Para medir a ansiedade e depressão utilizou-se o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo 3). Inicialmente a HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes - em pacientes não internados e em indivíduos sem doença. O HADS (Zigmond & Snaith, 1983) distingue-se das demais escalas uma vez que previne a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala já que foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas. Nesta escala não estão presentes itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tonturas, etc., que poderiam também ser sintomas de doenças físicas. No caso de haver comorbidade, os sintomas psicológicos, mais do que os sintomas somáticos, estabelecem os transtornos do humor de outras doenças clínicas. Tratando-se de estudo com amostra de pacientes internados para um procedimento cirúrgico, a presença de sintomas somáticos de ansiedade e de depressão poderia ser confundida com sinais e sintomas consequentes à doença de base ou ao seu tratamento. Além disso, a escala é de fácil manuseamento e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente (caso do presente estudo) ou pelo entrevistador (pacientes analfabetos ou com deficiência visual ou motora) (Zigmond & Snaith, 1983). Os itens correspondentes a cada dimensão encontram-se na Tabela 2.2.

Tabela 2.2. Dimensões do HADS

Dimensões	Itens
Ansiedade	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15
Depressão	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16

Procedimento

Os participantes responderam consentidamente aos questionários que lhes foram aplicados aquando das consultas na Unidade de Dor. Foi dada uma prévia explicação acerca do objectivo do estudo no qual estavam a participar.

Foi pedido aos sujeitos que avaliassem a dor que sentiam através da Escala Visual Analógica (EVA) ao dar entrada na Unidade de Dor ou aquando das primeiras consultas. Foi-lhes depois pedido que respondessem ao questionário das estratégias de *coping* CAD-R, ao SF- 36 (Qualidade de Vida) e por fim ao questionário de ansiedade e depressão (HADS).

Através da análise estatística dos referidos questionários tentou-se caracterizar os doentes segundo o seu nível de qualidade de vida (melhor ou pior) e a relação dessa dimensão com níveis elevados de dor, de ansiedade e de depressão. Procurou-se também, neste estudo, caracterizar os doentes que utilizam preferencialmente as estratégias de *coping* passivas, e portanto mais desajustadas à dor.

Assim, e no sentido da elaboração das hipóteses desta investigação, esperava-se que doentes com mais dor e mais ansiedade e depressão apresentassem um menor nível de qualidade de vida (H₄, H₅ e H₆), e ainda que as estratégias de *coping* passivas fossem mais utilizadas por doentes com mais idade, mais deprimidos e ansiosos (H₁, H₂) e que estratégias de *coping* activas fossem mais utilizadas por doentes com patologia mais prolongada (H₃).

VII. Resultados

Para a análise dos dados recolhidos através dos questionários e escalas aplicadas utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows.

É feita uma análise das pontuações em cada um dos instrumentos de avaliação (SF-36, HADS e CAD-R) e de seguida apresentam-se os resultados das análises das relações existentes entre as variáveis e a força entre as mesmas através do r de *Pearson*. Assim, apresenta-se o estudo das correlações entre a idade e as estratégias de *coping*; a duração da doença e as estratégias de *coping*; a ansiedade e depressão e as estratégias de *coping* e por fim o estudo da relação entre as medidas psicológicas e a qualidade de vida.

Para perceber quais as variáveis preditoras da qualidade de vida realizou-se uma análise de regressão *stepwise*.

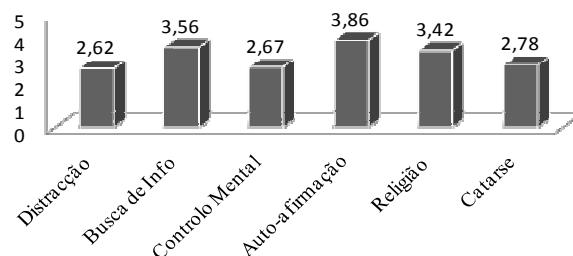
Médias e Desvios Padrão no questionário CAD-R

Relativamente ao CAD-R verifica-se que os pacientes pontuam mais na estratégia activa Auto-Afirmação, seguida da Busca de Informação (também ela estratégia de *coping* activa) e por fim a Religião. A estratégia menos utilizada é a Distracção (Tabela 3.1 e Gráfico 1.1).

Tabela 3.1. Médias e Desvio Padrão no questionário CAD-R

Estratégias de coping	Máximo	Mínimo	M	DP
Distracção	1	4,5	2,62	1,06
Busca de Informação	1,25	5	3,56	0,87
Controlo Mental	1	4,5	2,67	0,87
Auto-Afirmação	1,5	5	3,86	0,99
Religião	1	5	3,42	1,37
Catarse	1	4,5	2,78	1,04

Gráfico 1.1. Médias no questionário CAD-R



Médias e Desvios Padrão do SF-36 (Qualidade de Vida)

No questionário da qualidade de vida os pacientes pontuam mais na sub-escala Dor Corporal (como se pode verificar na Tabela 3.2.), seguida da sub-escala Funcionamento Social. Apresentam menos pontuação na dimensão Desempenho Físico.

Tabela 3.2. Médias e Desvios Padrão no SF-36

Sub-escala	Mínimo	Máximo	M	DP
Funcionamento Físico	0	100	34,09	21,25
Desempenho Físico	0	100	26,70	21,57
Dor Corporal	23,33	100	80,31	20,28
Saúde Geral	0	87	37,36	20,86
Vitalidade	0	100	30,45	23,47
Funcionamento Social	0	100	45,74	26,95
Desempenho Emocional	0	100	44,66	32,11
Saúde Mental	0	96	42,40	25,63

Médias e Desvios Padrão do HADS (Ansiedade e Depressão)

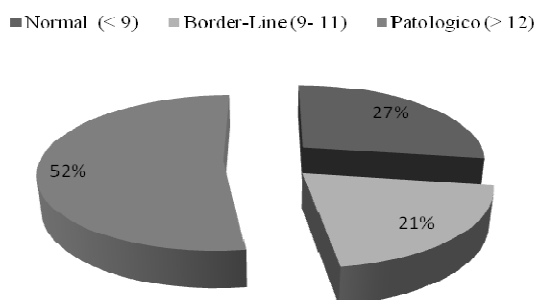
As pontuações no questionário de ansiedade e depressão são as apresentadas na Tabela 3.3. Os pacientes pontuam em média mais na dimensão ansiedade.

Tabela 3.3. Médias e Desvios Padrão no HADS

Medidas Psicológicas	Mínimo	Máximo	M	DP
Ansiedade	4	20	11,70	4,53
Depressão	1	18	9,05	4,85

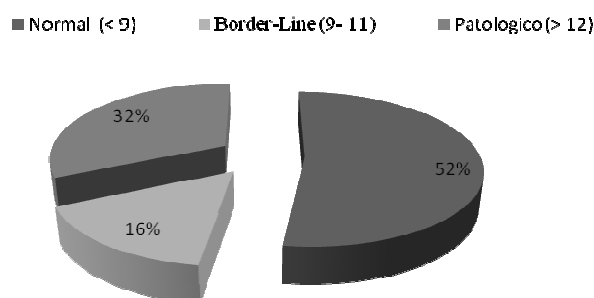
No que concerne às pontuações obtidas na dimensão Ansiedade, 23 doentes (52%) pontuaram acima do valor de corte do HADS (Zigmond & Snaith, 1983) para ansiedade patológica (12 pontos), colocando-se as restantes entre o *borderline* (21%) e a ansiedade normal (27%) (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2. Percentagens na dimensão ansiedade



Em relação às pontuações obtidas na dimensão Depressão, 23 doentes (52%) pontuaram abaixo dos 9 pontos, ou seja, apresentam um nível de depressão normal, seguindo-se a depressão patológica, 14 doentes (32%). Finalmente, 16 % situam-se na categoria *borderline* (Gráfico 1.3.).

Gráfico 1.3. Percentagens na dimensão Depressão



Relação entre variáveis demográficas e as estratégias de coping

Através de análises de relação recorrendo ao *r* de *Pearson* identificou-se uma relação significativa no sentido positivo entre a idade e as estratégias de *coping* passivas (Tabela 3.4.) ($r (.36), p < .05$), particularmente entre a idade e a Religião ($r (.41), p < .01$), o que indica que quanto mais idade têm os sujeitos mais utilizam a estratégia de *coping* passiva religião. Assim, a H_1 , formulada anteriormente, foi confirmada pelos resultados.

Tabela 3.4. Correlações entre idade e estratégias de *coping*

<u>Coping</u>	D.	B. I.	R.	C.	C. M.	A. A.	Activas	Passivas
Id.								
<i>r Pearson</i>	.012	.011	.405**	.123	-.005	.296	.112	.362*
sig.	.939	.945	.006	.427	.975	.051	.470	.016

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Relação entre ansiedade e depressão e estratégias de coping

Verificou-se, através do *r* de *Pearson*, que as variáveis psicológicas (ansiedade e depressão) se relacionam, ainda que de forma pouco intensa, com as estratégias de *coping*, nomeadamente as estratégias de *coping* activas. Deste modo, a ansiedade relaciona-se negativamente com as estratégias activas ($r (-.33), p < .05$), acontecendo o mesmo com a depressão ($r (-.38), p < 0.05$). Em relação à depressão conclui-se que os doentes com maior nível de depressão utilizam menos as estratégias activas, especificamente, a Auto-Afirmação ($r (-.52), p < .01$) e a Distracção ($r (-.40), p < .01$), verificando-se o mesmo com a ansiedade, uma vez que os doentes mais ansiosos também utilizam menos as mesmas estratégias de

coping activas (Auto-Afirmação $r (-.48)$, $p < .01$; Distracção $r (-.44)$, $p < .01$) (Tabela 3.5). A H_2 não foi confirmada pois o facto de doentes com níveis mais elevados de ansiedade e depressão utilizarem menos as estratégias de *coping* activas não significa que utilizem mais as passivas, o que de facto não se verificou neste estudo. Não se encontraram quaisquer relações significativas entre a ansiedade e depressão e as estratégias de *coping* passivas.

Tabela 3.5. Correlações entre a ansiedade e a depressão e estratégias de *coping*

Estratégias de <i>Coping</i>	D.	B.I.	R.	C.	C.M.	A.A.	Activas	Passivas
Ansiedade								
<i>r Pearson</i>	-.436**	.009	.201	-.107	.021	-.483**	-.329*	.086
sig.	.003	.955	.191	.489	.895	.001	.029	.577
Depressão								
<i>r Pearson</i>	.401**	.015	.163	-.082	-.157	-.518**	-.382*	.073
sig.	.007	.925	.290	.598	.310	.000	.010	.637

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Relação entre a duração da patologia e as estratégias de coping

O tempo de duração da patologia também apresenta uma relação significativa com a estratégia de *coping* activa Controlo Mental ($r (.32)$, $p < .01$). Este resultado aponta para o facto dos doentes com mais tempo de doença utilizarem mais o Controlo Mental como estratégia para lidar com a doença (Tabela 3.6). A H_3 foi então confirmada pelos resultados.

Tabela 3.6. Correlações entre duração da patologia e estratégia de *coping*

<u>Coping</u>	D.	B. I.	R.	C.	C. M.	A. A.	Activas	Passivas
Dur. Pat.								
<i>r Pearson</i>	.018	.009	.087	-.083	.324**	.150	.190	.017
sig.	.907	.561	.553	.590	.003	.331	.218	.912

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Relação entre dor e qualidade de vida

Através de uma análise de relação recorrendo ao *r* de *Pearson* verificou-se a existência de uma relação entre o nível de dor apontado na EVA e a sub-escala do SF-36 Dor Corporal (D.C.) ($r (.38)$, $p < .05$), tal como apresentado na Tabela 3.7, ou seja, quanto maior o valor apontado na EVA mais a cotação na Dor Corporal, considerando-se a H_4 parcialmente confirmada, uma vez que a EVA não se relaciona significativamente com mais nenhuma sub-escala da qualidade de vida. Apesar da redundância dos resultados encontrados entre EVA e Dor Corporal é feita esta referência por serem dois aspectos alusivos a dois instrumentos de avaliação distintos.

Tabela 3.7. Relação entre EVA e Qualidade de Vida

	F.F.	D.F.	D.C.	S.G.	V.	F.S.	D.E.	S.M.
EVA								
<i>r Pearson</i>	-.273	-.098	.376*	.000	-.202	-.262	.060	-.142
sig.	.073	.526	.012	.997	.188	.086	.700	.358

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

No entanto, não foram encontrados resultados significativos entre a EVA e as estratégias de *coping* activas e passivas e a EVA e as variáveis psicológicas.

Relação entre ansiedade e depressão e qualidade de vida

Relativamente às relações entre as medidas psicológicas e a qualidade de vida encontraram-se algumas correlações significativas. A ansiedade está relacionada negativamente com a componente mental da qualidade de vida ($r (-.33)$, $p < .05$), ou seja, quanto mais ansiosos se encontram os doentes menor pontuação apresenta a componente mental desse doentes. A depressão tem um efeito negativo na qualidade de vida, nomeadamente na componente física ($r (-.37)$, $p < .05$) e mais ainda na componente mental, apresentado um $r (-.51)$, $p < .05$. (Tabela 3.8.). Tais resultados remetem para o facto de que os aspectos mentais e emocionais do doente se correlacionam não só com o bem-estar psicológico mas também com o bem-estar físico.

Tabela 3.8. Correlações entre ansiedade e depressão e componentes da qualidade de vida

	Componente Física	Componente Mental
<u>Ansiedade</u>		
<i>r Pearson</i>	-.231	-.327*
sig.	.131	.031
<u>Depressão</u>		
<i>r Pearson</i>	-.365*	-.513**
sig.	.015	.000

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Tabela 3.9. Correlações entre ansiedade e dimensões da qualidade de vida

	F.F.	D.F.	D.C	S.G.	V.	F.S.	D.E.	S.M.
Ansiedade								
<i>r Pearson</i>	-.286	.000	.189	-.237	-.168	-.430**	.194	-.568**
sig.	.060	.996	.218	.121	.275	.004	.207	.000

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Tabela 3.10. Correlações entre depressão e dimensões da qualidade de vida

	F.F.	D.F.	D.C	S.G.	V.	F.S.	D.E.	S.M.
Depressão								
r Pearson	-.388**	-.137	.351*	-.302*	-.324*	-.601**	.111	-.672**
sig.	.009	.376	.020	.046	.032	.000	.474	.000

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Mais especificamente, a ansiedade correlaciona-se negativamente com o Funcionamento Social ($r (-.43)$, $p < .01$) e Saúde Mental ($r (-.57)$, $p < .01$), ou seja, os participantes com maiores níveis de ansiedade têm um menor funcionamento social e uma menor saúde mental (Tabela 3.9.). Existe ainda uma correlação no sentido negativo entre a depressão e as dimensões Funcionamento Físico ($r (-.39)$, $p < .01$), Saúde Geral ($r (-.30)$, $p < .05$) Vitalidade ($r (-.32)$, $p < .05$) Funcionamento Social ($r (-.60)$, $p < .01$) e Saúde Mental ($r (-.67)$, $p < .01$). Em relação à correlação entre a depressão e a Dor Corporal esta é positiva ($r (.35)$, $p < .05$), isto é, quanto maior o nível de depressão maior a dor corporal dos doentes com lombalgia (Tabela 3.10.).

Através destes resultados confirma-se a H_5 na qual se afirma que quanto maiores os níveis de depressão e ansiedade menor a qualidade de vida.

Variáveis preditoras da Qualidade de Vida

Foram realizadas análises de regressão pelo método *stepwise* para investigar quais as variáveis preditoras da qualidade de vida (H_6). Assim, os resultados da regressão (Tabela 3.11) apontam para uma relação significativa entre a componente física e mental da qualidade de vida e a depressão. A componente física da qualidade de vida é determinada pela depressão, $R (0.37)$, ($R^2 = 1,3$), $F (6,47)$ $p < .05$, tal como o é a componente mental $R (.51)$ ($R^2 = .26$), $F (14,98)$ $p < .01$. Estes resultados vão de encontro ao postulado na H_6 .

Tabela 3.11. Depressão e Qualidade de Vida

	R	R²	F
Componente Física	.037	1,34	6,47*
Componente Mental	.51	.26	14,98**

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

VIII. Discussão

Em termos gerais, e no que se refere à utilização das estratégias de *coping*, os resultados indicam que os doentes com lombalgia utilizam mais a estratégia Auto-Afirmação, seguindo-se a Busca de Informação. Em contrapartida utilizam menos a estratégia Distracção.

No que respeita aos resultados nas dimensões da qualidade de vida, os participantes têm resultados, em média, mais elevados na dimensão Dor Corporal, significando que na sua maioria os pacientes sentem uma grande dor corporal o que os limita em termos de funcionalidade e mobilidade, pontuando de seguida mais no Funcionamento Social e no Desempenho Emocional, o que significa por seu lado que, apesar da dor que sentem, ainda apresentam funcionalidade a nível social e emocional. A dimensão com valores mais baixos é o Desempenho Físico, significando que os doentes com dor crónica apresentam grandes limitações ao nível da motricidade e actividades físicas.

Verifica-se que, uma vez que pouco é explicado pelas estratégias de *coping*, haverá outras variáveis relacionadas com a qualidade de vida e que nela interferem. Por ser um construto complexo e que se refere a diversos aspectos do dia-a-dia dos indivíduos, torna-se um desafio encontrar os aspectos mais significativos e que podem melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor lombar crónica. Como foi dito, a lombalgia pode tornar-se extremamente restritiva em termos físicos, afectando a esfera psicológica dos doentes. Tendo em conta esta realidade, e segundo a observação feita dos doentes na Unidade de Dor do Hospital de S. João, os indivíduos podem reagir de diferentes formas. A sua capacidade de adaptação à doença pode passar pela utilização privilegiada de uma estratégia ou um conjunto de estratégias de *coping*, que poderá ser mais activa ou passiva, limitando-se a pessoa a repetir comportamentos que aliviam a dor, ou por outro lado pode utilizar todas as estratégias, independentemente de serem activas ou passivas, não havendo uma preferência ou predomínio na sua utilização, dependendo esta do estado de espírito do momento. A cronicidade e a vivência diária com sintomas de dor têm grandes implicações, como anteriormente referido, tanto no aspecto físico como psicológico. Como apresentado por Hadjistavropoulos e colaboradores (1994) o doente com dor aguda pode, durante esse período, experimentar um grande stress psicológico, utilizando estratégias passivas de *coping*, tendo pensamentos catastróficos, o que o torna psicologicamente debilitado. Também

em termos físicos o doente, na fase aguda, reduz drasticamente a sua actividade física e aumenta o consumo de fármacos. À medida que a dor persiste, alguns doentes conseguem adaptar-se enquanto noutros perduram os comportamentos da fase aguda (Hadjistavropoulos, 1994). Desta forma, doentes com lombalgia crónica que não se conseguem adaptar vão apresentando sinais e sintomas mais incongruentes com a patologia. Tal incongruência reflecte-se numa excessiva focalização na dor, uma desmedida preocupação em ter a atenção dos profissionais de saúde e uma tendência em utilizar as estratégias passivas, a que se habituou na fase aguda (Hadjistavropoulos, 1994). Os dados destes investigadores não vão de encontro aos encontrados no presente estudo, uma vez que se encontraram relações significativas entre as variáveis, indicando que os sujeitos com lombalgia mais prolongada utilizavam mais frequentemente uma estratégia de *coping* activa, o Controlo Mental. Tal poderá ser explicado devido ao facto destes doentes acabarem por entender a sua dor, conhecê-la, o que lhes permite desenvolver alguma capacidade de adaptação à mesma, tentando, possivelmente por tentativa e erro ao longo dos anos, várias abordagens à dor, experimentando actividades que lhes trazem algum alívio, encontrando posturas que não agravem a dor, controlando-a mentalmente. Tal confere-lhes de alguma forma controlo sobre a própria doença com a qual convivem há tanto tempo.

Num estudo realizado em 1990 por Lennon, Zautra, Dohrenwend e Marbach, realizado com 199 doentes com Síndrome Temporomandibular, foi investigada a influência do *coping* na adaptação a outros acontecimentos negativos, tendo em conta que o *coping* depende da avaliação da situação feita pelos indivíduos. O *coping* pode ser adaptativo, e dessa forma positivo, mas pode ser também inadequado à experiência de dor e causar stress. Concluíram que os doentes têm estratégias de *coping* diferentes aquando da experiência de dor do que quando lidam com outras experiências negativas e que utilizam primordialmente estratégias de resolução de problemas (como a procura de tratamento) e a distração. Estes resultados estão parcialmente de acordo com os encontrados nesta investigação uma vez que a distração foi, nesta investigação, a estratégia de *coping* menos utilizada pelos doentes com lombalgia.

A idade salienta-se como uma variável demográfica com alguma relação com as estratégias de *coping* passivas, designadamente a religião (tal como avançado numa das hipóteses desta investigação), que apresenta uma relação positiva significativa com a idade, sendo que as pessoas mais velhas se refugiam mais na religião como forma de lidar com a dor, transferindo de alguma forma a responsabilidade de cura e de melhoria a uma entidade

que as transcende. A descrença e falta de esperança manifestada pelos doentes mais idosos da unidade de dor numa melhoria significativa do seu estado de saúde leva-os, de certa forma, a desistir de tentar sentir-se melhor, acomodando-se à sua condição, não procurando ter controlo sobre a situação, pensando até por vezes que a dor e o sofrimento que sentem fazem parte das suas vidas e as definem como indivíduos.

Também importa salientar a importância da depressão na qualidade de vida dos doentes e na sua funcionalidade, acontecimento este que vai ao encontro de uma das hipóteses colocadas neste estudo (H₅). O controlo das emoções surge como um factor importante na vida destes doentes, que têm na maioria das vezes uma depressão reactiva à doença, que por ser crónica se torna muito restritiva. Estes doentes, aquando do encaminhamento para a Unidades de Dor, já têm um historial de consultas em várias especialidades, desde a Ortopedia à Fisiatria, da Neurologia passando pela Reumatologia. No geral os doentes já se sujeitaram a várias terapêuticas, primordialmente as farmacológicas ou interventivas. Os doentes vivem o dia-a-dia com a lombalgia, o que as impede de trabalhar, tanto fora como dentro das suas casas, fazendo-os experimentar uma panóplia de sentimentos negativos, de desespero e falta de esperança em qualquer terapêutica aconselhada. Sentem-se muitas vezes inúteis e desmotivados e experimentam também, na sua maioria sentimentos de culpa por não poderem ser mais autónomos e ajudar mais a família monetariamente e sentem que a própria família tem dificuldade em compreender a gravidade do seu problema de saúde. McParland, em 2005, afirma que a perda de alguns papéis por parte dos doentes pode causar um grande stress emocional uma vez que a lombalgia não é visível, levantando dúvidas sobre a sua real existência. O medo de serem considerados preguiçosos, a antecipação da dor sentida numa situação de interacção com outros ou o receio de serem um fardo para a família tornam as limitações sociais auto-impostas.

Todos estes aspectos fazem com que os doentes se isolem cada vez mais, entrando numa rotina de sofrimento físico que se vai transformando num sofrimento psicológico. Keefe e colaboradores (1986) encontraram evidências no seu estudo que sugerem que a depressão é um factor importante aquando da avaliação da dor, assim como comportamentos de dor em doentes com lombalgia. Assim, e segundo os autores, se for possível controlar a depressão e minimizá-la haverá também um progresso ao nível dos comportamentos de dor e da própria sensação dolorosa. As conclusões do presente estudo vão no sentido das obtidas por Keefe (1986) que sublinha a necessidade de considerar o estado médico do doente com

dor lombar crónica, nunca descurando os factores psicológicos. Unicamente assim será possível analisar e interpretar correctamente os padrões de dor dos doentes.

Constata-se também a relação significativa entre as variáveis psicológicas (ansiedade e depressão) e as estratégias de *coping*, uma vez que indivíduos mais depressivos e ansiosos utilizam geralmente menos estratégias activas como a auto-afirmação e a distração. Este resultado não vai ao encontro do postulado na H₂, já que se esperava uma maior utilização de estratégias passivas por parte dos doentes mais ansiosos e depressivos. No entanto, verifica-se que quanto mais deprimidos e ansiosos estiverem os doentes menos controlo parecem exercer sobre a sua própria doença. A depressão torna os indivíduos menos autónomos, com menos iniciativa e com uma percepção de auto-controlo bastante diminuída. Este sentimento de impotência traduz-se numa falta de vontade de combater as limitações da doença o que se vai manifestar numa acomodação à mesma, daí a pouca utilização de estratégias de *coping* que requerem do indivíduo compromisso e esforço pessoal para enfrentar o problema.

A inexistência de relações significativas entre a Escala Visual Analógica com qualquer outra variável em estudo (à excepção da Dor Corporal na Qualidade de Vida) pode ter diversas explicações, particularmente por ter sido pedido aos doentes que identificassem a dor sentida naquele momento, momento esse subsequente, na maior parte dos casos, a alguma intervenção terapêutica da dor realizada pelos médicos anestesiistas do serviço. Apesar das evidências de diversos estudos, Kerns e Haythornthwaite (1988), num estudo realizado com 131 sujeitos com dor crónica, em que pretendiam verificar diferenças em termos de desistência da terapêutica dependendo do seu grau depressivo, concluíram não haver uma relação significativa entre depressão e dor sentida, ou qualquer outra variável relacionada com dor. Estes resultados são consistentes com o modelo cognitivo comportamental, o qual atesta que um declínio na actividade instrumental, uma associada perda de compensações sociais, a diminuição da percepção de auto-controlo são factores importantes para o desenvolvimento de depressão em doentes crónicos, e não a dor propriamente dita. Assim, e segundo os autores a dor por si só não é condição suficiente para o desenvolvimento da depressão.

Os resultados de estudos como o de Lee, Chan e Berven (2007) apontam para o papel crucial da psicologia no ambiente da reabilitação médica, uma vez que ajuda os indivíduos a entender o conceito de dor e de depressão e de como as suas cognições os ajudam a ser positivos e motivados durante a reabilitação. A utilização de cognições e comportamentos

activos como a distracção, o relaxamento, entre outros reduz a focalização na dor e aumenta a funcionalidade dos doentes.

IX. Conclusão

Fordice, em 1995, redigiu no boletim da *International Association for the Study of Pain* (citado por Cole em 1998) que a lombalgia deveria ser vista de uma perspectiva biopsicossocial se realmente o objectivo era melhorar a qualidade de vida dos doentes. Apenas com uma equipa multidisciplinar tal é possível.

Cabe então ao psicólogo trabalhar estes aspectos da componente mental, que tanto interferem com os aspectos físicos, dando ao doente ferramentas para controlar a sua dor, tornando-o mais autónomo e funcional, minimizando os sintomas de depressão e aliviando a dor.

Uma forma de diminuir a depressão associada à dor crónica seria, por um lado, diminuir o stress, e por outro trabalhar ao nível das competências sociais, motivando os doentes a manterem uma actividade social saudável, não se isolando dos amigos e familiares.

Tan e seus colaboradores (2008) sugerem que as emoções negativas estão fortemente relacionadas umas com as outras e que a depressão surge como fonte de outras emoções negativas como a ansiedade e a raiva. É necessário fazer esforços no sentido de diminuir qualquer uma destas emoções negativas a fim de se obterem resultados mais positivos na terapia da dor e na melhoria da qualidade de vida do doente com dor crónica.

De uma forma geral, este estudo abordou os aspectos que, através da análise da literatura, são apontados como os mais relevantes no estudo da dor crónica, tais como a qualidade de vida, a ansiedade e depressão e as estratégias de *coping*, não tendo, no entanto, abordado a questão do suporte social, que também surge como um aspecto de suma importância. Assim, e como seria de esperar, a depressão surge como um aspecto central a ter em conta na avaliação e intervenção da dor crónica. Também é de sublinhar que os aspectos sociais e emocionais da maioria dos doentes não foram afectados de uma forma tão intensa como aquela que seria de esperar (ao contrário do que aconteceu com a dimensão física) o que nos desperta a atenção para outros aspectos que poderão funcionar como factores protectores, como o suporte social.

Ao encontro do que se encontra descrito na literatura estão também os resultados ao nível das estratégias de *coping*. A forma como os indivíduos vivenciam a dor e as consequências desta no seu quotidiano dependem de aspectos individuais, como a idade, mas

também de aspectos psicológicos, como a ansiedade e a depressão. Quanto melhor se sentirem os doentes a nível psicológico mais tendência têm para a utilização de estratégias activas e adaptativas.

Os resultados e as conclusões deste estudo podem ter esclarecido e confirmado algumas das ideias já emergentes de outras investigações no âmbito da dor crónica, nomeadamente da lombalgia, dando ainda o seu contributo no entendimento da utilização das estratégias de *coping* por parte dos doentes tendo em conta as variáveis psicológicas (ansiedade e depressão) e as particularidades dos diversos aspectos da qualidade de vida.

A nível prático importa trabalhar na prevenção da cronicidade, dando ferramentas aos doentes para que se adaptem mais rápida e eficazmente à doença e suas respectivas consequências. Um correcto e atempado acompanhamento do doente poderá evitar uma cronicidade por vezes tão incapacitante física e psicologicamente.

Uma das limitações deste estudo reside no facto de ter sido utilizada uma escala unidimensional (EVA), não tendo sido por isso tido em conta outros aspectos relacionados com a dor, que poderiam ter sido avaliadas com o questionário de McGill (Melzack, 1975), por exemplo.

A própria avaliação da dor feita através da EVA pode também ela ter sido enviesada uma vez que, aquando da avaliação da dor na consulta de psicologia, os doentes estariam a sentir algum alívio, nalguns casos momentâneo, devido às terapêuticas médicas realizadas nas consultas de dor, como as infiltrações, o tratamento farmacológico intravenoso, a acupunctura, etc.

Também o número reduzido de participantes pode ter sido prejudicial ao estudo. As limitações de espaço e tempo existentes na Unidade de Dor do Hospital de S. João dificultaram a recolha de uma amostra clínica mais extensa, uma vez que apenas me foi possível estar presente nas consultas de Março de 2009 a Junho de 2009. No entanto, durante as consultas nas quais estive presente na Unidade de Dor, todos os doentes com lombalgia responderam aos instrumentos utilizados nesta investigação.

Numa próxima investigação talvez seja interessante estudar o suporte social, uma vez que este se apresenta na literatura como um factor de relevo no entendimento dos comportamentos de dor, na utilização das estratégias de *coping* e na qualidade de vida de doentes com dor crónica.

X.Referências Bibliográficas

Abrunheiro, L. M. M. (2008). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. Recuperado em Maio 2009 de www.psicologia.com.pt

Altmaeir, E. M., Russell, D.W., Kao, C. F. & Lehmann, T. R. (1993). Role of selfefficacy in rehabilitation outcome among low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 335-339.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2009). Recuperado em Maio 2009 de www.aped-dor.org

Borenstein, D. G. (2000). Low back pain. In J. H. Klippel & P.A. Dieppe (Eds.), *Rheumatology*. UK: Mosby International Ltd.

Borkovec (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 126-138.

Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), 652-657.

Burns, J. W. (2006). Arousal of negative emotions and symptom-specific reactivity in chronic low back pain patients. *Emotion, 6*(2), 309-319.

Cecin, H. A. (2001). *Diagnóstico e tratamento de lombalgias e lombociatalgias*.

Recuperado em Outubro 2009 de <http://www.projetodiretrizes.org.br>

Cole, J. D. (1998). Psychotherapy with the chronic pain patients using coping skills development: Outcome Study. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(3), 217-226.

Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Ecclestin, C. & Lysens, D. V. R. (2002). Exposure to physical movements in low back pain patients: Restricted effects of generalization. *Health Psychology, 21*(6), 573-578.

Dias, Albina (2006). *Coping e Qualidade de Vida na dor Crónica*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

Dias, A. R. (2007). *Dor Crónica – Um problema de saúde pública*. Recuperado em Maio 2009 de www.psicologia.com.pt

Elfering, A., Semmer, N. K., Shade, V., Grund, S. & Boss, N. (2002). Supportive colleague, unsupportive supervisor: The role of provider-specific constellations of social support at work in the development of low back pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2), 130-140.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Esteves, M. R., Ramirez, C. & Lopez, A. E. (2005). General versus specific indices in the assessment of chronic pain coping. *Psychology in Spain*, 9(1), 49-56.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 – Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

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

Gevirtz, R. N., Hubbard, D. R. & Harping, R. E. (1996). Psychophysiologic treatment of chronic low back pain. *Professional psychology: Research and practice*, 27(6), 561-566.

Gomes, R. T., Silva, J. F., Pedro, R. B. N. & Melo J. R. (2008). *Prática Hospitalar*. Retirado em Maio 2009 www.praticahospitalar.com

Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006) *Tratado de Fisiologia Médica* (11a ed.). Rio de Janeiro: Saunders Elseviers.

Hadjistavropoulos H.D. & Craig K. D. (1994). Acute and chronic low back pain: Cognitive, affective and behavioral dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 341-349.

Huge, V., Schlodrer, U., Steinberger, M., Wuenschmann, B., Schöps, P., Beyers, A. & Azad, A.C. (2006). Impact of a functional restoration program on pain and healthrelated

quality of life in patients with chronic low back pain. *American Academy of Pain Medicine*, 6, 501-508.

Jordan, E. J. E., Williams, R. A., Pruitt, S. D., Patterson, T. L., Grant, I., Wahlgren, D. R., Slater, M. A. & Webster, J. S. (1998). Transition to chronic pain in men with low back pain: Predictive relationship among pain intensity, disability and depressive symptoms. *Health Psychology*, 17(5), 421-427.

Karklis, I. P. & Ferreira, R. C.(2009). *A Dor: Uma experiência na História*. Recuperado em Maio de 2009 de Sociedade Brasileira de História da Medicina de www.sbhm.com.br

Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Crisson, J. E. & Muhlbaier, L. H. (1986). Depression, pain and pain behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 665-669.

Kempen, G. I. J. M., Jelacic, M. & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16(6), 539-546.

Kerns, R. D. & Haythornthwaite, J. A. (1988). Depression among chronic pain patients: Cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 870-876.

Kole-Snijders, A. M., Goosens, A. E. J. B., Heuts, P. H. T. G, Vlaryen, J. W. S., Molken, M. P. M. H. R., Breukelen, G. & Eek, H. (1999). Chronic low back pain: What does cognitive coping skills training add to operant behavioral treatment? Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 931-944.

Kummer, C. L., Coelho, T. C. R. B. (2002). Anti-inflamatórios não esteróides inibidores da ciclooxigenase. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52(4), 498-512.

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.

Lennon, M. C., Zautra, A. J., Dohrenwend, B. P. & Marbach, J. J. (1990). Coping and adaptation to facial pain in contrast to other stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1040-1050.

Lima, C. F. & Oliveira, L.G. (2008). A perturbação da ansiedade generalizada. Recuperado em Maio 2009 de *Portal dos Psicólogos. Psicologia.com.pt*

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2004). Dicionário Médico. Lisboa: Climepsi Editores.

Mason, V. L., Skevingtin, V. L. & Osborn, M. (2008). The quality of life of people in chronic pain: Developing a pain discomfort module for use with the WHOQOL. *Psychology and Health*, 23(2), 135-154.

McCraken, L.M. & Gross, R. T. (1998). The role os pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: Preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 179-189.

McParland, J. L., Whyte, A. & Murphy-Black, T. (2005). An exploration of adjustment to pain: Interactions with attributions and individual differences variables. *Psychology and Health*, 20(1), 19-33.

Melzack, R. & Wall, P. (1982). *The Challenge of Pain*. Penguin Books: Harmondsworth.

Mercato, A. C., Côté, P., Carroll, L. J. & Cassidy, J. D. (2000). Coping with neck and low back pain in general population. *Health Psychology*, 19(4), 333-338.

Merck Sharp & Dohme - Empresa Farmacêutica (n.d.). *Doenças reumáticas: Lombalgia*. Recuperado em Junho 2009 www.msd-brasil.com

Miró, J. (2006). *Dolor Crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica* (2º Ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Molt, R.W. & McAuley E. (2009). Pathways between physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis. *Health Psychology*, 28(6), 682-689.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237.

Price, D.D., McGrath, P.A., Rafii, A. & Buckingham B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1), 45-56.

Queiroz, M. V. (Coord.) (2002). *Reumatologia: Fundamentos*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Schwob, M. (1994). *A Dor*. Lisboa: Instituto Piaget.

Snow-Turek, A.L., Norris, M.P., & Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64, 455-462.

Smith, T. W., Aberger, E. W., Follick, M.J. & Ahern, D. K. (1986). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 573-575.

Soares-Araújo, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 101-112.

Soriano, J. & Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionário de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.

Tan, G., Jensen, M.P., Thornby, J. & Sloan, P. A. (2008). Negative emotions, pain and functioning. *Psychological Services*, 5(1), 26-35.

Tennen, H., Affleck, G. & Zaura, A. (2006). Depression history and coping with chronic pain: A daily process analysis. *Health Psychology*, 25(3), 370-379.

Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70(3), 678-690.

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital and anxiety and depression scale.
Acta Psiquiátrica Scandinavica, 7, 361-370

XI. Anexos

ANEXO 1

Questionário de Afrontamento à Dor (QAD-R)

© Soriano, J. & Monsalve, V. (2002)

Seguidamente encontrará uma série de frases relacionadas com o que você faz quando tem dor. Para responder, **coloque uma cruz** na casa que reflecte a sua forma de actuar. Neste questionário **não existem respostas certas ou erradas**, interessa-nos simplesmente saber a sua opinião. Por favor, **não deixe nenhuma pergunta sem resposta**. Muito obrigado.

ITEM		<i>Nunca</i>	<i>Poucas Vezes</i>	<i>Nem muitas nem poucas</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
1	Ignoro a dor pensando noutra coisa					
2	Falo com um profissional (médico, psicólogo, padre, etc.) do problema, para que me ajude a enfrenta-lo					
3	Rezo para me curar					
4	Procuro algum amigo ou familiar que me compreenda e me ajude a sentir melhor com a dor					
5	Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor, esperando que desapareça					
6	Quando tenho dor não me rendo, luto					
7	Quando tenho dor penso noutra coisa					
8	Falo com alguém que pode fazer algo de concreto sobre a minha dor					
9	Rezo para conseguir força e um caminho para o problema.					
10	Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, porque a partilha dos meus sentimentos me faz sentir melhor					
11	Quando tenho dor concentro-me nela e tento diminui-la mentalmente					
12	Animo-me para aguentar a dor					
13	Tento recrear mentalmente uma paisagem					
14	Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor					
15	Utilizo a fé para aliviar as minhas dores					
16	Quando tenho dor, tento falar com alguém e contar-lhe o que se passa comigo. Isto ajuda-me					

	a suportar a dor					
17	Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para a tentar controlar					
18	Digo a mim mesmo que tenho de ser forte					
19	Quando tenho dor imagino situações agradáveis					
20	Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe como devo superar a situação					
21	Rezo para que as minhas dores desapareçam					
22	Falo com as pessoas acerca da minha dor, porque falar me ajuda a sentir melhor					
23	Concentro-me no ponto que mais me dói tentando diminuir a dor					
24	Penso que tenho de ter forças e não desfalecer					

ANEXO 3

Hospital Anxiety and Depression Scale

(Escala de Depressão e Ansiedade)

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente. Leia cada pergunta e sublinhe a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido na última semana. Não perca muito tempo com as respostas; a sua primeira reacção a cada pergunta talvez seja mais exacta do que uma resposta muito pensada. As informações que os fornecer serão inteiramente confidenciais.

A 1 – Sinto-me tenso ou apreensivo.

1. A maior parte das vezes
2. Muitas vezes
3. De vez em quando
4. Nunca

D 2 – Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes.

1. Tanto como antes
2. Não tanto como antes
3. Só um pouco
4. Quase nada

A 3 – Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer.

1. Nitidamente e muito forte
2. Sim, mas não muito forte
3. Um pouco, mas não me incomoda
4. De modo algum

D 4 – Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas.

1. Tanto como habitualmente
2. Não tanto como habitualmente
3. Sem duvida que agora muito menos
4. Nunca

A 5 – Tenho a cabeça cheia de preocupações.

1. A maior parte do tempo
2. Muitas vezes
3. De vez em quando
4. Raramente

D 6 – Sinto-me bem - disposto.

1. Nunca
2. Poucas vezes
3. Bastantes vezes
4. Quase sempre

A 7 - Consigo estar a vontade e sentir-me descontraído.

1. Sempre
2. Habitualmente
3. Algumas vezes
4. Nunca

D 8 – Sinto-me lento

1. Quase sempre
2. Muitas vezes
3. Algumas vezes
4. Nunca

A 9 – Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago.

1. Nunca
2. De vez em quando
3. Muitas vezes
4. Quase sempre

D 10 – Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto.

1. Completamente
2. Não tenho tanto cuidado como devia
3. Talvez menos interesse do que antes
4. O mesmo interesse de sempre

A 11 – Sinto-me impaciente e não consigo estar parado.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

D 12 – Penso com prazer nas coisas futuras.

1. Tanto como habitualmente
2. Menos que anteriormente
3. Bastante menos que antes
4. Quase nunca

A 13 – Tenho sensações súbitas de pânico.

1. Muitas vezes
2. Bastantes vezes
3. Algumas vezes
4. Nunca

D 14 – Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou com bom programa de rádio ou televisão.

1. Muitas vezes
2. Algumas vezes
3. Poucas vezes
4. Muito raramente

