



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

**EXPRESSÃO DA DOR, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
DOENTES COM LOMBALGIAS RECORRENTES**

Tese para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Autor: Jorge Manuel da Costa Gonçalves

Orientador: Professor Doutor António Mendes Pedro

Dezembro de 2015

Lisboa

A Ti que sempre me acompanhaste

AGRADECIMENTOS

Indubitavelmente, empreender esta longa aventura não teria sido possível sem o esforço, a colaboração e o apoio de muitos companheiros de viagem, razão pela qual quero manifestar o meu mais profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que, de uma ou outra maneira, tornaram possível que este trabalho se corporizasse, enriquecendo a minha viagem.

Em primeiro lugar, ao orientador deste trabalho, Professor Doutor António Mendes Pedro, que guiou os meus passos ao longo desta sinuosa travessia, por contagiar-me com a sua paixão pelo estudo da psicossomática, pela partilha de experiência e pela partilha de muito do seu saber. E muito especialmente pelo apoio persistente, atentos conselhos, esforço que permitiu que não desmotivasse, tornando-se imprescindível para levar a cabo este empreendimento.

Do mesmo modo, estendo os meus agradecimentos ao Departamento de Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, em particular ao Professor Doutor João Hipólito, à Professora Doutora Odete Nunes, ao Professor Doutor José Subtil e à Dra. Luísa Ferreirinho, bem como a todo o corpo docente que, durante estes anos, constituiu o caminho para que este dia chegasse.

Agradeço a todos aqueles a quem reiteradamente recorri para a recolha de informação, pela disponibilidade prestada e a seriedade com que receberam o pedido de colaboração, que materializou a parte empírica deste trabalho. Uma palavra de gratidão a todos os médicos, enfermeiros e pacientes, pois constituíram-se como imprescindíveis nesta investigação.

Ao Professor Doutor Jorge Mineiro, pela verdade de cada gesto, pela utilidade de cada opinião e pela cumplicidade em ter abraçado este projeto.

Ao Professor Doutor Paulo Lopes, cuja amizade e tributo neste projeto foi pautado por preocupação permanente, absoluta disponibilidade, e apoio incondicional e auxílio em tudo o que necessitei no âmbito da elaboração das análises estatísticas.

À Professora Doutora Carla Lopes, pela sua estima e pelo vital contributo nesta tese, partilhando os mais diversos contactos que congregou ao longo da vida e do seu percurso profissional.

Ao Professor Doutor Pedro Cunha, pelo acolhimento e contribuições de carácter teórico-metodológico e na abordagem psicossocial.

Não alcançaria palavras capazes de agradecer a generosidade concedida àqueles que têm vivido comigo este momento, um sem fim de companheiros de viagem que,

desinteressadamente, cada um com um sentido muito particular, se revelaram âncoras durante este percurso, em especial à Professora Doutora Mónica Teixeira, à Professora Doutora Rute Meneses, à Professora Doutora Carla Barros, ao Professor Doutor António Rui Leal, ao Professor Doutor Nuno Neves, à Mestre Sofia Refoios, ao Dr. José Paulo Pereira e ao António Soares.

Uma palavra de agradecimento à Dra. Sofia Leitão, pelo empenho e entrega na revisão textual.

Todos sabem o quanto a sua presença, preocupação e disponibilidade foi imprescindível.

Aos meus amigos, que foram um bastão firme e apoio nos momentos de fadiga, que souberam compreender as ausências e fizeram com que cada aparição fosse um momento de alegria. Tudo o que pudesse ser dito seria exíguo perante a generosidade concedida.

Alguns nomes posso ter esquecido, mas definitivamente, sem exceção, quero deixar um sincero agradecimento pelo tempo e interesse a todas as pessoas que, durante o processo de elaboração deste trabalho, me estenderam a mão desinteressadamente e que fizeram com que juntos pudéssemos ter levado a cabo esta investigação.

À minha família, agradeço as palavras de estímulo e confiança depositada.

RESUMO

A dor é uma forma de comunicação unipessoal, caracterizada por uma experiência de caráter multifatorial (Breton, 2007) que, quando mal interpretada, exalta reações nas diversas dimensões: física, psicológica, emocional, social, laboral, familiar, relacional, entre outras (Hwang et al., 2011). Quando recorrente, com duração superior a seis meses, pode associar-se a um processo clínico patológico, ou seja, a dor crónica (Loeser, 2011).

As lesões musculoesqueléticas, em particular a lombalgia, pela sua frequência, têm sido consideradas a causa mais comum de incapacidade crónica (Taimela, Negrini, & Paroli, 2004). É, igualmente, um problema socioeconómico, pelas consequências que lhe estão inerentes, nomeadamente a nível laboral, emocional, cultural e cognitivo (Petit, Fouquet, & Roquelaure, 2015).

O objetivo do presente estudo é exploratório. Propõe-se analisar algumas das dimensões da lombalgia recorrente, tendo em consideração a sua etiologia multifatorial.

A amostra foi constituída por 120 sujeitos portugueses ($M_{Idade} = 48.88$; $DP = 16.34$), que afirmaram sofrer de dor na região lombar, sendo 41.7% detentores de grau de habilitações superior, 69.2% empregados e 57.5% casados ou em união de facto.

Para recolha da informação, recorreu-se a um questionário (adaptado de Gonçalves, 2008), sobre os dados demográficos e avaliação musculoesquelética; ao *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ) – versão Portuguesa, para avaliação da dor; ao *The State-Trait Anxiety Inventory* – Forma Y-1 e Y-2 (STAI), para a ansiedade; e ao *Beck Depression Inventory – II* (BDI-II), para a depressão.

A utilização das técnicas de análises de dados seguiu dois critérios: por um lado, os objetivos pretendidos requereram determinadas aplicações matemáticas; por outro, as características dos mesmos exigiram estatísticas ajustadas. O recurso ao modelo *Rasch* e à estatística inferencial permitiu constituir um quadro abrangente de compreensibilidade dos fatores em estudo.

Os resultados revelaram que as categorias de resposta dos instrumentos *STAY* e *BDI-II* cumprem os critérios propostos por Linacre (2002), ou seja, os estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo e, a nível das qualidades psicométricas, a precisão das medidas dos itens e sujeitos é adequada, apontando para medidas úteis, eficazes e produtivas na avaliação da ansiedade e da depressão. Observou-se que 75.0% da amostra refere sofrer de problemas ao nível da coluna vertebral (69.8% dos homens e 77.9% das mulheres) e 75.8% refere dores musculares (69.8% dos homens e 79.2% das mulheres). Os homens apresentaram valores de Índice de Massa Corporal (IMC) superiores aos das mulheres e

mencionam mais lombalgias, comparativamente às mulheres, e sofrem desta sintomatologia, em média, há mais tempo do que as mulheres.

A maioria da amostra afirmou sofrer de problemas de coluna vertebral e apontou a região lombossagrada como a mais afetada, caracterizando a dor, na maioria dos casos, como bilateral e/ou episódica, local, de intensidade moderada, e com maior expressão ao levantar e ao final do dia.

Como conclusão, verificamos que os resultados vão ao encontro da literatura, demonstrando que, perante a elevada taxa de dor, se afigura premente a necessidade de uma abordagem dissemelhante e holística, como forma de minimizar o sofrimento e os problemas socioeconómicos colaterais que dela advém.

Palavras-chave: Expressão da dor, ansiedade, depressão, lombalgias recorrentes

ABSTRACT

Pain is a form of individualized communication characterized as an experience of multifactorial nature (Breton, 2007), which, when misunderstood, exalts significant reactions in several dimensions - physical, psychological, emotional, social, labour, family, relational, among others (Hwang et al., 2011). When recurrent, lasting more than six months, it can be associated with a clinical pathological process, that is to say, chronic pain (Loeser, 2011).

Musculoskeletal lesions, low back pain in particular, due to its frequency, have been considered the most common cause of chronic disability in industrialized countries (Taimela, Negrini, & Paroli, 2004). It is also a socio-economic problem due to its consequences, namely at various levels: labour, emotional, cultural and cognitive (Petit, Fouquet, & Roquelaure, 2015).

The purpose of this study is exploratory. Its aim is to analyse some of the low back pain dimensions, taking into account its multifactorial etiology.

The sample consisted of 120 Portuguese subjects ($M_{Idade} = 48.88$; $DP = 16.34$), who claimed to suffer from pain in the lumbar region, and 41.7% held a higher education degree, 69.2% were employed and 57.5% married or living in consensual union.

To gather the information, we used a questionnaire (adapted from Gonçalves, 2008) about demographic data and musculoskeletal evaluation; *The McGill Pain Questionnaire (MPQ)* Portuguese version, to evaluate pain; *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Y-1 and Y-2* Form, to study anxiety; and the *Beck Depression Inventory - II (BDI-II)*, to study depression.

The use of the techniques of data analysis followed two criteria: on the one hand, the intended objectives required certain mathematical applications; on the other hand, their characteristics required adjusted statistics. The recurrence to the *Rasch* model and to inferential statistics enabled to build a framework of holistic responsiveness of the factors under study.

The results revealed that the response categories of the *STAI* and the *BDI-II* instruments meet the criteria proposed by Linacre (2002) that the statistical adjustments (infit and outfit) are all within the productive limit and that, considering psychometric qualities level, the precision of the items the subjects measures are adequate, which indicates they are useful, effective and productive measures to evaluate anxiety and depression. We observed that 75.0% of the sample reported to suffer from spinal problems (69.8% of the men and 77.9% of the women) and 75.8% reported muscle aches (69.8% of the men and 79.2% of the women). Men presented Body Mass Index values above those of women and, compared to them, mentioned more back pain, and suffer from this symptom, on average, longer than women.

Most claimed to suffer from spinal problems and indicated the lumbosacral region as the most affected, characterizing pain, in most cases, as bilateral and/or occasional, local, of moderate intensity, and with greater expression when getting up and at the end of the day.

In conclusion, we can observe that the results meet the literature, demonstrating, given the high level of pain, the urgent need for a dissimilar holistic approach, so as to minimize the suffering and the collateral socio-economic problems it causes.

Keywords: Expression of pain, anxiety, depression, recurrent low back pain

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
<i>Parte Teórica</i>	7
Capítulo I - Compreender a Dor	9
1.1 Evolução Histórica do Conceito da Dor	9
1.2 Conceito e Classificação	17
1.2.1. Conceito de dor	18
1.2.2. Classificação da dor	21
1.2.2.1. Modelo de dor de Melzack e Casey	21
1.2.2.2. Modelo de dor de Loeser	26
1.3 Coluna Vertebral	28
1.4 Taxonomia da Dor	31
1.4.1. Critério temporal da dor	32
1.4.2. Etiologia da dor	34
1.4.3. Intensidade e localização da dor	36
1.5 Percepção da Dor	37
1.5.1. Dor lombar	40
1.5.2. Dor lombar recorrente	46
1.6 Etiopatogenia da Lombalgia	47
Capítulo II - Estados Emocionais Associados à Lombalgia	49
2.1 Ansiedade	50
2.1.1. Modelo de Ansiedade Traço/Ansiedade Estado	53
2.1.2. Modelo Transacional do Stresse de Lazarus	54

2.2 Depressão	57
2.2.1. Modelo Cognitivo de Depressão de Beck	61
2.3 Ansiedade, Depressão, Dor Crónica e Lombalgia	67
Capítulo III – A Perceção das Consequências Psicossociais das Lombalgias	75
3.1 O Processo Precetivo da Dor	76
3.2 A Perceção das Consequências Psicológicas das Lombalgias	77
3.3 A Perceção das Consequências Sociais das Lombalgias	79
Capítulo IV – A Relevância das Características Pessoais na Incidência das Lombalgias	83
4.1 Sexo	83
4.2 Idade	85
4.3 Índice Massa Corporal	86
4.4 Estado Civil	87
<i>Parte Empírica</i>	91
Capítulo V - Metodologia	93
5.1 Estudo 1	93
5.1.1. Objetivos	93
5.1.2. Hipóteses	94
5.1.3. Instrumentos	95
5.1.4. Procedimentos	101
5.1.5. Caracterização sociodemográfica da amostra	104
5.1.6. Tratamento estatístico e técnicas de análise de dados	110
5.2 Estudo 2	112
5.2.1. Apresentação e objetivos do estudo	112
5.2.2. Instrumentos	113
5.2.3. Procedimentos	114
5.2.4. Caracterização sociodemográficas da amostra	115
5.2.5. Técnica de análise de dados	116

Capítulo VI – Análise e Discussão de Resultados	117
6.1 Estudo 1	118
6.1.1. Análises diferenciais das características sociodemográficas da amostra	118
6.1.2. Dados da avaliação musculoesquelética (decorrentes do questionário de elaboração própria)	119
6.1.2.1. Problemas da coluna vertebral	119
6.1.2.2. Dores musculares	125
6.1.3. Avaliação da dor através do Questionário de Dor de McGill	131
6.1.4. Análise de <i>Rasch</i>	138
6.1.4.1. Análise das categorias de resposta da ansiedade - <i>The State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI – Forma Y1 e 2), através do Modelo de <i>Rasch</i>	139
6.1.4.1.1. <i>STAI – Forma Y1</i>	139
6.1.4.1.2. <i>STAI – Forma Y2</i>	142
6.1.4.2. Avaliação da depressão - <i>Beck Depression Inventory – II</i> (BDI-II)	145
6.1.5. Análises diferenciais	148
6.1.5.1. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função do padrão de dor utilizando a <i>Anova One-way</i>	148
6.1.5.2. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de se sofre de problemas na coluna vertebral, utilizando o teste <i>t-Student (t)</i>	149
6.1.5.3. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de se sofre frequentemente de dores musculares, utilizando o teste <i>t-Student (t)</i>	150
6.1.5.4. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de depressão, utilizando o teste <i>t-Student (t)</i>	151
6.1.5.5. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função da intensidade de dor na coluna vertebral, utilizando o teste <i>Anova One-Way (F)</i>	152
6.1.5.6. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função da intensidade de dores musculares, utilizando o teste <i>Anova One-Way (F)</i>	153
6.1.6. Análises correlacionais das variáveis em estudo	155
6.1.7. Comentários finais	157

6.2 Estudo 2	158
6.2.1. Análise da categoria lombalgias	159
6.2.2. Análise da categoria trabalho	162
6.2.3. Análise da categoria família	163
6.2.4. Análise da categoria estado emocional	165
6.2.5. Análise da categoria social	166
6.2.6. Análise da categoria aceitação	168
6.2.7. Análise da categoria futuro	169
6.2.8. Comentários finais	170
Conclusões	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
Anexos	

Índice Figuras

Figura 1.1.	Diagrama esquemático da Teoria do Portão de Controlo de Dor de Melzack e Wall (Melzack, & Wall, 1965)	24
Figura 1.2.	Componentes necessários e suficientes para a descrição do fenómeno de dor (Loeser, 2009)	28
Figura 1.3.	Coluna Vertebral (Netter, 1998)	29
Figura 1.4.	Vértebra Típica Lombar (Netter, 1998)	30
Figura 1.5.	Disco Intervertebral (Netter, 1998)	30
Figura 1.6.	Escala Visual Analógica (EVA)	38
Figura 1.7.	Escala de Avaliação Verbal (EAV)	39
Figura 1.8.	Escala de Avaliação Numérica (EAN)	39
Figura 1.9.	Questionário McGill da Dor (MPQ), versão Portuguesa, Adaptado de Melzack (1980)	39
Figura 2.1.	Modelo Transaccional de Stresse. Adaptado de Antoniazzi, Dell’Aglia, e Bandera (1998)	55
Figura 2.2.	O papel da avaliação no stresse. Adaptado de Ogden (2000)	56
Figura 2.3.	O Modelo Cognitivo (Beck, 1997)	64
Figura 2.4.	Exemplos de Distorções Cognitivas	65
Figura 2.5.	Perfil Transversal de Ansiedade Clínica e Depressão Clínica (Akiskal, 2000)	67
Figura 6.1.	Ajuste da dimensão Ansiedade-Estado com quatro categorias de resposta	140
Figura 6.2.	Ajuste da dimensão Ansiedade-Traço com quatro categorias de resposta	143
Figura 6.3.	Ajuste da BDI-II – Depressão - com quatro categorias de resposta	146

Índice Tabelas

Tabela 5.1	Percentagem de participação no estudo	103
Tabela 5.2	Percentagem de participação válida no estudo	104
Tabela 5.3	Distribuição por sexos dos sujeitos da amostra	104
Tabela 5.4	Estatística descritiva da idade dos sujeitos da amostra	105
Tabela 5.5	Distribuição etária dos sujeitos da amostra	105
Tabela 5.6	Distribuição dos sujeitos da amostra por IMC	105
Tabela 5.7	Distribuição dos sujeitos da amostra segundo as habilitações literárias	106
Tabela 5.8	Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a profissão	106
Tabela 5.9	Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o estado civil	107
Tabela 5.10	Percentagem de frequências dos sujeitos que afirma sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica	107
Tabela 5.11	Percentagem de frequências da enfermidade, síndrome ou doença crónica referidas pelos sujeitos	108
Tabela 5.12	Percentagem de frequências de há quantos anos sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica	109
Tabela 5.13	Percentagem de frequências da classificação da sua saúde de forma geral	109
Tabela 5.14	Quadro resumo do guião de entrevista	114
Tabela 5.15	Características sociodemográficas da amostra constituinte do estudo 2	116
Tabela 6.1	Diferenças de diferenças de médias de idades em função do sexo (<i>test-t-Student</i>)	118
Tabela 6.2	Diferenças de diferenças de médias de IMC em função do sexo (<i>test-t-Student</i>)	118
Tabela 6.3	Diferenças de diferenças de médias de sofrimento enfermidade, síndrome ou doença crónica (em anos) em função do sexo (<i>test-t-Student</i>)	119
Tabela 6.4	Percentagem de frequências da questão “Sofre de problemas da coluna vertebral” em função do sexo e do estado civil	119
Tabela 6.5	Estatística descritiva de há quantos anos sofre de problemas da coluna vertebral	120
Tabela 6.6	Diferença de médias de Idade e IMC em função “Sofre de problemas da coluna vertebral” (<i>test-t-Student</i>)	120

Tabela 6.7	Percentagem de frequências de qual a região da coluna vertebral é mais significativamente afetada	121
Tabela 6.8	Percentagem de frequências da dor na coluna vertebral em termos de posicionamento e temporalidade	121
Tabela 6.9	Percentagem de frequências quanto ao tipo de dor na coluna vertebral	122
Tabela 6.10	Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral	122
Tabela 6.11	Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral, em diversas situações	123
Tabela 6.12	Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral, em diversas situações nos homens e nas mulheres	124
Tabela 6.13	Percentagem de frequências qual o período do dia em que mais se evidenciam as dores na coluna vertebral	124
Tabela 6.14	Percentagem de frequências da questão “Sofre frequentemente de dores musculares”	125
Tabela 6.15	<i>Crosstabulation</i> “Sofre de problemas na coluna vertebral” e “Sofre frequentemente de dores musculares” em função do sexo e do estado civil	126
Tabela 6.16	Estatística descritiva de há quantos anos sofre de dores musculares	126
Tabela 6.17	Diferença de médias de Idade e IMC em função “Sofre frequentemente de dores musculares” (<i>test-t-Student</i>)	126
Tabela 6.18	Percentagem de frequências da região mais significativamente afetada pelas dores musculares	127
Tabela 6.19	Percentagem de frequências de dores musculares em termos de posicionamento e temporalidade	127
Tabela 6.20	Percentagem de frequências quanto ao tipo de dores musculares	128
Tabela 6.21	Percentagem de frequências quanto à intensidade das dores musculares	129
Tabela 6.22	Percentagem de frequências quanto à intensidade dores musculares, em diversas situações	129
Tabela 6.23	Percentagem de frequências quanto à intensidade das dores musculares, em diversas situações nos homens e nas mulheres	130
Tabela 6.24	Percentagem de frequências qual o período do dia em que mais se evidenciam as dores musculares	130

Tabela 6.25	Diferença estatística nas variáveis quantas horas permanece sentado e de pé durante o dia, há quanto tempo (anos) sofre de problemas na coluna vertebral e há quanto tempo (anos) sofre de dores musculares em função do sexo (<i>test-t-Student</i>).	131
Tabela 6.26	Percentagem de frequência da variável sobre a(s) zona(s) do corpo onde sente dor	132
Tabela 6.27	Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão sensitiva do questionário de dor de McGill	133
Tabela 6.28	Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão afetiva do questionário de dor de McGill	134
Tabela 6.29	Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão avaliativa do questionário de dor de McGill	135
Tabela 6.30	Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão mista do questionário de dor de McGill	135
Tabela 6.31	Percentagem de frequências de descrição do padrão da dor	136
Tabela 6.32	Percentagem de frequências do PRI, dor que sente neste momento	137
Tabela 6.33	Percentagem de frequências de como caracterizam o sono	137
Tabela 6.34	Percentagem de frequências dos sintomas associados à dor	138
Tabela 6.35	Estatística correspondente às categorias da Ansiedade-Estado	140
Tabela 6.36	Características Psicométricas dos 20 itens da Ansiedade-Estado	141
Tabela 6.37	Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de <i>Cronbach</i> da dimensão da STAI – Ansiedade-Estado para quatro categorias de resposta	142
Tabela 6.38	Estatística correspondente às categorias da Ansiedade-Traço	143
Tabela 6.39	Características psicométricas dos 20 itens da Ansiedade-Traço	144
Tabela 6.40	Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de <i>Cronbach</i> da dimensão da STAI – Ansiedade-Traço sem o item 12 para quatro categorias de resposta	145
Tabela 6.41	Estatística correspondente às categorias da Depressão (BDI)	146
Tabela 6.42	Características psicométricas dos 21 itens da BDI	147
Tabela 6.43	Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de <i>Cronbach</i> da Depressão para quatro categorias de resposta	148

Tabela 6.44	Estudo das diferenças no STAI-Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função do padrão de dor, utilizando o teste <i>Anova One-Way</i>	149
Tabela 6.45	Estudo das diferenças no STAI-Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofre de problemas na coluna vertebral, utilizando o teste <i>t-Student</i> .	150
Tabela 6.46	Estudo das diferenças no STAI-Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofre frequentemente de dores musculares, utilizando o teste <i>t-Student</i> .	151
Tabela 6.47	Estudo das diferenças no STAI-Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofrer de depressão, utilizando o teste de <i>t-Student</i> .	152
Tabela 6.48	Estudo das diferenças no STAI-Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em intensidade da dor na coluna vertebral, utilizando o teste <i>Anova One-Way</i>	153
Tabela 6.49	Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI-Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em intensidade da dor muscular, utilizando o teste <i>Anova One-Way (F)</i>	154
Tabela 6.50	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> das variáveis incluídas no estudo	155
Tabela 6.51	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> das variáveis intensidade da dor na coluna vertebral, intensidade das dores musculares, MPQ Total, STAI Y1 Estado e STAI Y2 Traço e Total BDI	156
Tabela 6.52	Diferença estatística nas variáveis STAI Y1 Estado, STAI Y2 Traço, Total BDI e MPQ Total (<i>test-t-Student</i>).	157

Índice Siglas

AE	Ansiedade Estado
A-Estado	Ansiedade Estado
APA	American Psychiatric Association
AT	Ansiedade Traço
A-Traço	Ansiedade Traço
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i>
cf.	Conferir
COF	Córtex Orbital Frontal
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
DLR	Dor Lombar Recorrente
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
E-Ansiedade	STAI Forma Y-1
e.g.	Por exemplo
EAN	Escala de Avaliação Numérica
EAV	Escala de Avaliação Verbal
EVA	Escala Visual Analógica
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IBQ	<i>The Illness Behaviour Questionnaire</i>
Infit	Média Quadrada Estandardizada dos Resíduos
IMC	Índice de Massa Corporal
INS	Instituto Nacional de Saúde
M	Média
MCD	Modelo Cognitivo de Depressão
MPQ	<i>The McGill Pain Questionnaire</i> – Questionário McGill da Dor (versão portuguesa)
MTE	Modelo Transacional de Stresse
NRS	<i>Numerical Rating Scale</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
Outfit	Média Quadrada Estandardizada dos Resíduos

<i>p</i>	Nível de Significância
p.	Página
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
PDM	Perturbação Depressiva Major
PIB	Produto Interno Bruto
PORDATA	Base de Dados Portugal Contemporâneo
PPI	Intensidade da Dor Presente
PRI	<i>Pain Rating Index</i>
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
STAI	The State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y
T-Ansiedade	<i>STAI</i> Forma Y-2
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TPCD	<i>Gate Control Theory</i>
(<i>t</i>)	Teste do <i>T-Student</i>
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>
VRA	<i>Verbal Rating Scale</i>

INTRODUÇÃO

“Lamentar uma dor passada, no presente,
é criar outra dor e sofrer novamente.”

William Shakespeare (s.d.)

A lombalgia é o sintoma musculoesquelético que mais prevalece em todos os distúrbios da coluna vertebral. Na medida em que é um importante problema de saúde pública, devido à alta taxa de prevalência, às repercussões consideráveis e ao nível da incapacidade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004; Picavet, 2010; Taimela, Negrini, & Paroli, 2004), pode ter importantes consequências nas diversas áreas da vida do indivíduo, razão pela qual se constitui num motivo de elevada preocupação nas áreas da saúde (Ladeira, 2011), o que justifica a necessidade de nos debruçarmos sobre esta temática. O interesse pela minimização das consequências que advém deste tipo de patologia potenciadoras de limitações na qualidade de vida dos indivíduos servirá de ajuda para a compreensão e a humanização dos profissionais de saúde que se deparam todos os dias com esta sintomatologia.

De igual forma, afigurou-se-nos pertinente investigar, de forma acurada, os aspetos psicológicos envolvidos nesta temática, para uma compreensão holística da problemática, de modo a possibilitar uma ajuda mais capaz ao doente com lombalgia recorrente. A dor crónica diferencia-se da dor aguda, desencadeada pelo Sistema Nervoso Central, que pode surgir como alerta do organismo aquando de dano ou sem alguma causa aparente.

A causa mais comum de incapacidade crónica, em países industrializados, é a lesão musculoesquelética, sendo a lombalgia a maior responsável por esta ocorrência (Taimela et al., 2004), representando mais de 315.000.000 de consultas ambulatoriais por ano, estimando-se que 60% a 85% da população mundial experiencie, em algum momento da sua vida, dor lombar (Burton et al., 2004; Ehrlich, 2003; Janwantanakul et al., 2011; Silva et al., 2004) e que 2% a 7% da população geral desenvolverá dor lombar crónica (Burton et al., 2006). A dor lombar tem graves consequências aos mais diversos níveis, tais como: emocionais, culturais, ambientais, cognitivos, biológicos e psicossociais.

É, igualmente, um problema socioeconómico, pois gera aumento do absentismo laboral (Ladeira, 2011; Thelin et al., 2008; Woolf, & Pfleger, 2003). Os dados disponíveis indicam que a dor crónica se apresenta com impacto significativo quer na qualidade de vida e saúde quer na capacidade produtiva da população (Gouveia, & Augusto, 2010).

A etiologia da dor é multifatorial e escassamente conhecida, sendo que a sua etiologia específica somente é conhecida entre 5% a 10% dos casos (Krismer, & van Tulder, 2007).

A dor lombar é amplamente mutável, podendo existir episódios que permanecem durante uns dias ou persistir por muitos anos (Hoy et al., 2010). Face a estes acontecimentos, os indivíduos que experienciam dor lombar durante um período de dias terão predisposição para vivenciarem episódios recorrentes (Hestbaek, Leboeuf-Yde, & Manniche, 2003).

O curso da dor lombar é variável, ocorrendo em fases de dor transitória, recorrente e crónica (Stanton et al., 2008; Von Korff, 1994), acompanhada de episódios agudos (Andersonn, 1999; Thelin et al., 2008) que não se resolvem totalmente e, como consequência, os indivíduos tendem a experienciar agravamentos de dor lombar crónica.

Após um episódio de lombalgia aguda, a taxa de recorrência é de 40%-70%, no espaço de um ano, ou seja, indivíduos que apresentem um evento de dor lombar tendencialmente são propensos à ocorrência recorrente (Stanton et al., 2008; Von Korff, 1994).

A dor lombar crónica não é, necessariamente, consequência de doenças específicas, mas de um conjunto diversificado de causas (Silva et al., 2004), sendo vários os fatores predisponentes, precipitantes e/ou de manutenção da dor. De igual modo, quando o indivíduo é confrontado com o diagnóstico de doença, irá experienciar uma série de alterações no seu estado emocional, designadamente ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007), que poderão aliviar ou exacerbar a experiência dolorosa.

Neste sentido, a dor é um processo individual, complexo, subjetivo e multidimensional e, embora seja frequente a identificação de uma causa física referente à área real ou potencialmente lesada, tal nem sempre acontece, havendo relatos de existência de dor em que não existem áreas lesadas. A dor é sempre um estado psicológico a que se associam experiências prévias de eventos dolorosos, estados emocionais e história pessoal e familiar (International Association for the Study of Pain [IASP], 1986, 1994), sendo vivenciada e ou percecionada de diferentes formas, quer seja a nível emocional, comportamental ou cognitivo (Sousa, 2002).

Dado ser vivenciada de forma única e pessoal, o modo como cada sujeito a expressa quer a nível verbal quer comportamental é individual (Dias, & Brito, 2002). Este fenómeno da dor encontra-se associado à cultura, à religião e a crenças e, assim, o significado que cada um confere à dor e ao meio de a atenuar é, igualmente, distinta (Fleming, 2003). O indivíduo analisa e interpreta a dor em função do que sente ou do que perspectiva poder acontecer na tentativa de compreender a sua experiência dolorosa (Pimenta, 1999), considerando que nem todo o sofrimento é causado por dor física (Cheville, Caraceni, & Portenoy, 2000; Loeser, 2009).

Loeser (2009) refere que o sofrimento, que surge quando a integridade física e/ou psicológica do indivíduo é ameaçada, representa a resposta afetiva negativa cujas causas assentam num conjunto de fatores que incluem dor, medo, ansiedade e perda.

Estados de dor aguda, antes descrita como transitória e que se manifesta num período de dias ou semanas inferior a seis meses, podem afetar a integridade física (Boyd, 2002; Gala, Lupiani, Guillén, Gómez, & Lupiani, 2003; Marquez, 2011; Teixeira, 2009). Por seu lado, a dor crónica decorre do prolongamento da dor aguda, sendo persistente, mesmo após as lesões estarem recuperadas. Neste sentido, autores como Carvalho (1999), Marquez (2011), Tasker e Dostrovsky (1989) e Teixeira (2009) salientam que a dor crónica não responde positivamente a qualquer terapia convencional e constitui uma causa incapacitante importante. A dor crónica reflete um processo clínico patológico ou dor reiterada em intervalos de tempo prolongados, com uma duração superior a seis meses (Boyd, 2002; Gala et al., 2003; Grabois, 2002, Loeser, 2011). A distinção de dor aguda de dor crónica assenta neste critério temporal. Segundo Bonica (1990), dor crónica é a que subsiste um mês após o curso normativo de uma dor aguda ou da duração plausível para o ferimento recuperar. A dor crónica, em especial, leva a associações significativas com as componentes psicológica e social (Brandão, 2006; Turk, 1999).

O conhecimento destes fatores são essenciais para determinar estratégias terapêuticas ajustadas, promovendo a integração do paciente em terapia cognitivo-comportamental (Cheville et al., 2000).

As doenças do foro psicológico, como a depressão e a ansiedade, manifestam-se de uma forma característica, similarmente ao que acontece com outros problemas de saúde. No que se refere à ansiedade não patológica, a ansiedade pode ser adaptativa, antecipando uma ameaça iminente e motivando medidas fundamentais, e atua como um sinal de alarme ou de defesa (Fonseca, 1997; Lumley et al., 2011; Yager, & Gitlin, 2000).

Este estado emocional é variável de indivíduo para indivíduo e de situação para situação. A ansiedade caracteriza um estado emocional que pode condicionar a atividade quotidiana do indivíduo, apresentando um conjunto de sinais e sintomas diversos (American Psychiatric Association [APA], 2006). Manifesta-se afetiva e emocionalmente e é acompanhada de sentimentos incómodos, tais como medo, sensação de perigo iminente, inquietude (Yager, & Gitlin, 2000), apreensão, não tranquilidade, expectativa, preocupação exacerbada e mal-estar (Fonseca, 1997; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

Quando o indivíduo analisa as condições para enfrentar determinada situação, avalia a mesma com a necessidade de utilização de recursos superiores aos que dispõe, inicia um processo de stresse, do qual faz parte a experiência afetiva do stresse, sentimentos de ansiedade

e de angústia, comportamentos associados ao stress e excitação mediada pelo Sistema Nervoso Simpático (SNS) (Bennett, & Murphy, 1999).

De igual modo, se a pessoa não apresenta formas positivas de enfrentar os problemas presentes, poderá emergir para um estado de depressão, inclusivamente não se apercebendo da situação real. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012), a depressão encontra-se entre as vinte causas mundiais de incapacidade e é considerada uma perturbação do estado de humor. Esta constitui um importante problema de saúde pública, pois afeta o funcionamento psicossocial do indivíduo. Caracteriza-se por vários estados emocionais como tristeza, solidão, insegurança, culpa, deceção e desespero. Estima-se que 350 milhões de indivíduos sofram de perturbações depressivas em todo o mundo (Marcus, 2012).

Quando os sujeitos se percecionam a si mesmos, ao mundo e ao futuro negativamente (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Cláudio, 2009; Telles-Correia, & Barbosa, 2009), o seu estado emocional é invadido por pensamentos de cariz automático, cuja origem não assenta na decisão ou no raciocínio e que, conseqüentemente, facilita a ocorrência de reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (Beck, 1997; Knapp, & Beck, 2008).

A percepção errónea do acontecimento por parte da pessoa resulta de esquemas e de distorções cognitivas que favorecem a depressão. Segundo Beck (1967, 1976), o indivíduo depressivo está convicto que tudo tem um carácter tão negativo tal como ele vê e perceciona.

A coexistência de dor, de ansiedade e de depressão é comum e pode dificultar a sua gestão, tendo em consideração que conduz ao aumento do recurso aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, os custos inerentes (McLaughlin, Khandker, Kruzikas, & Tummala, 2006). De igual modo, variáveis clínicas como a presença e a intensidade de dor e a comorbidade de perturbações de ansiedade associam-se à severidade da depressão (Katon, Unützer, & Russo, 2010).

As emoções desajustadas podem coexistir e influenciar a progressão da dor/doença, seja aguda ou crónica (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Joyce-Moniz, & Barros, 2005). O indivíduo com sintomas depressivos pode apenas expor queixas de dor, relatos de dor crónica permanente ou ser conducente ao surgimento de sintomatologia depressiva (Teh, Zaslavsky, Reynolds, & Cleary, 2010).

Assim como ocorre na ansiedade, a depressão pode ser causa ou consequência, ser fator de manutenção ou de agravamento da dor ou da doença (Joyce-Moniz, & Barros, 2005). Bener e colaboradores (2013) efetuaram um estudo que contemplava variáveis psicológicas como a

ansiedade, a depressão e a somatização e evidenciaram associações significativas com a dor lombar.

Apesar do elevado número de visitas médicas e o consequente impacto socioeconómico da lombalgia, em Portugal existem poucos trabalhos de investigação sobre esta temática, quer a nível epidemiológico quer ao nível de estudo dos fatores relacionados (Ponte, 2005).

Neste sentido, a presente tese divide-se em duas partes distintas: uma primeira parte, onde se procede a uma conceitualização teórica (desenvolvida nos Capítulos I, II, III e IV); e uma parte empírica (apresentada nos Capítulos V e VI), na qual se caracteriza o trabalho da investigação realizado.

No Capítulo I, elaboramos uma introdução geral à compreensão da dor, procurando analisar os conceitos envolvidos. Dar-se-á especial ênfase aos Modelos da Dor de Melzack e Casey (1968, 1972) e de Loeser (2009). De igual modo, iremos apresentar uma breve descrição da coluna vertebral e, posteriormente, expomos a taxonomia da dor, desde os critérios de temporalidade, etiologia, intensidade, localização e fatores condicionantes, bem como a perceção da dor, da dor lombar e da dor lombar recorrente. Terminaremos com a etiopatogenia da lombalgia.

O segundo Capítulo está inteiramente dedicado à delimitação dos conceitos dos estados emocionais associados às lombalgias, destacando-se a ansiedade (Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012; Yager, & Gitlin, 2000) e a depressão (Akiskal, 2000a,b; Beck, 1997; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Yager, & Gitlin, 2000).

No Capítulo III, abordaremos, numa perspetiva psicossocial, as consequências das lombalgias. Partiremos de uma breve alusão ao processo percetivo da dor (Melzack, 1999; Melzack, & Casey, 1968; Tracey, & Mantyh, 2007), passando pela perceção das consequências psicológicas e sociais das lombalgias (Edwards et al., 2003; Laroche, 2009; Rodrigues, & Gomes, 2008).

Todas as revisões que avaliaram, de uma ou de outra forma, a temática das lombalgias concluíram, de forma quase unânime, que as características pessoais incidem na ocorrência de lombalgias (Dias, & Brito, 2002). Neste sentido, no Capítulo IV efetuámos uma revisão sumária de alguns dos fatores pessoais que concorrem para a ocorrência das lombalgias, nomeadamente o sexo, a idade, o índice de massa corporal (IMC) e o estado civil.

O Capítulo V encontra-se totalmente dedicado à questão da metodologia, sendo expostas as opções metodológicas adotadas para a investigação empírica de cariz quantitativo e qualitativo, respetivamente, nos Estudos 1 e 2, fazendo-se referência aos objetivos, às

hipóteses, aos instrumentos, aos procedimentos, ao tratamento de dados e à amostra em cada um dos referidos estudos.

Assim, a parte empírica da tese é constituída por dois estudos conexos entre si pelo tema central da expressão da dor, da ansiedade e da depressão em doentes com lombalgias recorrentes.

O estudo 1, de cariz quantitativo, apresenta dados provenientes da aplicação de instrumentos, designadamente um questionário de elaboração própria (onde se recolheram dados demográficos, dados de avaliação geral do estado de saúde e dados de avaliação musculoesquelética), o Questionário McGill da Dor (MPQ), versão traduzida e adaptada de *The McGill Pain Questionnaire* (Melzack, 1975), pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, em 2002, cedido por P. L. Ferreira (comunicação pessoal, 9 de dezembro, 2015) (cf. Anexos I e II), o inventário *The State-Trait Anxiety Inventory* – Forma Y (STAI Y-1 e Y-2; Spielberger et al., 1983) e o inventário *The Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996).

O estudo 2, de caráter qualitativo, tem o objetivo fundamental de complementaridade do estudo 1 e baseia-se na exploração de entrevistas semiestruturadas.

O Capítulo VI está inteiramente dedicado à análise e à discussão dos resultados decorrentes do tratamento estatístico relativos aos estudos empíricos desenvolvidos e segue de perto a estrutura de raciocínio adotada da elaboração da presente tese. Neste sentido, iremos percorrer todas as variáveis e, para cada uma delas, apresentar os resultados mais expressivos. Ressalva-se que os resultados serão comentados a partir das análises de estatística descritiva, ou seja, das mais simples até às análises mais complexas.

Por fim, na conclusão, recorre-se à sistematização dos resultados obtidos mais significativos. Concluiremos este capítulo com a apresentação de um conjunto de limitações inerentes à investigação, vantagens, contribuições e sugestões dirigidas a todos quantos se interessem por esta temática.

PARTE TEÓRICA

Capítulo I

Compreender a Dor

A experiência de dor é uma consequência
misteriosa da condição humana
Jaros (1991)

Desde os primórdios que existe dor, sendo experienciada por quase todos os seres humanos. Como tal, desde sempre procurou-se entendê-la, de forma a defini-la, e, por conseguinte, ser diagnosticada e tratada. Contudo, a sua definição e as formas de diagnóstico e de tratamento têm sofrido alterações ao longo da história da humanidade (Castillo, 1999; Teixeira, & Okada, 2003), sendo que desde que se começou a estudar cientificamente a dor, emergiram várias teorias para a conceptualizar, assim como divergentes modalidades terapêuticas (Bonica, 1991).

Apesar de ser universal, a conceção, a expressão de dor e a forma como é sentida varia de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e ao longo dos tempos (White, & Stein, 2010). A forma como o Homem tem procurado entender esta variável permitiu concluir que a dor é muito mais do que um fenómeno fisiológico e neurológico e não é unicamente um mecanismo de alerta do organismo (Castillo, 1999; IASP, 1994; Jaros, 1991; Rey, 1998).

1.1 Evolução Histórica do Conceito da Dor

Na pré-história, a penetração no corpo de espíritos malignos era vista como sendo responsável pela dor, sendo que o tratamento era realizado por um curandeiro/xamã/feiticeiro e passava pelo exorcismo e pela utilização de plantas, ervas e magias para ajudar na cura (Filho, & Burd, 2010; Gutiérrez, & Cadena, 2001; Krivoy, Tabasca, Adelaide, & Díaz, 2010; Merskey, 1980; Teixeira, & Okada, 2003). O Homem primitivo acreditava que a dor existia fora do corpo, associando-a a lesões, mas não conseguia arranjar uma explicação para a dor ocorrida no interior do corpo (Jaros, 1991; Rey, 1998). Merskey (1980) defendia que a dor aguda era causada por traumatismos, enquanto a dor crónica era associada à área sobrenatural, ou seja, à posse do corpo por parte de espíritos malignos.

Na mesopotâmia, acreditava-se que a dor e a doença eram consequência de um castigo divino causado por espíritos malignos, que “devoravam” a parte do corpo lesada e, consequentemente, como forma de tratamento isolavam o doente (Férrandez-Torrez, Marques,

& De las Mulas, 1999). Nesta época, surge um código de leis – Código de Hamurabi – que se baseava no provérbio “olho por olho, dente por dente”. Era constituído por 281 leis sobre regras e punições para situações do quotidiano, talhadas numa rocha. Este código descrevia o tratamento da dor através de perfurações realizadas no crânio, com o objectivo de libertar o doente dos espíritos malignos (Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz, & Pérez, 2005).

Este conceito de dor associada a trauma ou lesão física e entendida como produto divino predominou durante muito tempo na história da humanidade (Bonica, & Loeser, 2001; Pérez-Cajaraville et al., 2005).

Na Antiguidade, no Egipto e na Índia, a dor não proveniente de ferimentos era percecionada como sendo consequência da punição dos Deuses, acreditando-se que era experienciada, tal como o prazer, no coração. Por conseguinte, a percepção de felicidade estava menos associada à busca de prazer, mas sim à minimização da sensação de sofrimento. No Antigo Egipto, considerava-se que a doença, a dor e a morte entravam pelos orifícios dos ouvidos e pelo orifício nasal esquerdo como sendo o produto do castigo dos deuses *Sekhament* e *Seth*, enquanto na Índia considerava-se a dor como consequência da possessão por um demónio ou de que o doente tinha cometido algum pecado em alguma vivência passada (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

O tratamento era realizado por sacerdotes através da utilização de plantas, de orações e de exorcismos (Bonica, & Loeser, 2001; Pérez-Cajaraville et al., 2005; Teixeira, & Okada, 2003). Outro tipo de tratamento era a cirurgia de trepanação, ou seja, abertura de um ou mais buracos no crânio, na medida em que acreditava-se que, desta forma, conseguiam expulsar-se os espíritos malignos do corpo ou, pelo menos, aliviar a dor causada por estes (Bonica, & Loeser, 2001).

De igual forma, na China Antiga, a dor era atribuída aos espíritos malignos, aos demónios que desequilibrariam as energias *Yin* e *Yang*, conduzindo ao surgimento de doenças e de dor. Consequentemente, e com o objectivo de equilibrar essas duas forças e de tratar a dor, eram utilizadas a acupunctura, a moxabustão (e.g., acupunctura térmica) (Pérez-Cajaraville et al., 2005; Raj, 2003), as massagens, medicamentos conservados em álcool e ginseng (Raj, 2003).

Os povos da antiguidade acreditavam que a dor tinha um maior significado emocional, sendo que uma possível explicação racional da mesma deu os seus primeiros passos na Grécia Clássica, depois de Aristóteles ter recusado as teorias de que o cérebro, em detrimento do coração, era o centro da razão e das sensações (Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003). De facto, Pitágoras atribuiu ao cérebro a função de processar a sensação nocicetiva, ou seja, o estímulo

fisiológico (Merskey, 1980), defendendo que a dor era necessária para o desenvolvimento adequado e correto do indivíduo (Fernández-Torres et al., 1999).

Segundo Aristóteles, que definiu cinco características sensoriais – olfato, visão, tato, audição e paladar –, a dor era a paixão da alma, ou seja, era sentida no coração, na medida em que o sangue, resultante da área lesada, era conduzido ao coração, promovendo uma estimulação sensitiva severa que resultava em dor (Bonica, & Loeser, 2001; Merskey, 1980; Rey, 1998). Aristóteles descreveu este fenômeno como uma emoção implícita a cada indivíduo (Breton, 2007).

Aristóteles defendia a teoria de que a dor transitava pelo sangue, através da pele, até chegar ao coração, sendo uma paixão da alma (Pérez-Cajaville et al., 2005). Esta proposta foi aceita durante cerca de vinte e dois séculos. Contudo, a terapêutica empírica da dor era, frequentemente, ineficaz (Bonica, 1991).

Ao colocar de lado as explicações baseadas em teorias religiosas, superstições e crenças populares, forças sobrenaturais ou divinas, Hipócrates, através da observação clínica, refere que as doenças e, por conseguinte, a dor, resultavam de um desequilíbrio (eucrasia vs. discrasia) dos “humores” (e.g., sangue, muco, bile amarela e bile negra) ou de uma desarmonia dos principais elementos do organismo – calor, frio, humidade, secura –, considerando o cérebro o centro do pensamento e das sensações. Hipócrates defendia que o tratamento e a dor estavam intimamente associados e, consequentemente, ao expressar a sensação de dor, o doente ajudava o clínico a diagnosticar a doença. O médico revolucionou o alívio e o tratamento da dor ao recomendar a fisioterapia, a introdução do ópio (atualmente utilizado nos medicamentos que ajudam a aliviar a dor), uso da hipnose e a compressão da carótida, entre outros, separando a religião da medicina (Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003).

Platão acreditava que tanto o prazer como a dor eram estados comuns no corpo de todo o ser humano, desejando saúde para todos os indivíduos, por considerar ser este o estado ideal e de fomentação de bem-estar. O filósofo defendia que a dor era produto de estímulos externos e de experiências emocionais da alma. Por seu lado, Sócrates relatava que dor e prazer estavam intrinsecamente associados (Bonica, & Loeser, 2001; Rey, 1998).

Igualmente nesta época, Arateus, médico e filósofo, referiu, pela primeira vez, a importância do papel do médico no acompanhamento e na compaixão para com sujeitos com doenças incuráveis (Bonica, & Loeser, 2001; Gordon, 1996).

No império Romano, Galeno, médico filósofo defensor e seguidor do trabalho de Hipócrates, recuperou os trabalhos dos gregos e dos egípcios, esquecidos pela civilização romana, sendo que ambos os autores percecionavam a dor como uma ferramenta de diagnóstico

(Bonica, 1980; Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003). De acordo com Fernández-Torres e colaboradores (1999), Galeno negou a existência de dor e doenças como um produto divino.

O trabalho de Galeno foi de grande relevância, na medida em que, através da dissecação de animais, estabeleceu a importância do Sistema Nervoso Central (SNC) e do Sistema Nervoso Periférico (SNP), classificou os nervos em sensitivos, motores e nociceptivos, afirmou que o cérebro era o centro de todas as sensações, incluindo a dor, e defendeu que a dor desempenhava um papel essencial de alerta e proteção, sendo importante para a identificação do órgão ou da área lesada (Bonica, & Loeser, 2001; Fernández-Torres et al., 1999; Raj, 2003). O médico defendia que a tensão era a consequência da dor, ou seja, os nervos eram como as cordas de uma harpa que, quando se encontravam muito tensas, quebravam (Bonica, 1980; Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003).

Na Idade Média, os pressupostos greco-romanos mantiveram-se, sendo uma época dominada pela teoria de Aristóteles, ou seja, o coração era percebido como o centro das emoções (Pérez-Cajaraville et al., 2005). É uma época em que a religião apresenta maior poder e influência do que a razão, na medida em que as constantes epidemias que assolaram a Europa nesta época histórica conduziram a uma maior preocupação sobre a vida após a morte, em detrimento da vida terrena (Fernández-Torres et al., 1999).

Nesta época, destacou-se o *Canon Medicinae* de Avicena. Foi Avicena que, pela primeira vez, refere que a dor era uma qualidade sensorial distinta das outras (Bonica, 1980). Foi um período histórico em que surgiram novos métodos científicos e a fisiologia deixa de fazer parte do imaginário, permitindo o aperfeiçoamento dos conhecimentos face ao tratamento dos doentes com dor. A dor, tal como defendia Hipócrates, passa a ser percebida como consequência de uma situação, exigindo a consciência monográfica do corpo para perceber a dor. Nesta época, as áreas da farmácia e da química foram aperfeiçoadas, permitindo o desenvolvimento de técnicas de preparação de medicamentos (Bonica, & Loeser, 2001).

No Renascimento, no século XV, e tendo como base os trabalhos de Galeno, realizaram-se avanços importantes nas áreas da anatomia, da fisiologia, da física e da química. Contudo, e apesar de ser comumente aceite, o sistema tradicional de Galeno foi criticado pelo médico Paracelso, colocando em causa a utilização de plantas para o tratamento da dor (Fernández-Torres et al., 1999), defendendo o uso de novos agentes químicos (e.g., éter) para o controlo da dor (Raj, 2003). Porém, o éter só é clinicamente reconhecido a partir do século XIX (Fernández-Torres et al., 1999).

Segundo Gutiérrez e Cadena (2001), Leonardo da Vinci apresentou uma teoria que confirmava o sistema de Galeno sobre o cérebro ser o motor central da dor. Leonardo da Vinci

associava a dor à sensibilidade do tato, defendendo que os nervos eram responsáveis pela sua transmissão.

Nesta época, o ópio é reconhecido como tendo capacidades terapêuticas para o alívio da dor (Raj, 2003). Surge uma classificação da dor em que o calor e o frio eram responsáveis pela dor intensa, a secura conduzia à dor moderada e a humidade estava associada a dor ligeira (Rey, 1998).

No Renascimento, não foram dados grandes passos significativos no que se refere ao conhecimento e ao tratamento da dor. Contudo, dever-se-á destacar a obra de Andreas Vesalius, considerado o pai da anatomia moderna, nomeadamente em *De Humani Corporis Fabrica*, na qual arroga o conceito de dor de Galeno e de Leonardo da Vinci (Gutiérrez, & Cadena, 2001).

A conceção de que o cérebro era o centro do controlo da dor foi igualmente aceite por Jean Fernel, médico que cunhou o termo “fisiologia” e que acrescentou que a dor não era causa da percepção de características danosas, mas a consequência de uma situação (Bonica, & Loeser, 2001; Krivoy, Tabasca, Adelaide, & Díaz, 2010; Raj, 2003). Ambroise Paré, considerado o pai da cirurgia moderna, afirmou que a dor era resultado de uma alteração repentina, tornando-se num sentimento triste (Krivoy et al., 2010).

Durante o século XVII, os conceitos greco-romanos foram colocados de lado. Segundo René Descartes, que apresenta a ideia de que ocorre como uma sensação desencadeada pelo próprio organismo e não como uma emoção (Breton, 2007), as estruturas SNP tinham, como função, a condução de informações sobre a percepção e a manifestação da dor do meio ambiente para o encéfalo (Violon, 1987), defendendo que a percepção de dor era uma modalidade individual, afirmando que o *sensorium commune* de todas as sensações, incluindo a dor, se encontrava no cérebro (Bonica, & Loeser, 2001; Melzack, 1975; Rey, 1998; White, & Stein, 2010).

Foi uma época que se destacou por diversos progressos nas áreas da biologia, da física, da matemática e da medicina. Porém, no que se refere à dor, não houve grandes progressos na sua terapêutica (Castillo, 1999), apesar das descobertas essenciais do sistema circulatório, por William Harvey, e dos trabalhos de Thomas Willis sobre a anatomia do cérebro. De facto, os contributos destes dois autores foram decisivos para o desenvolvimento da medicina e para a compreensão da dor (Bonica, & Loeser, 2001; Rey, 1998)

Da Idade Média até ao século XVIII, a dor era utilizada como forma de justiça, em que os indivíduos condenados eram torturados em sessões públicas. Durante o Iluminismo, os conceitos sobre a percepção e a definição de dor sofreram uma mudança. A dor deixa de ser compreendida como um castigo divino, mas como uma punição da natureza, e a dor física era

entendida como um sinal de que a alma estaria em sofrimento. De facto, esta percepção da dor e da alma foi amplamente utilizada na explicação da loucura (Rey, 1998).

Desde o século XVIII que a prioridade passou por eliminar ou evitar a dor, aspirando-se uma vida sem dor. Nesta era, os trabalhos de Aristóteles e Hipócrates foram essenciais para determinar a descrição e classificação das diferentes doenças. Quanto à dor, foi classificada como pulsátil ou pontada, sendo a sua intensidade categorizada como lancinante ou pungente (Rey, 1998).

No que se refere ao tratamento da dor, realizaram-se poucos avanços terapêuticos. A terapia passava pela utilização de remédios ou de sangrias e de relaxamento, assim como da “eletricidade medicinal” (Rey, 1998).

O desenvolvimento científico iniciado no século XVIII transitou para o século XIX, onde se verificou um aumento das investigações científicas sobre as sensações, em particular sobre a dor, que ocupou um lugar importante (White, & Stein, 2010). Foi um século em que a fisiologia foi dominada por estudos experimentais sobre a função e a estrutura de órgãos primários que desempenham uma função na dor, colocando-se de parte as autópsias e ficando-se na análise dos sintomas de dor, procurando entender-se a relação entre os seus aspectos físicos e mentais (Rey, 1998). Surgiram os anestésicos e a visão do Homem sobre a dor começou a mudar, na medida em que a influência que a Igreja Católica tinha na percepção da dor, imposta desde o Iluminismo, diminuiu devido aos avanços tecnológicos e científicos, permitindo à medicina desenvolver novos processos e diferentes métodos para o tratamento e alívio da dor, particularmente durante a cirurgia (Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003; Rey, 1998).

O éter e o óxido nitroso foram aperfeiçoados, a anestesia raquidiana foi descoberta e surge a morfina que, após o desenvolvimento da seringa hipodérmica com agulha, pôde ser utilizada em larga escala no controlo e no tratamento da dor (Raj, 2003). A dependência e o abuso desta substância verificada no decorrer da Guerra Civil Americana (1861-1865), que levou a que se restringisse a sua aplicação, e a existência, já antiga, de comercialização com finalidade não medicinal da mesma na Ásia fez surgir uma fobia a opiáceos, representando um retrocesso no tratamento da dor (White, & Stein, 2010).

Após os trabalhos de Charles Bell e de François Magendie sobre a função das raízes anteriores e posteriores da medula espinal no papel sensitivo, referidos como lei de Bell-Magendie (Hergenhahn, & Henley, 2014), estabeleceram-se os conceitos sobre as particularidades práticas das vias sensitivas do sistema nervoso (Bonica, & Loeser, 2001; Hergenhahn, & Henley, 2014; Rey, 1998).

No século XIX, surgiram várias contribuições, mas existiram duas que foram essenciais para o tratamento da dor: a Teoria da Especificidade ou Sensorial e a Teoria Intensiva (Gala et al., 2003).

A Teoria da Especificidade foi proposta por Descartes em 1644 como um sistema que conduziria as mensagens geradas pelos recetores da dor na pele diretamente para o centro da dor no tálamo, sendo considerada a teoria tradicional da dor, na medida em que era concebida como uma sensação independente de todos os outros cinco sentidos (Bonica, 1980; Gala et al., 2003; Melzack, & Wall, 1965; Rey, 1998).

O conceito de dor de Descartes persistiu até Johannes Peter Müller postular a transmissão do impulso apenas através dos nervos sensitivos. O trabalho de Müller demonstrou que no SNC e no SNP existiriam vias sensoriais e centros específicos adaptados a processar formas individuais de energia ou sensibilidade (Melzack, & Wall, 1965). Foi um grande contributo para a compreensão da transmissão da dor, conduzindo Müller a formular a Lei de Energias Nervosas Específicas. Tendo em conta os dados provenientes da fisiologia, da patologia, das observações e das dimensões psicológicas veiculadas na dor, Müller propõe uma teoria para a dor acreditando que a mesma não era imaginária e que poderia ocorrer sem a existência de um estímulo externo (Rachlin, 2005, 2014; Rey, 1998). De facto, e tal como Pierre Jean George Cabanis, Müller defendeu que a sensação de dor pode ser produzida espontaneamente no cérebro e provocar dores reais (Olson, 2013a).

Contudo, foi em 1858, através de Moritz Schiff, que se formulou definitivamente a Teoria da Especificidade, ou seja, concluiu-se que a dor e o tato eram efetivamente independentes, na medida em que se eliminava a dor mas não o tato (Carli, G., 2011), quando se seleccionava a matéria cinzenta da medula, sendo que sucederia o contrário quando se elegia a matéria branca (Bonica, & Loeser, 2001). A Teoria da Especificidade defende que a dor é um fenómeno unicamente físico, um acontecimento de natureza sensorial fisiológica (Miró, 2010).

De acordo com diversos autores (Bonica, 1980; Melzack, & Wall, 1965; Rey, 1998), esta teoria alcançou o seu ponto alto com as investigações de Max von Frey, que procurava identificar recetores singulares para cada uma das sensações e que afirmou que a dor era uma sensação independente com um próprio complexo sensorial.

No século XX, ocorrem uma série de descobertas que promovem um avanço no tratamento da dor. Na década 30, o cirurgião francês René Leriche começou a tratar a dor crónica como uma doença, em detrimento de ser um sintoma (Bonica, & Loeser, 2001; Raj, 2003, White, & Stein, 2010). De igual forma, surge a radioterapia, através de Wilhem Roentgen,

verificando-se a sua capacidade no tratamento de diversas patologias que geram dor severa, como a dor de origem oncológica (Raj, 2003).

Entre 1942 e 1943, William Kenneth Livingston explica o mecanismo e a etiologia da dor e dos seus estados associados (Livinstone, 2012), fundando um laboratório de investigação da dor (Gutiérrez, & Cadena, 2001).

Durante a II Grande Guerra, surge pela primeira vez, através do anestesista John Bonica, o conceito de “Clínica de Dor”, tendo o autor contribuído com inovações no tratamento da dor, propondo uma abordagem multidisciplinar para a terapêutica da dor crónica e reconhecendo a dor como uma experiência complexa e polivalente (Bonica, 1980, 1991; Fishman, Ballantyne, & Rathmell, 2010; Raj, 2003; White, & Stein, 2010). Em 1953, Bonica publica o livro *The Management of Pain*, que retrata exclusivamente o tratamento da dor, permanecendo atualmente como uma referência (White, & Stein, 2010). O trabalho de Bonica tem sido essencial para os avanços na compreensão e no tratamento da dor (Fishman, Ballantyne, & Rathmell, 2010; Gutiérrez, & Cadena, 2001).

O seu interesse por esta temática conduziu-o a instituir, em 1961, na Universidade de Washington, a primeira Clínica de Dor e, anos mais tarde, em 1974, a fundação da *International Association for the Study of Pain* (IASP) e a revista científica *Pain* (Fishman, Ballantyne, & Rathmell, 2010; Krivoy et al., 2010).

Devido aos efeitos devastadores da II Grande Guerra, Henry Beecher, em 1946, estabelece uma perspectiva biopsicossocial. O autor defende que a dor não é unicamente e sempre proporcional ao tecido lesado, sendo que, para além dos fatores físicos, fatores psicológicos poderão estar na sua origem, na sua manutenção e/ou modificação (Beecher, 1946; Gutiérrez, & Cadena, 2001).

Em 1965, Melzack e Wall propõem uma teoria relacionada com os mecanismos da dor – a Teoria do Portão de Controlo da Dor (TPCD) (*Gate Control Theory*) –, que contribuiu para mudanças importantes na conceção dos mecanismos de produção da dor, tendo sido a primeira tentativa sistemática de integrar as componentes física e psicológica da resposta à dor, ou seja, uma sinopse entre o modelo biomédico e o modelo psicodinâmico (McDowell, 2006).

Os autores propõem uma metáfora de portão, localizado nos cornos dorsais da coluna vertebral, que se abre ou fecha para permitir ou para interromper a transferência do estímulo doloroso, sendo que o portão funciona de acordo com o balanço existente entre a excitação de fibras nervosas de grande diâmetro, que abrem o portão, e de pequeno diâmetro, que fecham o portão (Melzack, & Wall, 1965; Todd, & Koerber, 2013).

Apesar de esta teoria não ter sido aceite por todos os investigadores, atualmente é considerada revolucionária na investigação dos conceitos da dor, sendo-lhe dirigida atenção particular, na medida em que a mesma, e ao contrário das teorias anteriores que percecionavam a dor como uma reação estímulo-resposta, tem em conta um elemento essencial: a emoção (Melzack, & Casey, 1972).

Nos séculos XX e XXI, surgem várias descobertas determinantes em relação à dor, que promovem alterações nas áreas da farmacologia, na compreensão e na avaliação da mesma, e muito deste avanço científico se deve ao trabalho de Bonica (Loeser, 2009; Pérez-Cajaville et al., 2005).

Atualmente, no século XXI, a genética e a informática têm contribuído com informações e resultados valiosos para a compreensão e tratamento da problemática da dor (Krivoy et al., 2010). De facto, nos últimos anos tem-se verificado o aparecimento de novos conhecimentos acerca da fisiologia da nociceção, de novos analgésicos, de novas aplicações para analgésicos/fármacos antigos e de tecnologias inovadoras para o alívio da dor (Golianu, Krane, Galloway, & Yaster, 2000). Contudo, a comunidade científica tem conseguido chegar a estes conhecimentos, a estas descobertas importantes, devido ao grande avanço que a medicina tem demonstrado ao longo dos séculos, com a invenção e descoberta de medicamentos, de técnicas e de tecnologias, assim como a grande progressão das intervenções cirúrgicas (Krivoy et al., 2010).

Segundo Golianu e colaboradores (2000), possivelmente o maior avanço na forma como este fenómeno é percecionado é o facto de se reconhecer que a dor, para além de existir desde o nascimento até à morte, é uma importante causa de morbilidade e de mortalidade.

Nos dias de hoje, reconhece-se a dor como sendo uma experiência complexa, subjectiva, monográfica e de carácter multidimensional, envolvendo as dimensões fisiológicas, sensoriais, afetivas, psicológicas, comportamentais e interpretativas (Ibarra, 2006).

1.2 Conceito e Classificação

Etimologicamente, a palavra dor deriva do latim *dolor*, que significa sofrimento, pena, punição, um estado de angústia que poderá interferir com a funcionalidade geral da pessoa (Loduca, & Samuelian, 2003; Tyrer, 2005), sendo que, ao longo dos tempos, esta palavra tem sido exponencialmente utilizada para designar sofrimento (Tyrer, 2005). Pode ser vivenciada por quase todos os indivíduos, independentemente da sua faixa etária, etnia, estatuto social e económico. Porém, a dor, em muitas situações, apresenta um carácter funcional, na medida em

que a mesma poderá ser um aviso de que algo está errado com o organismo, sendo uma ferramenta para o sujeito procurar ajuda (Carvalho, 1999).

Devido à sua prevalência na população geral, este fenómeno tem vindo a ganhar terreno como objeto de estudo quer em pessoas hospitalizadas, quer em ambulatório, na medida em que é um dos primeiros sinais em diversas doenças (Barros, 2007).

1.2.1. Conceito de Dor

Ao longo dos tempos, têm surgido algumas aceções de dor. Contudo, tem sido difícil alcançar uma definição que seja satisfatória para todos, na medida em que existem formas diversas de se entender a dor, assim como diferentes teorias (Gala et al., 2003; McGuire, Kim, & Lang, 2004).

De facto, com Aristóteles, acreditava-se que a dor era uma emoção. Mais tarde, Descartes sublinha que a dor resultava de uma sensação desencadeada no corpo do indivíduo. Posteriormente, o modelo biomédico valoriza unicamente as causas orgânicas, retirando qualquer relevância aos fatores emocionais e afetivos. Contudo, com o desenvolvimento de investigações que procuravam compreender a dor, para além da componente física, a componente psicológica do indivíduo para a caracterização da dor ganha importância (Breton, 2007).

É dos sintomas mais comuns nos cuidados de saúde, tendo repercussões no indivíduo, na sua família e na sociedade (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke, 2008; Breton, 2007; Butchart, Kerr, Heisler, Piette, & Krein, 2009; Turk, & Wilson, 2010), constituindo-se, enquanto doença, uma ameaça à integridade do sujeito, promovendo sofrimento, sendo biopsicossocial e caracterizando-se como uma experiência pessoal de carácter multifactorial (Breton, 2007). A sua presença constante apresenta ameaça à identidade do sujeito, na medida em que afeta o paciente em diversas dimensões – física, psicológica, emocional, social, laboral, familiar, relacional, entre outras (Butchart, Kerr, Heisler, Piette, & Krein, 2009; Hwang, Wilkins, et al., 2011).

De acordo com Melzack e Casey (1968), a dor é uma experiência sensorial que enfatiza o papel significativo das variáveis psicológicas na reação do indivíduo, ou seja, para os autores, a reação sensorial discriminativa a lesões teciduais activaria, em simultâneo, as componentes afetivas e motivacionais da experiência de dor.

Sternbach (1986) defende que nem todos os estímulos similares são percebidos com a mesma quantidade de dor, ou seja, é uma experiência desagradável que não apresenta uma relação linear estímulo-resposta.

Sasdelli e Miranda (2001) referem que a dor resulta da reação de um estímulo álgico, filtrada e modulada, ampliada ou reduzida pela pessoa que a recebe, de acordo com as influências excitantes ou inibidoras, como a memória, as emoções e as cognições. Assim, a dor é encarada como uma experiência única para cada pessoa, sendo esta portadora de uma história de vida, de motivações anteriores e de crenças, associadas ao seu estado físico e mental do momento.

Outros autores (Huge, et al., 2006) definem a dor como uma experiência subjectiva e individual que não está, necessariamente, associada a lesão tissular e que é caracterizada, quanto à intensidade e qualidade, de forma multidimensional discriminada, sendo que as componentes afetivo-motivacionais promovem a sua mudança.

Em 1979, a IASP abandonou a concepção unidimensional da dor, ou seja, a dor passa a ser definida como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve tanto a componente sensorial como a componente emocional, associando-se a uma lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, ou sendo descrita em função dessa lesão, variando de indivíduo para indivíduo (White, & Stein, 2010).

Independentemente dos conceitos de dor que foram surgindo ao longo dos séculos, atualmente a definição de dor da IASP é comumente aceite na comunidade científica (Merskey, 1979), sendo que o conceito do processo doloroso por parte da IASP, distingue duas componentes: (1) a nociceção, e (2) a reatividade à dor (Ferreira, & Torres, 2000).

De acordo com Portenoy e Kanner (1996, citado em Grabois, 2002), a definição da IASP associa o conceito tradicional de que a dor reflete uma experiência sensorial, com as componentes afetivas e cognitivas; estes dois elementos, em particular os psicossociais, influenciam a sensação de dor e o seu resultado na qualidade de vida (Grabois, 2002).

A IASP (1986) refere que por ser uma sensação subjectiva, cada indivíduo aprende a utilizar o seu conceito de acordo com experiências anteriores. Existem pessoas que sentem e relatam dor na ausência de lesão tissular identificada ou de qualquer outra causa fisiopatológica, geralmente devido a razões psicológicas; outras respondem de forma diferenciada ao mesmo estímulo doloroso, e outras apresentam respostas similares face a estímulos de intensidade e natureza diferentes.

A dor é subjectiva e individual, ou seja, é um processo complexo e multidimensional associando-se à área lesada experiências prévias de eventos dolorosos, estados emocionais e história pessoal e familiar (Merskey, Lindblom, Mumford, Nathan, & Sunderland, 1994; Sardá, 1999). A IASP (1986) acrescenta que a atividade induzida por um estímulo nocivo no recetor

nocicetivo não é dor, porque a dor é sempre um estado psicológico, apesar de frequentemente se poder observar uma causa física.

A definição de dor da IASP inclui uma associação imprevisível e variável entre a área lesada e a dor (Cheville et al., 2000), apresentando um importante avanço na compreensão deste fenómeno. De facto, a definição da IASP suplanta todos os modelos e exposições simplistas, como o de (i) considerar a dor como tendo uma vertente subjectiva, (ii) apresentando-a como uma experiência complexa, (iii) conceder importância ao relato verbal do indivíduo sobre a definição do seu quadro, (iv) considerar que a vivência dolorosa acarreta relações entre os elementos da experiência sensorial e o estado emocional aversivo, e (v) atribuir significado aos episódios sensitivos desagradáveis (Chapman, 1986).

Segundo a IASP (1986), o “sentir dor” envolve estruturas físicas, psíquicas e culturais. Contudo, a percepção da dor como sendo uma sensação ou emoção, como sendo uma condição do corpo ou da alma, durou até ao século XX, quando a definição de dor, por parte da IASP (1986), englobou tanto a componente psíquica como a componente física. Consequentemente, a avaliação da dor deverá ser realizada através de um diagnóstico multidisciplinar, onde diagnóstico clínico, radiológico, laboratorial e psicossocial deve ser realizado.

Para a DGS, a dor “é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2003, p. 1), sendo o 5º sinal vital.

A forma como é experienciada e/ou percecionada é multidimensional, na medida em que os indivíduos diferenciam a sua compreensão, a forma de a sentir e de a vivenciar distintamente a nível emocional, comportamental e cognitivo (Sousa, 2002). Consequentemente, o significado que cada um de nós atribuí à dor e a maneira como procura aliviá-la é, igualmente, diverso, pois este fenómeno encontra-se associado à cultura, à religião e a crenças (Fleming, 2003).

Cecily Saunders, que preconizou o termo dor total, considerava que a abordagem do tratamento da dor deveria considerar o ser humano como um todo na sua multidimensionalidade, ou seja, não está envolvido apenas o domínio físico, mas este, juntamente com o social, o emocional, o psicológico e o espiritual, específicos de cada indivíduo e em consonância com a situação de cada sujeito, deveriam ser tidos em conta na observância e tratamento da mesma (IASP, 2009; Mehta, & Chan, 2008).

A dor é, de facto, um fenómeno perceptivo complexo, subjetivo e multidimensional, constituindo uma experiência única de cada um, pelo que cada indivíduo, a comunica de forma díspar, verbal e comportamentalmente (Dias, & Brito, 2002).

Na abordagem efetiva da dor, é então necessário considerar que cada indivíduo traz consigo um somatório de aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos que o colocam numa situação especial de percepção da sua dor e, perante um quadro algico, temos de procurar, para além dos sintomas fisiológicos, os aspectos psicológicos associados à experiência dolorosa (Sardá, Kupek, & Cruz, 2000).

1.2.2. Classificação da Dor

Segundo Craig (1994), a fisiopatologia da experiência da dor é extremamente complexa, na medida em que a presença de alodínias, de hiperalgias e de hipersensibilidade oferecem uma explicação sobre como os neurotransmissores químicos e as descargas neuronais prolongam a estimulação das vias periféricas de dor. O autor defende, igualmente, a importância do papel da percepção de dor na experiência dolorosa.

Até à década de 60 do século XX, a dor era percebida como uma resposta sensorial inevitável à lesão tissular. Contudo, com os trabalhos de Bonica e com a TPCD de Melzack e Wall, em 1965, realizaram-se grandes avanços na compreensão dos mecanismos subjacentes à dor e ao seu tratamento. Consequentemente, para além da resposta sensorial, valorizaram-se outras dimensões da experiência dolorosa: componente afetiva, psicológica, estados emocionais, genética, emoções e expectativas (Cheville et al., 2000; Loeser, 2009).

A TPCD (Melzack, & Wall, 1965) colocava ênfase no mecanismo neurofisiológico que controlava o conhecimento de um estímulo nocicetivo, incluindo a aferência, o processo de informação ascendente com a modulação descendente do encéfalo. Porém, esta teoria não abarca as potenciais modificações ocorridas, a longo prazo, no SNC, como resposta ao estímulo nocicetivo (Cheville et al., 2000).

O modelo de Melzak e Wall (1965) descreve a integração de estímulos periféricos com as variáveis corticais (e.g., ansiedade ou humor) na percepção da dor, sugerindo que o estímulo doloroso não é inteiramente somático ou psicogénico, ou seja, os fatores físicos e psicológicos têm efeitos como potenciadores ou moderadores da percepção da dor (Bennett, 2002).

1.2.2.1. Modelo de dor de Melzack e Casey

Em 1968, Melzack e Casey propuseram um modelo de dor que enfatiza a importância da função das variáveis psicológicas na reação individual à dor. De acordo com os autores, este modelo inicia-se com o estímulo nocicetivo (componente fisiológica) que provocava dor (componente sensorial), resultando em sofrimento (componente afetiva) (Olson, 2013b).

A dor é uma experiência intrincada que envolve a nociceção, assim como componentes cognitivas e afetivas. A dor, e principalmente a dor crônica, consiste num conjunto complexo de componentes sensório-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas (Melzack, & Casey, 1968), sendo que este modelo tridimensional deve ser integrado na avaliação da dor (Herdon et al., 2008).

Estas três componentes, suportadas por sistemas fisiologicamente especializados no SNC, foram, igualmente, reconhecidas pelo trabalho de Melzack e Torgerson (1971), tendo sido desenvolvida, por Melzack em 1975, a primeira escala multidimensional de avaliação da dor o MPQ, que, para além da intensidade, avalia outras características quantitativas da dor, como a localização, que podem ser analisadas estatisticamente (Melzack, 1975).

A componente sensorial-discriminativa faz referência às qualidades sensoriais da dor, transmitindo a noção de intensidade da dor e sua localização, ou seja, esta dimensão diz respeito aos elementos fisiológicos da percepção da dor (Pimenta, 1999). Possivelmente, esta dimensão elucida os aspectos espaciais, temporais e quantitativos do estímulo nocetivo que, provavelmente, transmite a informação por vias sensoriais aferentes rápidas (Aguiar, & Caleffi, 2005).

Melzack e Casey (1968) referem que a reação sensório-discriminativa à lesão tissular poderá ativar as componentes afetivas e motivacionais.

A dimensão afetivo-motivacional refere-se à interpretação da experiência de dor, sendo esta acompanhada de sentimentos de angústia, de depressão, de ansiedade, entre outros (Pimenta, 1999), ou seja, reflete a componente reativa da dor. Esta dimensão pode ser utilizada para inibir ou facilitar as mensagens fisiológicas que provém da periferia, influenciando a percepção de dor. De acordo com Aguiar e Caleffi (2005), esta dimensão pode ser mediada por vias aferentes polissinápticas que se interconectam com neurónios reticulares do tronco cerebral e com o sistema límbico.

As componentes que constituem esta dimensão poderão inibir ou facilitar as mensagens fisiológicas provenientes da periferia, promovendo um resultado na percepção de dor (Melzack, & Casey, 1968). Os autores mencionam que a percepção de dor é descrita como os processos – sensorial, afetivo e cognitivo – que agem nos mecanismos do organismo.

A dimensão cognitivo-avaliativa refere-se à compreensão da experiência dolorosa; o indivíduo analisa e interpreta a dor em função do que sente ou do que poderá acontecer (Pimenta, 1999), sendo possivelmente os impulsos para o córtex que medeiam esta componente da dor (Aguiar, & Caleffi, 2005).

O modelo de Melzack e Casey (1968) engloba três componentes: nociceção, modulação e comportamento de dor. O primeiro elemento refere-se à nociceção e, segundo Payne (1987), a componente sensorial da dor inicia-se no sistema periférico, onde se localizam os nociceptores que são ativados pela presença de estímulos nocivos ou pela sua potencial presença.

A nociceção é o sistema neural de codificação e de processamento de impulsos nocivos (Loeser, & Treede, 2008), ou seja, é a atividade produzida no sistema nervoso por um potencial estímulo que promove a lesão (Cheville et al., 2000), e, desta forma, implica uma receção nociva (Covington, 2000). É a detecção da lesão por transdutores especializados ligados aos nociceptores (fibras A-δ e C), que transportam sinais para o corno dorsal. A resposta pode ser alterada através de potenciais inflamações nos transdutores periféricos (Loeser, 2009, p. 2). Os recetores nociceptivos são ativados por estímulos químicos, térmicos ou mecânicos (estímulos nocivos exógenos), ou por estímulos endógenos, como a inflamação, o aumento de peristaltismo e isquemia tissular em quantidade suficiente para provocar uma lesão. Quando estimulado, o nociceptor envia sinais ao cérebro, através da espinal medula (Bennett, Smith, Torrance, & Lee, 2006; Cheville et al., 2000; Loeser, 2006, 2009; Main, & Spanswick, 2000; Melzack, & Wall, 1965; Pasero, 2004; Teixeira, 2009).

Lesões nos tecidos ou nervos poderão promover situações nas quais estimulação inócua poderá produzir dor (alodinia), ativação nociva poderá produzir mais dor do que o habitual (hiperalgesia), estímulo temporário poderá promover dor persistente e dor e hiperalgesia poderão espalhar-se para o tecido ileso (dor relatada), sendo que, frequentemente, estes processos perduram ao longo do tempo, mesmo depois da lesão tissular estar sarada (Covington, 2000).

Os nociceptores são recetores sensoriais que são ativados e respondem à lesão tissular, atuando antes e depois do estímulo doloroso, e, como são sensíveis, essas respostas aumentam na área lesionada (Loeser, & Treede, 2008; Payne, 1987). Encontram-se distribuídos em todo o organismo, como na pele (cutâneos), nos órgãos internos (vísceras) e nos tecidos profundos, como os músculos, as articulações, os tendões, os ossos e as fáscias (somáticos profundos) (Ferreira, & Torres, 2000).

O segundo elemento é atribuído por Melzack e Wall (1965) à modulação da dor. Os autores apresentam a mais antiga conceção de dor, proposta em 1664 por Descartes, que defendia que a dor era uma sensação percebida no cérebro, como resultado de uma estimulação nos nervos sensoriais. Melzack e Wall explicam que as emoções e os pensamentos influenciavam a percepção da dor, integrando os aspectos psicológicos no modelo biomédico da

dor. O seu modelo sugere que existe um portão ao nível da espinal medula que recebe informação de diferentes fontes.

De acordo com a teoria, a zona lesionada envia informações sobre a dor para o portão, que se transmitem por fibras finas. Estas penetram nos cornos posteriores da medula e ativam as células de transmissão que, por seu turno, enviam sinais para o cérebro, e imediatamente a seguir o cérebro envia informação para o portão. Este processo é condicionado pelo estado psicológico do indivíduo, tendo como resultado a informação relativa à percepção da dor. As variações na percepção da dor são compreendidas em termos da abertura ou fecho do portão (Melzack, & Wall, 1965; Ogden, 2000), sendo que a atividade nas fibras grossas tende a inibir a transmissão, ao passo que nas fibras finas tendem a facilitar a transmissão (Melzack, & Wall, 1965) (cf, Figura 1.1.).

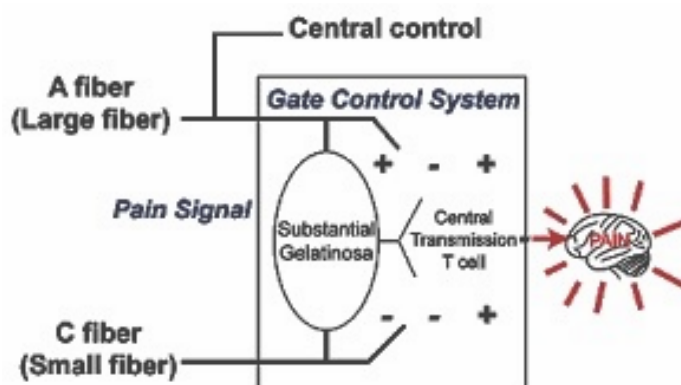


Figura 1.1. Diagrama esquemático da Teoria do Portão de Controlo de Dor de Melzack e Wall (Melzack, & Wall, 1965).

Esta teoria atribui importância ao SNP e ao SNC sobre a modulação da dor. A principal contribuição desta teoria é a noção de um mecanismo de controlo e do conceito multidimensional da dor, ou seja, a dor é percebida como envolvendo mecanismos afetivos e avaliativos, deixando de ser percebida como unicamente uma experiência sensorial (Melzack, & Wall, 1965). Os autores defendem que o SNC está envolvido na decisão do portão se abrir ou manter-se fechado, ou seja, como a memória, a atenção, as emoções, os afetos estão ativamente a participar na experiência da dor, as emoções de carácter positivo, como o prazer, fecham a comporta, enquanto as emoções negativas, como a ansiedade, promovem a sua abertura.

A existência de um sistema modulador da dor foi proposto por Melzack e Wall (1965) na TPCD, que pressupõe uma compreensão multidimensional da dor. De acordo com os

autores, o portão seria controlado por fibras descendentes supra-espinais e por impulsos nervosos e estes são conduzidos pelas fibras grossas mielínicas de tato (fibras A- β) tendo efeitos antagônicos das fibras A- δ (dor aguda) e C (dor crônica). Esta teoria fundamenta a existência de um portão para a dor que envolve complexos circuitos da substância gelatinosa, controlados por fibras de origem espinal e supra-espinal (Fernandes, & Gomes, 2011).

As fibras A- β inibem a transmissão dos impulsos dolorosos (“fecham” o portão), enquanto as fibras A- δ e C abrem o portão, ou seja, facultam a transmissão dos impulsos dolorosos (Fernandes, & Gomes, 2011).

A informação nocicetiva entra na espinal medula através do corno dorsal que é composto por seis lâminas, das quais a II e III constituem a substância gelatinosa. Segundo Teixeira (2001), a substância gelatinosa é uma área importante de integração de informação nocicetiva e não-nocicetiva na espinal medula, sendo nesta substância que os impulsos inócuos e nocivos são modulados.

A espinal medula permite a receção e a transmissão dos impulsos sensoriais e a modulação central, envolvendo abstração local, integração, seleção e dispersão adequada desses impulsos (Carvalho, & Lemônica, 1998).

Vários neurotransmissores e neuropeptídeos (e.g., a galanina, as endorfinas, as encefalinas, as prostaglandinas, a substância P) e os aminoácidos (e.g., glutamato e aspartato) são libertados pelos terminais aferentes primários no corno dorsal da medula, tendo como função a modulação da transmissão nocicetiva (Carvalho, & Lemônica, 1998).

Através da sua TPCD, Melzack e Wall (1965) propuseram a regulação da dor na substância gelatinosa (constitui o portão de controlo e é o veículo do mecanismo do portão), defendendo que o grande diâmetro das fibras mielínicas, fibras A- β , poderá ser responsável pela ativação dos interneurónios inibitórios, presentes nessa substância, causando a inibição do neurónio de projeção responsável pela transmissão do estímulo nocivo para regiões supra-espinais. Em contrapartida, as fibras finas do tipo A- δ e C, ao serem estimuladas, produzem inibição dos mesmos interneurónios inibitórios e estimulam o neurónio de projeção nocicetivo, favorecendo a transmissão do estímulo doloroso. Por conseguinte, durante a estimulação periférica nociva, as fibras finas dos tipos A- δ e C são ativadas, promovendo a abertura do portão espinal e propagação da informação dolorosa. Por outro lado, a estimulação das fibras grossas do tipo A- β facilita o encerramento do portão espinal, diminuindo a transmissão da informação algica (Menescal-de-Oliveira, & Silva, 2009, p. 244).

O terceiro elemento é adjudicado à conduta da dor. A percepção “normal” necessita, primeiramente, que o indivíduo tenha a capacidade de receber a informação como sensação. Os

dados devem ser organizados, de forma a conseguir que sejam significativos e compreensíveis, como o focar a atenção selectiva numa área do campo sensorial, sendo que as entidades organizadas são designadas de percepções. Contudo, nos estados em que existe *deficit* sensorial (e.g., cegueira), a percepção poderá ser prejudicada, apesar de ser viável, pois os sujeitos habitualmente percebem informações sobre determinado objecto através de várias modalidades sensitivas (Yager, & Gitlin, 2000).

A TPCD de Melzack e Wall (1965) propõe que a percepção da dor não é diretamente proporcional à extensão da lesão ou à intensidade do estímulo doloroso.

As componentes comportamentais, motivacionais, afetivas da dor são o resultado do envolvimento do córtex cerebral e do sistema límbico. A percepção ocorre na área sensitiva do cérebro, sendo interpretada nas áreas corticais. Melzack e Wall (1965) mencionam que na percepção da dor está implicado o tálamo, o sistema límbico, o hipotálamo, o córtex parietal e o córtex frontal.

O modelo de Melzack e Wall (1965) sugere que os fatores psicológicos, como as experiências passadas, a atenção, a memórias e as emoções influenciam a percepção e a resposta à dor atuando sobre o sistema do portão de controlo. As bases culturais, as experiências passadas, os medos, a angústia e a ansiedade desempenham um papel na forma como o paciente percebe a presença da dor e, por conseguinte, cada estímulo doloroso é único e pessoal, estando dependente das idiosincrasias de cada ser humano.

Mais recentemente, Melzack (1999) apresenta o Modelo Neuromatrix da Dor, sendo este representativo de avanços relativamente à Teoria do Portão de Controlo da Dor, dado considerar que o cérebro é uma rede neuronal que incorpora dados advindos de diversas fontes para efetuar a produção da sensação de dor. Desta forma, o funcionamento do corpo opera como uma unidade (Melzack, 2001) e essa sensação de dor não é considerada como mero resultado de um dano, mas sim, como sendo experienciada multidimensionalmente, determinada por influências, inicialmente, genéticas, e, mais tarde, sensoriais (Melzack, 1999, 2001).

1.2.2.2. Modelo de dor de Loeser

Em 1983, Loeser propôs outro modelo da dor constituído por quatro componentes: a nociceção, a dor, o sofrimento e o comportamento doloroso (Loeser, 2009). Olson (2013b) defende que a principal diferença entre estes dois modelos é que o modelo de dor de Melzack e Casey (1968) é circular, existindo interdependência de todos os componentes, enquanto o modelo de Loeser é por natureza linear. Loeser (2009) explica que a resposta à nociceção é a

dor, sendo que lesão no SNP, encéfalo ou espinal medula pode originar dor e descrição de dor, mesmo quando não existe nenhum estímulo nocivo envolvido (e.g., dor fantasma).

Segundo Cheville e colaboradores (2000), a dor é a percepção da nociceção, dependendo mais do que da atividade induzida neurosensorialmente através de estímulos externos e/ou internos. Sendo subjectiva e idiossincrática, deve-se dar atenção ao relato verbal do doente, assim como à comunicação não verbal, ou seja, aos comportamentos, na medida em que a dor pode ser desproporcional à lesão tissular. Esta percepção dolorosa é frequentemente desencadeada por estímulos prejudiciais – lesão ou doença em tecido somático, nervoso, periférico ou central.

Agrupada à dor, o medo, a ansiedade e a perda fazem parte de um conjunto de agentes de resposta afetiva negativa, que é referida por sofrimento (Loeser, 2009), o qual surge quando a integridade física e/ou psicológica do indivíduo é colocada sobre ameaça. Consequentemente, para se compreender o sofrimento é necessário que o técnico de saúde escute o paciente, na medida em que esta escuta ativa (do relato verbal e do comportamento, ou seja, da comunicação não verbal) pode ser essencial para se diagnosticar a dor aguda ou a dor crónica e a dor psicogénica, pois nem todo o sofrimento é causado por dor física (Cheville et al., 2000; Loeser, 2009).

O comportamento doloroso, por sua vez, é real e resulta da dor e do sofrimento, podendo ser produzido através de gemidos, procura constante de apoio médico, incapacidade para trabalhar e caretas, entre outros. Tem influência de antecedentes e consequências ambientais, sejam reais ou previstos, podendo resultar de aprendizagem, como é o caso do comportamento doloroso crónico, ou seja, que se mantém ao longo do tempo (Loeser, 2009).

Contrariamente aos outros componentes, o comportamento doloroso é objetivo e, como tal, mensurável, em termos de início, de intensidade, de duração, de periodicidade, de frequência e de tipo e grau de incapacidade que promovem e as consequências na qualidade de vida do indivíduo, pois constituem eventos registráveis. Contudo, o técnico de saúde tem de perceber qual dos quatro componentes (cf. Figura 1.2.) contribuí mais para a queixa de dor, de forma a delinear um tratamento e estratégias adequadas para o alívio dos sintomas (Loeser, 2009).

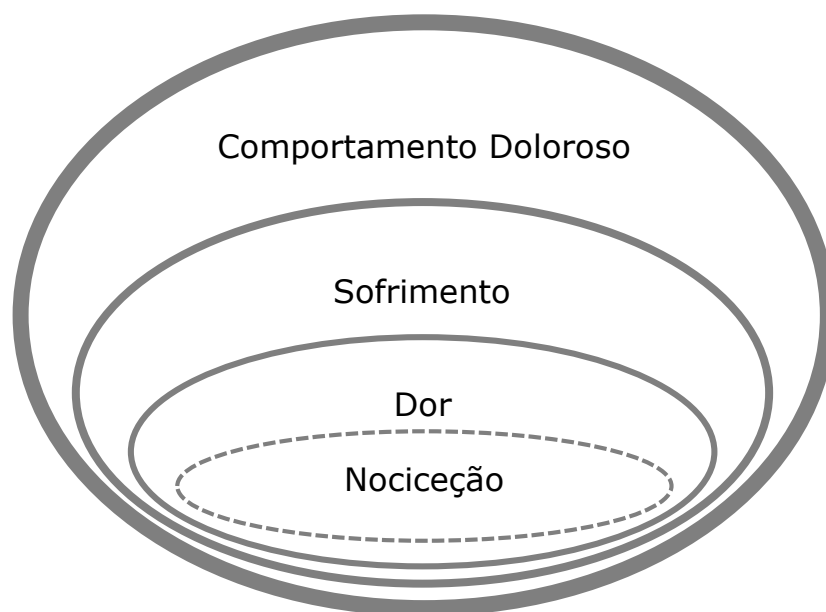


Figura 1.2. Componentes necessários e suficientes para a descrição do fenómeno de dor (Loeser, 2009, p. 3).

1.3 Coluna Vertebral

A coluna vertebral (cf. Figura 1.3.) é constituída por um conjunto de ossos individuais, denominados por vértebras, que ao serem articulados constituem o eixo central do esqueleto humano. A sua estabilidade depende de um vasto conjunto de músculos, discos intervertebrais e de ligamentos (Vasconcelos, 2004).

A coluna vertebral do esqueleto humano comporta 33-34 vértebras, 7 vértebras cervicais (C1-C7; cervical) que se localizam na região superior da coluna, 12 vértebras torácicas (T1-T12; torax), 5 vértebras lombares (L1-L5; região lombar), imediatamente abaixo, encontram-se 5 vértebras sacrais (S1-S5; sacro), e 4-5 vértebras mais inferiores, as coccígeas (Faller, & Schuenke, 2004; Vasconcelos, 2004).

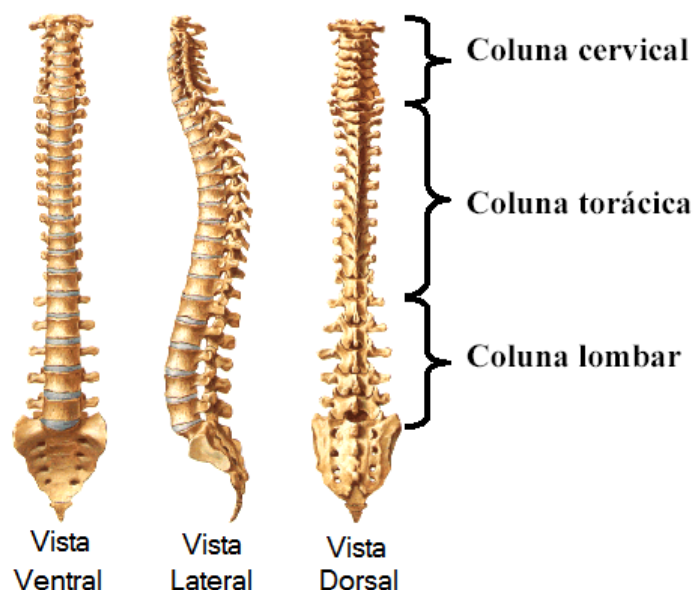


Figura 1.3. Coluna Vertebral (Netter, 1998, p.146).

A coluna vertebral apresenta quatro curvaturas sagitais: cervical, torácica, lombar e sacral. As curvaturas torácicas e sacrais, convexas posteriormente, são denominadas primárias, porque apresentam a mesma direção da coluna vertebral fetal e decorrem da diferença de altura entre as partes anteriores e posteriores dos corpos vertebrais. As curvaturas cervicais e lombares, côncavas posteriores, decorrem da diferença de espessura entre as partes anteriores e posteriores dos discos intervertebrais (Vasconcelos, 2004).

A curvatura cervical constitui o esqueleto axial do pescoço e suporte da cabeça; a torácica suporta a cavidade torácica; a lombar sustenta cavidade abdominal e permite mobilidade entre a parte torácica do tronco e a pelve; a sacral unifica a coluna vertebral à cintura pélvica; e a coccígea tem como função o suporte do pavimento pélvico (Vasconcelos, 2004).

As vértebras possuem morfologia básica monótona. Cada vértebra típica possui um corpo, um arco e processos vertebrais (espinhoso, transverso e articulares) (Vasconcelos, 2004), sendo que as vértebras estão sobrepostas umas sobre as outras, através das articulações posteriores entre os corpos vertebrais e os arcos neurais, permitindo à coluna a estabilidade e a flexibilidade necessárias para a mobilidade do tronco, para o equilíbrio, o suporte do peso e a postura (Faller, & Schuenke, 2004) (cf. Figura 1.4.).

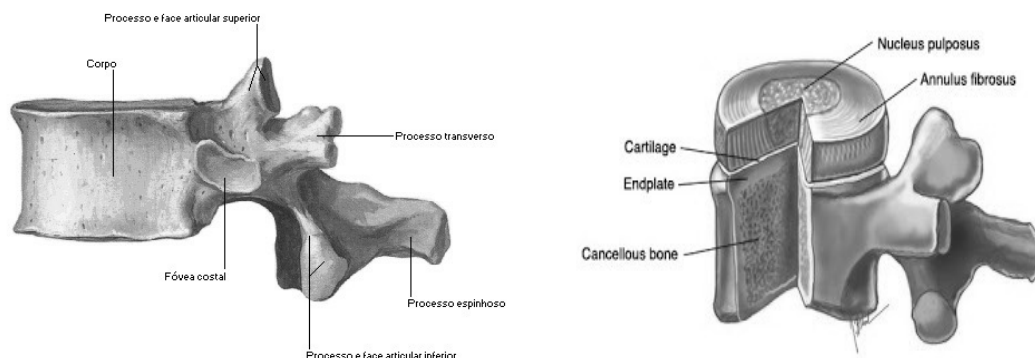


Figura 1.4. Vértebra Típica Lombar (Netter, 1998, p.147).

Em conjunto, todos os orifícios vertebrais, constituintes do interior de cada vértebra, formam o canal vertebral, que aloja e protege a espinal medula (Faller, & Schuenke, 2004).

Os discos intervertebrais encontram-se ao longo de toda a coluna vertebral, com exceção das primeira e segunda vértebras cervicais. Quando é imposta uma carga aos discos (quando na postura ereta), estes são pressionados para baixo, mas, durante o alívio da carga, os discos retomam a forma original. São constituídos por dois componentes básicos da estrutura do disco vertebral: o anel fibroso (parte externa) e o núcleo pulposos (parte interna) que, no seu conjunto, formam uma articulação cartilaginosa (Faller, & Schuenke, 2004) (cf. Figura 1.5.).

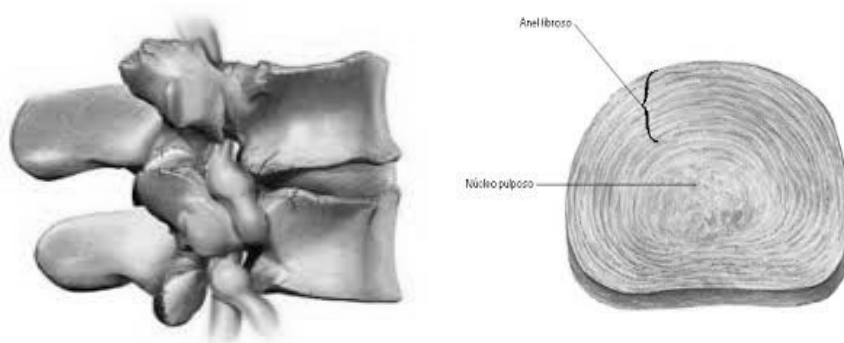


Figura 1.5. Disco Intervertebral (Netter, 1998, p.148).

Quando se inicia um processo degenerativo, observa-se a alteração de toda a mecânica da unidade funcional da coluna, o que conduz à inversão da distribuição das forças, causando variações em todas as estruturas adjacentes (ligamentos, ossos e articulações). Consequentemente, o disco intervertebral cede à sobrecarga mecânica, diminuindo de altura e desequilibrando a unidade funcional da coluna, dando origem à instabilidade vertical, sendo

que a degeneração discal é, igualmente, acompanhada por processo inflamatório local (Mineiro, Canas, Barroso, & Fernandes, 2006). Por sua vez, a evolução da dor, provocada pela degeneração do disco intervertebral, é acompanhada pela progressão da instabilidade segmentar de vertical para horizontal, com relação à dor axial e ao compromisso neurológico, agravando as queixas do paciente (Mineiro et al., 2006).

1.4 Taxonomia da Dor

Para que exista uma comunicação, compreensão e categorização da dor utilizada de forma sistemática e consistente por investigadores, clínicos e doentes, é necessária a existência da utilização de uma terminologia adequada e de um sistema de classificação que avalie a dor quanto à sua duração (aguda ou crónica), mecanismo fisiopatológico (nocicetivo ou neuropático), intensidade e origem (Boyd, 2002; Carvalho, 1999; Pagura, 2009; Merskey, et al., 1994; Teixeira, 1999).

Com o objectivo de facilitar esta compreensão, comunicação e interpretação de resultados, a IASP *Task Force on Taxonomy* (Merskey, et al., 1994) desenvolveu uma taxonomia que classifica a dor em cinco itens fundamentais, de acordo com: (i) região lesada; (ii) sistema envolvido; (iii) características temporais da dor; (iv) intensidade da dor relatada pelo doente – leve, moderada ou intensa; e (v) etiologia da dor.

Outros autores classificam a dor como primária ou secundária (Sternbach, 1985, citado em Gala et al., 2003). A dor primária caracteriza-se por ter uma localização precisa, que, por ser uma sensação aguda, física e bem definida, oferece informação imediata sobre a presença de lesão, a sua extensão e localização. A dor secundária caracteriza-se por ter uma imperfeita localização e uma qualidade difusa e persistente, surgindo, habitualmente, após a dor primária.

A dor pode ser classificada de acordo com critérios etiológicos (orgânica e psicogénica), de intensidade (leve, moderada e intensa), topográficos (localizada e generalizada; superficial, somática profunda e visceral) e temporais (aguda e crónica), e de acordo com os sistemas envolvidos (miofacial, reumática, neurológica, vascular) (Almeida, Roizenblatt, & Tufik, 2004; Ferreira, & Torres, 2000).

1.4.1. Critério Temporal da Dor

Tendo em conta os critérios temporais, a dor pode ser classificada em quatro tipos: como transitória, aguda, recorrente, crónica não oncológica e crónica oncológica (Gala et al., 2003; Loeser, 2009), sendo a distinção entre dor aguda e dor crónica de extrema importância.

A dor transitória ocorre, habitualmente, no quotidiano e raramente exige procura de um técnico de saúde. Os nociceptores são activados mesmo na ausência de lesão tissular (Gala et al., 2003; Loeser, 2009).

A dor aguda por efeito é caracterizada como tendo um início recente e que acaba, ou está prevista acabar, num período de dias ou semanas, inferior a seis meses, sendo que inicialmente é descrita como transitória (Boyd, 2002; Gala et al., 2003; Marquez, 2011; Teixeira, 2009).

É uma dor causada por lesão externa e/ou interna dos tecidos, apresentando uma função biológica essencial, de advertência, de alarme e proteção, na medida em que avisa o organismo, conduzindo o sistema a proteger a área afetada. A dor desaparece quando a causa subjacente é eliminada (Gala et al., 2003; Teixeira, 2009). A dor é transitória em casos que seja consequência de uma queda, queimadura, dor de dentes, pancada com um objecto, lesão que tarda em sarar ou mal-estar como, por exemplo, uma dor de cabeça.

Pode dizer-se que a dor aguda é influenciada pelo modelo biomédico, ativando o ponto de vista de que a eliminação do estímulo nocivo irá diminuir a nociceção e, consequentemente, aliviar a dor e restaurar a função, surgindo uma correlação forte entre o sintoma e a manifestação da lesão tissular (Cheville et al., 2000). Esta dor associa-se, igualmente, a níveis elevados de ansiedade, de respostas motoras e de reações apáticas que tendem a ser proporcionais à gravidade da lesão (Gala et al., 2003).

A dor aguda monofásica é a mais comum, é autolimitada e tem uma evolução aguda, sendo que na maioria dos casos não necessita nem de observação médica nem de tratamento (Passik, Kirsh, & Portenoy, 2009). As dores agudas monofásicas mais comuns são as síndromes musculoesqueléticas, como a tensão lombar ou cervical. Habitualmente, nos casos em que se apresenta necessário o tratamento clínico, este tipo de dor resolve-se num curto espaço de tempo, através de descanso e/ou de analgésicos (Cheville et al., 2000).

A dor recorrente refere-se à dor e/ou doença que, aparentemente, se encontra debelada e que reaparece com os mesmos sintomas e a mesma etiologia, ou seja, é uma recidiva. Decorre de doenças que naturalmente progridem e resultam em síndromes dolorosos agudos recorrentes (Carvalho, 1999; Teixeira, 1999).

As dores agudas recorrentes são igualmente frequentes, incluindo as cefaleias, a dismenorreia, a doença intestinal inflamatória, algumas artrites, a anemia falciforme, entre outras, variando quanto à sua intensidade e à necessidade de intervenção clínica (Cheville et al., 2000; Passik, Kirsh, & Portenoy, 2009). Ocorrem em episódios de curta duração, mas, como se repetem ao longo do tempo, podendo mesmo durar uma vida, apresentam uma particularidade crónica (Carvalho, 1999; Grabois, 2002; Teixeira, 1999).

A dor crónica decorre da perpetuação da dor aguda, mas não tem uma finalidade biológica, sendo uma importante causa de incapacidade e/ou doença (Carvalho, 1999; Marquez, 2011; Tasker, & Dostrovsky, 1989; Teixeira, 2009). É produto de uma lesão, inúmeras vezes resultante, no caso de uma dor inflamatória, de uma lesão ou doença no tecido periférico e de uma inflamação que subsiste no tempo e, no caso da dor neuropática, de uma lesão ou doença que causa danos no sistema somatosensorial (Descalzi et al., 2015; IASP, 2014), mas, contrariamente à dor aguda, persiste continuamente após o dano estar curado e/ou ter desaparecido, ou seja, não responde a nenhuma terapia convencional (Ferreira, & Torres, 2000; Gala et al., 2003; Grabois, 2002; Salvetti, & Pimenta, 2007). Consequentemente, deixa de ser um sintoma de uma patologia orgânica e, contrariamente à dor aguda, raramente é acompanhada por sinais de activação do SNS (Herdon et al., 2008).

Por sua vez, a dor aguda, caracteriza-se como um processo transitório associado à lesão tissular presente ou potencial, a dor crónica, mesmo após a cura da lesão, é uma situação perseverante, representando por si só uma doença (Ferreira, & Torres, 2000).

No que se refere à sua duração, permanece no tempo mais de seis meses (Boyd, 2002; Gala et al., 2003; Grabois, 2002; Loeser, 2011). Apesar de ser o critério temporal que diferencia dor aguda de dor crónica, Bonica (1990, citado em Cheville et al., 2000) propôs uma definição mais profícua, ou seja, dor crónica perdura um mês após o curso normativo de uma doença aguda ou da duração razoável para o ferimento sarar. De igual forma, o autor defende que a dor crónica pode associar-se a um processo clínico patológico ou dor que se repete em intervalos por tempo prolongado.

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor crónica persiste para além da duração habitual da doença, defendendo que as 12 semanas são o ponto de transição entre processo agudo e crónico (Burton et al., 2004). Contudo, para objetivos de investigação, dever-se-á utilizar o critério temporal de seis meses (Loeser, 2011; Merskey, et al., 1994).

A dor crónica pode ser oncológica ou não oncológica (Boyd, 2002; Gala et al., 2003). A dor crónica não oncológica não está associada a neoplasias e persiste ao longo do tempo, de

forma contínua ou recorrente, por pelo menos três meses. Esta dor é a principal causa de dor crónica, sendo a lombalgia a que apresenta maior prevalência (DGS, 2008).

Por sua vez, a dor crónica oncológica, surge no contexto de uma neoplasia, sendo a causa mais frequente o efeito direto do tumor e suas metástases. A dor oncológica envolve um conjunto complexo de dores agudas monofásicas, podendo estar associadas aos procedimentos médicos, dores agudas recorrentes, provocadas pelos tratamentos de quimioterapia e dor crónica, todas com origem nocicetiva e neuropática (Cheville et al., 2000).

Teixeira e Siqueira (2009) e Hüge e colaboradores (2006) referem que a longevidade de vida, mesmo em doentes com enfermidades clinicamente fatais, os hábitos de vida e as alterações dos fatores ambientais poderão contribuir para o crescimento dos episódios de dor.

Segundo Turk (1994), apesar dos avanços nas áreas da fisiologia, da bioquímica e da anatomia, assim como o desenvolvimento e invenção de medicamentos analgésicos e de cirurgias contemporâneas e inovadoras, continua a ser um desafio aliviar a dor recorrente. O tratamento da dor em especial a crónica, não apresenta a mesma eficácia do tratamento da dor aguda, possivelmente porque a dor crónica apresenta uma associação significativa com a componente psicológica (Turk, 1999).

1.4.2. Etiologia da Dor

No que se refere à etiologia da dor, a IASP (1986) utiliza dez critérios de fatores que podem ser resumidos em três principais: nocicetivo, neuropático e psicogénico.

A nociceção é a atividade produzida no sistema nervoso por um real (Cohen, & Mao, 2013) ou um potencial estímulo que promove a lesão (Cheville et al., 2000), nos tecidos não-neurais (Cohen, & Mao, 2013), ou seja, a dor nocicetiva, ou fisiológica (Pasero, 2004), é produzida pela ativação dos nociceptores (fibras A-δ e C), através de estímulos dolorosos, que são transmitidos para a medula espinal, como resposta a uma estimulação prejudicial sobre os tecidos, como, por exemplo, uma inflamação, uma infeção ou uma cirurgia (Bennett, Smith, Torrance, & Lee, 2006; Loeser, 2006; Melzack, & Wall, 1965; Pasero, 2004; Teixeira, 2009).

A dor é a percepção da nociceção, dependendo de mais do que da atividade induzida neurosensorialmente através de estímulos externos e/ou internos. Consequentemente, as dores não nociceptivas, ou seja, neuropáticas e psicogénicas, são experienciadas como sendo “reais”. Após o traumatismo, estes recetores alteram-se de forma lenta, produzindo dor prolongada, devido a mudanças na sua estrutura anatómica e funcional e à libertação de estímulos químicos endógenos, ou seja, de substâncias algiogénicas, como a histamina (Carvalho, 1999). A

libertação destes químicos conduz ao aparecimento de inflamações ou de edemas, aumentando a sensibilidade dos nociceptores, assim como da área dolorosa (Payne, 1987).

A dor nociceptiva subdivide-se em dor somática e visceral (Cohen, & Mao, 2013; Twaddle, & Cooke, 2009). A dor somática é bem localizada sobre a superfície cutânea ou estruturas musculoesqueléticas profundas (Twaddle, & Cooke, 2009) e produz-se através da estimulação dos nociceptores da pele, dos ossos, das articulações, sendo uma dor aguda com localização concreta exacerbada ao movimento. Este tipo de dor é aliviado através do repouso (Cheville et al., 2000).

A dor visceral origina-se nos órgãos internos, aparecendo com maior frequência como consequência de doenças. Quanto à sua localização, é mal localizada, frequentemente atribuída a estruturas profundas (e.g., prisão de ventre) (Cervejo, & Laird, 1999; Cheville et al., 2000; Twaddle, & Cooke, 2009) e, quando a dor é aguda, frequentemente associa-se a sensação de vômitos, taquicardia, náuseas, aumento da pressão arterial e sudorese e habitualmente é acompanhada de queixas de dores locais que podem estar distantes da lesão (e.g., ataque cardíaco – poderá provocar primeiramente dor no ombro, no braço e na mão). Em termos fisiopatológicos, este tipo de dor origina-se pela ativação dos nociceptores por infiltração, distensão ou dilatação, ou por espasmos ou contrações. Produz sensação de dor de maior duração do que a dor somática (Cervejo, & Laird, 1999; Cheville et al., 2000).

De acordo com a IASP, a dor neuropática é causada por lesão ou doença ou por uma disfunção no SNP ou no SNC (Andrés, & Garcia-Ribas, 2003; Backonja, 2003; Davar, & Maciewicz, 1989; Gala et al., 2003; Twaddle, & Cooke, 2009), ou seja, afeta o sistema somatosensorial (Haanpää, & Hietaharj, 2010; Haanpää, & Treede, 2010; Kraychete, & Sakata, 2011; Treede et al., 2008), mantendo-se durante um período de tempo significativo após o evento doloroso (Backonja, 2003; Davar, & Maciewicz, 1989; Gala et al., 2003). Clinicamente, esta dor pode não estar associada a lesão alguma, sendo descrita como a sensação ardente, um peso, uma ferroadada, como se espetassem agulhas, podendo haver presença de alodinia, e podendo ser acompanhada de parestesias (e.g., formigueiro, adormecimento de determinada parte do corpo) (Andrés, & Garcia-Ribas, 2003). Por conseguinte, o seu tratamento não é fácil, sendo mesmo um desafio para os técnicos (Andrés, & Garcia-Ribas, 2003; Davar, & Maciewicz, 1989; Finnerup, Sindrup, & Jensen, 2010; Haanpää, & Treede, 2010), razão pela qual existe a necessidade de grande preparação e treino para serem capazes de identificar os diversos componentes da dor, para os poder tratar convenientemente, tendo em conta que a dor neuropática pode ser coexistente com as dores idiopáticas e nociceptivas (Haanpää, & Treede, 2010). Este tipo de dor pode surgir de forma aguda ou crónica, sendo uma descrição clínica e

não um diagnóstico (Backonja, 2003; International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy, 1994).

Para além da carga emocional provocada pela dor neuropática persistente, habitualmente a vida dos doentes sofre consequências a nível social e financeiro (Davar, & Maciewicz, 1989; Haanpä, & Treede, 2010), uma qualidade de vida comprometida, sofrimento e incapacidade, existindo uma mais elevada prevalência de depressão, de ansiedade e de perturbações do sono em sujeitos que têm dor neuropática relativamente aos que não a apresentam (Haanpä, & Treede, 2010).

Aguiar e Callfi (2005) referem que a dor neuropática apresenta três subtipos: a dor neuropática periférica, em que o foco da estimulação neural anómala é o SNP, a dor simpática persistente e a dor por desaferentação, em que o foco é o SNC.

A dor por desaferentação, tal como a nocicetiva, apresenta uma causa orgânica e refere-se a uma subdivisão da dor neuropática, provocando sofrimento significativo e incapacidade em doentes com este tipo de dor (Davar, & Maciewicz, 1989). Decorre de uma lesão no SNP, da medula, do tronco encefálico ou de estruturas do encéfalo. São exemplos as dores precipitadas por lesões periféricas (e.g., dor fantasma) e as dores precipitadas por lesões centrais (e.g., dor talâmica, AVC, tumores cerebrais). Esta dor manifesta-se em pacientes com lesões no SNC, no encéfalo, tronco encefálico ou na medula espinal (Smith, 1976, citado em Carvalho, 1999).

É usualmente mencionada a existência de uma componente psicológica significativa na dor crónica. De facto, muitos pacientes referem sensações de dor, apesar de não existir nenhuma lesão tissular aparente. Nestes casos, é importante e essencial fazer o diagnóstico diferencial, ou seja, ter-se a certeza de que a dor tem uma causa orgânica, em detrimento de se a diagnosticar inadequadamente como sendo uma dor psicogénica (Covington, 2000).

Considera-se a existência de dor psicogénica (Tyrer, 2005), quando não existe nenhum mecanismo neuropático ou nocicetivo envolvido, ou seja, não existe qualquer dano orgânico, tissular que cause a dor, mas a mesma pode ser produzida por fatores psicológicos como a principal ou mesmo a única fonte (Tyrer, 2005; Whalley, & Oakley, 2003). É a dor física que é causada, mantida ou agravada por fatores emocionais, psicológicos e comportamentais (Tyrer, 2005).

1.4.3. Intensidade e localização da Dor

Para a avaliação da dor, a severidade da mesma é essencial, sendo o aspecto mais saliente da dor (Pimenta, 1999). A intensidade da dor pode afetar o sujeito de forma ligeira,

moderada ou severa, podendo ter repercussões na sua qualidade de vida e no seu funcionamento geral, quer a nível físico, psicológico, emocional e social (Breivik et al., 2008).

Na dor crónica, dever-se-á avaliar a intensidade da mesma no último mês, assim como no momento “agora mesmo”. Pacientes com dor aguda devem, igualmente, avaliar a dor “agora mesmo”, indicando a intensidade da dor durante um período fixo, como no dia anterior (Cheville et al., 2000).

A forma mais simplista de se avaliar a dor é através de uma escala unidimensional que avalia as categorias: nenhuma dor, dor ligeira, dor moderada e dor severa. Esta avaliação pode ser por auto-relato ou efetuada pelo técnico de saúde, sendo que o paciente poderá fazê-lo em casa, uma a três vezes por dia, de forma a avaliar a severidade da dor durante determinados episódios (Cheville et al., 2000). Outra forma de se avaliar a intensidade da dor é através da *Visual Analogue Scale* (VAS), ou seja, da Escala Visual Analógica (EVA), em que se utiliza uma “régua” de 10cm com um *continuum* que varia de nenhuma dor a dor muito severa e em que se pede ao paciente para referir onde se insere a intensidade da sua dor. Contudo, esta medida não é facilmente mensurável (Wewers, & Lowe, 1990).

As síndromes de dor podem ser focais, multifocais ou generalizados. A dor focal afeta uma única região do corpo, a dor multifocal afeta duas ou mais partes não vizinhas no corpo (Cheville et al., 2000), e a dor generalizada situa-se por toda a parte do corpo, ou seja, quase como um invólucro de toda a estrutura corporal do indivíduo. Consequentemente, é importante que seja pedido ao paciente a indicação, através de relato verbal ou com instrumentos padronizados, em que parte(s) do corpo sente dor. De igual forma, dever-se-á avaliar os fatores que poderão aliviar ou exacerbar a experiência dolorosa. O conhecimento destes fatores é essencial para o delinear de estratégias terapêuticas adequadas.

1.5 Perceção da Dor

Na avaliação psicológica da dor, os resultados recolhidos seja por instrumentos estandardizados, seja por relato verbal, seja por observação direta, devem ser um apoio importante na compreensão, no diagnóstico, no planeamento de estratégias de intervenção e no tratamento. Contudo, o técnico não deve ficar preso a valores numéricos categorizados num significado teórico, até porque esta avaliação pode realizar-se sem a utilização de medidas estandardizadas. Seja na avaliação psicológica da dor, seja na avaliação psicológica de outra patologia, é importante que se investigue o fenómeno, que se escute o doente e ambos sejam percecionados, compreendidos de forma monográfica (Alchieri, & Cruz, 2003).

Quando o indivíduo que padece de dor procura ajuda profissional, a primeira avaliação é física, através de exames orgânicos e/ou metabólicos. Com o objectivo de se avaliar os aspectos psicoemocionais e/ou comportamentais associados ao quadro álgico, é realizada uma avaliação psicológica, sendo que esta apreciação é solicitada quando existe dor crónica ou sintomas que persistem ao longo do tempo, quando as queixas e os sintomas relatados pelo paciente ultrapassam o que os exames físicos revelam, quando pode existir sintomatologia psico-emocional e/ou comportamental associada ao quadro álgico ou quando o paciente demonstra estratégias ineficazes ou desadequadas de confrontar a dor/doença (Sardá, 2002, citado em Bartilotti, Scopel, & Cruz, 2006).

Até à década de 60 do século XX, a investigação no campo da dor estava exclusivamente associada ao modelo biomédico e, por conseguinte, a avaliação media exclusivamente a sua intensidade, descurando a componente sensorial e afetiva. As escalas eram unidimensionais e pedia-se ao doente para indicar o grau da sua dor, num intervalo de, por exemplo, 0 (ausência de dor) a 5 (pior dor imaginável), ou através de escalas analógicas visuais (Graham, Bond, Gerkovich, & Cook, 1980). Estas escalas são atualmente utilizadas para avaliar a intensidade da dor (Pimenta, 1999).

A intensidade da dor é tipicamente medida através de escalas de classificação de dor (Dionne, 2010). Apesar das *Visual Analogue Scale* (VAS – Escala Visual Analógica - EVA) e das *Verbal Rating Scale* (VRS – Escala de Avaliação Verbal - EAV) serem instrumentos fiáveis, válidos e sensíveis para a medição da intensidade da dor, parece que, comparativamente, a *Numerical Rating Scales* (NRS – Escalas de Avaliação Numérica - EAN) é mais facilmente percebida, mais fiável e sensível (Grotle, Brox, & Vøllestad, 2003), conforme podemos observar nas Figuras 1.6., 1.7. e 1.8..

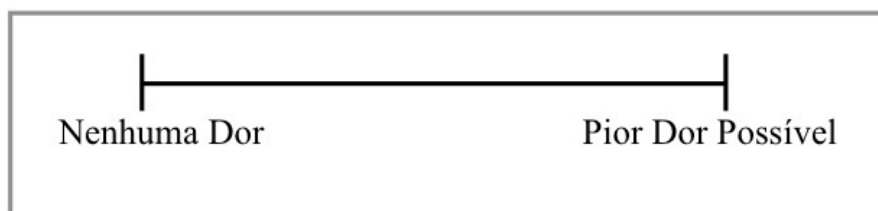


Figura 1.6. Escala Visual Analógica (EVA).

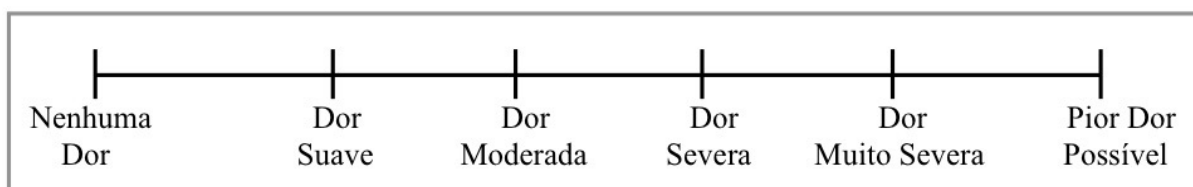


Figura 1.7. Escala de Avaliação Verbal (EAV).

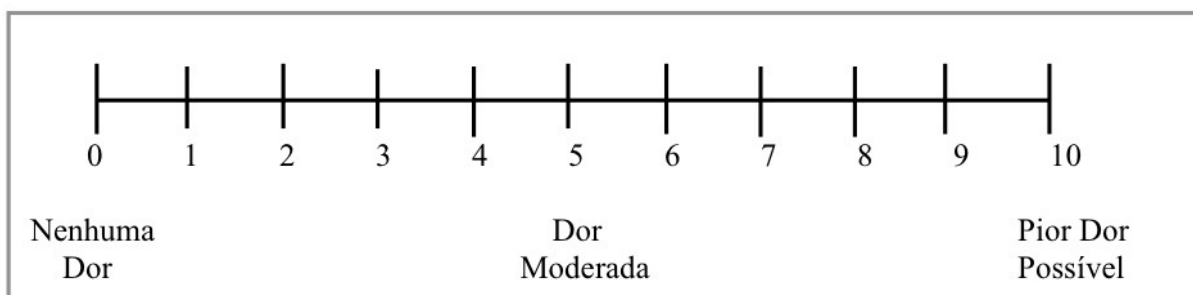


Figura 1.8. Escala de Avaliação Numérica (EAN).

A avaliação da localização da dor poderá ser enviesada pela linguagem utilizada, ou seja, a semântica dos termos utilizados poderá diferenciar entre o clínico e o paciente. Assim sendo, e de forma a ultrapassar-se esta problemática, na avaliação da localização da dor, deverá utilizar diagramas ou esquemas corporais que permitem a padronização da descrição da localização da dor (Dionne, 2010), como, por exemplo, o representado na Figura 1.9.

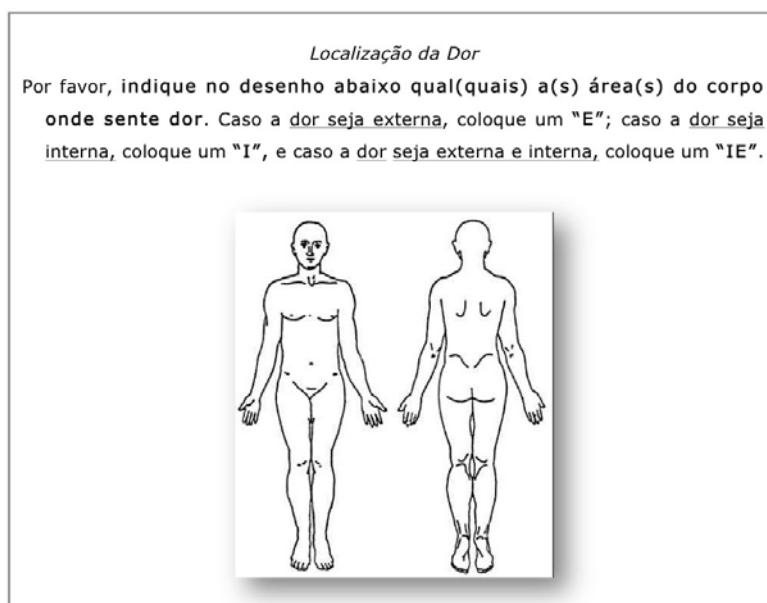


Figura 1.9. Questionário McGill da Dor (MPQ), versão Portuguesa (centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002). Adaptado de Melzack (1980).

São poucos os instrumentos de avaliação que analisam as dimensões afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas, sendo que a exceção é o MPQ (Melzack, 1975) e o *The Illness Behaviour Questionnaire* (IBQ; Pilowsky, Spence, Cobb, & Katsikitis, 1984).

As características afetivas e sensoriais são avaliadas solicitando-se ao paciente que descreva como é a sua dor e com o que se parece e esta avaliação poderá ser realizada através do MPQ (1975). De facto, este questionário é um dos mais utilizados cientificamente para a medição e quantificação da dor, e para compreender e caracterizar os componentes afetivo, sensitivo, cognitivo e avaliativo da dor (Pimenta, 1999).

Ao ser um fenómeno multifatorial, com consequências biopsicossociais, a avaliação da dor deve ter em conta, igualmente, as dimensões psicoemocionais associadas à dor. De facto, episódios de depressão e/ou de ansiedade são frequentemente associados à experiência dolorosa. A sua incidência é comum nos indivíduos que padecem de dor, sendo que a sua frequência aumenta se a dor for contínua, crónica. Pimenta (1999) refere que os estados de humor poderão ser afetados pela dor, ficando comprometidos, sendo que alterações nestes estados emocionais podem ter repercussões na perceção, interpretação e relato da dor.

1.5.1. Dor Lombar

De acordo com a OMS (World Health Organization [WHO], s.d.), os problemas de coluna incluem trauma, lesão mecânica ou medular, infeção e tumor, sendo a dor lombar o distúrbio mais comum da coluna vertebral.

A dor lombar, ou lombalgia, é o sintoma musculoesquelético mais predominante, podendo ter importantes repercussões em diversas áreas da vida do indivíduo, sendo um motivo de preocupação nas áreas da saúde (Ladeira, 2011), na medida em que se constitui num problema de saúde pública devido à alta taxa de prevalência e às repercussões consideráveis ao nível da incapacidade para trabalhar e da utilização de cuidados de saúde (DGS, 2004; Picavet, 2010; Taimela, Negrini, & Paroli, 2004). É, igualmente, um problema socioeconómico, pois gera aumento da abstinência laboral (Ladeira, 2011; Thelin, Holmberg, & Thelin, 2008; Woolf, & Pfleger, 2003), sendo comum entre os 55 anos e os 65 anos de vida (Björck-van Dijken, Fjellman-Wiklund, & Hildingsson, 2008).

Estudos do Instituto Nacional de Saúde (INS) informam que os distúrbios da coluna vertebral têm uma incidência relevante na população em geral e que a lombalgia constitui um importante problema de saúde pública (DGS, 2004). Consequentemente, o peso socioeconómico da invalidez por lombalgia em Portugal tem vindo a aumentar, de forma exponencial, sendo os custos mais significativos.

As lesões musculoesqueléticas, sendo a dor lombar responsável por mais de metade, são a causa mais comum de incapacidade crónica em países industrializados (Taimela et al., 2004).

De acordo com a DGS (2004), a lombalgia é um sintoma, não é uma doença e a sua etiologia é multifatorial e parcialmente conhecida: o mesmo sintoma poderá resultar de fisiopatologias distintas.

A lombalgia representa uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, culturais, ambientais, cognitivos, biológicos e psicossociais e pode ser definida como uma queixa, dor ou desconforto, localizando-se entre a vértebra torácica 12 (T12) e acima da prega glútea inferior, com ou sem dor irradiada para o membro inferior (Burton et al., 2004; Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010; Krismer, & van Tulder, 2007; Radu, 2004). Frequentemente, a dor lombar irradia-se para a região das nádegas e face posterior das coxas. Quando a dor segue um trajecto similar, mas atinge o membro inferior até abaixo do joelho, através do nervo ciático, então designa-se de lombocitalgia (Radu, 2004).

Quanto à etiologia, pode ser classificada como “específica” (e.g., hérnias discais, espondilolistese), quando existe suspeita de causa patológica, ou “inespecífica” (Woolf, & Pfleger, 2003), sendo que somente uma minoria dos casos de dor lombar resulta de causas físicas (Ehrlich, 2003).

É um conjunto de manifestações dolorosas que afetam a região lombar, lombossacral ou a área sacroilíaca, estando entre os manifestos mais comuns no ser humano (Ocarino et al., 2009).

As causas de lombalgia podem ser agrupadas em processos nocicetivos, neuropáticos, psicológicos ou a combinação destes (Grabois, 2005), sendo que a sua etiologia específica é apenas conhecida em 5% a 10% dos casos (Krismer, & van Tulder, 2007). Caracteriza-se por três componentes: dor, incapacidade e absentismo (Björck-van Dijken, Fjellman-Wiklund, & Hildingsson, 2008), constituindo uma das principais causas de incapacidade nos adultos (Rudy, Weiner, Lieber, Slaboda, & Boston, 2007), sendo multifatorial – fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e laborais (WHO, s.d.). De acordo com a DGS (2004), a dor lombar e a incapacidade (limitação da atividade do indivíduo socialmente desejável) estão intimamente ligadas.

A dor lombar pode surgir a partir de um número de estruturas anatómicas, como os ossos, articulações, ligamentos, discos intervertebrais, estruturas neurais e vasos sanguíneos (Deyo, & Weinstein, 2001, citados em Hoy et al., 2010). A lombalgia específica pode ser

causada por fraturas osteoporóticas, neoplasmas ou infecção, sendo que em 85%-95% dos casos não se conhece a causa específica (Ehrlich, 2003).

A dor lombar é extremamente variável, podendo durar uns dias ou persistir por muitos anos (Hoy et al., 2010). Contudo, as pessoas que experienciam lombalgias durante um período de dias têm predisposição para vivenciarem episódios recorrentes (Hestbaek, Leboeuf-Yde, & Manniche, 2003).

Consoante o critério temporal, pode ser classificada como aguda, sub-aguda ou crónica, ou seja, quando a dor tem uma duração menor do que seis semanas, estamos perante a dor lombar aguda; quando dura entre seis a 12 semanas, a dor é sub-aguda. Quando a dor lombar perdura no tempo durante mais de 12 semanas, o diagnóstico quanto ao critério temporal é crónica (DGS, 2004; Woolf, & Pfleger, 2003). Outros autores (Airaksinen et al., 2006) referem que se existir presença de recorrências de dor lombar por um período de seis meses, a dor lombar crónica insere-se no diagnóstico. A dor crónica representa cerca de 7% das lombalgias, apesar de se estimar que seja responsável por mais de 75% dos custos despendidos com este sintoma (DGS, 2004). Como consequência do percurso natural da dor lombar, tem-se vindo a observar um aumento da dor lombar crónica (Wolter, Szabo, Becker, Mohadjer, & Knoeller, 2011).

Quando o indivíduo sente dor, tende a procurar um médico, por forma a ser consultado e iniciar um tratamento farmacológico ou utilizar outro tipo de abordagens (e.g., manipulação osteopática, fisioterapia, yoga, acupunctura, pilates). Na dor lombar aguda, independentemente do tipo de tratamento utilizado, a recuperação é rápida. Na dor lombar crónica, os fatores psicológicos apresentam um papel essencial na etiologia, manutenção ou no agravamento da lombalgia (Ehrlich, 2003).

A dor lombar, principalmente a crónica, não é consequência de doenças específicas, mas de um conjunto de causas (Silva et al., 2004). São vários os fatores predisponentes, precipitantes e/ou de manutenção da dor lombar, existindo a três níveis: individuais, psicossociais e ocupacionais (Martins, 2006).

Em relação aos fatores individuais, a ocorrência da lombalgia associa-se a fatores como a idade, o género, a escolaridade, o nível socioeconómico, o tabagismo, a vida sedentária e a actividade física, a obesidade, a gravidez (Martins, 2006; Queiroz, 2003; Silva et al., 2004), e altura superior a 180cm no homem e a 170cm na mulher, a malformações da coluna vertebral e a alterações da estática da coluna (Queiroz, 2003).

Quanto à ocupação, os fatores de predisponentes ao aparecimento e à manutenção das lombalgias são fatores psicológicos relacionados com stresse, com a insatisfação laboral, e/ou

com trabalho monótono e repetitivo; e fatores físicos associados a movimentos repetitivos, posição desadequada, suportar pesos, trabalho que implique força muscular, trabalho noturno, força dos músculos abdominais e das costas, entre outros (Coelho, Almeida, & Oliveira, 2005; Martins, 2006).

Os fatores de risco psicossociais estão intrinsecamente associados ao contexto, à vivência e à idiossincrasia, integrando vários aspectos do estilo de vida do indivíduo, assim como características do foro psicoemocional e da personalidade (Coelho et al., 2005). Em termos psicoemocionais, a dor lombar associa-se à presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, à instabilidade emocional e ao comportamento de dor, como o exacerbar. De igual forma, os fatores ocupacionais, como trabalho pesado (elevação, puxar, flectir, empurrar), assim como as variáveis psicológicas associadas à profissão ou ao trabalho (e.g., insatisfação laboral) poderão contribuir para o aparecimento, manutenção e/ou agravamento desta patologia (Ponte, 2005; Woolf, & Pfleger, 2003).

Existe uma associação entre a dor lombar e os fatores psicológicos, podendo estes ser fator de risco ou contribuir para a cronicidade da lombalgia (Ponte, 2005). De facto, fatores como a ansiedade, a depressão, sintomas de somatização, a insatisfação profissional, a auto-imagem negativa, entre outros, poderão ser etiologia da dor lombar, mas podem, igualmente, ser secundários à lombalgia (Andersson, 1999; Ponte, 2005). Segundo Gatchel, Peng, Peters, Fuchs e Turk (2007), os transtornos psicológicos pré-existent à lombalgia são um dos mais fortes preditores da persistência da dor e subsequente incapacidade, sendo que a depressão, a somatização e os comportamentos mal-adaptativos da doença estão entre os mais importantes preditores.

Melzack e Wall (1987) referem que o autoconceito, ao ser uma componente da personalidade, poderá influir distintamente na forma como o indivíduo percebe a dor, na medida em que a dor poderá promover efeitos sobre os fatores emocionais (depressão, ansiedade, significado atribuído à dor) e comportamentais. Os autores mencionam que a experiência de dor modifica, com frequência, o autoconceito do indivíduo, no sentido da autoestima e imagem corporal poderem ficar alteradas. Consequentemente, no tratamento da dor, incluindo lombalgia, devem ter-se em conta as consequências físicas e psicológicas. Os autores defendem que a dimensão psicológica parece ter influência, como fator predisponente, na manutenção ou na diminuição ou no agravamento dos episódios de dor. Por conseguinte, os estados emocionais, o significado que o indivíduo atribui à dor, assim como as atitudes e comportamentos face à dor, podem contribuir para a percepção que o sujeito tem da dor.

A lombalgia é reiteradamente um motivo de recurso a consultas médicas tradicionais (e.g., medicina geral, ortopedia, reumatologia, fisioterapia, sofrologia) bem como a terapias de reabilitação, complementares e alternativas (e.g., fisioterapia, osteopatia, acupuntura), tendo vindo a sua ocorrência a aumentar significativamente nos últimos anos, quer a nível nacional ou internacional (WHO, s.d.).

A elevada prevalência da lombalgia é conhecida em vários países, havendo mesmo estudos que demonstram uma tendência para aumentar (Palmer, Walsh, Bendall, Cooper, & Coggon, 2000).

De acordo com a DGS (2004), em Portugal, os estudos de prevalência de lombalgia são escassos. A DGS refere que pelo menos 30% da população menciona apresentar sintomas musculoesqueléticos e, destes, 20% encontra-se em situação de doença, 7% apresenta incapacidade e 0.5% apresenta invalidez.

No estudo realizado por Ponte (2005) sobre a prevalência da lombalgia em Portugal, em população adulta na região norte do país, a autora verificou 49% de dor lombar, enquanto Coelho, Almeida e Oliveira (2005), num estudo realizado na zona da grande Lisboa em adolescentes, verificaram uma prevalência de 39.4%.

No que respeita à sua relação com variáveis sociodemográficas, parece que a lombalgia afeta tanto homens como mulheres. Ponte (2005) verificou que nas mulheres a prevalência da dor lombar era de 54.2%, enquanto nos homens era de 44.2%, sendo que, em média, as faltas ao trabalho devido a esta patologia era de 2,5 dias.

Picavet (2010) refere que as taxas de prevalência da dor musculoesquelética são mais elevadas nas mulheres, comparativamente com os homens. A autora menciona que existem três teorias que explicam estes dados: 1) a Teoria do Papel de Género, que assume que o relato de dor por parte das mulheres, em comparação com os homens, é socialmente mais aceite; 2) a Teoria de “Exposição” defende que as mulheres, comparativamente com os homens, estão mais expostas a fatores de risco que poderão ser causa da dor musculoesquelética; e 3) a Teoria da “Vulnerabilidade” propõe que as mulheres são mais vulneráveis a desenvolver dor musculoesquelética. Quanto às duas primeiras teorias, parece não existirem resultados científicos suficientes para as corroborar; contudo, existem evidências científicas que parecem comprovar a Teoria da “Vulnerabilidade”, sendo que as diferenças hormonais em função do género parecem sustentá-la, ou seja, aparentemente as hormonas sexuais parecem desempenhar uma função que poderá explicar a maior prevalência de dor musculoesqueléticas nas mulheres.

A Teoria do Papel de Género está associada ao que é socialmente aprendido de acordo com o sexo biológico. Consequentemente, é ensinado às crianças que os meninos não devem

chorar - “*um menino não chora*”-, associando-se, possivelmente de forma errônea, o chorar à fraqueza emocional, ao descontrolo de emoções, sendo que isto poderá explicar a baixa prevalência de dor relatada pelos homens. Esta teoria defende que ambos os géneros experienciam e vivenciam a mesma quantidade e o mesmo tipo de dor, mas reagem à mesma de forma divergente (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, 2009; Robinson, Gagnon, Riley, & Price, 2003; Wiesenfeld-Hallin, 2005).

Robinson e colaboradores (2003) realizaram um estudo com o objectivo de avaliarem os estereótipos dos papéis de género nas diferenças entre homens e mulheres na dor. Os autores registraram a avaliação, o limiar e a tolerância à dor, tendo verificado que as mulheres da amostra apresentam menos tolerância à dor, comparativamente com os homens.

A Teoria da “Exposição” defende que, no mercado de trabalho, os homens e as mulheres são distribuídos de forma diferente em profissões e tipos de trabalho, existindo, igualmente, diferenças de género nas atividades de lazer e domésticas e, por conseguinte, estas diferenças poderão ter repercussões na prevalência da dor (Messing, Dumais, Courville, Seifert, & Boucher, 1994, citados em Picavet, 2010).

A Teoria da “Vulnerabilidade” assume que homens e mulheres são anatómica e fisiologicamente diferentes, o que poderá promover maiores níveis de vulnerabilidade, sendo que as mulheres apresentam maior predisposição para desenvolver dor musculoesquelética, em comparação com os homens. Esta teoria refere-se às consequências específicas de cada género de fatores de risco comuns, ou de fatores de risco específicos a homens e mulheres e que afetam a experiência dolorosa e a percepção de dor (Picavet, 2010).

Esta teoria refere que, na mulher, a dor lombar parece estar associada aos fatores hormonais e reprodutivos, como a gravidez, a contraceção oral utilizada, entre outros (Fillingim, 2003; Wijnhoven, Vet, Smit, & Picavet, 2006). Wijnhoven e colaboradores (2006) aludem que a relaxina, hormona que atua no decorrer da gravidez, estimula a frouxidão da pélvis, podendo provocar dores lombares.

A Teoria da Vulnerabilidade defende, igualmente, a existência de diferenças psicológicas em função do género e que poderão contribuir para a vivência e percepção da dor (Picavet, 2010). Uma das premissas psicológicas associa-se às estratégias de *coping*, ou seja, as mulheres tendem a utilizar mais estratégias de *coping* emocionalmente focadas na sensação do aumento de dor, enquanto os homens utilizam estratégias mais orientadas para o problema (Tamres, Janicki, & Helgeson, 2002). Fillingim (2003) afirma que as mulheres, comparativamente com os homens, apresentam níveis mais elevados de sintomatologia

depressiva e ansiosa, que poderá estar associada com os sintomas físicos e o aumento da magnitude da dor.

Outros estudos (Grossi, Soares, & Lundberg, 2000) referem que as mulheres tendem a relatar um cenário clínico de dor mais negativo, quando comparadas com os homens, assim como intensidade mais severa e maior frequência de episódios dolorosos. Segundo Mullersdoff e Soderback (2000), as mulheres têm maior frequência de dor em várias zonas do corpo, referem mais sintomatologia afetiva associada à dor e apresentam mais incapacidades devido ao processo doloroso.

Em relação à idade, a lombalgia tende a ser mais frequente entre os 30 e os 40 anos de idade. Outros autores (Ponte, 2005) referem que a lombalgia apresenta valores percentuais de prevalência mais elevados na faixa etária dos 50 aos 65 anos de idade.

Em relação ao estado civil, Ponte (2005) verificou que a lombalgia é mais frequente nos viúvos e divorciados, comparativamente com os solteiros e casados. A autora verificou, igualmente, que a dor lombar foi caracterizada por 39.3% dos inquiridos como tendo uma duração de um dia a uma semana e intensidade de 4 a 7 na escala de dor em 67% dos casos.

1.5.2. Dor Lombar Recorrente

O curso da dor lombar é variável, ocorrendo em fases de dor transitória, recorrente e crónica, sendo que a dor lombar é tipicamente uma condição recorrente (Stanton, et al., 2008; Von Korff, 1994), apesar das fases de lombalgia crónica serem mais frequentes do que se imaginaria (Von Korff, 1994).

A lombalgia recorrente é difícil de ser concetualizada, na medida em que necessita de ser diferenciada do episódio original e persistente de dor e/ou do surto da ocorrência inicial (período em que a dor lombar é marcadamente mais severa do que o habitual) (Stanton, Latimer, Maher, & Hancock, 2010), existindo um conjunto heterogéneo de definições de Dor Lombar Recorrente (DLR) na literatura (De Vet et al., 2002). Por conseguinte, a verdadeira DLR exige que o paciente tenha recuperado do evento original de lombalgia, experimentando, posteriormente, novo episódio de dor lombar (Stanton et al., 2010).

Na DLR, os episódios recorrentes são frequentes (Woolf, & Pfleger, 2003), ou seja, repetição de um novo episódio, depois de um período sem sintomatologia, não associado a exacerbação de um evento de dor lombar persistente (Burton et al., 2004; Marras, Ferguson, Burr, Schabo, & Maronitis, 2007). De facto, a maioria dos episódios de lombalgia ficam resolvidos após um período de poucas semanas. Contudo, um número significativo de dores lombares tem um curso recorrente acompanhado de episódios agudos (Andersonn, 1999; Thelin

et al., 2008). De acordo com Woolf e Pfleger (2003), a lombalgia não se resolve totalmente e, por conseguinte, os pacientes tendem a experienciar agravamentos de dor lombar crónica.

De acordo com De Vet e colaboradores (2002), a aceção de “recorrente” necessita de incluir a definição operacional para a conclusão de um episódio e o início de um novo episódio de lombalgia. Os autores referem que o diagnóstico de DLR deve basear-se num período de recuperação mínimo de 30 dias, sem dor, e num mínimo de pelo menos 24 horas de dor para indicar o início de um novo episódio.

Garcy, Mayer e Gatchel (1996) referem que a taxa de sintomas recorrentes após lombalgia aguda é de 40%-70%, sendo que outros autores (Stanton et al., 2008; Von Korff, 1994) aludem que 24%-87% dos indivíduos que apresentam um episódio de dor lombar irão sofrer de um episódio recorrente no espaço de um ano.

1.6 Etiopatogenia da Lombalgia

De acordo com Freire (2004), as lombalgias podem ser primárias ou secundárias, com e sem envolvimento neurológico, sendo classificadas como: a) mecânico-degenerativas; b) não mecânicas localizadas (inflamatórias, infecciosas e metabólicas); c) psicossomáticas; e d) consequência de doenças sistémicas.

Na coluna vertebral, existe uma simetria mecânica entre os corpos vertebrais e o disco e o segmento posterior, sendo que a existência de forças mecânicas nestas estruturas poderá conduzir ao desequilíbrio, promovendo dor. De facto, a lombalgia mecânica relaciona-se com alterações da biomecânica na unidade funcional espinhal e pode caracterizar-se por dor devido a excesso ou a diminuição do movimento corporal ao longo do dia. A postura do corpo, através de longos períodos em pé ou em posições desadequadas, poderá contribuir para a deformação mecânica das estruturas (Freire, 2004).

Existem evidências de que a causa mais comum da lombalgia mecânica é a degeneração discal (85% dos casos) – discopatia –, devido à sua execução negativa na absorção dos impactos pela coluna vertebral (Freire, 2004).

A dor lombar mecânica simples é o tipo de lombalgia mais frequente e tende a piorar com os movimentos e a melhorar com o repouso. Caracteriza-se por dor na região lombar e nas nádegas e raramente irradia para as coxas. Apresenta uma duração média de três a quatro dias, com resolução espontânea ou com necessidade de tratamento (Orduna, 2000).

A dor lombar radicular (e.g., dor ciática) caracteriza-se pela compressão ou irritação de nervos ou raízes nervosas. A radiculalgia define-se pela presença de dor irradiada para a perna na sequência de um metâmero, sendo que a dor lombar mecânica simples também pode

estender-se a um membro, mas habitualmente não segue o caminho de um metâmero e não desce abaixo do joelho (Orduna, 2000).

Entre as dores não mecânicas existe um conjunto de doenças metabólicas que poderão ser responsáveis pelas dores na coluna vertebral, como a osteoporose e o hiperparatireoidismo, que, ao originarem fracturas vertebrais, irão promover alterações biomecânicas nas unidades anátomo-funcionais provocando a lombalgia (Freire, 2004). A dor não mecânica pode ser detetada em pacientes que apresentem sensibilidade dolorosa superficial ou de distribuição não anatómica, com queixa de dor imprecisa, não localizada, podendo encontrar-se um dia numa área e noutro dia em outra, envolvendo também trajectos de irradiação para a coluna dorsal, o abdómen, a bacia e membros inferiores (West, 2000).

A dor inflamatória habitualmente tem um início e evolução progressiva; piora com o movimento, mas não melhora com o repouso, ao contrário da dor lombar mecânica, podendo acordar o paciente durante a noite, associando-se a rigidez matinal e apresenta uma distribuição simétrica ou alternante (Orduna, 2000). Exemplos de doenças inflamatórias são as espondiloartropatias (Freire, 2004).

Na lombalgia infecciosa a dor é intensa, acompanhada de febre, sendo que o foco infeccioso pode ser ou não identificado. Habitualmente, o processo infeccioso tem origem no disco intervertebral, podendo estender-se para as vértebras e tecidos adjacentes com gravidade, tumores, metástases nos corpos vertebrais e, por fim, doenças metabólicas como a gota (West, 2000). A dor lombar referida é sentida distante do foco causador da dor (Orduna, 2000).

Capítulo II

Estados Emocionais Associados à Lombalgia

Quando o indivíduo é confrontado com uma notícia menos positiva ou com uma situação de, por exemplo, doença, o estado emocional que poderá ser sentido e vivenciado assume uma função essencial em todo o processo: diagnóstico, tratamento e recuperação (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Meneses, & Baltar, 2007).

De acordo com Damásio (2009), a emoção pode ser definida como um conjunto de respostas desencadeadas pelo cérebro, diferentes partes do cérebro ou outras partes do corpo humano, através dos trajetos neurais e hormonais, resultando no estado emocional. O autor refere que a emoção é uma variação psíquica e física desencadeada por um estímulo, sendo uma reação adaptativa à avaliação que o indivíduo faz do ambiente que o rodeia.

Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) referem que, quando o indivíduo é confrontado com o diagnóstico de doença, irá experienciar uma série de alterações no seu estado emocional, nomeadamente ansiedade e depressão. Estas mudanças funcionam como uma resposta adaptativa perante as pressões consequentes das implicações psicossociais da doença. Contudo, se a reação emocional do indivíduo apresentar níveis significativos de ansiedade e/ou depressão, poderá promover um impacto negativo no processo adaptativo e no processo da própria patologia (confusão de diagnóstico, tempo de recuperação prolongada, aderência ou não ao tratamento). Por conseguinte, os autores defendem que se deve identificar a intensidade da resposta emocional, para que exista um melhor suporte ao paciente.

À semelhança de outros problemas de saúde, as doenças do foro psicológico, como a ansiedade e a depressão, expressam-se de forma característica. Desvios moderados a severos do normativo podem ocorrer na intensidade, na duração, no tempo, no conteúdo de pensamentos, nas emoções e nos comportamentos. Muitas queixas psicológicas têm de ser entendidas num contexto mais amplo, requisitando uma avaliação mais completa e uma compreensão da vida interpessoal do paciente, na medida em que a expressão de sinais e de sintomas psicológicos é profundamente alterada pelas características do paciente, como a resiliência, a força, a capacidade de enfrentar o problema (estratégias de *coping*) e as defesas psicológicas (Yager, & Glitin, 2000).

Não existe uma definição universal para os conceitos humor, afeto, sentimentos e emoção. Consequentemente, definir, descrever, compreender e categorizar o humor tem sido uma tarefa complexa na área da psicologia, na medida em que a linguagem associada aos

sentimentos é constituída por términos que parecem significados idiossincráticos que conduzem a que pacientes e terapeutas da saúde procurem descrever emoções internas, correlacionando-as com o comportamento externo (Yager, & Gitlin, 2000). De acordo com os autores, o humor pode ser definido como uma sensação subjetiva predominante ou o conjunto de sensações, de sentimentos, enquanto o afeto é um estado sentido momento a momento, podendo alterar-se rapidamente em resposta a um conjunto distinto de pensamentos e/ou situações, sendo que a emoção se refere ao humor e ao afeto que se encontram interligados a ideias específicas ou a concomitantes físicos de humor e de afeto.

O afeto e o humor referem-se a diferentes aspetos da emoção, sendo que o afeto reflete a momentânea contingência emocional e é comunicado através das expressões faciais, da inflexão vocal, dos gestos e postura, permitindo ao Outro avaliar se o indivíduo está satisfeito, angustiado, revoltado ou em perigo. A tristeza, a raiva, o medo, a alegria são afetos primárias que servem uma função comunicativa (Akiskal, 2000a).

O humor transmite emoções conservadas, tendo uma natureza mais duradoura, o que promove que seja sentido internamente, pois é experienciado durante um período suficiente de tempo. É manifestado de forma subtil e a sua avaliação adequada frequentemente necessita da compreensão empática do examinador/entrevistador (Akiskal, 2000a).

O humor, o afeto e a emoção podem ser descritos quanto à intensidade, intervalo, estabilidade, reação a eventos externos, periodicidade, congruência com conteúdo cognitivo e velocidade de resolução, podendo descrever-se o indivíduo como tendo um carácter calmo, depressivo, irritado, ansioso, alegre, entre outros. De facto, o humor, o afeto e as emoções têm como função serem sistemas de sinais internos e externos, ao sinalizarem o estado do indivíduo ao outro, promovendo, muitas vezes, a ajuda e o suporte necessários a partir do meio ambiente (Yager, & Gitlin, 2000).

2.1 Ansiedade

O termo ansiedade refere-se a um conjunto de distintas entidades, como um sentimento transitório normativo, habitualmente com funções adaptativas, um sintoma presente numa variedade de perturbações, e um conjunto de perturbações nas quais a sintomatologia ansiosa se apresenta como o elemento dominante (Yager, & Gitlin, 2000). O stress é o processo ansiogénico mais comum da cultura ocidental, sendo comumente utilizado como sinónimo de ansiedade (Joyce-Moniz, & Barros, 2005), na medida em que não existe uma definição coerente que distinga estes dois conceitos (Dougall, & Baum, 2012).

Todo o ser humano, em determinado momento da sua vida, sente ansiedade, sem que isso seja necessariamente patológico. De facto, como um estado emocional passageiro, desagradável, a ansiedade pode ser adaptativa, sinalizando antecipadamente a ameaça iminente e motivando medidas necessárias, representando um sinal de alarme ou de defesa (Fonseca, 1997; Lumley et al., 2011; Yager, & Gitlin, 2000). Este estado emocional é variável de indivíduo para indivíduo e de situação para situação, ou seja, por vezes, pode exprimir-se por um sentimento de medo, de inquietação, de sensação de perigo iminente, como medo do insucesso, medo de perder o controlo, e, noutros casos, pode ser acompanhada por manifestações fisiológicas; enquanto no medo existe uma fonte de ameaça precisa e conhecida, na ansiedade a ameaça poderá não estar bem definida (Yager, & Gitlin, 2000).

Quando a sintomatologia ansiosa e o comportamento ansioso são frequentes, incapacitantes, promovendo mal-estar no indivíduo ou quando a ansiedade ocorre em simultâneo com outra perturbação (e.g., depressão), então a ansiedade transita de uma emoção normal para patológica (Cordeiro, 2002).

É possível que o paciente tenha dificuldade em descrever de forma precisa o que sente. Contudo, devido ao seu núcleo, a ansiedade é caracterizada por um forte efeito negativo, associada a uma imprecisa ameaça à integridade física e/ou psicológica do sujeito. Para caracterizar os sentimentos de ansiedade, é comum o uso dos termos tenso, em pânico, nervoso, com medo, apreensivo, aterrorizado, e preocupação em descrever as sensações (Yager, & Gitlin, 2000).

É uma manifestação afetiva/emocional em que predominam sentimentos desagradáveis como o mal-estar, a preocupação excessiva, a apreensão, a inquietude e a expectativa (Fonseca, 1997; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

A ansiedade é adicionalmente caracterizada por sintomas somáticos, cognitivos, comportamentais e perceptivos, sendo que os sintomas somáticos são inúmeros, dominando, com frequência, os sintomas subjetivos: taquicardia, sudorese, secura na boca, vertigens, espasmos, tremores, ondas de calor e de frio, sensação de aperto no peito, dificuldade em engolir, diarreia, náuseas e diminuição do desejo sexual. Em termos cognitivos, a ansiedade caracteriza-se por hipervigilância, falta de concentração, confusão subjetiva, pensamento catastrófico, medo de perder o controlo ou de enlouquecer; os sintomas comportamentais incluem irritabilidade, hiperventilação, expressões de medo, isolamento, imobilidade. No que se refere aos sintomas perceptivos, podem surgir perturbações de perceção (e.g., despersonalização, desrealização) e hiperestésias (principalmente hiperacusia, ou seja, elevada perceção auditiva, que pode gerar dificuldade em tolerar os sons do quotidiano) (Yager, & Gitlin, 2000).

Segundo o DSM-IV-TR (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (American Psychological Association, 2006), a ansiedade é um estado emocional que pode condicionar o funcionamento diário do sujeito, apresentando um conjunto de sinais e sintomas diversos.

Pouco antes do início do século XX, a ansiedade não tinha sido reconhecida como uma condição humana, tendo sido Freud o primeiro a procurar explicar a aceção deste estado emocional, definindo-o como “algo que se sente” (Santos, & Silva, 1997).

Freud diferenciou a ansiedade objetiva da ansiedade neurótica. A primeira ocorre quando o indivíduo antecipa ou percebe um perigo real, em que a intensidade do estado emocional é proporcional a este perigo, tendo uma função adaptativa, na medida em que, ao provocar a estimulação do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), permite ao indivíduo fugir, evitar ou confrontar o perigo. A ansiedade neurótica sucede quando as pulsões recalcadas se fazem sentir ou se anunciam, sendo que, neste tipo de ansiedade, o perigo não é real e a intensidade do estado emocional é demasiado intensa face ao perigo objetivo que o reproduz (Santos, & Silva, 1997).

A ansiedade é um estado emocional experienciado por qualquer indivíduo, podendo a perturbação do humor e o transtorno do pânico ser desenvolvidos durante a adultez devido, nomeadamente, a situações em que existiu ansiedade de separação durante a infância (Asbahr, 2004). Se for vivenciada em níveis normativos, a ansiedade pode ser benéfica, porque é avaliada como uma reação adequada a uma situação percebida como stressante, sendo que este estado emocional poderá funcionar como um estímulo à ação com o objetivo de minimizar a ameaça. Contudo, quando a ansiedade é vivenciada em níveis considerados patológicos, o indivíduo poderá ter dificuldades em agir (Fernandes, & Souza, 2009).

Segundo Baptista, Carvalho e Lory (2005), a ansiedade é um estado emocional aversivo que não pode ser evitado e que não apresenta estímulos etiológicos externos. Os autores referem que, em termos fenomenológicos, a ansiedade é variável ao longo do tempo ou de acordo com os estímulos que a desencadeia, sendo vaga, imprecisa e difícil de ser concetualizada.

Os modelos contemporâneos de ansiedade analisam duas componentes deste estado emocional: a) a ansiedade orientada para o estímulo, em que a ansiedade é percebida como uma resposta a um estímulo específico (comportamento, cognição, emoção); e b) ansiedade como resposta, no qual a resposta emocional é independente do estímulo (Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

Existem vários modelos teóricos para explicar a ansiedade que apresentam uma dicotomia, ou seja, ansiedade orientada para o estímulo e ansiedade como resposta (Cordeiro, 2002; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

2.1.1. Modelo de Ansiedade Traço/Ansiedade Estado

O modelo de ansiedade traço/estado foi proposto em 1961 por Cattle e Scheier, mas foi desenvolvido em 1966 por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970, citados em Silva, 2006; Silva, & Spielberger, 2007; Telles-Correia, & Barbosa, 2009) e distingue dois aspetos da ansiedade: a ansiedade como um estado emocional transitório, ou seja, uma reação episódica ou situacional – *Ansiedade Estado* (AE) – e a ansiedade como um estado mais permanente, como uma característica da personalidade – *Ansiedade Traço* (AT) (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005). A AT refere-se ao padrão de ansiedade ao longo da vida como uma característica de personalidade, e a AE associa-se a episódios de ansiedade que estão fortemente ligadas a situações específicas e que não persistem após a situação provocatória ter diminuído (Yager, & Gitlin, 2000). De uma forma mais lata, a AT refere-se a quão ansiosa a pessoa se sente no geral, enquanto a AE a quão ansiosa a pessoa se sente em resposta a eventos específicos (e.g., fobias).

Este modelo tem como objetivo explicar a relação que existe entre fatores externos e fatores internos indutores de stresse e procura realizar uma avaliação cognitiva do estado e traço da ansiedade (Silva, 2006; Telles-Correia, & Barbosa, 2009), sendo que, para Spielberger stresse, ameaça e AE, embora utilizadas de forma indiferente, podem indicar diferentes etapas e sequências de um processo de evocação de um estado de ansiedade, ou seja, o stresse associa-se ao estímulo ou a situações exteriores caracterizadas por um nível de perigo real, sendo que a avaliação de ameaça ou não ameaça depende da subjetividade do indivíduo. Por conseguinte, a ameaça é a avaliação subjetiva de uma condição perigosa ou ameaçadora ao nível físico e psicológico e a AE refere-se à reação ou resposta emocional do sujeito que percebe determinada situação como potencialmente ameaçadora, independentemente da presença/ausência de um perigo objetivo real (Santos, & Silva, 1997).

A AT constitui-se como uma diferença individual relativamente estável e permanente no sujeito (Caci, Bayle, Dossios, Robert, & Boyer, 2003; Telles-Correia, & Barbosa, 2009), enquanto a AE envolve sentimentos desagradáveis de tensão e de apreensão, nervosismo e preocupação, percebidos de forma consciente, e aumento da atividade do SNA, podendo gerar reações psicofisiológicas como taquicardia, entre outras (Baptista et al., 2005; Santos, & Silva, 1997).

Indivíduos que revelam alta AT demonstram níveis elevados de AE, pois, se, por um lado, o sujeito percebe a situação como ameaçadora, sem que exista objeto de perigo, e por outro, quando a circunstância for percebida como não ameaçadora, ou seja, específica, não simbólica, o sujeito reagirá com baixos níveis de AE (Silva, 2006; Santos, & Silva, 1997). Consequentemente, a definição destes dois tipos de ansiedade permite compreender a percepção do indivíduo face ao stresse e à ameaça, sendo que sujeitos com AT mais elevados estão mais vulneráveis a acontecimentos stressantes exteriores (Silva, 2006).

Neste sentido, Bennett e Murphy (1999) referem que se o indivíduo não analisar e não avaliar as exigências para enfrentar determinadas situações ou acontecimentos, poderá rapidamente encetar um processo de stresse, do qual faz parte o ensaio afetivo do stresse, sentimentos de ansiedade e angústia, comportamentos associados ao stresse e excitação mediada pelo SNA.

Assim sendo, e ainda que a variável stresse não venha a ser explorada nesta investigação, consideramos relevante destacar alguns parágrafos ao modelo de stresse de Lazarus, tendo em consideração que oferece contribuições muito significativas na observação dos efeitos dos fatores psicológicos, quando existe a possibilidade de severidade ou presença de episódios de vida stressantes sejam preditivos ou não de sintomas de ansiedade.

2.1.2. Modelo Transacional do Stresse de Lazarus

Este modelo Lazarus centra-se na interação dinâmica entre o indivíduo e o meio e na avaliação subjetiva do stresse que é feita pelo indivíduo e descreve os antecedentes das emoções negativas (e.g., ansiedade) associadas com o stresse e as estratégias que o indivíduo utiliza para as minorar (Bennett, 2002; Bennett, & Murphy, 1999). O modelo é transacional, porque os processos comportamentais, fisiológicos e psicológicos são bidirecionais, ou seja, o ambiente pode gerar uma resposta de stresse, mas pode, igualmente, ser transformado pelo sujeito de forma a moderar ou a agravar os seus efeitos potencialmente adversos (Bennett, & Murphy, 1999).

Lazarus descreve um processo subjetivo que envolve avaliações cognitivas e respostas de *coping*, sendo que estas avaliações podem ser conscientes ou inconscientes e são influenciadas por fatores situacionais, pessoais e temporais (Hulbert-Williams, Morrison, Wilkinson, & Neal, 2013). Segundo o autor, o stresse integrava uma transação entre o indivíduo e o seu mundo externo e, se avaliasse o acontecimento potencialmente stressante como realmente causador de stresse, suscitava uma resposta de stresse (Ogden, 2000).

Lazarus e Folkman (1984) referem que a avaliação das situações é feita por um processo de avaliação cognitiva, segundo o qual o indivíduo percebe a situação causadora de stresse e o nível de stresse que ela gera, e o stresse, resultante das cognições traduz-se a nível fisiológico (e.g., dores de cabeça, fadiga, tremores, tensão arterial elevada), emocional (e.g., tensão, irritabilidade, ansiedade, depressão), do comportamento interpessoal (e.g., excesso de bebida, tabaco, impaciência, intolerância, isolamento) e da adaptação psicossocial (Paúl, & Fonseca, 2001).

No *Modelo Transacional de Stress* (MTS) de Lazarus e Forlkman (1987), um dos modelos de stresse mais coerentes (Bennett, 2002), a avaliação da ameaça é mediadora do desenvolvimento do stresse, existindo dois tipos de avaliação: (i) primária, que envolve o mundo exterior e em que se verifica se o estímulo é irrelevante, benigno e positivo ou stressante/nocivo e negativo; (ii) secundária (avaliação do próprio indivíduo), que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os mecanismos de *coping*, sendo que esta avaliação só é utilizada se a avaliação primária tiver analisado o estímulo como stressante (Bennett, 2002; Bennett, & Murphy, 1999; Ogden, 2000; Telles-Correia, & Barbosa, 2009) (cf. Figura 2.1.).



Figura 2.1. Modelo Transacional de Stress. Adaptado de Antoniazzi, Dell’Aglio, e Bandera (1998).

Na primeira avaliação, se o acontecimento não for percebido como sendo uma ameaça, não é realizada nenhuma elaboração cognitiva suplementar em termos de stresse; mas se o acontecimento for percebido como causador de dano ou risco, é realizada a segunda avaliação, na qual o sujeito irá analisar se tem ou não recursos necessários e adequados para lidar com o agente causador de stresse. Por conseguinte, a resposta de stresse não é ativada se o indivíduo se avaliar como capaz de lidar eficazmente com a ameaça. Os dois tipos de avaliação estão associados a quatro emoções: zanga/cólera (culpabilização do Outro), culpa (Autocrítica), medo/ansiedade (Perigo/Ameaça) e tristeza (Perda irreparável; Desamparo relacionado com dano ou perda) (Bennett, 2002), sendo que a ansiedade e outros estados emocionais negativos surgem após a avaliação e quando se conclui que os estímulos são stressantes (Telles-Correia, & Barbosa, 2009), tendo Lazarus defendido que este estado emocional resulta da ameaça existencial (Bennett, 2002).

A resposta de stresse é frequentemente um acontecimento exterior que desencadeia um conjunto de processos psicológicos, sendo o primeiro processo a avaliação cognitiva do evento, que é avaliado em termos do seu potencial de ameaça (X) e da capacidade percebida do indivíduo enfrentar a ameaça (Y). Assim sendo, quando X é elevado e Y baixa, o sujeito experiêcia o acontecimento como stressante (Bennett, 2002).

A resposta de stresse pode realizar-se de diferentes formas: (1) ação direta; (2) procura de informação; (3) nada a fazer; e (4) desenvolver meios de *coping* (e.g., relaxamento ou mecanismos de defesa), sendo que a autoeficácia é uma forma de autocontrolo importante para mediar a resposta ao stresse, na medida em que poderá ser uma variável mediadora da imunossupressão induzida pelo stresse e das alterações fisiológicas (e.g., mudanças no ritmo cardíaco e tensão arterial) (Ogden, 2000) (cf. Figura 2.2.).

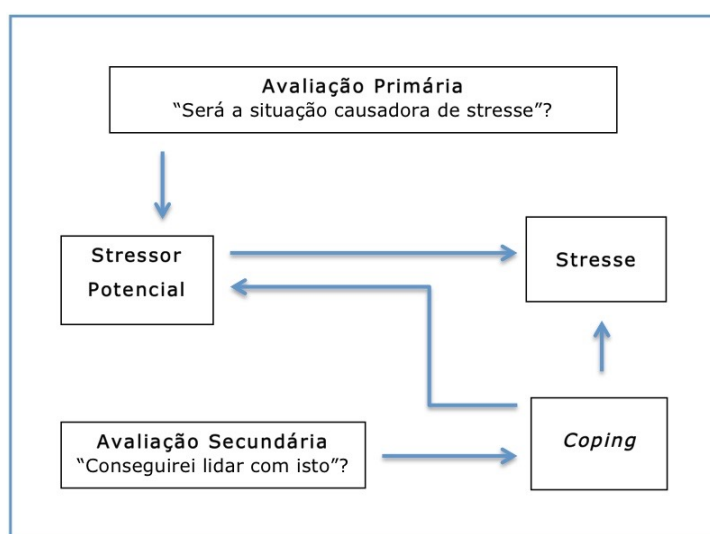


Figura 2.2. O papel da avaliação no stresse. Adaptado de Ogden (2000, p. 291).

De acordo com Lazarus e Folkman, o indivíduo pode utilizar um conjunto de estratégias de *coping* como forma de reduzir os estados emocionais adversos associados à avaliação de ameaça, podendo centrar-se no problema ou nas emoções. Quando as estratégias de *coping* se focam no problema, o indivíduo é envolvido em tentativas ativas para enfrentar a fonte de stresse e reduzir a percepção de ameaça. Quando o *coping* centra-se nas emoções, inclui estratégias que visam reduzir os níveis de ansiedade, em detrimento de estratégias para alterar a situação (Bennett, 2002).

Partindo da pressuposição de que a doença e a dor funcionam como crises causadoras de stresse, o sujeito poderá colocar em prática mecanismos que visam reequilibrar o organismo, sendo que a capacidade de confronto se relaciona com as suas competências de *coping*, que envolvem fatores biopsicossociais (Paúl, & Fonseca, 2001).

A dor, principalmente a crónica, associa-se ao stresse, na medida em que as experiências stressantes podem modular o início e o curso da dor. Por sua vez, o stresse é secundário às alterações do sono, às tensões interpessoais, às alterações no emprego e às dificuldades na realização de tarefas básicas no quotidiano (Taal, Seydel, Rasker, & Wiegman, 1993), sendo que estas alterações psicossociais podem ser ativadas por comportamentos de inadaptação à dor e de alienação, ou seja, podem conduzir o indivíduo a isolar-se socialmente (Keefe, Dunsmore, & Burnett, 1992). Contudo, os mecanismos através dos quais o stresse exerce a sua influência nos processos dolorosos e de doença ainda não são totalmente claros (Taal, Seydel, Rasker, & Wiegman, 1993).

Traduzindo o MTS para a experiência de dor, o estímulo doloroso produzirá mais ou menos incapacidade, dependendo da forma como é avaliado e confrontado.

2.2 Depressão

As perturbações de humor englobam um grande grupo de distúrbios psicológicos, nos quais o humor patológico e perturbações vegetativas e psicomotoras associadas dominam o quadro clínico. Durante algumas edições do DSM, eram classificadas como perturbações afetivas. Porém, atualmente, adotou-se a terminologia de “perturbações do humor”, na medida em que se refere a um estado emocional sustentado e não somente a expressões externas (afetivas) do estado emocional do presente. São melhor considerados como síndromes que consistem num conjunto de sinais e sintomas suportado durante um período de tempo, de semanas a meses, e representam um início marcado de um indivíduo com um funcionamento frequente, tendendo a aparecer frequentemente de forma periódica ou cíclica (Akiskal, 2000b).

As perturbações do humor, onde se inclui a depressão, são caracterizadas por desregulação generalizada do humor e por perturbações associadas: cognitivas, no biorritmo e na atividade psicomotora (Akiskal, 2000a), sendo que as categorias de perturbação de humor incluem as perturbações bipolares (com episódios maníacos ou hipomaníacos, depressivos ou mistos), a Perturbação Depressiva Major (PDM) e as suas respetivas variantes conhecidas como perturbações ciclotímicas (instabilidade persistente do humor com períodos de depressão ligeira que alternam com períodos de ligeira elevação do humor) e distímias (os sintomas podem persistir por meses ou anos, causando sofrimento significativo, apesar de poderem não aumentar de intensidade) (Akiskal, 2000a; APA, 2006).

É importante diferenciar estas perturbações das mudanças de humor, que são uma condição geralmente presente numa variedade de perturbações, como (1) estimulação dolorosa; (2) hipersensibilidade a acontecimentos desagradáveis; (3) insensibilidade para eventos agradáveis; (4) insensibilidade aos acontecimentos desagradáveis; (5) diminuição do prazer antecipatório; (6) anedonia; (7) embotamento afetivo; e (8) apatia (Akiskal, 2000a).

O sintoma de “humor depressivo” é componente de várias síndromes psiquiátricas ou integrante de algumas doenças físicas, tais como infeções (e.g., hepatites) e doenças neurológicas. O “humor depressivo” refere-se à estimulação de afetos negativos, descrito como deprimido, irritado, ansioso, angustiado, triste, termos que tendem a banalizar uma emoção morbidamente dolorosa, frequentemente vivenciada e relatada como pior que a dor física severa, na medida em que o humor depressivo tem uma qualidade somática que, no extremo, é indescritivelmente dolorosa (Akiskal, 2000a).

O término depressão tem sido utilizado como forma de descrever um estado emocional, uma síndrome, um grupo de perturbações específicas, sendo que, quando é percecionada como uma síndrome ou perturbação, a depressão apresenta manifestações viscerais, autónomas, emocionais, comportamentais, cognitivas e perceptuais. A síndrome depressiva tem como características centrais o humor depressivo (geralmente o sintoma depressivo mais proeminente), pensamentos negativos, falta de prazer, lentidão e redução de energia. Como um estado de humor não patológico que dura horas a dias, a depressão é sinónimo de sentimentos como tristeza, infelicidade, “estar em baixo” (Yager, & Gitlin, 2000). Todo o indivíduo, em algum momento da sua vida, pode sentir-se triste, deprimido - tristeza normal-; no entanto, os sintomas que possa apresentar poderão não estar, necessariamente, associados ao diagnóstico de perturbação depressiva, na medida em que o estado depressivo é comum, adequado e apropriado quando é consequência de uma situação de perda ou deceção (Akiskal, 2000a; Yager, & Gitlin, 2000). De acordo com Akiskal (2000a), as emoções negativas, como a tristeza

ou depressão normal, deverão ser diferenciadas da PDM, dado que são uma resposta humana universal e adaptativa, no sentido evolutivo, à deceção, à derrota ou a outras adversidades.

O termo “depressão” é vernaculamente utilizado para se referir a um estado de humor transitório, leve e negativo (e.g., disforia). Contudo, a depressão clínica é um conjunto de sintomas debilitantes que pode persistir durante um período de algumas semanas a anos (Dozois, & Dobson, 2010).

A depressão é um processo emocional negativo associado frequentemente a processos críticos de vida, incluindo a doença e a dor, em particular a doença/dor crónica (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

Esta patologia associa-se a alterações significativas ao nível cognitivo, emocional, comportamental e somático, podendo promover prejuízos sociais e, quanto à gravidade, ser leve, moderada ou grave. Segundo os critérios de classificação do DSM-IV-TR, a PDM é uma perturbação do humor, uma síndrome heterogénea caracterizada por humor deprimido, interesse marcadamente diminuído e/ou anedonia (desprazer) na maioria das atividades, sentimentos de inutilidade, de excessiva culpa, ideação suicida, tentativa de suicídio, pensamentos recorrentes de morte, insónia/hipersónia, diminuição/aumento do peso e/ou do apetite, fadiga ou perda de energia, agitação ou lentificação psicomotora, dificuldades de concentração, dificuldades tomar decisões e indecisão ou dificuldade em pensar (APA, 2006). A PDM (depressão unipolar) é a mais comum perturbação de humor (Akiskal, 2000b), sendo que os critérios de diagnóstico da PDM exigem que, no mínimo, estejam presentes cinco sintomas (um destes deverá ser humor deprimido ou anedonia) que causem visível sofrimento e/ou prejuízo quase todos os dias durante um período de, pelo menos, duas semanas (APA, 2006).

A PDM pode manifestar-se como um único episódio ou episódios recorrentes, sendo que, na forma de um único episódio, o curso pode ser longo – dois ou mais anos –, e três em quatro pacientes experienciam recidivas ao longo da vida, com diferentes graus de sintomas residuais entre os diferentes episódios (Akiskal, 2000b).

A depressão caracteriza-se como uma perturbação emocional, sendo constituída como um importante problema de saúde pública, pois afeta o funcionamento psicossocial do indivíduo, correlacionando-se com taxas elevadas de suicídio, estimando-se que 350 milhões de pessoas em todo o mundo sofram de perturbações depressivas (Marcus, Yasamy, van Ommeren, & Saxena, 2012).

A depressão, conhecida classicamente pela designação de “melancolia”, usada por Hipócrates (Akiskal, 2000b; Fonseca, 1997; Telles-Correia, & Barbosa, 2009), estava associada

a uma “doença obscura”, tendo evoluído para a principal causa de incapacidade em ambos os géneros, apesar de ser 50% mais prevalente nas mulheres, comparativamente com os homens (Dozois, & Dobson, 2010; WHO, 2008).

Fonseca (1997) e Telles-Correia e Barbosa (2009) referem que a depressão significa inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas, como o sono, a função alimentar, a função sexual, a função locomotora, entre outras e perda ou diminuição da iniciativa e capacidade vital, permanecendo sentimentos de culpabilidade e diminuição do prazer de viver, sendo o principal sintoma a tristeza.

É considerada uma síndrome com múltiplas etiologias, podendo ser puramente psicológica ou biológica (Cordeiro, 2002; Fonseca, 1997; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

A depressão é uma perturbação do humor, do pensamento e do corpo, caracterizados por diferentes graus de tristeza, decepção, solidão, desespero, insegurança, anedonia e culpa. De facto, a OMS (Marcus et al., 2012) afirma que este transtorno mental comum é caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, distúrbios de sono e/ou apetite, sensação de cansaço e falta de concentração, podendo ser de longa duração ou ser recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de funcionamento do indivíduo, a nível profissional, cognitivo, pessoal, podendo, na sua forma mais grave, conduzir ao suicídio.

Segundo a OMS (Marcus et al., 2012), a depressão encontra-se entre as 20 causas mundiais de incapacidade, afirmando que as condições psicológicas são mais comuns em pessoas com idade inferior a 59 anos. De igual forma, o Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2016 (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008) refere que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental (e.g., depressão) tornaram-se na principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais, sendo que das 10 principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas.

O ponto de vista cognitivo da depressão considera negativas as avaliações do *self*, do mundo e do futuro (tríada negativa) essenciais para a compreensão do humor deprimido e do comportamento. A tríada cognitiva na depressão não é causal, sendo melhor abordada empiricamente como uma manifestação psicopatológica da depressão. Os padrões de pensamento desadequados são clinicamente expressos como: (1) ideias de privação e perda; (2) diminuição da autoestima e da autoconfiança; (3) autocensura e culpa patológica; (4) sentimentos de desamparo, desesperança e pessimismo; e (5) pensamentos recorrentes de morte e suicídio (Akiskal, 2000a).

Nas últimas décadas, a percepção sobre a depressão tem sofrido algumas alterações, por parte dos profissionais em saúde mental, no sentido de atualmente não ser concetualizada como uma doença aguda, tratada através de psicoterapia e de psicofarmacologia (e.g., antidepressivos), mas como uma doença recorrente e, em 10%-20% dos casos, como uma doença crónica (APA, 2010), sendo que 70% dos pacientes diagnosticados com depressão experienciaram, pelo menos, dois episódios anteriores e aproximadamente 10%-20% apresentam esta sintomatologia há pelo menos dois anos (Rush et al., 2006).

A prevalência da depressão, principalmente da PDM, tende a diminuir com a idade, sendo especialmente baixa na população idosa (Blazer, & Hybels, 2005). Contudo, a sintomatologia depressiva poderá ser subestimada nesta população, na medida em que, como as perturbações físicas têm mais probabilidade de estar presentes e/ou em aumentar quanto à sua intensidade, por exemplo, os sintomas depressivos e/ou ansiosos poderão ser confundidos com a sintomatologia associada à doença/dor física (Drayer et al., 2005; Kessler et al., 2010), pois algumas doenças/dor somáticas podem induzir a depressão.

Cordeiro (2002) refere que os fatores de risco para a depressão são o género feminino; homens que vivem sozinhos; estado civil casado(a); faixa etária 20-40 anos de idade; perdas parentais antes da adolescência; fraco suporte social; história familiar de depressão; acontecimentos vitais negativos; e residência em zona urbana.

2.2.1. Modelo Cognitivo de Depressão de Beck

A Terapia Cognitiva de Beck assenta na assunção de que a depressão se baseia na distorção cognitiva negativa e sistemática das experiências do indivíduo. Inicialmente, Beck propôs o modelo cognitivo de depressão, que resultou num novo sistema de psicoterapia, designado de *Terapia Cognitiva* (TC) (Rehm, 1996), e que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos do indivíduo são influenciados pelas suas percepções dos acontecimentos, ou seja, é a forma como a situação é interpretada que vai determinar como o sujeito sente. De facto, a forma como a pessoa sente associa-se ao modo com interpreta e pensa sobre uma determinada situação e a sua resposta emocional será intermediada pela percepção que tem da situação (Beck, 1997).

O *Modelo Cognitivo de Depressão* (MCD) surgiu nos anos 60, através de Aaron Beck, tendo sido sujeito a diversas reformulações. Este modelo encontra-se empiricamente validado, na medida em que possui estudos naturais e experimentais, assim como observações clínicas que documentam o modelo e a associação entre a tríade cognitiva e a depressão (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Assim, independentemente dos vários estudos existentes sobre a explicação da depressão, privilegiamos a abordagem levada a cabo por Beck. Desta forma, a partir deste ponto, assumimos depressão enquanto psicossomática (Beck, 1997).

Ainda que à análise deste modelo possa ser apontado algum reducionismo, julgamos ser um dos que melhor possibilita dissecar a depressão.

O MCD de Beck relaciona os sinais e os sintomas da perturbação depressiva com as consequências de ativação de padrões cognitivos negativos, podendo esclarecer, igualmente, as manifestações físicas, e oferece uma explicação sobre a predisposição para a perturbação depressiva (Beck et al., 1997), e postula três conceitos específicos para explicar o funcionamento psicológico na depressão, ou seja, elementos considerados cruciais no desenvolvimento e manutenção de uma depressão que estão intimamente associados: (i) tríade cognitiva; (ii) esquemas cognitivos; e (iii) erros ou distorções cognitivas (Beck, 1967; Beck et al., 1997; Claudio, 2009; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

A tríade cognitiva consiste numa perspetiva disfuncional do indivíduo, ou seja, a depressão é considerada um distúrbio fundamentalmente cognitivo, em que o indivíduo desenvolve uma tríada típica: visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Para a pessoa depressiva, o seu mundo interno é caótico e o mundo exterior apresenta obstáculos insuperáveis. A pessoa acredita e tem a convicção de que o seu estado depressivo irá permanecer para sempre, não existindo esperança relativamente ao futuro. Consequentemente, percecione-se a si mesma, ao mundo e ao futuro de forma negativa, surgindo emoções como a desesperança, a tristeza e o desalento (Beck et al., 1997; Claudio, 2009; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

Segundo Beck (1967) e Beck e colaboradores (1997), os esquemas cognitivos/crenças centrais são estruturas mentais que analisam, codificam e avaliam os estímulos que incidem sobre o organismo. Do ponto de vista do indivíduo, estes esquemas servem para explicar a forma como decompõe o número grande de estímulos do meio ambiente e como os organiza em diversos aspetos relevantes e constituem-se no decurso das variadas experiências que o ser humano atravessa ao longo do seu desenvolvimento. Os autores propuseram a designação de esquemas/crenças centrais com o objetivo de descrever os padrões de pensamento que suportam as atitudes opostas aos objetivos visados. As suposições do sujeito depressivo são disfuncionais, na medida em que são rígidas, globais e hipergeneralizadas e, na maior parte das vezes, não correspondem à realidade, sendo que o sujeito possui distorções cognitivas, porque, apesar de não existir qualquer validade empírica e/ou qualquer evidência baseada na realidade, retira conclusões negativas.

Desde a infância, o sujeito desenvolve determinadas crenças sobre si mesmo, o Outro e o mundo, sendo que as crenças centrais são entendimentos fundamentais e profundos que frequentemente a pessoa não articula nem para si mesma nem para o Outro, apesar de serem consideradas como verdades absolutas (Beck, 1997). Consequentemente, cada indivíduo apresenta vários esquemas, sobreordenados, que conduzem à filtração sistemática e, por vezes, à distorção dos estímulos com que uma pessoa se confronta (Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1997).

Beck (1967, 1976) refere que a depressão é consequência direta da ativação de padrões cognitivos negativos que se geram das experiências e acontecimentos que o indivíduo vivenciou, existindo um conjunto de condições predisponentes, como a sensibilidade a determinados tipos de condições de vida desfavorecidas (e.g., perda de um progenitor); a sobre-reação a condições análogas a experiências prévias traumáticas; desempenhos que não alcançam os exigentes e demasiado altos objetivos, previamente e sistematicamente estabelecidos; e insatisfação progressiva na execução das diversas áreas do indivíduo (e.g., profissional, como progenitor). Por conseguinte, o sujeito predisposto à depressão associa um determinado significado específico à sua própria situação, devido ao esquema cognitivo que apresenta, e entre um acontecimento e uma resposta emocional consequente, intervém uma cognição ou pensamento automático que vai determinar o afeto que daí resulta.

Os pensamentos automáticos são específicos à situação, podendo ser considerados como o nível mais superficial da cognição. Estes pensamentos automáticos são avaliativos rápidos, não sendo decorrentes de deliberação ou de raciocínio, surgem repentinamente e invadem negativamente o estado emocional do sujeito e irão promover o aparecimento de reações emocionais, fisiológicas e comportamentais (Beck, 1997; Knapp, & Beck, 2008).

De acordo com os autores (Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1997), a memória é um processo psicológico básico envolvido na TC, desempenhando uma papel fundamental na depressão, na medida em que existem recordações das experiências, vivências e acontecimentos negativos. As emoções e os pensamentos associam-se à memória e quando um evento ativa um humor os episódios associados poderão tornar-se acessíveis; por outro lado, a memória de alguns eventos, de experiências passadas pode ser expressa sem que o indivíduo tenha consciência de estar a recordar esses mesmos acontecimentos e/ou vivências (cf. Figura 2.3.).

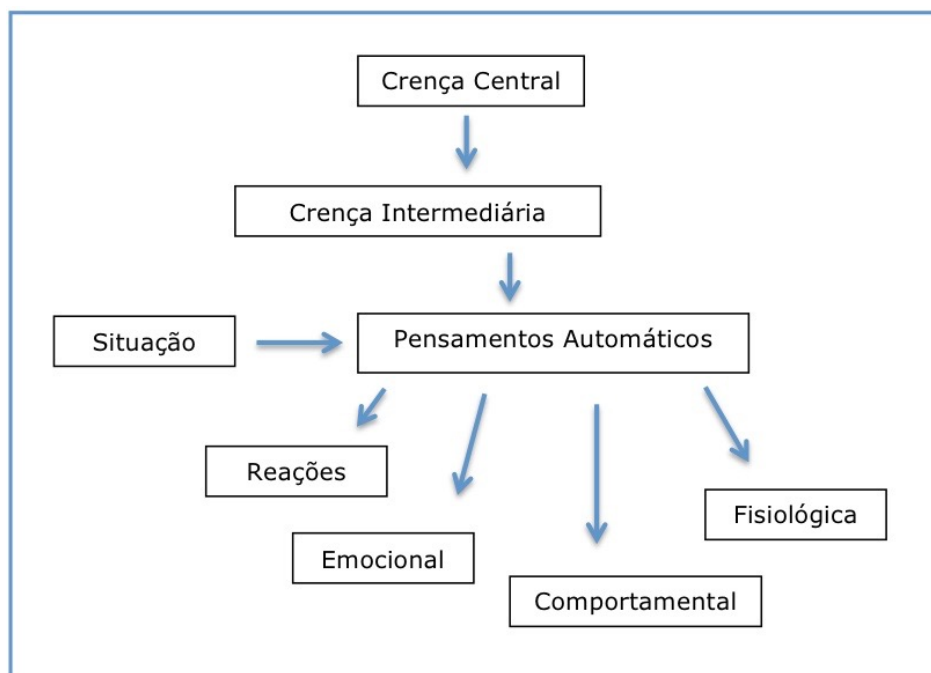


Figura 2.3. O Modelo Cognitivo (Beck, 1997, p. 33).

Quando ativados por acontecimentos de vida consonantes com o seu conteúdo, os esquemas inadaptados irão originar distorções sistemáticas no processamento de informação. Os esquemas cognitivos conduzem à distorção dos estímulos com que o indivíduo se confronta, propiciando a constituição de padrões cognitivos estáveis que moldam os estímulos de maneira a que estes se conformam com aqueles. Consequentemente, surgem pensamentos automáticos, involuntários, erros lógicos, ou seja, distorções cognitivas que representam um processamento falseado da informação, existindo um conjunto de distorções que frequentemente são apresentados pelos indivíduos depressivos: (i) inferência arbitrária; (ii) abstração seletiva; (iii) hipergeneralização; (iv) magnificação e minimização; (v) personalização; (vi) pensamento dicotômico absolutista; (vii) foco negativo seletivo; (viii) raciocínio emocional e má rotulação de si mesmo; (ix) catastrofização (Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1997; Claudio, 2009; Knapp, & Beck, 2008; Telles-Correia, & Barbosa, 2009) (cf. Figura 2.4.).

Distorções Cognitivas	
Inferência Arbitrária	Tirar uma conclusão específica de dado acontecimento, na ausência de evidência que apoie a conclusão ou mesmo quando a evidência lhe é contrária.
Abstração Seletiva	A pessoa foca a sua atenção num pormenor do contexto e conceptualiza toda a experiência com base nesse fragmento, ignorando outros mais significativos.
Hipergeneralização	Indivíduo tem tendência a generalizar para outras ocorrências as mesmas contingências que surgiram em dada altura.
Magnificação e Minimização	Características e experiências positivas em si mesmo, no Outro ou nas situações que são minimizadas, enquanto o negativo é magnificado.
Pensamento Dicotómico	Indivíduo só pensa em termos absolutos e nunca em termos relativos.
Catastrofização	Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem ter em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável.
Raciocínio Emocional	Presumir que sentimentos são factos; pensar que algo é verdadeiro porque tem uma emoção muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais refletem a situação verdadeira.
Rotulação	Colocar um rótulo global e rígido em si mesmo, numa situação, ou numa pessoa, ao invés de rotular a situação ou comportamento específicos.

Figura 2.4. Exemplos de distorções cognitivas.

O princípio fundamental da TC é que a forma como o indivíduo percebe e processa a realidade influenciará a maneira como se sente e se comporta. Por conseguinte, o objetivo terapêutico da TC passa por reestruturar e corrigir os pensamentos distorcidos e desenvolver

soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar as perturbações emocionais (Knapp, & Beck, 2008).

O MCD de Beck considera que a principal alteração na depressão está no processamento de informação e postula a existência de um conjunto de fatores que contribuem para a vulnerabilidade, precipitação e manutenção da depressão, sendo que os esquemas cognitivos – quer tenham como causa fragilidade genética, neuroquímica e/ou decorram de experiências de desenvolvimento em que a interação com figuras significativas tem um papel central – irão tornar o paciente vulnerável, mantendo-se latentes até serem ativados por eventos que são similares ao seu conteúdo. Esta estimulação ou ativação dos esquemas cognitivos irá enviesar negativamente todo o processamento de informação, promovendo o aparecimento de distorções cognitivas ou erros (Beck, 1967, 1976; Beck et al., 1997).

Durante a depressão, encontram-se ativados uma série de esquemas (que incluem emoções e crenças) que a favorecem e que, frequentemente, são adquiridos na infância, apesar de poderem permanecer latentes, ou seja, inativos, ativando-se quando o indivíduo se confronta com situações stressantes similares às que se formaram. Durante a depressão, estes esquemas ativados chegam a ser predominantes, favorecendo, filtrando a percepção e a memória, a recordação dos estímulos congruentes. Por conseguinte, a pessoa depressiva está convencida de que as coisas são tão negativas como ela as percebe e vê (Beck, 1967, 1976).

Devido às repercussões que a depressão poderá ter na vida do indivíduo, a TC tem como principal objetivo ajudar e orientar o paciente a compreender a depressão, o que sente e porque se sente assim, o que pensa e porque pensa dessa determinada forma, ajudando-o a desvendar e compreender as distorções cognitivas que apresenta, de forma a permitir a aquisição de cognições adequadas, alternativas e realistas para lidar com a sua depressão e/ou ansiedade. De igual forma, permite ao sujeito remodelar as crenças erróneas, promovendo a utilização de técnicas de resolução de problemas no quotidiano, assim como a ajudá-lo a saber lidar com a sintomatologia depressiva, bem como com as suas emoções e comportamentos (Beck, 1976; Beck et al., 1997).

A TC permite, através da abordagem colaborativa e da psicoeducação: 1) monitorar e identificar pensamentos automáticos; 2) reconhecer as relações entre cognição, emoção e comportamento; 3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; 4) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento (Beck, 1976).

2.3 Ansiedade, Depressão, Dor Crónica e Lombalgia

Frequentemente, a ansiedade e depressão coexistem, complicando a sua gestão e aumentando a utilização dos cuidados de saúde, assim como os custos (McLaughlin, Khandker, Kruzikas, & Tummala, 2006), coexistindo em diferentes patologias, como a dor crónica (Bair et al., 2008).

Nas perturbações depressivas, é comum a presença de sintomatologia ansiosa, como ataques de pânico, medos mórbidos e obsessões, e a depressão é uma complicação comum nos estados de ansiedade. Contudo, a diferenciação psicopatológica dos estados de ansiedade e de depressão não são claros, apesar dos fatores cognitivos os diferenciar de forma adequada. Apesar da PDM recorrente ser distinta dos estados de ansiedade, parece que algumas formas de depressão apresentam similaridades, diáteses comuns com as perturbações de ansiedade, principalmente com a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) (Akiskal, 2000a) (cf. Figura 2.5.).

Ansiedade	Depressão
Hipervigilância	Atraso Psicomotor
Pânico e Tensão Severas	Tristeza Severa
Perigo Percebido	Perda Percebida
Evitação Fóbica	Perda de Interesse-Anedonia
Dúvida e Incerteza	Desespero - Suicídio
Insegurança	Auto-Depreciação
Ansiedade de Performance	Perda de Desejo Sexual
	Perda de Peso (Anorexia)
	Despertar de Manhã Cedo

Figura 2.5. Perfil Transversal de Ansiedade Clínica e Depressão Clínica (Akiskal, 2000a, p. 2939).

A Dor Crónica é uma das doenças mais estudadas em relação aos processos de depressão (Ericsson, et al., 2002) e aos processos de ansiedade (McCracken, Gross, Aikens, & Carnrike, 1996). No estudo de Katon, Unützer e Russo (2010) verificou-se que a severidade da depressão está associada com outras variáveis clínicas como a comorbidade de perturbações de ansiedade e presença e intensidade de dor. Os autores referem que as múltiplas características clínicas associadas ao diagnóstico de depressão promovem a não resposta ao tratamento, bem como o agravamento e/ou manutenção da sintomatologia depressiva, assim como das outras variáveis clínicas.

Por outro lado, numa investigação sobre as diferenças de idade na comorbidade de episódios de depressão major com presença de condições físicas crónicas, em duas amostras (10 países desenvolvidos – $n = 52.485$; 8 países em desenvolvimento – $n = 37.265$), Kessler e colaboradores (2010) concluíram que, em ambas, as amostras, a associação entre doenças crónicas e dor crónica e a depressão tende a diminuir com a idade, apesar da prevalência das condições físicas crónicas aumentar com a idade.

Se a dor surgir após os processos depressivos e/ou ansiosos, os estados emocionais serão percecionados quase sempre como determinantes diretos ou indiretos da dor, mas se a dor surge antes dos processos depressivos e ansiosos, a depressão e a ansiedade serão considerados como mais um sintoma associado àquela dor ou como uma consequência do tratamento (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

O técnico de saúde poderá minimizar a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, considerando-a adequada e justificada pela dor, sendo que o paciente poderá ficar sem acompanhamento psicológico adequado. Por outro lado, o técnico de saúde poderá avaliar que as respostas somáticas do paciente são integrantes do processo depressivo e/ou ansioso, pelo que este pode, uma vez mais, ficar sem terapia psicológica necessária (Massie, & Holland, 1987, citado em Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

O paciente que apresenta sintomatologia ansiosa deve ser clinicamente intervencionado, na medida em que a ansiedade (1) pode causar a dor e/ou a doença, assim como intervir no sistema imunitário; (2) pode associar-se a hábitos de vida menos adequados que poderão causar a dor/doença (e.g., consumo álcool, comida em excesso); (3) pode relacionar-se com atitudes inadaptadas de risco ou de evitamento (e.g., automedicação); (4) pode promover ou maximizar processos somatoformes que poderão agravar a intensidade da dor/doença e/ou a sua experiência (e.g., palpitação ou aceleração cardiovascular; respiração ofegante; espasmos, tremores; náuseas; sudorese; vontade frequente de urinar); (5) pode conduzir a ou contribuir para processos ansiosos mais severos; (6) pode intervir na capacidade do indivíduo reagir à dor,

à doença e/ou à ameaça de dor/doença; e (7) pode interferir na adesão do paciente ao tratamento (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

Os pacientes que sofrem de dor, principalmente de dor crónica, apresentam, frequentemente, sintomatologia depressiva e ansiosa (Bair et al., 2008; Thorn, & Kuhajda, 2006). Avaliações recentes (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003) relatam uma taxa de coocorrência de 30%-60% para a dor e a depressão, enquanto outros estudos (Bair et al., 2008; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2009; Teh, Zaslavsky, Reynolds, & Cleary, 2010) indicam uma prevalência de 18% a 56% de pessoas com dor crónica que sofrem de uma perturbação depressiva. Outras investigações (McWilliams, Cox, & Enns, 2003) verificaram que 35% dos indivíduos com dor crónica apresentaram perturbações de ansiedade.

Castro e colaboradores (2011) realizaram um estudo numa amostra de 400 doentes com dor crónica em que verificaram que 70% dos doentes com dor crónica apresentaram perturbação ansiosa e 60% indicou presença de depressão. No que se refere às diferenças de género relativamente a ansiedade, alguns estudos (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, 2009) demonstraram que as mulheres tendem a relatar níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, comparativamente com os homens. Os mesmos autores referem que a depressão é mais prevalente nas mulheres com dor crónica e estas apresentam mais queixas de dor quando comparadas com os homens. A percepção da dor diferencia-se entre géneros.

A ansiedade antecipatória, proveniente do medo de sentir dor, poderá contribuir para o desenvolvimento da dor crónica. Nestes casos, a ansiedade é uma resposta emocional negativa acompanhada por reações fisiológicas, sendo que níveis mais elevados de ansiedade se associam com o aumento da intensidade da dor crónica, das queixas relacionadas com a dor, da percepção de dor e da própria experiência dolorosa (Bair et al., 2008; Fillingim et al., 2009; Huber, Kunz, Artelt, & Lautenbacher, 2010; Lumley et al., 2011; Sullivan, 2012).

A ansiedade poderá, igualmente, ser consequência da dor crónica. Nesta situação, poderá aumentar o medo da perda da autonomia, medo perante o tratamento ou o futuro e medo face ao alívio da dor, sendo que resistência ao sofrimento menor e existindo interferência significativa na qualidade de vida do sujeito (Breton, 2007; Castro et al., 2011; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012).

Quanto à depressão, parece que esta patologia em conjunto com a dor crónica tende a diminuir a qualidade de vida do indivíduo e a anular a sua estrutura existencial (Bair et al., 2008; Breton, 2007). Assim como ocorre na ansiedade, a depressão poderá ser causa ou consequência da dor crónica, ou seja, um sujeito com sintomatologia depressiva poderá

apresentar queixas de dor ou a presença permanente de dor crónica pode promover o aparecimento de sintomatologia depressiva (Teh et al., 2010).

Quando a depressão e a dor crónica coexistem, aumenta a probabilidade do sujeito perder o interesse pelo mundo exterior, diminui a autoestima e a autoconfiança, aumenta a sensibilidade, existe risco de alienação, ou seja, de isolar-se socialmente, dificuldade em aceitar as possíveis mudanças ocorridas no corpo, dificuldade na tomada de decisão e na realização de tarefas, isto é, apresenta a tríade cognitiva ao gerar sentimentos negativos face a si mesmo, ao meio circundante e ao futuro (Breton, 2007; Turk, & Wilson, 2010).

Os sujeitos que apresentam sintomatologia depressiva experienciam dor durante maior período de tempo e níveis mais intensos de dor, mais interferência da dor e o tratamento farmacológico da dor apresenta níveis baixos de alívio (Bair et al., 2008; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2012; Teh et al., 2010).

Por conseguinte, a TC é comumente utilizada para o tratamento da dor crónica, onde são usadas técnicas como o relaxamento e o *biofeedback* (Thorn, & Kuhajda, 2006). De facto, algumas distorções cognitivas, como a catastrofização, são preditoras da dor, da incapacidade de adaptação à condição de dor crónica, assim como a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão, ou o medo da dor (Sullivan et al., 2001), o que poderá agravar os episódios de dor, podendo promover o aparecimento ou manutenção e/ou agravamento da sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, tornando emergente a TC ou a *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC). De acordo com Lumley e colaboradores (2011), na presença de ansiedade na dor crónica é frequente a existência de pensamentos recorrentes de medo da dor e das suas repercussões; distorções cognitivas – como a catastrofização e/ou maximização de um acontecimento negativo – sintomas somáticos e aumento do estímulo doloroso.

Segundo Lynch (2001), o sistema de modulação central da dor pode diminuir ou amplificar os sinais nociceptivos da periferia, sendo que tanto a serotonina como a norepinefrina podem amortecer os sinais de dor periféricos, o que poderá explicar como a depressão e a ansiedade contribuem para a presença frequente de sintomatologia dolorosa. E embora a relação entre dor crónica, ansiedade e depressão esteja estabelecida, pouco se sabe sobre como é que a coexistência destas três doenças poderá afetar adversamente os resultados da dor (Bair et al., 2008).

Como mencionado no capítulo anterior, para Cheville e outros (2000), a dor pode ser considerada focal (afetando uma única região do corpo) ou multifocal (afetando duas ou mais partes não vizinhas no corpo). Os impactos da lombalgia podem englobar qualquer um dos focos mencionados, sendo que a lombalgia é uma condição complexa produzida por múltiplos

fatores, existindo evidência de que as dificuldades psicossociais e os fatores psicológicos poderão associar-se a esta patologia. Contudo, Bener e colaboradores (2013) afirmam não estar ainda clara a associação entre o comportamento de dor e os fatores psicológicos.

Bener e colaboradores (2006) referem que a lombalgia poderá promover um impacto negativo substancial na qualidade de vida do indivíduo, sendo a ansiedade e depressão comuns nos pacientes que sofrem desta patologia. Os autores colocam a hipótese de que queixas associadas com dores excessivas relacionam-se com mais sintomatologia depressiva, quando comparadas com os sujeitos que não apresentam queixas associadas a níveis elevados de dor, verificando, igualmente, que a somatização e a depressão são variáveis comuns nos pacientes que sofrem de lombalgia.

No estudo realizado por Bener e colaboradores (2013), com o objetivo de avaliar a prevalência da lombalgia e investigar a relação com a ansiedade, a depressão e a somatização, numa amostra 2180 sujeitos (1290 com lombalgia e 890 sem lombalgia), os autores concluíram que as variáveis psicológicas, como a ansiedade, a depressão e somatização apresentaram associações significativas com a lombalgia e maiores níveis de prevalência nos pacientes com dor lombar, comparativamente com os indivíduos sem lombalgia. De igual forma, os autores verificaram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicológicas em função do grupo, sendo que os pacientes com lombalgia apresentaram níveis médios superiores de somatização, de depressão e de ansiedade, comparativamente com os indivíduos sem lombalgia. Por outro lado, os autores demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos em função do sexo, dado as mulheres terem apresentado maiores valores percentuais de lombalgia, quando comparadas com os homens.

Contudo, outros autores (Dikens, Jayson, & Creed, 2002) verificaram que não existia uma associação significativa entre a dor de costas excessiva e a ansiedade/depressão, mas quando analisam separadamente os géneros observaram que enquanto nas mulheres a lombalgia excessiva não se correlacionava nem com a ansiedade nem com a depressão, nos homens quanto mais dor excessiva mais ansiedade e depressão.

A lombalgia crónica e as perturbações de ansiedade são muito comuns nos tempos contemporâneos, sendo que as perturbações psicológicas – como a ansiedade e a depressão – têm sido identificados como a causa do desenvolvimento de lombalgias crónicas e 70%-80% dos pacientes com dor lombar apresentam sintomatologia ansiosa e depressiva (García, García, Cerón, Martínez, & Moya-Faz, 2010). Por outro lado, as síndromes de dor lombar crónica aumentam a prevalência da presença de fatores psicológicos, principalmente de ansiedade (Härter, Reuter, Gross-Hardt, & Bengel, 2001).

Segundo García e colaboradores (2010), a ansiedade pode colocar o paciente que sofre de lombalgia numa posição de maior vulnerabilidade e, por conseguinte, é importante tentar conhecer o papel da ansiedade na doença *per si* e no resultado do tratamento, conduzindo a novas formas de se avaliar, valorizar e assistir o paciente com lombalgia crónica. De facto, existem vários estudos (Bair et al., 2008; Härter et al., 2002) que demonstram a relação entre as dores musculoesqueléticas e a ansiedade. Härter e colaboradores (2002) realizaram um estudo com 910 sujeitos com diferentes doenças musculoesqueléticas tendo verificado que existe um aumento da ansiedade e de perturbações do humor (e.g., PDM) em pessoas que sofrem de dor crónica, existindo, igualmente, um incremento da percepção de dor.

Numa investigação realizada por Bair e colaboradores (2008), com 500 sujeitos adultos com dor musculoesquelética lombar, do joelho e da anca, em que 54% relatou sentir unicamente dor, 20% afirmou sentir dor e apresentar depressão, 3% tinham dor e ansiedade, e 23% apresentavam dor, ansiedade e depressão, verificou-se que os pacientes com dor, ansiedade e depressão relataram experienciar dor severa e incapacidade associada à dor. Os autores concluíram, igualmente, que a comorbidade psiquiátrica se associou significativamente com os dias de incapacidade (nos últimos 3 meses), com 18.1 dias relatados pelos pacientes que apresentaram somente dor, 32.2 dias referidos pelos pacientes com dor e ansiedade, 38 dias mencionados pelos pacientes com dor e depressão, e 42.6 dias aludidos pelos pacientes que apresentaram as três condições. Os autores demonstraram que os pacientes com dor, depressão e ansiedade relataram níveis mais pobres de qualidade de vida e que a ansiedade complica mais o tratamento nos pacientes com lombalgia crónica.

Bair e colaboradores (2008) verificaram, igualmente, que a dor musculoesquelética é mais incapacitante quando estão presentes sintomatologias depressivas e ansiosas. De facto, Bair e colaboradores (2003) mencionaram que a coexistência da dor com a depressão e/ou ansiedade tem um impacto maior do que qualquer patologia isolada, sendo que em pacientes com dor a depressão se associa a mais locais corporais com dor, maior intensidade de dor, duração mais longa de dor e maior probabilidade de má resposta ao tratamento.

A relação de reciprocidade entre dor e depressão tem sido bem documentada, ao contrário da associação entre a dor e a ansiedade (Bair et al., 2008). No entanto, a evidência limitada sugere a existência de uma relação recíproca significativa entre a ansiedade e a dor, podendo as perturbações de ansiedade estar presentes em 60% dos pacientes com dor crónica, onde se inclui as lombalgias (Fishbain, Goldberg, Meagher, Steele, & Rosomoff, 1986), sendo que a presença de sintomatologia ansiosa promove aumento da frequência de dor (Ferguson, & Ahles, 1998).

No estudo realizado por Grachev, Fredrickson, e Apkarian (2002), os autores verificaram que a relação dor-ansiedade pode estar associada à química cerebral, ou seja, o aumento da dor maximiza a concentração química no córtex orbital frontal (COF). Por conseguinte, perante a dor crónica, a atividade é incrementada no COF, em pacientes com lombalgia crónica e elevados níveis de ansiedade, é 15.5% mais elevada que nos pacientes com lombalgia crónica e níveis baixos de ansiedade.

Capítulo III

A Perceção das Consequências Psicossociais das Lombalgias

A lombalgia crónica é um fenómeno multidimensional (Dias, & Brito, 2002) que tem implicações, quer psicológicas quer sociais, e afetam todas as esferas vivenciais do indivíduo (Hägg, Burckhardt, Fritzel, & Nordwall, 2003; Nachemson, 1992).

A lombalgia representa um dos problemas de saúde mais frequentes na população geral. Cerca de 80% da população mundial já apresentou um quadro de dor lombar baixa, pelo menos uma vez na vida, destacando-se como a segunda maior incidência dentre os distúrbios dolorosos, constituindo a principal causa de ausência no trabalho em países industrializados.

Silva et al. (2004) confirmam que as dores crónicas devem ser tratadas como um problema de saúde pública. São poucos os estudos sobre dor lombar crónica, sendo que os existentes avaliam principalmente o tratamento (Frymoyer, 1992; Hansson, & Hansson, 2000; Hildebrandt, Pfingsten, Saur, & Jansen, 1997).

De acordo com a DGS (2015), os dados efetivados em Portugal em 2010, no âmbito do *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study*, vieram enriquecer a compreensão e as características de um conjunto de doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade e de incapacidade, em que sobressaem “as doenças do aparelho circulatório (18%), as neoplasias (17%), as perturbações musculoesqueléticas (15%), as doenças do foro mental e do comportamento (10%)” (p. 28).

Apesar do progresso da ergonomia aplicada à coluna vertebral e do uso de sofisticados métodos de diagnóstico na última década, as lombalgias tiveram um crescimento maior que o da população. O resultado desta situação é grave, sendo que estão associadas à grande necessidade de cuidados médicos e altos custos sociais (van der Roer et al., 2004). Considerando apenas a componente de morbilidade e incapacidade atribuíveis a doenças e lesões, observou-se uma alteração na ordenação das doenças dos cidadãos portugueses. As perturbações musculoesqueléticas assumem maior relevância, sendo responsáveis por 31% do total de anos vividos com incapacidade. Seguem-se as doenças do foro mental e do comportamento, que representam 21% da carga de morbilidade e incapacidade dos portugueses (DGS, 2015).

3.1 O Processo Perceptivo da Dor

A dor é tida como uma experiência consciente que envolve a nociceção (Melzack, 1999; Melzack, & Casey, 1968; Tracey, & Mantyh, 2007), ou seja, o sistema neural de codificação e de processamento de impulsos nocivos (Loeser, & Treede, 2008), em que as memórias e fatores cognitivos, emocionais, patológicos e genéticos desempenham um papel significativo no que se refere à forma como é percebida (Hansen, & Streltzer, 2005; Rainville, Bao, & Chrétien, 2005). Assim, fatores biológicos, psicológicos e sociais deverão ser tidos em conta aquando da aferição da percepção e da resposta à dor, dado intervirem ativamente na forma como a dor é experienciada (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007).

Como refere Serrano (2010) umas das características mais complexas e que dificultam o entendimento dos elementos que qualquer situação abarca é, possivelmente, um conjunto de particularidades inerentes ao processo perceptivo. As ideias prévias dos indivíduos, o conhecimento obtido em experiências de vida as crenças pessoais, de grupo e culturais norteiam a percepção e a forma como se interpreta a informação (Lazarus, & Folkman, 1984), ainda que nem sempre seja consciente. A evidência empírica sobre as preconcepções que condicionam a nossa percepção e interpretação da informação, ainda que não estejamos, frequente e plenamente, conscientes destes mecanismos de construção da realidade, é que elaboramos uma representação individualizada das situações através das nossas teorias (Serrano, 2010). Assim, a percepção e as convicções da pessoa influem fortemente nas estratégias de *coping* a que recorre. O facto de poderem ser mal-adaptativas, em particular quando associadas à dor crónica, poderão estar diretamente ligadas aos resultados clínicos (Simpson, McArthur, & Dworkin, 2012).

A interpretação da experiência de dor pode ser acompanhada de depressão, de ansiedade, de angústia, entre outros (Melzack, & Casey, 1968; Pimenta, 1999; Traue, Jerg-Bretzke, Pfingsten, & Hraba, 2010), pelo que reflete a componente reativa da dor. Assim, esta dimensão, denominada de afetivo-motivacional, pode ser utilizada para inibir ou facilitar as mensagens fisiológicas que provêm da periferia, influenciando a forma como se percebe a dor (Melzack, & Casey, 1968; Pimenta, 1999). Estes fatores emocionais acentuam-se especialmente nos doentes com dor crónica (Hansen, & Streltzer, 2005; Tracey, & Mantyh, 2007; Traue, Jerg-Bretzke, Pfingsten, & Hraba, 2010).

Cada sujeito experiencia, de forma altamente subjetiva e individual, tanto sensorial como emocionalmente, um acontecimento doloroso (Merksey, & Bogduk, 1994; Ossipov, 2012; Salomons, Johnstone, Backonja, Shackman, & Davidson, 2007; Tracey, & Mantyh,

2007; White, & Stein, 2010). Neste sentido, para Ossipov (2012), a dor atua como um sinal fundamental para a sobrevivência, pois possibilita que o organismo evite lesões.

O caráter privado da experiência da dor dificulta a avaliação, a investigação, o controle e o tratamento da mesma (Stanke, & Ivanec, 2010; Tracey, & Mantyh, 2007), pelo que o estudo da mesma deverá ser efetuado contextualizadamente (Stanke, & Ivanec, 2010).

Atualmente, o entendimento da percepção da dor não é meramente o resultado de processos de nociceção. De facto, são inúmeros os fatores considerados que intervêm e influenciam a mesma e nem sempre a causa orgânica é óbvia (Tracey, & Mantyh, 2007). Fatores psicossociais, e não mecânicos ou patológicos orgânicos, são os que apresentam uma forte conexão com as queixas de dor crónica lombar e incapacitante. Matos (2010) dá o exemplo que indivíduos que têm um medo exarcebado de padecer de dor no decorrer de tarefas habituais, que sofrem psicologicamente, que não se adaptam ao stress vivenciado diariamente, que sentem insatisfação com o seu emprego ou trabalho, tendem a desenvolver com mais frequência dor lombar crónica.

3.2 A Perceção das Consequências Psicológicas das Lombalgias

Estudos apontam para a existência de correlação da dor, nomeadamente a crónica, e fatores de índole social, como a etnia, a raça e a posição cultural (Edward et al., 2003) e psicológica, que nela poderão exercer influência (Edwards et al., 2003; Laroche, 2009; Rodrigues, & Gomes, 2008), mormente em estados de humor (Rokyta, & Yamamotová, 2013; Tracey, & Mantyh, 2007), de perturbações de ansiedade e de depressão (Edward et al., 2003; Laroche, 2009; Rodrigues, & Gomes, 2008), no sentido em que podem fazer com que os indivíduos percecionem a experiência dolorosa de forma exarcebada ou intensificada (Laroche, 2009; Rodrigues, & Gomes, 2008).

De igual forma, a dor crónica pode conduzir às referidas alterações psicológicas e também esta pode ter inúmeras consequências a nível individual. Os sujeitos podem sofrer alterações cognitivas, estados de depressão e de ansiedade (Widerstrom-Noga, Cruz-Almeida, Martinez-Arizala, & Turk, 2006), podem ver a sua funcionalidade alterada, de forma acentuada e, por conseguinte, a sua qualidade de vida diminui drasticamente (Bergh et al., 2003).

A ansiedade e a depressão influem negativamente sobre a experiência vivenciada pelas pessoas, sublinhando-se, assim, a importância do impacto emocional negativo exercido pela presença da dor (Ferreira-Valente et al., 2009a, 2009b), nomeadamente porque sentimentos de passividade, de fuga (Ferreira-Valente et al., 2010; Traue, Jerg-Bretzke, Pfingsten, & Hraba,

V. 2010) e uma baixa autoestima podem aparecer ligados à depressão (Ferreira-Valente et al., 2010).

Quer a dor quer a ansiedade exercem um impacto superior às condições físicas. Perante tensões específicas e conhecidas, as pessoas tendem a adaptar-se melhor do que quando estas são complexas e desconhecidas. O impacto das emoções negativas é mais elevado do que o provocado pelas emoções positivas (Graham, Higuera, & Lora, 2011).

A percepção da dor crónica pode depender do estado civil dos sujeitos (Fillingim, & Roger, 2003). As mulheres que vivem sozinhas e sentem maior solidão tendem a catastrofizar, ou seja, a desanimar mais perante a dor do que os homens (Edward et al., 2003) e apresentam menor tolerância à dor, que consideram interferir com tarefas do dia-a-dia, nomeadamente caminhar ou levantar-se (Fillingim, & Roger, 2003). O desânimo e/ou pessimismo, um dos mais acentuados determinantes psicológicos da experiência da dor e dos seus resultados clínicos, caracteriza-se por ser um estado mental, considerado como um conjunto de pensamentos, convicções ou percepções de cariz irracional e negativo, que aparece nos episódios de dor ou que surge como antecipação dos mesmos, em particular da dor crónica (Sullivan et al., 2001; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007). A antecipação da presença de dor é considerada como sendo adaptativa e pode levar a que os sujeitos experienciem medo de efetuar movimentações, tenham comportamentos evitativos, entre outros (Kopf, & Pate, 2010; Tracey, & Mantyh, 2007).

O desânimo, que inclui a magnificação ou exagero, a ruminação ou obsessão e desânimo ou sensação de incapacidade perante a dor (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995; Sullivan et al., 2001), representa uma tentativa de lidar com o evento doloroso (Thorn, Boothby, & Sullivan, 2002). No entanto, em particular em doença crónica, esta pode ser conducente a um estado de mais elevada angústia, pelo facto de a pessoa tender a considerar que o pior cenário acontecerá (Keefe, Brown, Wallstone, & Caldwell, 1989), e, por conseguinte, a uma experiência de dor mais acentuada (Simpson, McArthur, & Dworkin, 2012; Sullivan, et al., 2001) não só a nível de disfuncionalidade física como psicológica (Simpson, McArthur, & Dworkin, 2012), dado envolver pensamentos com carga negativa que não só percecionam a dor de forma exagerada (Simpson, McArthur, & Dworkin, 2012; Sullivan, et al., 2001) como também produzem sensação de incapacidade para lidar com a mesma (Sullivan, et al., 2001).

As mulheres, que apresentam grande tendência para virem a padecer de dor crónica (Edward et al., 2003), mais do que os homens (Vierck, Acosta-Rua, Rossi, & Neubert, 2008), e a sentir desânimo perante a mesma, fazem uma autocrítica bastante mais acentuada do que os homens, a qual se relaciona diretamente com a morbilidade e a depressão (Edward et al.,

2003). Existem estudos que atestam um índice mais elevado de depressão e de sintomas de depressão nas mulheres que experienciam dor crónica do que nos homens (Munce, & Stewart, 2007).

A maior predisposição nas mulheres face aos homens no que respeita ao desenvolvimento e à manutenção da dor crónica deve-se, segundo alguns autores (Vierck, Acosta-Rua, Rossi, & Neubert, 2008) ao stresse, que implica ativação do sistema nervoso central.

3.3 A Perceção das Consequências Sociais das Lombalgias

A lombalgia, em particular a crónica, enquanto fenómeno complexo pelo seu quadro multidimensional, acarreta, para os que dela padecem, consequências psicossociais muito significativas a nível pessoal, interpessoal, laboral, cultural e espiritual, sendo necessário, inúmeras vezes, um ajustamento em diversas áreas da vida, para que seja passível uma adaptação à mudança (Mendonça et al., 2014). O término de um episódio crónico implica o reequilibrar-se psicossocialmente (Bishop, 1994) e a forma como este processo é conduzido dita uma vivência futura débil, com dor e dependência e vulnerabilidade mediante a depressão ou o stresse ou, pelo contrário, uma experiência de vida plena e de bem-estar emocional. A crença na eficácia afeta a forma como o ser humano pensa otimística ou pessimisticamente (Bandura, 2004) e associa-se a resultados positivos e ao bem-estar (Mendonça et al., 2014).

Frequentemente causa de incapacidade e de morbilidade (Ferreira, & Pereira, 2011), a lombalgia representa, em particular nos países industrializados, um problema de saúde pública (DGS, 2004; Dias, & Brito, 2002; Petit, Fouquet, & Roquelaure, 2015). O facto de a população em idade ativa ser atingida leva a que o absentismo laboral aumente e produtividade laboral diminua exponencialmente (DGS, 2004; Petit, Fouquet, & Roquelaure, 2015). Waddell (2004) refere a existência de diversos estudos que apontam para que a lombalgia tende a aumentar em inúmeros países.

Segundo Haldeman, Kirkaldy-Willis e Bernard (2002), os dados oficiais relativos às ausências laborais, à utilização de recursos de saúde, à confirmação da doença e aos benefícios sociais auferidos não correspondem à ocorrência real da mesma. Neste sentido, poder-se-á considerar que esta representa uma das mais importantes causas de incapacidade presentes na sociedade.

No estudo efetuado por Gouveia e Augusto (2011), foram expostos os custos indiretos, para Portugal Continental, da dor crónica da coluna vertebral e articulações, sendo estes estimados em 739,85 milhões (tendo como base os custos salariais de 2010).

Segundo os autores e com base no dados presentes no 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, elaborado pelo Instituto Nacional de Estatística, o absentismo criado pela incapacidade de curto prazo causou 280,95 milhões de gastos governamentais e que a diminuição volume de emprego devido a reformas antecipadas e a outros meios de não participação no mercado de trabalho fez com que os custos refletissem 458,90 milhões. Desta forma, concluíram que os custos indiretos da dor crónica devido a incapacidade foram de 739,85 milhões de euros.

De acordo com a Pordata (2010, citada em Gouveia, & Augusto, 2011), existiu uma perda de produção, decorrente de dor crónica, de 0.43% do Produto Interno Bruto (PIB) estimado para 2010. Em 2009, o custo equivale a 8.1% da despesa do Estado no setor da Saúde, representando-se numa perda de 160,59 euros por trabalhador (trabalhadores -7,195 milhões; emprego total - 4,607 milhões) (Instituto Nacional de Estatística, 2010, citado em Gouveia, & Augusto, 2011).

Num estudo recentemente realizado, observou-se que os custos diretos e indiretos anuais ascendem aos 4,611 milhões de euros, representando 2.7% do PIB nacional, sendo que a média dos custos totais anuais por indivíduo foi de 1,883€, dos quais 43% estão relacionados com custos diretos (807 euros) e 57% com custos indiretos (1,080 euros) (Azevedo, s.d.)

Segundo a DGS (2004), a lombalgia, em particular a de cariz crónico, considerada como a que perdura mais de três meses, tem acarretado custos socioeconómicos mais elevados e tem aumentado de forma progressiva ao longo dos anos (Haldeman et al., 2002), estimados em 75%, embora represente somente 7% deste sintoma. Dados permitem indicar que 60% a 80% dos indivíduos poderão ser afetados por um episódio lombálgico pelo menos uma vez no decorrer da vida, sendo que 90% desses sujeitos poderão experienciar mais do que um (DGS, 2004). Na Europa, estima-se que esta sintomatologia com uma intensidade de moderada a severa (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006) atinja 19% da população adulta (Ferreira-Valente et al., 2009), com maior incidência em contextos sóciolaboral (Breivik et al., 2006).

De acordo com a DGS (2004), existem diversos fatores que poderão conduzir à evolução da sintomatologia para um estado de cronicidade, entre os quais se destacam a idade, o tempo de interrupção da atividade laboral, o número de reincidência, um nível educacional e de recursos baixo, a baixa autoestima, a depressão, a ansiedade, a ausência de apoio da família, a insatisfação a nível profissional e baixas qualificações literárias, bem como um tratamento mal efetuado, entre outros. A DGS considera fundamental que os problemas sociais associados

à cessação e à diminuição da atividade laboral sejam avaliados e direcionados, dado estes estarem inúmeras vezes relacionados com estados depressivos.

A cronicidade de uma doença leva a que as pessoas que dela padecem fiquem mais vulneráveis (Soares, 1997) e alterem os seus hábitos de vida (Silva et al., 2002; Soares, 1997). Estas decisões podem estar ligadas, por exemplo, a ter filhos, a casar-se ou a divorciar-se, ao trabalho e ao emprego, à vida social, às férias, ao viajar e à educação. A doença crónica e estados incapacitantes, pelas restrições que podem implicar, nomeadamente patológicas e de necessidade de recorrer a terapia, influem, não raro, na interação familiar e social, como é o caso de amigos (Silva et al., 2002). Qualquer mudança em termos de saúde pode impactar negativamente no relacionamento familiar (Bhatti, Salek, & Finlay, 2011; Leonard, & Cano, 2006) e social (Bhatti et al., 2011; Soares, 1997). Este é um elemento stressante e gerador de ansiedade. Por um lado, caso exista incapacidade de se adaptarem estratégias e mecanismos adaptativos de *coping* face à situação, poderá conduzir a um estado de rutura das relações e exaustão, nomeadamente por parte de cuidadores e de familiares (Pereira, 2012). Por outro, os indivíduos poderão tender a afastarem-se de interações sociais, seja devido a efeitos físicos causados pela doença crónica seja por estigma. De igual forma, também as pessoas com quem interagem poderão sentir ansiedade e medos, levando a que se afastem do doente (Bhatti et al., 2011).

Capítulo IV

A Relevância das Características Pessoais na Incidência das Lombalgias

Não seria viável encetar o desenvolvimento empírico da presente tese sem percorrermos um pouco algumas das variáveis que são passíveis de serem estudadas como condicionantes das lombalgias.

Como referido por vários autores, é facilmente entendível a indubitável expansão e popularidade que se tem vindo a verificar ao longo dos últimos anos na investigação sobre as patologias do foro musculoesquelético.

O desenvolvimento da investigação neste âmbito não será mais do que a expressão da resposta às solicitações sociais a respeito, o que mostrou as limitações em que nos movimentamos, os défices conceituais e metodológicos que, em última análise, evidenciam, como em tantos outros âmbitos das ciências, os hiatos presentes entre as solicitações sociais e o que os profissionais podem oferecer para satisfazer tais pedidos.

Na sequência da revisão da literatura, procede-se, neste capítulo, a uma exposição resumida das características pessoais que são apontadas como tendo relação com a incidência das lombalgias, nomeadamente as características sociodemográficas.

Julgamos que a consideração destas variáveis assume extraordinária relevância na compreensão de toda a amplitude e complexidade que caracteriza a incidência de lombalgias.

Assim, os principais fatores pessoais considerados são: o sexo (Leonard, Cano, & Johansen, 2006; Santos-Eggimann, Wietlisbach, Rickenbach, Paccaud, & Gutzwiller, 2000), a idade (Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson, & Silman, 1995; Santos-Eggimann et al., 2000), o índice de massa corporal (Leboeuf-Yde, 2000; Webb et al., 2003) e estado civil (Leonard, Cano, & Johansen, 2006; Meucci, Fassa, Paniz, Silva, & Wegman, 2013).

4.1 Sexo

Recorrendo a um estudo de base populacional efetuado na Noruega, encontrou-se prevalências de dor lombar crónica de 2.4% para homens e 1.7%, para as mulheres (Hoddevik, & Selmer, 1999). Esta morbilidade atinge principalmente a população em idade economicamente ativa, podendo ser altamente incapacitante e é uma das mais importantes causas de absentismo (Freire, 2000; Petit, Fouquet, & Roquelaure, 2015).

Na análise bruta do estudo de Silva e colaboradores (2004), observou-se que a dor lombar crónica foi significativamente maior no sexo feminino e, conforme aumentava a idade

dos indivíduos, houve uma tendência de aumento linear da frequência de dor.

Num estudo efetuado por Ponte (2005), as mulheres apresentam também uma prevalência de lombalgia superior à dos homens, não sendo notória essa diferença estatisticamente. Os motivos desta superior frequência entre as mulheres permanecem incertos; porém, algumas investigações levantam hipóteses para tentar esclarecer tal diferença (Choratto, Ponte, 2005; Silva, & Silva, 2005; Stabille, 2003).

Alguns estudos epidemiológicos atribuem valores obtidos a um viés de informação (Anderson et al., 1994). Porém, podem com muita facilidade considerar-se plausíveis, uma vez que as mulheres combinam mais execuções de tarefas domésticas com o trabalho extra domicílio, onde estão expostas a cargas ergonômicas, principalmente repetitividade, posição viciosa e trabalho em grande celeridade.

Outros estudos corroboram igualmente uma maior incidência de dor lombar no sexo feminino (Choratto, & Stabille, 2003; Ponte, 2005), mas poucos refletem uma explicação notável para o facto. Segundo o estudo de Persch, Cepeda, Provensi, Rodacki e Rodacki (2007), constatou-se que a prevalência de lombalgia no sexo feminino podia decorrer pela perda de estatura física, ou seja, de altura, por pressão gravitacional da coluna vertebral, pois esta situação física ocorre mais rapidamente, e em maior magnitude, nas mulheres do que nos homens. Estes autores declararam que essa perda rápida e substancial é originada por alterações e diferenças no comportamento mecânico da coluna vertebral, sobretudo em relação aos discos intervertebrais, podendo, desta forma, estabelecer um fator relevante e determinante para a existência de alguma pré-disposição de raquialgias no que concerne aos homens e às mulheres. Por outro lado, existem estudos que relatam que essa predominância feminina é devida a algumas características anátomo-funcionais (estatura, massa muscular e óssea menores, articulações mais frágeis, maior peso de adiposidades) (Silva et al., 2004).

Somente em dois estudos foram encontrados resultados diferentes na incidência de lombalgia entre os sexos. Num dos estudos, verificou-se a influência da prática de atividade física na prevalência de lombalgia, encontrando uma maior presença de dor lombar nos homens (35%) do que nas mulheres (29%) (Polito, Neto, & Lira, 2003). No outro estudo, em que se procurou correlacionar as relações da lombalgia com o tipo de ocupação, idade e o sexo, encontraram-se demasiados indivíduos do sexo masculino acometidos por esta patologia, em relação ao número esperado, sugerindo que este sexo é mais propenso a lombalgia (De Vitta, 1996). Apesar de todos os estudos efetuados pelos inúmeros investigadores, a fim de compreenderem e descobrirem dados que possam ser revelantes e fidedignos, surge, deste modo, uma dúvida interpretação, não podendo então ser afirmado que

a prevalência de dor lombar é determinadamente no sexo feminino ou afirmar que o tipo de sexo influencia o surgimento desta patologia.

4.2 Idade

A importância dos estudos sobre a idade e a lombalgia prevalece quando se apresentam dados correlacionais com o aumento da idade e da dor lombar crônica simultaneamente, o que é sustentado por várias pesquisas e autores (Deyo, 1998; Linton, 1990; van Doorn, 1995). Para Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson e Silman (1995), a faixa etária de maior risco situava-se entre 50 e 59 anos, o que vai ao encontro da literatura vigente. O risco acrescido nesta faixa etária pode dever-se ao facto de os processos degenerativos, de um modo geral, consistirem em processos de ligeiro avanço degenerativo, produzindo, como consequência, o desgaste das estruturas osteomusculares e orgânicas (Deyo, 1998). Salienta-se que a maioria destes indivíduos ainda se encontram no ativo laboral, apesar da idade e da aproximação da reforma.

Num estudo efetuado por Ponte (2005), verificou-se que a dor lombar se intensifica conjuntamente à medida que a idade aumentava, apresentando maior prevalência no grupo etário 50-65 anos ($p=0.011$).

De Vitta (1996), num dos seus estudos, explana que a lombalgia podia surgir em qualquer faixa de idade; porém, a superioridade mais expressiva encontrada ocorreu nas faixas etárias subsequentes aos 30 anos, seguida pela faixa dos 31 aos 40 anos de idade. Ponte (2005) correlaciona dados verificados no seu estudo com tarefas que impõem sobrecarga repetida na coluna lombar ao longo dos anos e confirmou que a dor lombar se amplifica com a idade, apresentando predomínio no grupo etário dos 40 aos 60 anos.

Assim, neste contexto, e de acordo com a literatura, a tendência verificada na globalidade dos estudos vai no sentido de testemunhar que, efetivamente, as pessoas com o aumentar da idade estão mais propensas a ter mais problemas de saúde, maior sintomatologia e, igualmente, mais consultas médicas (Bishop, 1994). Embora sejam vários os estudos que mostram a prevalência das lombalgias na faixa etária situada entre os 40-45 anos (Almeida, et al., 2008; Bassols, Bosch, Campillo, & Baños, 2003; Ponte, 2005;), esses estudos afirmam demonstrar que a dor lombar aumenta com a idade (Anderson, Ejlertsson, Leden, & Rosenberg, 1993; Helme, & Gibson, 2001) e possui maior prevalência para a faixa etária dos 49-65 anos (Papageorgiou et al., 1995; Santos-Eggimann, et al., 2000), podendo dever-se a processos degenerativos osteomusculares (Ponte, 2005). Outros referem ainda uma maior prevalência para os 40-49 e 50-59 anos (Papageorgiou et al., 1997; Sabaté et al., 1992; Silva et al., 2004).

Assim sendo, torna-se obscura a concordância na variável idade-lombalgia, dispondo dum vasto leque a longitude em que os cursos de lombalgias decorrem. Como citado anteriormente por De Vitta (1996) num dos seus estudos, a lombalgia ocorre em qualquer faixa de idade, independentemente da sua origem.

4.3 Índice de Massa Corporal

Nas últimas décadas, os casos de sobrepeso e de obesidade têm aumentado de forma preocupante em todo o mundo, sendo considerados um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade (Hauser, Benetti, & Rabelo, 2004). Essa conjuntura tem sido alvo de preocupação das instituições governamentais mundiais e dos seus diversos setores das áreas da saúde, uma vez que os tratamentos da obesidade e das patologias com ela relacionadas acarretam elevados custos aos sistemas de saúde pública (Fernandes, Oliveira, & Freitas, 2006). O predomínio do excesso de peso representa uma séria preocupação como fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, degenerativas e outras enfermidades (Dias et al., 2006). Segundo estimativas da OMS, mais de mil milhões de adultos apresentam excesso de peso e desses pelo menos 300 milhões são considerados obesos.

Para melhor compreensão, é necessário apresentar a fórmula de como se esclarece matematicamente os níveis do IMC nos indivíduos. O IMC é o raciocínio entre massa corporal (Kilograma [Kg]) e sua estatura (centímetro [cm]) elevada ao quadrado (²), segundo Fernandes Filho (2003). Madeira e outros (2002) afirmam que índices de massa corporal acima do normal ($> 30\text{Kg/m}^2$) denotam maior prevalência de dor, afirmando ser a obesidade um fator de risco para a manifestação de lombalgias, corroborando com Hamill e Knutzen (2012), que afirmam que a região da coluna lombar é a mais afetada, principalmente devido à magnitude das cargas que ela suporta.

Considerando que o tónus muscular é um dos responsáveis pela manutenção da postura anatómica, podemos, assim, prever que uma alteração musculoesquelética significativa trará danos posturais ao indivíduo. Vários autores propõem a mesma apreciação, que as lesões na coluna vertebral consistem muitas vezes no excesso de peso (Grieve, 1994; Silva et al., 2004), principalmente entre os mais jovens, podendo chegar a um estado de sobrepeso, aumentando, assim, ainda mais a probabilidade de ocorrerem disfunções musculoesqueléticas, conduzindo também a dificuldades na recuperação. A recuperação e a reabilitação podem ser conduzidas a um longo período de retoma de um estado regular. Os apelos de cuidado por parte dos profissionais de saúde são imensos, sendo que muitos são os médicos que recomendam aos

pacientes que percam o peso extra que lhes sobrecarrega as costas (Hochschuler, & Reznik, 2000).

Camargo (2001) considera que as estruturas nervosas, produtoras de dor na coluna vertebral, poderão sofrer de qualquer tipo de compressão, em qualquer altura da vida, tendo como consequência a produção de dor. O excesso de peso que a estrutura óssea, articular e muscular é obrigada a sustentar pode alterar o equilíbrio biomecânico do corpo, justificando, desta forma, o risco aumentado de dor lombar crónica. A prevalência de dor lombar crónica tem tendência a aumentar linear e significativamente com o aumento do IMC. Num dos estudos efetuados por Guedes e Guedes (1998), manifesta-se que a obesidade progressiva se relaciona com a obesidade hiperplástica, dificultando, desta forma, o controle do peso corporal na idade adulta. Depreendendo a importância de estudos nessa população alvo e no referido contexto, refere também que o facto de obter peso excessivo tem a sua contribuição direta para uma alteração postural.

Em outro estudo, Silva et al. (2004) observaram a prevalência de lombalgias crónicas em população adulta e Hamill (2012) refere que, na sequência do processo de envelhecimento, a flexibilidade da coluna diminui quase dez vezes em relação à dos indivíduos mais jovens. Caraviello e outros (2005) concluíram no seu estudo que a obesidade contribuiu para a geração e perpetuação das dores nas costas, dificultando o seu tratamento, ocorrendo em razão da sobrecarga exercida pelo excesso de peso sobre as articulações da coluna vertebral, sendo a área mais acometida a região lombar, o que corrobora com todos os estudos mais recentes (Carvalho, & Alexandre, 2006).

Apesar da vasta literatura referente ao tratamento da obesidade, existem poucas pesquisas que relacionam a obesidade com lombalgia.

4.4 Estado Civil

Quando alguém incorre numa configuração postural de apoio ou de privação de suporte relacional, tal consequência poderá implicar um contexto de risco, proporcionando condições de dor física em qualquer indivíduo, independentemente do sexo ou da idade. Num relacionamento, enquanto conjunto de vínculos e laços emocionais que os membros estabelecem entre si, funciona como recurso ou estratégia para manutenção da homeostasia da relação, mas, contudo, devido a esses mesmos vínculos e laços emocionais, o sofrimento seria consequência da falta de amparo.

Algumas teorias (Lee, Helewa, Goldsmith, Smythe, & Stitt, 2001) demonstram que os indivíduos estarem casados ou coabitarem está associado à dor lombar crónica. Provavelmente,

uma relação entre dois indivíduos não é um fator de risco, mas poderá ser um marcador para o desfecho de alterações físicas.

A literatura atual indica um maior predomínio de lombalgias crónicas nos viúvos/separados (Ponte, 2005) ou solteiros (Hurwitz, & Morgenstern, 1997), devido ao facto de viverem sós, ou, na existência de outros fatores psicossociais (Coste, Paolaggi, & Spira, 1992; Pennabaker, 1982; Waxman, Tennant, & Helliwell, 1998), existindo, desta forma, uma relação entre o facto de estar só e a lombalgia (Bassols et al., 2003). Poucos são os estudos cuja prevalência dos doentes casados com lombalgia seja a mais elevada (Eriksen, Natvig, & Bruusgaard, 1999; Ferreira, 2009).

No estudo efetuado por Ponte (2005) também se reuniram dados em que a lombalgia é mais frequente nos viúvos e nos divorciados, comparativamente com os solteiros e os casados, diferenças essas que se revelaram estatisticamente significativas.

No estudo de Lever e Valdez (2010), existiram igualmente diferenças significativas entre estas duas variáveis, pois as pessoas casadas sentem uma maior força interior, com mais confiança em si mesmos, são mais flexíveis e menos afetadas com as mudanças inesperadas, talvez pelo reforço da coesão familiar, sendo estes pilares fundamentais na manutenção do equilíbrio familiar. Quando a adaptação da família é positiva, todos os membros conseguem possuir uma concordância, ou seja, conseguem a conservação da unidade familiar e a execução dos seus papéis, que permitirão realizar as tarefas do seu ciclo de vida.

A família é a primeira unidade social onde o doente se insere e é a primeira a ressentir os efeitos subsequentes à doença (Pincus, 2006). Nenhuma família está, usualmente, preparada para passar períodos de instabilidade, de alterações físicas e de incertezas quanto ao futuro de algum membro (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1994).

Neste contexto, deveremos salientar que, na existência de lombalgia crónica num indivíduo que se encontre em sofrimento, a dor crónica produz frequentemente alterações significativas no estilo de vida, nos níveis de atividade e nos relacionamentos sociais dos doentes (Soares, Figueiredo, & Lemos, 1999). Toda a sua rede de relações se altera, sendo tendência que a família também seja afetada com a doença e, quando um membro da família adoece, toda a sua rede de relações se altera. Na teoria de Phipps (1995), todos os elementos da família sofrem (ansiedade, stresse, medo, desamparo, insegurança, frustração e depressão), porque cada membro de uma família tem a capacidade de influenciar os restantes, sendo que, no caso particular da doença (ou dor) crónica, qualquer modificação que surja num membro implica, de igual modo, alterações nos restantes membros.

A família torna-se obrigada a redistribuir as tarefas para se ajustar às necessidades do estado de doença (Martins, & Silva, 2002), podendo, de alguma forma negativa, produzir modificações ou ruturas no estilo de vida familiar (Sorenson, 1998) ou ainda a criar formas de reorganizar uma dinâmica adequada em termos de papéis, de regras, de objetivos e de fronteiras (McCubbin, & Patterson, 1983).

Ora, não havendo soluções eficazes, o sofrimento dos protagonistas e as suas repercussões nas diversas áreas, seja familiar, social, laboral ou outras são inevitáveis.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo V

Metodologia

Qualquer investigação tem como pressuposto base uma interrogação sobre uma realidade que, por sua vez, irá influenciar a obtenção das respostas. Acreditamos, assim, que o nosso interesse sobre a expressão da dor, da ansiedade e da depressão em doentes com lombalgias recorrentes, se justifica, primeiramente, pelo facto do mestrado previamente realizado ter versado sobre temática da psicossomática nas lombalgias (Gonçalves, 2008).

Uma segunda razão relevante que condicionou a nossa opção, que cremos ser de igual modo de salientar, no caso nacional, é uma relativa escassez de estudos acerca desta realidade, o que conduziu a considerar de toda a pertinência a realização de um estudo empírico sobre o referido tema.

Desde o início, a nossa preocupação centrou-se em procurar articular dois tipos de metodologias, por forma a corresponder ao projeto inicial de investigação onde prevíamos desenvolver uma confluência da metodologia quantitativa (materializado no Estudo 1 e assente na análise de dados provenientes da aplicação de instrumentos) com o cruzamento com a metodologia qualitativa (consubstanciada no Estudo 2), baseada na exploração de entrevistas, tendo-se atribuído primazia à primeira.

O objetivo do presente capítulo é apresentar e justificar os métodos e procedimentos seleccionados para elaboração deste trabalho. Ao fazê-lo, pretende-se dotar o leitor das ferramentas necessárias que lhe possibilitem enquadrar, validar e questionar as opções que ao longo da investigação foram adotadas e confrontá-las com os resultados obtidos.

O objetivo identificado, os métodos utilizados, os constrangimentos enfrentados e a forma como se lidou com as dificuldades científicas que foram surgindo vão servir de base à organização formal deste capítulo.

5.1. Estudo 1

5.1.1. Objetivos

Decorrente da problemática teórica exposta, delimitamos, pois, o tema e, seguidamente, passamos a referir quais os objetivos para os dois estudos.

Importa, antes de mais, salientar que a presente investigação tem como objetivo geral o estudo exploratório das lombalgias recorrentes numa amostra, por conveniência, da população adulta portuguesa.

O alcance integral do objetivo geral pode afigurar-se de difícil obtenção pelas limitações lógicas do trabalho, mas não será menos verdade que pode ser conseguida uma notável aproximação, pois partimos de diferentes instrumentos de avaliação.

Indubitavelmente, existem inúmeras formas de recolha de dados relativos à temática em estudo, isto é, como se transmitem e como são transmitidos. Neste caso, iremos enfatizar a perspetiva dos sujeitos, ou seja, aqueles que experienciam, conhecem e vivenciam de forma direta e pessoal a dor. Os sujeitos, ao responderem às nossas questões, forneceram dados que, posteriormente, se organizaram e se interpretaram.

De um modo global, os objetivos do Estudo 1 situam-se, por um lado, na avaliação das características psicométricas dos instrumentos *The State-Trait Anxiety Inventory* (STAI – Forma Y1 e 2) e *Beck Depression Inventory – II* (BDI-II) aplicados à população em estudo, procurando-se, por outro lado, analisar o comportamento de dor e, por outro, os estados de humor na amostra dos indivíduos com lombalgia recorrente, através do Modelo de Escalas de Classificação (Wright, & Masters, 1982), uma extensão para itens politómicos do Modelo de Rasch. Assim, definimos como objetivos específicos: i) Avaliação da funcionalidade das categorias de resposta originais; ii) Determinação, se necessário, do número de categorias adequado para um funcionamento mais correto e eficaz; iii) Ajuste das pessoas e itens ao modelo; e iv) Fiabilidade das pontuações das pessoas e itens.

Um outro objetivo que delimitamos passa por analisar a ansiedade e a depressão nos indivíduos com lombalgia recorrente constituem a nossa amostra e, por último, procurar averiguar, a título meramente exploratório, a existência de diferenças e de associações estatisticamente significativas nas variáveis intervalares em estudo em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente sexo, idade, habilitações literárias, profissão.

No que concerne aos objetivos do estudo 2, passam por completar os dados recolhidos no estudo 1 e fundamentalmente compreender a descrição do fenómeno, numa perspetiva dinâmica e individual dos sujeitos, com especial atenção aos significados e aos contextos relatados perante a dor face à lombalgia crónica de que padecem.

5.1.2. Hipóteses

A relevância da elaboração de hipóteses num trabalho científico é inquestionável, sendo que estas representam a ideia que dirige a investigação, ou seja, constitui uma antecipação sobre a experiência que a própria deve julgar. Assim, as hipóteses representarão uma análise provável para o problema delineado, previamente definido, que o investigador propõe para verificar se através de todos os procedimentos encetados, são confirmadas (ou não) pelos dados obtidos.

Partindo do referencial teórico, previamente apresentado, e dos objetivos estabelecidos, colocamos várias hipóteses para o trabalho de investigação que realizamos, tratamos, por conseguinte, de verificar a comprovação ou a infirmação das mesmas no Capítulo VI dedicado à análise e discussão de resultados.

Face ao exposto, passamos a apresentar as hipóteses formuladas.

Hipótese 1: Os fatores sociodemográficos, nomeadamente o sexo, a idade, o IMC, a profissão e o estado civil, influem na incidência de lombalgias recorrentes.

Hipótese 2: As duas dimensões das escalas *STAI (Y 1 e 2)* e a *BDI-II* estão adaptadas à população em estudo, apresentam boa consistência interna, boa homogeneidade de variância e ajuste às categorias de resposta originais.

Hipótese 3: Existem associações estatisticamente significativas entre a intensidade da dor (seja sensorial, afetiva, avaliativa ou mista) e a ansiedade e a depressão.

Hipótese 4: Existe forte probabilidade de que quanto maior for o nível de ansiedade maior será o nível de depressão.

Hipótese 5: Indivíduos com elevados níveis de ansiedade e depressão revelam níveis superiores de intensidade de dor.

Hipótese 6: As lombalgias recorrentes são vivenciadas pelos sujeitos geralmente com grande intensidade emocional.

Hipótese 7: Existem diferenças significativas no que concerne aos níveis de dor, da ansiedade e da depressão entre os homens e as mulheres.

5.1.3. Instrumentos

No sentido de recolher toda a informação relevante, recorreremos a um questionário, dividido em 4 blocos distintos (cf. Anexo I) que passamos a enumerar e a descrever.

Importa ressaltar que o questionário estava capeado por um documento denominado de “Consentimento Informado”, onde foi apresentado o enquadramento e a tutela do estudo, os principais objetivos e a garantia de confidencialidade e de anonimato. Neste documento, os sujeitos, caso se apresentassem disponíveis para a investigação, procediam à sua assinatura.

Um primeiro bloco é consubstanciado num questionário de elaboração própria, adaptado de Gonçalves (2008) que nos permitiu operacionalizar algumas das variáveis, nomeadamente: A) Dados demográficos dos sujeitos; B) Dados de avaliação geral e C) Dados de avaliação musculoesquelética.

O segundo bloco está dedicado à avaliação do Comportamento da dor. Para o efeito, foi utilizado o Questionário *MPQ* (Melzack, 1975), traduzido e adaptado para população

portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002; cf. Anexo II).

Este questionário baseou-se num estudo (Melzack, & Torgerson, 1971) desenvolvido para analisar as palavras utilizadas na descrição da dor e na sua teoria sobre a dor, Melzack (1975), assim, elaborou um instrumento multidimensional – o *MPQ* – constituído por 78 descritores de dor distribuídos em quatro grandes classes: 1) **Sensorial** (subclasses 1 – 10) referente às características temporais, espaciais, de pressão, de tensão “(...) *determinada pela atividade das fibras (sistemas) espinhais de condução rápida do estímulo nociceptivo*” (Pereira & Sousa, 2007; p. 3) (e.g., latejante, lancinante, cortante, pontada, ardente); 2) **Afetiva** (subclasses 11 – 15) associada a sentimentos de cansaço, medo, resultados da atividade em estruturas do sistema límbico (e.g., cansativa, sufocante, aterradora, cruel, que enlouquece); 3) **Avaliativa** (subclasse 16) que se refere à avaliação global da situação vivenciada pelo indivíduo, fortemente influenciada por vivências anteriores associadas à dor (e.g., inquietante, intensa); e 4) **Mista** (subclasse 17 – 20), e por 20 subclasses que consistiam em grupos de palavras sinónimas.

Por conseguinte, este questionário multidimensional de dor foi desenvolvido para avaliar os aspetos Sensitivos, Afetivos e Avaliativos da dor e da Intensidade da dor em adultos com dor crónica (Melzack, 1975).

As respostas ao questionário permitem avaliar um conjunto de índices e efetuar a análise estatística dos resultados (Martins, Teixeira, Silva, Costa, & Queiroz, 1991; Melzack, 1975):

- i. *Pain Rating Index* (PRI; índice de classificação de dor) – constituído por 78 itens descritores da dor categorizados em 20 subclasses, cada uma delas com duas a seis palavras que integram as quatro classes/dimensões principais (sensorial, afetiva, avaliativa e mista), e um item que avalia a intensidade à dor. Consiste em ordenar os valores das palavras, ou seja, é atribuído o valor 1 à palavra que corresponde à menor dor em cada uma das 20 subclasses, à seguinte palavra o valor 2 e assim sucessivamente. O somatório do valor das palavras permite obter uma cotação parcial para cada uma das quatro classes e uma cotação total para o conjunto das classes;
- ii. *Number of Words Chosen* (NWC; número de palavras escolhidas) – consiste no número total de palavras escolhidas;
- iii. *Present Pain Intensity* (PPI; intensidade da dor presente) – consiste na escolha de uma palavra-número relativa a um valor variável de 1 a 5 e indicador da globalidade da intensidade da dor no momento de administração do *MPQ*. É uma medida

da magnitude da dor experimentada pelo indivíduo, uma combinação numérica-verbal que indica a intensidade da dor em geral e inclui seis níveis: (0) nenhuma; (1) ligeira; (2) desconfortável; (3) angustiante; (4) horrível; e (5) insuportável.

O *MPQ* é constituído por quatro partes distintas. A primeira parte do questionário contém desenhos do corpo humano, onde se solicita ao indivíduo para fazer a localização espacial e em profundidade da experiência dolorosa.

A segunda parte do questionário pretende o relato das qualidades específicas da dor do sujeito, através de um conjunto de 78 palavras que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosas em geral e que são escolhidas pelos pacientes para caracterizar as suas dores em particular. É solicitado ao indivíduo que leia cada subclasse de palavras e que escolha uma palavra, caso exista pelo menos alguma que descreva um sintoma que está associada à dor que sente nesse momento. Por conseguinte, se nenhuma palavra, em uma determinada subclasse, explica a sua dor, o sujeito deverá passar para a próxima subclasse de palavras até que todas as 20 subclasses estejam concluídas.

A terceira parte pretende adquirir informação sobre as propriedades temporais da experiência dolorosa (e.g., rítmica, contínua, momentânea).

A quarta e última parte do *MPQ* tem como objetivo avaliar a intensidade da dor presente (PPI), ou seja, através de uma escala de Likert de 1 a 5, associada às seguintes palavras: (5) insuportável; (4) horrível; (3) angustiante; (2) desconfortável; (1) ligeira, o indivíduo tem de escolher a categoria que melhor descreve a intensidade global da sua dor atual. De igual forma, o PPI permite, através de um conjunto de cinco questões adicionais, fornecer informação sobre se o indivíduo avalia a sua dor de forma mais ou menos intensa.

O *MPQ* é um instrumento que fornece uma forma válida, confiável, rápida e consistente de determinar a experiência dolorosa do sujeito (Melzack, 1975, 1980, 2005; Pereira, & Sousa, 2007). Um resultado igual ou superior a 30 é indicador de uma psicodinâmica pobre, ou seja, resultados mais elevados são indicadores de pior dor. Este instrumento pode ser utilizado, igualmente, como uma ferramenta de avaliação para analisar a dor antes e após o tratamento e/ou utilização de técnicas ou procedimentos médicos (Melzack, 1975, 1980, 2005).

No que se refere às qualidades psicométricas, o *MPQ* apresenta fiabilidade temporal, validade de conteúdo e validade de constructo (Broderick et al., 2008; Melzack, 1975).

O terceiro bloco está exclusivamente dedicado à Avaliação da Ansiedade e, para tal, foi utilizado o Inventário *STAI Y-1 e Y-2* (Spielberger et al., 1983).

Esta medida de autorrelato tem como objetivo analisar a intensidade de sentimentos de ansiedade, distinguindo entre *Ansiedade Estado* (AE) – condição temporária experienciada em

situações específicas – e *Ansiedade Traço* (AT) – tendência geral de perceber as situações como ameaçadoras (McDowell, 2006; Santos, & Silva, 1997; Silva, & Spielberger, 2007).

Estes dois conceitos – AE e AT – foram inicialmente apresentados por Cattell (1966; Cattell, & Scheier, 1961, 1963; citados em Silva, & Spielberger, 2007) e, posteriormente, desenvolvidos por Spielberger (1966, 1972, 1976, 1979, citado em Silva, & Spielberger, 2007).

A ansiedade estado refere-se a um corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa e consiste em sentimentos subjetivos, transitórios e desagradáveis de apreensão, tensão, medo, desconforto, nervosismo, acompanhados pela ativação do SNA induzido por distintas situações percebidas como perigosas (e.g., palpitações, suores); refere-se a como a pessoa se sente no momento e é considerada temporária (Santos, & Silva, 1997; Silva, & Spielberger, 2007).

A ansiedade traço refere-se a diferenças inter-individuais na tendência para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras, ou seja, é uma disposição de personalidade que descreve a probabilidade da pessoa perceber as situações como ameaçadoras e, conseqüentemente, a experimentar ansiedade estado em situações stressantes. A ansiedade traço não é observada diretamente, mas é expressa como um estado de ansiedade quando é experienciado algum nível de stresse, e define-se como sentimentos de stresse, preocupação, desconforto que cada um poderá experienciar no quotidiano, ou seja, geralmente é percebida como a forma como as pessoas se sentem em todas as situações típicas que todos experimentamos no nosso dia a dia (Santos, & Silva, 1997; Silva, & Spielberger, 2007).

É um instrumento de relato pessoal, de autoavaliação, constituído por 40 itens e que se caracteriza por ser um questionário estandardizado que mede a Ansiedade relacionada com circunstâncias do presente (Estado de Ansiedade) e a Ansiedade que está vinculada na personalidade (Traço de Ansiedade) (Santos, & Silva, 1997; Silva, & Campos, 1998; Silva, & Spielberger, 2007).

A *STAI* compreende duas escalas distintas que medem o Estado de Ansiedade (E-Ansiedade) e o Traço de Ansiedade (T-Ansiedade), cada uma delas constituída por 20 itens. Na escala de E-Ansiedade (*STAI* Forma Y-1), cada uma das 20 afirmações avalia como o indivíduo se sente “agora neste momento”, através de uma escala tipo Likert de 4 pontos (1 – nada; 2 – um pouco; 3 – moderadamente; 4 – muito); na escala de T-Ansiedade (*STAI* Forma Y-2) cada uma das 20 frases estima como a pessoa geralmente se sente, igualmente num formato de escala tipo Likert de 4 pontos (1 – quase nunca; 2 – algumas vezes; 3 – frequentemente; 4 – quase sempre) (Silva, & Spielberger, 2007).

A adaptação, tradução e aferição da medida à população portuguesa foi realizada, primeiramente por Santos e Silva (1997) e posteriormente por Silva e Campos (1998), sendo que a aplicação completa do inventário implica que a subescala ansiedade estado seja administrada em primeiro lugar, seguindo-se a subescala ansiedade traço.

Silva e Spielberger (2007) defendem que a aferição portuguesa do STAI foi alvo de estudos de estabilidade temporal e consistência interna. Os valores das correlações foram de $r = .59$ na escala de Estado de Ansiedade, e de $r = .80$ na escala de Traço de Ansiedade; os valores do *alfa de Cronbach* (α) revelaram valores superiores a .87 em ambas as escalas; a consistência interna foi reforçada pelas correlações item-total corrigidas sobre três amostras normativas: estudantes do Ensino Secundário (E-Ansiedade = .37 e .62; T-Ansiedade = .36 e .67), estudantes do Ensino Superior (E-Ansiedade = .25 e 0.93; T-Ansiedade = .37 e .73), adultos com idades entre os 19 e os 39 anos (E-Ansiedade = .34 e .75; T-Ansiedade = .25 e .69) e militares (E-Ansiedade = .35 e .71; T-Ansiedade = .31 e .72) (Silva, & Spielberger, 2007).

Dez dos 20 itens da escala E-Ansiedade e nove dos 20 itens da escala T-Ansiedade encontram-se redigidos de forma invertida, a saber: E-Ansiedade: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20; T-Ansiedade: 1; 3; 6; 7; 10; 13; 14; 16 e 19. Após a inversão desses itens, o total dos resultados, para cada uma das escalas, varia de 20 a 80, sendo que resultado mais elevado é indicador de maior ansiedade (Julian, 2011). Se 1 ou 2 itens não respondidos numa escala dever-se-á calcular a nota média dos itens respondidos, multiplicar esse valor por 20 e arredondar para o número inteiro superior; se 3 ou mais itens estiverem omissos, a validade fica em risco (Silva, & Spielberger, 2007).

O quarto e último bloco tem como objetivo estudar a Depressão e, para isso, foi utilizada a versão revista do *BDI-II* (Beck, Steer, & Brown, 1996). A versão original – *BDI* – foi publicada em 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), tendo como objetivo ser utilizada em amostras psiquiátricas, mas devido às suas qualidades psicométricas passou a ser utilizado em amostras clínicas e não clínicas. Em 1979, o *BDI* original foi revisto e publicado como *BDI-IA* (Beck et al., 1997). Em 1996 (Beck, Steer, & Brown, 1996), o instrumento foi novamente revisto, resultando numa segunda edição – *BDI-II*, com o objetivo de ser mais consistente com a presente e o grau de sintomas de depressão existentes no DSM-IV (APA, 1994), apesar de não ter como objetivo ser um instrumento de diagnóstico (Beck, Steer, & Brown, 1996). De facto, os autores defendem, no manual do Inventário de Depressão de Beck – II, que este instrumento prevê, unicamente, uma estimativa da intensidade geral da depressão e que, consequentemente, é clinicamente essencial estar-se atento ao conteúdo de determinados itens, como, por exemplo o item 2, que avalia o pessimismo, e o item 9

(pensamentos ou desejos suicidas), que analisa o suicídio. Alguns autores (Beck, Steer, & Brown, 1996; Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000) referem que para estes dois itens qualquer pontuação diferente de 0 deve ser analisada e explorada em terapia, na medida em que se estes dois sintomas se associarem a um nível de depressão moderado ou severo poderá constituir risco de comportamento suicida.

É um instrumento de autorrelato constituído por 21 grupos de afirmações que avaliam 21 sintomas depressivos, ou seja, é uma medida sintomática de depressão que integra itens descritivos de atitudes e de sintomas com resultados que variam de 0 a 3, correspondentes a níveis de gravidade crescente. É solicitado ao sujeito que selecione aquela que melhor descreve o seu estado no momento na última semana. Cada sintoma é avaliado numa intensidade de quatro pontos, sendo que as pontuações são somadas para fornecer uma pontuação total que varia de 0 a 63, variando entre depressão mínima, níveis leve, moderado e grave. Os resultados mais elevados são indicadores de depressão mais grave, mais severa, sendo que os autores sugerem os seguintes valores de corte: (1) 0 a 13 valores é indicador de depressão mínima, (2) de 14 a 19 valores – depressão ligeira, (3) de 20 a 28 valores associa-se a depressão moderada e (4) de 29 a 63 valores o sujeito é avaliado como tendo depressão severa (Beck, Steer, & Brown, 1996). Contudo, e segundo Fleck, Lafer, Sougey, Porto, Brasil e Juruena (2003), os resultados mais baixos no *BDI-II* devem ser valorizados, na medida em que poderão ser indícios de depressão leve.

O 1º grupo de sintomas avalia a Tristeza, o 2º avalia o Pessimismo, o 3º analisa as Falhas Passadas, o 4º grupo estima a Perda de Prazer, o 5º grupo calcula os Sentimentos de Culpa, o 6º avalia os Sentimentos de Punição, o 7º grupo analisa a Autoestima, o 8º estima a Autocrítica, o 9º grupo avalia as Ideias/Desejos Suicidas, o 10º grupo calcula o Choro, o 11º grupo analisa a Agitação, o 12º grupo avalia a Perda de Interesse, o 13º calcula a Indecisão, o 14º estima a Inutilidade, o 15º avalia a Perda de Energia, o 16º analisa as Mudanças no Padrão de Sono, o 17º grupo estima a Irritabilidade, o 18º grupo avalia as Mudanças de Appetite, o 19º grupo calcula as Dificuldades de Concentração, o 20º grupo avalia o Cansaço/Fadiga e o 21º grupo analisa a Perda de Interesse Sexual.

No que se refere às qualidades psicométricas, Beck, Steer e Brown (1996) referem coeficientes de alfa de .93 para uma amostra de estudantes universitários e de .92 para uma amostra de pacientes em ambulatório.

Em Portugal, foi realizado um estudo por Martins, Coelho, Ramos e Barros (2000), com uma amostra de adolescentes portugueses, no qual a consistência interna apresentou valores de alfa de .89, revelando boa fiabilidade. A cotação do instrumento, além da pontuação global,

permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: (1) 0 a 10 – Não Depressivo; (2) de 11 a 19 – Depressão Ligeira; (3) de 20 a 25 – Depressão Moderada; (4) de 26 a 40 – Depressão Severa; e (5) de 41 a 63 – Depressão Muito Severa.

Coelho, Martins e Barros (2002) administraram a *BDI-II* a 775 adolescentes portugueses e sugerem o seguinte ponto de corte: valores inferiores ou iguais a 13, sem sintomatologia depressiva; valores superiores a 13, com sintomatologia depressiva, coincidindo com o ponto de corte de 13 referido por Beck, Steer e Brown (1996), na avaliação das suas amostras com o *BDI-II*.

5.1.4. Procedimentos

No sentido de se promover um melhor enquadramento do tema em estudo, torna-se imperioso fazer referência a um estudo piloto previamente realizado em abril de 2012, com uma amostra de 10 sujeitos.

A principal finalidade desse estudo foi realizar um ensaio geral a nível reduzido, acerca da compreensão dos itens, dos problemas de resposta e eventuais fenómenos de inabilidades sociais, entre outros.

O questionário global era constituído pelo questionário de elaboração própria, de recolha de dados sociodemográficos, avaliação geral e avaliação musculoesquelética, pelo *MPQ*, pelo Inventário *STAI Y-1* e *Y-2* (Spielberger et al., 1983), a versão revista do *BDI-II* (Beck, Steer, & Brown, 1996) e o Questionário de auto-avaliação – Depression, Anxiety and Stress Scales (*DASS*) (Lovibond, & Lovibond, 1995; Alves, Carvalho, & Baptista, 1999; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Neste sentido, parece-nos importante fazer uma súmula das principais conclusões obtidas, apesar das limitações de um estudo piloto, tais como quantidade de sujeitos que compôs a amostra, exclusividade de um método de recolha de dados, entre outros.

Assim, a primeira conclusão refere-se a que o conjunto de instrumentos se apresentou demasiadamente vasto, o que incorria na necessidade de bastante tempo para a sua contestação, bem como o questionário de elaboração própria que, de igual modo, se revelou, demasiadamente extenso.

Concluiu-se que o stresse e a ansiedade têm, em termos biológicos, físicos e psicológicos, um papel importante e uma estreita ligação que, no seu conjunto, vai culminar, no caso específico em análise, na componente psicossomática manifestada na relação existente entre dores lombares e ansiedade e stresse diário. Confirmou-se que quem referiu sofrer de

danos ou dores na região lombar apresentou níveis superiores de ansiedade estado e ansiedade traço (*STAI*), bem como de ansiedade e stresse (*DASS*).

Após a análise das principais conclusões decorrentes do estudo piloto, foram empreendidas alterações que se repercutiram na elaboração do conjunto de instrumentos utilizados na investigação ora apresentada (a seguir também denominado de protocolo, constituídos pelo questionário de elaboração própria, adaptado de Gonçalves, 2008, para recolha de dados sociodemográficos, avaliação geral e avaliação musculoesquelética; pelo *MPQ*; pelo Inventário *STAI Y-1* e *Y-2* (Spielberger et al., 1983); e pela versão revista do *BDI-II* (Beck, Steer, & Brown, 1996) (cf. Anexo II).

Num segundo momento, foram estabelecidos contactos telefónicos com entidades e profissionais de saúde, solicitando a colaboração na investigação. Em todos os casos em que foi demonstrada disponibilidade, promoveu-se à realização de reuniões com os médicos responsáveis pelo departamento de ortopedia, para que se apresentasse, mais detalhadamente, o estudo e se definisse o procedimento de entrega dos protocolos aos participantes.

Importa salientar que antes da recolha da amostra foi solicitada autorização ao diretor departamento e à comissão de ética da entidade acolhedora da investigação (Anexo III).

A amostra foi recolhida através de um método conveniência, ou seja, os casos escolhidos são os mais facilmente disponíveis (amostra não probabilística e intencional) (Pais-Ribeiro, 2010; Tabachnick & Fidell, 2012). Consequentemente, como não é uma amostra não probabilística não é possível especificar a probabilidade do sujeito pertencer à população (Coutinho, 2013; Pais-Ribeiro, 2010).

A seleção da amostra foi efetuada pelas enfermeiras ou pelas assistentes, sempre que possível o investigador estava presente nos serviços e procedia à entrega e recolha dos protocolos. Casos houve onde esta distribuição foi feita pelas enfermeiras ou assistentes do serviço antes da consulta de rotina ou de urgência, enquanto o paciente aguardava pela sua vez. Em alguns casos, foi utilizado o método *mail type* (Pais-Ribeiro, 2010), ou seja o questionário era entregue, aos utentes, conjuntamente com um envelope previamente dirigido e sem qualquer custo para o participante (modelo RSF – Resposta sem franquia), de forma a poderem enviar o protocolo preenchido pelos Correios de Portugal (CTT).

Todos os instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação foram preenchidos pelo próprio participante no estudo através do *self-report*.

Em todos os casos foi manifestado o compromisso de serem informados dos resultados obtidos. Para tal, solicitou-se a cada um dos participantes que deixasse o seu contacto eletrónico

ou endereço eletrónico no fim do protocolo. Da mesma forma, foi proporcionada a cada um a oportunidade de deixar algum comentário que considerasse ser relevante.

A este respeito cabe referir que foram muito poucos os casos dos sujeitos que deixaram o seu contacto pessoal.

Com o propósito de satisfazer qualquer dúvida que pudesse surgir, foi facultado o correio eletrónico do investigador, sendo que noutras ocasiões estas foram esclarecidas individual e presencialmente.

A duração do tempo de resposta dos protocolos era de aproximadamente 20 minutos.

A amostra, para os objetivos previstos, foi composta pelos utentes do serviço de ortopedia do Hospital Cuf Descobertas e da VitaClinic. A sua dimensão foi dada pelas possibilidades estruturais do projeto e das entidades acolhedoras.

A seleção e a recolha da amostra tiveram como base os seguintes critérios:

Critérios de inclusão

- Ter pelo menos 18 anos de idade;
- Ter nacionalidade portuguesa;
- Indicar sofrer de dores na região lombar.

Critérios de exclusão

- Não apresentarem disponibilidade para participarem na investigação
- Ter diagnosticada alguma doença do foro psicológico (ansiedade, depressão, ou outras);
- Não ter respondido a mais de 20% dos itens.

A amostra foi recolhida entre fevereiro e outubro de 2014 e entre agosto e outubro de 2015.

As Tabelas 5.1 e 5.2 apresentam, respetivamente, a percentagem de participação no estudo e a percentagem de participação válida no estudo.

Tabela 5.1

Percentagem de participação no estudo

	N	%
Protocolos entregues	220	100
Não apresentarem disponibilidade	12	5.54
Não devolveram protocolos	60	27.27
Participação efetiva na investigação	148	67.27

Tabela 5.2

Percentagem de participação válida no estudo

	N	%
Participação efetiva na investigação	148	100
Excluídos por idade	1	.67
Excluídos por nacionalidade não Portuguesa	4	2.70
Excluídos por não sofrerem de dores na região lombar	6	4.05
Diagnosticada alguma doença do foro psicológico	12	8.10
Não ter respondido a mais de 20% dos itens	5	3.37
Participação válida na investigação	120	81.08

Assim, esta triagem permitiu a delimitação da nossa amostra válida, em 120 sujeitos (81.08%), provenientes da área metropolitana de Lisboa e do Porto, que afirmaram sofrer de dor, pelo menos, na zona lombossagrada, ter nacionalidade portuguesa e não ter diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

5.1.5. Caracterização sociodemográfica da amostra

Dos sujeitos com participação válida no nosso estudo e constituindo a nossa amostra, sobre a qual recairão todas as análises empreendidas e a seguir apresentadas: 43 eram do sexo masculino (35.8%) e 77 do sexo feminino (64.2%) (cf. Tabela 5.3)

Tabela 5.3

Distribuição por sexos dos sujeitos da amostra

Sexo	N	%
Masculino	43	35.8
Feminino	77	64.2
Total	120	100.0

No que concerne à *distribuição etária* (cf. Tabelas 5.4 e 5.5), os sujeitos apresentavam-se com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos, em que a idade média se situa nos 48.88 anos com um desvio padrão de 16.343, sendo que 24.2% dos sujeitos tinham idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos, seguido pela faixa entre os 31 e os 40 anos com 20% e apenas 8 sujeitos (6.7%) tinham mais de 70 anos.

Tabela 5.4

Estatística descritiva da idade dos sujeitos da amostra

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo
Idade dos Sujeitos	120	48.88	48.50	16.343	.359	-.244	18	90

Tabela 5.5

Distribuição etária dos sujeitos da amostra

Idade dos sujeitos	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
[18-30] anos	6	14.0	9	11.7	15	12.5
[31-40] anos	10	23.3	14	18.2	24	20.0
[41-50] anos	12	27.9	17	22.1	29	24.2
[51-60] anos	7	16.3	16	20.8	23	19.2
[61-70] anos	6	14.0	15	19.5	21	17.5
> 71 anos	2	4.7	6	7.8	8	6.7
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Através das variáveis Altura e Peso foi calculado o *Índice de Massa Corporal* (IMC). Através do valor obtido nesta variável intervalar, constituiu-se o IMC numa variável ordinal constituída por categorias, respeitando a classificação da OMS. Assim, da análise à Tabela 5.6, verificar-se que 51.2% dos homens apresentam um *Índice de Massa Corporal* (IMC) entre os 25% e os 29.99%, ou seja, com um peso acima da média, enquanto 48.1% das mulheres estão dentro do peso normal.

Tabela 5.6

Distribuição dos sujeitos da amostra por IMC

IMC	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
> 17 (muito abaixo do peso)			1	1.3	1	0.8
[17-18.49] (abaixo do peso)	1	2.3	1	1.3	2	1.7
[18.5-24.99] (peso normal)	10	23.3	37	48.1	47	39.2
[25-29.99] (acima do peso)	22	51.2	32	41.6	54	45.0
[30-34.99] (obesidade 1)	9	20.9	5	6.5	14	11.7
[35-39.99] (obesidade 2 - severa)	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

No que se refere às habilitações literárias destaca-se que 30% dos sujeitos possui o grau de licenciatura e 11.7% mestrado ou doutoramento. No entanto, surge uma percentagem muito significativa de sujeitos 26.7% com apenas o 3º ciclo. Mais relevante se observarmos que é nesta faixa que se encontra a maioria dos homens (32.6%) (cf. Tabela 5.7).

Tabela 5.7

Distribuição dos sujeitos da amostra segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º Ciclo	2	4.7	4	5.2	6	5.0
2º Ciclo	3	7.0	11	14.3	14	11.7
3º Ciclo	14	32.6	18	23.4	32	26.7
Curso Técnico	7	16.3	5	6.5	12	10.0
Bacharelato			6	7.8	6	5.0
Licenciatura	13	30.2	23	29.9	36	30.0
Mestrado	3	7.0	9	11.7	12	10.0
Doutoramento	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

A análise à Tabela 5.8 permite-nos observar que a maioria mencionou estar empregada, ou seja, 57.5% da amostra total, com 60.5% dos homens e 55.8% das mulheres. Apenas 4.2% eram estudantes e 5.0% refere estar desempregado.

Tabela 5.8

Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a profissão

Habilitações Literárias	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estudante	1	2.3	4	5.2	5	4.2
Trabalhador/Estudante	8	18.6	6	7.8	14	11.7
Empregado	26	60.5	43	55.8	69	57.5
Desempregado	2	4.7	4	5.2	6	5.0
Reformado	6	14.0	16	20.8	22	18.3
Doméstica			4	5.2	4	3.3
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Em relação ao estado civil, importa salientar que a grande maioria dos inquiridos 57.5% são casados ou estão em união de facto, seguido de 21.7% são solteiros. Apenas 3.3% são viúvos. (cf. Tabela 5.9).

Tabela 5.9

Distribuição dos sujeitos da amostra segundo o Estado Civil

Estado Civil	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	9	20.9	17	22.1	26	21.7
Casado	21	48.8	37	48.1	58	48.3
União de facto	7	16.3	4	5.2	11	9.2
Separado	1	2.3	2	2.6	3	2.5
Divorciado	4	9.3	14	18.2	18	15.0
Viúvo	1	2.3	3	3.9	4	3.3
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Ainda no que concerne à descrição da amostra, importa ressaltar que 100% dos sujeitos são de nacionalidade Portuguesa, tal como previamente definidos nos critérios de inclusão do estudo.

No sentido de promover uma descrição o mais completa possível da amostra da população que participou no nosso estudo - amostra, optamos por, nesta secção, apresentar os dados descritivos da avaliação geral, decorrentes do apartado B do questionário geral.

No que se refere às variáveis associadas à saúde em geral, é possível observar na Tabela 5.10 que a maioria dos homens e das mulheres, o que corresponde a 72.1% e 63.6%, respetivamente, afirmaram, à data da recolha de dados, não sofrer de nenhuma doença ou síndrome crónica.

Tabela 5.10

Percentagem de frequências dos sujeitos que afirma sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica

Sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
NÃO	31	72.1	49	63.6	80	66.7
SIM	12	27.9	28	36.4	40	33.3
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

A título de curiosidade, importa referir quais as enfermidades, síndromas ou doenças crónicas que os 40 sujeitos que afirmaram sofrer (cf. Tabela 5.11).

Tabela 5.11

Percentagem de frequências da enfermidade, síndrome ou doença crónica referidas pelos sujeitos

Enfermidade, síndrome ou doença crónica	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
NA	31	72.1	49	63.6	80	66.7
Rino-Sinusite crónica	2	4.7			2	1.7
Luxação congénita	1	2.3			1	0.8
Problemas da coluna cervical e lombar			2	2.6	2	1.7
Asma	1	2.3	2	2.6	3	2.5
Colite	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Asma e artrite reumatoide			1	1.3	1	0.8
Lombalgia	3	7.0	2	2.6	5	4.2
Hérnias cervicais			2	2.6	2	1.7
Cardíaca			1	1.3	1	0.8
Hipertensão			1	1.3	1	0.8
Hepatite C			1	1.3	1	0.8
Bicos de papagaio no sacro			1	1.3	1	0.8
Fibrilação auricular			2	2.6	2	1.7
Intolerância alimentar e medicamentosa			1	1.3	1	0.8
Diabetes	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Escolioses lombar			1	1.3	1	0.8
Reumático			2	2.6	2	1.7
Otite			2	2.6	2	1.7
Hernial Discal	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Síndrome de <i>Crohn</i>	1	2.3			1	0.8
Varizes			1	1.3	1	0.8
Tendinites			2	2.6	2	1.7
Miopia	1	2.3			1	0.8
Parkinson			1	1.3	1	0.8
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Da análise à Tabela 5.11, ressalva-se que 16.7% dos sujeitos referem sofrer de doenças do foro musculoesquelético, respetivamente 13.9% dos homens e 18.2% das mulheres.

Neste sentido apresentou-se oportuno verificar a temporalidade da incidência destas patologias. Assim 40 sujeitos afirmaram sofrer de alguma enfermidade 8.3% há pelo menos 15 a 20 anos (cf. Tabela 5.12).

Tabela 5.12

Percentagem de frequências de há quantos anos sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica

Temporalidade em Anos	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
NA	31	72.1	49	63.6	80	66.7
Inferior a 1 ano			1	1.3	1	0.8
≥ 1 a 5 anos	2	4.7	4	5.2	6	5.0
[5 a 10] anos	2	4.7	6	7.8	8	6.7
[10 a 15] anos			3	3.9	3	2.5
[15 a 20] anos	2	4.7	8	10.4	10	8.3
[20 a 25] anos						
[25 a 30] anos	4	9.3	2	2.6	6	5.0
>30 anos	2	4.7	4	5.2	6	5.0
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Quando questionados sobre como classificariam a sua saúde de uma forma geral, observamos que 48.8% dos homens (N = 21) e 44.2% das mulheres (N = 34) considera a sua saúde Boa (cf. Tabela 5.13). Apenas 29.2% dos sujeitos totais referem a sua classificação geral de saúde razoável.

Tabela 5.13

Percentagem de frequências da classificação da sua saúde de forma geral

Classificação da sua saúde	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Razoável	12	27.9	23	29.9	35	29.2
Boa	21	48.8	34	44.2	55	45.8
Muito boa	9	20.9	15	19.5	24	20.0
Excelente	1	2.3	5	6.5	6	5.0
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

5.1.6. Tratamento estatístico e técnicas de análise de dados

Como é previsível, todos os dados foram processados com métodos estatísticos considerados pertinentes, ou seja, a opção de uma ou outra técnica de modo a cumprir dois critérios. Primeiro, cumprir com os objetivos propostos e que exigiam determinadas aplicações estatísticas, por exemplo, análises descritivas, diferenciais entre outras. Segundo, as particularidades matemáticas dos dados que requerem técnicas estatísticas particulares.

Nesta secção, passamos a apresentar as técnicas e provas utilizadas que nos permitiram a apresentação, as análises e a discussão dos resultados obtidos.

Num primeiro momento, foram empreendidas análises de estatística descritiva e bivariada (testes paramétricos e não paramétricos) para conhecer as características da amostra e dos grupos amostrais, em função das variáveis envolvidas na investigação. A descrição a este nível passou, fundamentalmente, pela obtenção das medidas de tendência central (média, mediana, desvio-padrão, entre outras).

Por forma a analisar a comparação dos parâmetros entre dois grupos de variáveis, utilizamos a análise *t-Student*, no sentido de testar a existência ou não de diferenças de médias entre dois grupos de variáveis e se estas diferenças se apresentam estatisticamente significativas.

Recorremos, de igual forma, à análise de dados através da *ANOVA (One-way)*, que continua a ser largamente utilizada na análise de dados de medidas repetidas, pois permite o despiste dos riscos de interpretação dos dados e possibilita lidar com falta de dados mais adequadamente. A sua característica de flexibilidade torna-a a escolha elegida para este tipo de análise.

Neste sentido, também desenvolvemos testes de *Scheffé*, que nos permitiu a comparação entre médias e melhorar a visualização das diferenças intergrupais.

Importa salientar que todas as análises antes referidas foram desenvolvidas através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS; versão 20.0)* (IBM Corporation, 2011).

De igual modo, foram realizadas análises com suporte no Modelo de *Rasch*, com o objetivo de avaliar a funcionalidade das categorias de resposta das duas dimensões da *STAI – E-Ansiedade* e *T-Ansiedade* – e da *BDI-II*, bem como verificar o ajuste dos itens dos referidos questionários. O objetivo foi o de eliminar qualquer item que revelasse estar altamente desajustado e analisar a fiabilidade dos itens, dos sujeitos e o *alfa* de *Cronbach* da *E-Ansiedade*, da *T-Ansiedade* e do *BDI-II*.

Posteriormente foram realizadas análises de estatística inferencial, tendo-se verificado os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos: (i) N superior a 30; (ii) a existência de distribuição normal ($\alpha > .05$), através da utilização do teste de *Kolmogorov-Smirnov*; e (iii) a existência de homogeneidade das variâncias das variáveis dependentes, através do teste de *Levene* (Almeida, & Freire, 2008; Brace, Kemp, & Snelgar, 2000; Coutinho, 2011; Marôco, 2010a, 2010b).

Os resultados são considerados significativos para $\alpha = .05$ (Coutinho, 2011; Marôco, 2010a, 2010b).

Como referido antes com o objetivo de avaliar a funcionalidade das categorias de resposta dos instrumentos – *STAI* e o *BDI-II* – à população em estudo e de se avaliar a existência de itens altamente desajustados que possam enviesar os resultados e, por conseguinte, devem levar à sua exclusão, foi utilizado o Modelo de *Rasch*. A análise de dados para a avaliação das características psicométricas das escalas *STAI* (Estado e Traço) e *BDI* foi realizada com o programa Winsteps 3.91.0 (Linacre, 2015).

O Modelo de *Rasch* permite ultrapassar a limitação do modelo aditivo, no sentido de se poder ser administrado a itens politômicos (Masters, & Right, 1984), sendo que os princípios deste modelos são de que os itens só diferem entre si ao nível da dificuldade, em que o item 2 é mais difícil que o 1, o 3 é mais difícil que o 2 e que o 1 e assim sucessivamente, e que o resultado na escala/instrumento depende unicamente do que pretende medir (Moreira, 2004).

Consequentemente, analisou-se a funcionalidade das categorias de resposta da *STAI* Ansiedade-E; da *STAI* Ansiedade-T e da *BDI-II*, tendo por base os critérios propostos por Linacre (2002), ou seja, avaliar até que ponto todos os itens se encontravam ajustados, na medida em que, se houvesse um ou mais itens altamente desajustados, estes deveriam ser eliminados.

Os outros critérios permitem verificar se em cada uma das dimensões os espaços e as categorias de resposta se encontram calibrados. Por conseguinte, os três critérios de Linacre (2002) são:

1. Frequência suficiente e distribuição adequada das categorias de resposta: as eleições com baixa frequência não são úteis para estimar a calibração dos passos (F_k). O ideal é uma distribuição uniforme;
2. As categorias de resposta não devem revelar um desajuste elevado. Para o ajuste dos sujeitos, dos itens e das categorias utilizam-se as médias dos resíduos *Outfit* (média quadrada standardizada dos resíduos) e *Infit* (média quadrada standardizada dos resíduos, ponderada com a função de informação) que são as estatísticas que indicam o

grau de ajuste. O *outfit* é sensível aos *outliers* e apresenta menos influência que o *infit* (Wright & Mok, 2004). Em ambas as estatísticas o valor esperado é 1. Segundo Wright e Mok (2004), os valores altos são indicador de padrões errados com relação ao modelo, e os valores baixos indicam padrões esperados de resposta.

Os valores de *infit* e *outfit* superiores a 1.5 e inferiores a 2.0 referem que o desajuste dos dados é moderadamente alto, apesar de não degradarem gravemente as medidas, mas os valores superiores a 2.0 revelam um desajuste altamente elevado (Linacre, 2002);

3. Entre as categorias sucessivas (*Fk*), os passos devem aumentar monotonicamente, sendo desejável que exista algum intervalo no contínuo no qual cada categoria de resposta seja a mais provável eleição (Linacre, 2002). Caso isto se observe, os pontos de transição estão ordenados monotonicamente.

5.2 Estudo 2

5.2.1. Apresentação e objetivos do estudo

No sentido de colmatar as contingências de caráter subjetivo e pessoal, visto que nenhuma investigação científica consegue o cumprimento de uma objetividade absoluta e sem condicionantes, sendo notório que é influenciada pela personalidade e pelos objetivos do investigador, optou-se pelo cruzamento de ambos os métodos (quantitativo e qualitativo) que reforça a respetiva complementaridade.

Assim, o principal objetivo deste estudo, de cariz eminentemente qualitativo baseado na exploração de entrevistas, é promover a complementaridade do estudo 1.

A metodologia qualitativa tem como finalidade a compreensão e a descrição dos fenómenos, numa perspetiva dinâmica e com especial atenção aos significados e aos contextos (Almeida, & Freire, 2007). Desta forma, afigura-se como “o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações e de valores de normas veiculadas por um indivíduo” (Ruquoy, 1997, p.89), possibilitando numa riqueza analítica expressiva de análise e de reflexão através do contacto direto entre o entrevistador e o entrevistado (Quivy, & Campenhoudt, 1992).

Corroborando os autores, as metodologias qualitativas são abrangentes, permitindo extrapolações sociais de largo espectro, constituindo-se como mais-valias analíticas.

Deste modo, optou-se pela aplicação da técnica da entrevista semiestruturada a indivíduos que afirmam sofrer de patologias musculoesqueléticas; atendendo a que a interação com os interlocutores possa ser facilitadora de uma maior espontaneidade e possibilita a

revelação de atitudes e posturas que obedeçam a uma certa informalidade, não negligenciando a tendência dos sujeitos responderem de acordo com o que é socialmente esperado e aceite.

Com recurso a instrumentos qualitativos, tais como a entrevista semiestruturada, mesmo que não consiga evitar o obstáculo dos respondentes produzirem afirmações em concordância com o que é socialmente aceite, a interação com o entrevistado pode resultar em reações de cariz espontâneo, servindo de contraponto comparativo entre o plano teórico e o prático.

Considerando a génese comportamental e as características de subjetividade do objeto em estudo (a dor), a metodologia qualitativa reúne, *a priori*, as condições essenciais para uma efetivação apropriada desta temática – relacionando o fator dor com a carga emocional a ele associado, que servirá de base às análises empreendidas e a seguir apresentadas.

5.2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado neste estudo (2) para o cumprimento dos objetivos foi a entrevista. Trata-se de um instrumento de recolha de informação através da conversação. Tem um papel de destaque na maioria das abordagens empíricas de contextos sociais, revelando-se uma ferramenta muito flexível. O objetivo primordial da entrevista é obter a visão dos sujeitos sobre *como percebem as lombalgias de que padecem* e destacar os indicadores que não são diretamente observáveis. Durante o processo da entrevista, preconizou-se, sempre que possível, uma ação de reciprocidade.

A entrevista foi submetida a uma semiestruturação prévia. Desta forma, foi elaborado um guião de carácter flexível, de modo a facilitar o desenvolvimento de reflexões compensadoras para a pesquisa, cujas linhas de orientação oferecem à entrevista alguma estrutura, embora flexível e suscetível de mudanças, como nos recomendam Mattos e Lincoln (2005), ou seja, que possibilita uma maior diversidade e aprofundamento das respostas e questões (Sousa, & Batista, 2011).

A elaboração do guião de entrevista decorreu da eleição das categorias a serem abordadas, tendo em consideração a extraordinária importância da semântica, pertinente na distinção entre as diversas vertentes concetuais. Assim, foram convertidas em unidades temáticas, leia-se, primeiramente em categorias e, de seguida, em dimensões que lhes são intrínsecas.

Assim, passamos a apresentar o modo como foram distribuídas as unidades temáticas, em sete categorias de análise e subsequentes dimensões: 1) Lombalgia referente a acidentes

provocatórios, origem do problema, recorrência, conexão com o problema, e sentimentos/sensações; 2) Trabalho/Reforma associado a pressões laborais, apreensão futura e sentimentos associados; 3) Família que incorpora o apoio familiar, auxílio na espiritualidade ou religião; 4) Estado emocional subdimensionado na evidência de perturbações ou evitamento; 5) Social: apoio dos amigos, acompanhamento médico e psicológico; 6) Aceitação ancorando o foco em coisas positivas e sentimentos associados; 7) Futuro: expectativas e previsões futuras (cf. Tabela 5.14).

Tabela 5.14

Quadro resumo do guião de entrevista

CATEGORIAS	DIMENSÕES
Lombalgia	Acidentes provocatórios Origem do problema Recorrência Conexão com o problema Sentimentos/Sensações
Trabalho	Pressões laborais Apreensão futura Sentimentos associados
Família	Apoio familiar Auxílio na espiritualidade ou religião
Estado emocional	Evidência de perturbações Evitamento
Social	Apoio dos amigos Acompanhamento médico Acompanhamento psicológico
Aceitação	Foco em coisas positivas Sentimentos associados
Futuro	Expectativas e previsões futuras

5.2.3. Procedimentos

As entrevistas foram efetuadas ao longo de três meses (em algumas situações foi necessário a realização de entrevistas suplementares, por forma a serem redimidas algumas questões, não suficientemente esclarecedoras, e colmatar algumas informações que se apresentaram pouco completas).

As questões de expressividade individual implicam, em não poucos casos, constrangimentos e reservas nos sujeitos. No entanto, as vivências e a sensibilidade dos entrevistados são indispensáveis para a prosseguimento dos objetivos desta investigação. A entrevista permite a clarificação de ideias, analisando, aprofundando e clarificando os sentidos.

Assim e no sentido de se promover um melhor relacionamento com os entrevistados, as entrevistas realizadas decorreram nas habitações dos mesmos, em horário previamente acordado por ambos, e o entrevistador fez-se acompanhar pelo guião de entrevista.

Importa ressaltar que foram tidos em consideração todos os procedimentos éticos, nomeadamente apresentação da investigação e principais objetivos, esclarecimento que a participação é voluntária e garantindo o absoluto anonimato e confidencialidade das respostas.

Neste sentido e após todos os esclarecimentos e o acordo expresso dos entrevistados, prendeu-se à assinatura do termo de consentimento (cf. Anexo IV) para a realização da entrevista, recorrendo à gravação áudio da mesma, para posterior transcrição e análise de conteúdo.

Os participantes neste estudo responderam a uma entrevista confidencial com o objetivo de se investigar e de compreender a relação entre a lombalgia, a ansiedade e a depressão, sem terem recebido qualquer tipo de remuneração, financeira ou de outro tipo.

A duração média das entrevistas variou entre 50 a 70 minutos.

5.2.4. Caracterização sociodemográfica da amostra

O processo de seleção da amostra teve como critério fundamental os resultados obtidos no estudo 1. Assim, optamos por uma amostra exploratória de conveniência, ou seja, os casos escolhidos são os mais facilmente disponíveis (amostra não probabilística e intencional) (Pais-Ribeiro, 2008; Tabachnick, & Fidell, 2007).

Para efeitos de obtenção do maior número possível de sujeitos com experiências vivenciadas de dores musculoesqueléticas, optámos por incluí-los num só grupo, o que se revelou conveniente, na medida em que nos permitiu uma maior viabilidade do estudo.

Assim, o nosso estudo recaiu sobre 4 sujeitos, previamente selecionados, que afirmaram sofrer de dor musculoesquelética, ter nacionalidade portuguesa e não ter diagnóstico de ansiedade e/ou depressão, assegurando os critérios básicos de inclusão no estudo, coerentes com os delineados para o estudo quantitativo.

Passamos a descrever sumariamente os sujeitos da nossa amostra (cf. Tabela 5.15), no que concerne às principais características sociodemográficas, em consonância com o efetuado no estudo 1.

Tabela 5.15

Características sociodemográficas da amostra constituinte do estudo 2

Características sociodemográficas					
	Sexo	Idade	Estado Civil	Habilitações Literárias	Profissão
Caso 1	Mulher	48	Divorciada	Licenciada	Empregada
Caso 2	Mulher	56	Divorciada	Curso técnico	Reformada
Caso 3	Mulher	73	Casada	Licenciada	Reformada
Caso 4	Homem	34	Casado	Licenciado	Empregado

Os sujeitos da amostra tinham idades compreendidas entre os 34 e os 73 anos, maioritariamente mulheres e com nível de instrução superior.

5.2.5. Técnica de análise de dados

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, não devendo, por isso, ser confundida com um método. No nosso caso, proporcionou a complementaridade e enriquecimento de informação face aos objetivos desta investigação.

Incontestavelmente, possui uma vantagem não negligenciável – o facto de operar como uma técnica não obstrutiva da expressão individualizada do sujeito –, fator não menosprezável no estudo da compreensão das dinâmicas presentes no estudo da expressão dor, quando relacionada com estados emocionais de ansiedade e de depressão em sujeitos com lombalgias recorrentes, que poderiam desencadear enviesamentos de consequências imprevisíveis (negativas) se o recurso para a recolha de informação residisse única e exclusivamente num método.

Em função dos objetivos delineados para a presente investigação, recorre-se à *análise de conteúdo* como instrumento auxiliar de exposição da mensagem transmitida pelos entrevistados. Este tipo de análise cruza o tratamento de dados com a análise do discurso, implicando a contemplação de construções sociais. A análise de conteúdo é um método de análise de texto.

Bardin (2008) defende que a análise de dados conseguidos através de entrevista requer um trabalho intensivo, ou seja, de recurso a assim defende o autor que “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/receção destas mensagens” (p.42).

Capítulo VI

Análise e Discussão de Resultados

No presente capítulo de análise e discussão de resultados, iremos apresentar, de modo independente, os resultados obtidos relativos ao Estudo 1 e Estudo 2, onde se utilizaram, respetivamente, as metodologias quantitativas e qualitativas.

Deste modo, apresentamos os dados estatísticos relativos ao conjunto de instrumentos utilizados (que denominamos de protocolos, constituídos pelo questionário de elaboração própria, o *MPQ*, o Inventário de Ansiedade - *STAI Formas Y1 e 2* - e o Inventário de Depressão - *BDI-II*) seguindo de perto a estrutura de entendimento adotada da elaboração da presente tese. Neste sentido, iremos percorrer todas as variáveis e, para cada uma delas, apresentar os resultados mais expressivos. Ressalva-se que os resultados irão ser comentados partindo das análises de estatística descritiva e diferenciais, ou seja, das mais simples até às análises mais complexas.

Na última parte deste capítulo, serão apresentadas os resultados decorrentes da análise segundo o Modelo de Escalas de Classificação (Wright, & Masters, 1982), uma extensão do Modelo de *Rasch*.

Primeiramente, iremos percorrer todas as variáveis e, para cada uma, expor as análises que se afiguraram mais expressivas. Assim, exibiremos descritivos das diversas variáveis em estudo, no sentido de se obter uma caracterização o mais complexa possível. De igual modo e como expectável, aferimos a existência ou não de diferenças significativas.

Sempre que se mostrou adequado, integraram-se análises comparativas *test-t-Student* e *ANOVAS (One-way)* e correlacionais (Correlação de *Pearson*), por forma a se prosseguir na relação entre as variáveis centrais consideradas na presente investigação.

Atendendo a que a descrição das características sociodemográficas dos sujeitos que constituíram a nossa amostra foi exposta no capítulo anterior, passaremos a apresentar, de imediato, apenas as análises diferenciais que consideramos pertinentes entre algumas das características.

Passaremos, seguidamente, à apresentação dos resultados e respetiva análise e discussão, de modo sequencial, dos grandes blocos temáticos de variáveis em estudo.

Importa salvaguardar que iremos não só comentar os resultados que se apresentam estatisticamente significativos, mas também todos quantos consideramos importantes para auxiliar a compreensão e facilitar a leitura dos dados obtidos, bem como aqueles que nos

permitem deixar algumas orientações de tendência atitudinal ou comportamental relativamente às variáveis em estudo.

Posteriormente, apresentaremos os resultados decorrentes do Estudo 2, consubstanciados na análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

6.1 Estudo 1

6.1.1. Análises diferenciais das características sociodemográficas da amostra

No que se refere às diferenças na variável idade em função do sexo, foi utilizado o *test-t-Student*, na medida em que a variável intervalar idade apresentou distribuição normal e homogeneidade de variância. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável idade, apesar das mulheres apresentarem valores médios superiores de idade comparativamente com os homens (cf. Tabela 6.1).

Tabela 6.1

Diferenças de diferenças de médias de idades em função do sexo (test-t-Student)

	Homens (N=43)		Mulheres (N=77)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	46.58	16.51	50.16	16.22	-1.15	.252

Relativamente às diferenças no IMC em função do sexo, através do *test-t-Student*, verificamos que os homens da amostra apresentaram valores médios superiores ($M = 26.75$; $DP = 3.84$) e estatisticamente significativos $t(118)=2,787$; $p=.006$, quando comparados com as mulheres ($M = 24.69$; $DP = 3.89$) (cf. Tabela 6.2).

Tabela 6.2

Diferenças de diferenças de médias de IMC em função do sexo (test-t-Student)

	Homens (N=43)		Mulheres (N=77)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
IMC	26.75	3.84	24.69	3.89	2.787	.006

No que concerne ao tempo em que os sujeitos sofrem de enfermidade, de síndrome ou de doença crónica (em anos), as mulheres apresentaram níveis médios mais elevados ($M = 7.05$; $DP = 14.41$), comparativamente com os homens ($M = 6.67$; $DP = 13.90$), ainda que não tendo sido obtidas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 6.3).

Tabela 6.3

Diferenças de diferenças de médias de sofrimento de enfermidade, de síndrome ou de doença crónica (em anos) em função do sexo (test-t-Student)

	Homens (N=43)		Mulheres (N=77)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Sofre de enfermidade, de síndrome ou de doença crónica	6.67	13.90	7.05	14.41	-.139	.889

6.1.2. Dados da avaliação musculoesquelética (decorrentes do questionário de elaboração própria)

6.1.2.1. Problemas da coluna vertebral

Seguidamente, passamos a apresentar a estatística descritiva referente aos dados relacionados com a avaliação musculoesquelética.

Primeiramente importa destacara que, entre sexos, a maioria da amostra afirmou sofrer de problemas de coluna vertebral, respetivamente 69.8% dos homens e 77.9% das mulheres. Por outro lado, entre categorias de estado civil, observamos que a categoria dos casados são os que apresentam frequências superiores, nomeadamente 43.3% para quem refere não sofrer de problemas na coluna vertebral contra os 50.0% que quem refere sofrer. (cf. Tabela 6.4).

Tabela 6.4

Percentagem de frequências da questão “Sofre de problemas da coluna vertebral” em função do sexo e estado civil

	Sofre de problemas na coluna vertebral			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	13	30.2	17	22.1
Feminino	30	69.8	60	77.9
Estado Civil				
Solteiro(a)	8	26.7	18	20.0
Casado(a)	13	43.3	45	50.0
União de facto	2	6.7	9	10.0
Separado(a)	2	6.7	1	1.1
Divorciado(a)	4	13.3	14	15.6
Viúvo(a)	1	3.3	3	3.3

Neste sentido, indagámos há quanto tempo sofrem de problemas de coluna. Assim, obtiveram-se os seguintes resultados: os sujeitos sofrem em média há aproximadamente 12 anos de problemas de coluna, sendo o mínimo há 3 meses e o máximo há 65 anos (cf. Tabela 6.5).

Tabela 6.5

Estatística descritiva de há quantos anos sofre de problemas da coluna vertebral

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo
Tempo em anos	90	11.58	10.00	10.56	.2.166	7.201	.25	65.0

De modo, a avançar um pouco mais na caracterização da nossa amostra consideramos pertinente empreender algumas análises diferenciais. Assim, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a Idade e sofrer de problemas na coluna vertebral $t(118)=-2.873$; $p=.005$, no sentido que as pessoas com uma média de idade superior são as que apresentam mais problemas da coluna vertebral. Por outro lado, a nível do IMC não se observaram diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 6.6).

Tabela 6.6

Diferenças de médias de Idade e IMC em função “Sofre de problemas da coluna vertebral” (test-t-Student)

	Não (N=30)		Sim (N=90)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Idade	41.67	12.52	51.28	16.81	-2.873	.005
IMC	24.37	3.88	25.79	3.97	-1.706	.091

Quando questionados sobre qual a região da coluna vertebral afetada, a maioria dos sujeitos referem a região a lombossagrada, respetivamente 55.0% das mulheres e 46.7% dos homens, seguida de perto pela conjugação de dores na zona lombossagrada e cervical referenciada por 33.3% dos homens e 16.7% das mulheres (cf. Tabela 6.7).

Tabela 6.7

Percentagem de frequências de qual a região da coluna vertebral é mais significativamente afetada

Região da coluna vertebral mais significativamente afetada	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lombossagrada	14	46.7	33	55.0	47	52.2
Dorsal			1	1.7	1	1.1
Cervical			3	5.0	3	3.3
Lombossagrada + dorsal	2	6.7	4	6.7	6	6.7
Lombossagrada + cervical	10	33.3	10	16.7	20	22.2
Lombossagrada + dorsal + cervical	4	13.3	9	15.0	13	14.4
Total	30	100.0	60	100.0	90	100.0

No sentido de se obter uma descrição mais completa da dor, foi solicitado aos inquiridos que a descrevessem em termos de posicionamento e temporalidade. No que se refere à dor, 30.0% dos homens e 18.3% das mulheres aludiram que a dor na coluna vertebral era bilateral e mencionam que é episódica, respetivamente 33.3% dos homens e 35.0% das mulheres (cf. Tabela 6.8).

Tabela 6.8

Percentagem de frequências da dor na coluna vertebral em termos de posicionamento e temporalidade

Posicionamento e temporalidade	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bilateral	9	30.0	11	18.3	20	22.2
Unilateral	4	13.3	7	11.7	11	12.2
Episódica	10	33.3	21	35.0	31	34.4
Sempre presente	1	3.3	7	11.7	8	8.9
Unilateral + episódica	1	3.3	3	5.0	4	4.4
Unilateral + sempre presente	1	3.3	1	1.7	2	2.2
Bilateral + episódica	2	6.7	5	8.3	7	7.8
Bilateral + sempre presente	2	6.7	5	8.3	7	7.8
Total	30	100.0	60	100.0	90	100.0

No que concerne ao tipo de dor, uma percentagem muito significativa, 43.3% dos homens e 46.7% das mulheres, mencionou que a dor é local. Apenas 13.3% dos sujeitos a descrevem como irradiante (cf. Tabela 6.9).

Tabela 6.9

Percentagem de frequências quanto ao tipo de dor na coluna vertebral

Tipo de dor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aguda	1	3.3	7	11.7	8	8.9
Forte	4	13.3	3	5.0	7	7.8
Local	13	43.3	28	46.7	41	45.6
Irradiante	3	10.0	9	15.0	12	13.3
Nevrágica	2	6.7	4	6.7	6	6.7
Aguda + local	1	3.3	1	1.7	2	2.2
Local + nevrágica	1	3.3	3	5.0	4	4.4
Aguda + local + nevrágica			1	1.7	1	1.1
Local + irradiante			2	3.3	2	2.2
Irradiante + nevrágica	4	13.3	2	3.3	6	6.7
Aguda + forte + local	1	3.3			1	1.1
Total	30	100.0	60	100.0	90	100.0

Quanto à intensidade da dor na coluna vertebral, 43.3% dos homens e 46.7% das mulheres da amostra relatou que a intensidade era de nível moderado, seguida por 36.7% dos homens e 30.0% das mulheres, que referiram a dor como intensa (cf. Tabela 6.10).

Tabela 6.10

Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral

Intensidade de dor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dor Mínima	2	6.7	3	5.0	5	5.6
Dor ligeira	4	13.3	10	16.7	14	15.6
Dor moderada	13	43.3	28	46.7	41	45.6
Dor intensa	11	36.7	18	30.0	29	32.2
Dor máxima			1	1.7	1	1.1
Total	30	100.0	60	100.0	90	100.0

Apenas a título ilustrativo, tentou averiguar-se em que situações a intensidade da dor se apresentava mais significativa e os resultados obtidos destacam que, por um lado, na situação de carregar pesos, a dor se apresenta moderada (43.3%) ou intensa (25.0%) para a totalidade dos sujeitos da amostra, por outro quando evacuam consideram ausência ou dor mínima (91.6%) (cf. Tabela 6.11).

Tabela 6.11

Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral, em diversas situações

Quando...	Ausência de dor		Dor mínima		Dor ligeira		Dor moderada		Dor intensa		Dor máxima		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se dobra	13	21.7	13	21.7	14	23.3	11	18.3	7	11.7	2	3.3	60	100.0
Evacua	29	48.3	26	43.3	2	3.3	3	5.0					60	100.0
Anda	7	11.7	21	35.0	11	18.3	16	26.7	4	6.7	1	1.7	60	100.0
Faz exercício	18	30.0	10	16.7	14	23.3	12	20.0	6	10.0			60	100.0
Carrega pesos	5	8.3	5	8.3	8	13.3	26	43.3	15	25.0	1	1.7	60	100.0
Dorme/deitado	14	23.3	19	31.7	9	15.0	14	23.3	4	6.7			60	100.0

Na Tabela 6.12, pode comparar-se a intensidade da dor nas diversas situações entre homens e mulheres, corroborando a análise anterior, ou seja, quer para os homens quer para as mulheres, a situação onde as dores se apresentam mais significativas é quando carregam pesos.

Tabela 6.12

Percentagem de frequências quanto à intensidade dor na coluna vertebral, em diversas situações nos homens e nas mulheres

	Ausência de dor %		Dor mínima %		Dor ligeira %		Dor moderada %		Dor intensa %		Dor máxima %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Se dobra	6.7	21.7	16.7	21.7	33.3	23.3	13.3	18.3	23.3	11.7	6.7	3.3
Evacua	26.7	48.3	63.3	43.3	3.3	3.3	3.3	5.0	3.3			
Anda	20.0	11.7	33.3	35.0	13.3	18.3	16.7	26.7	16.7	6.7		1.7
Faz exercício	16.7	30.0	20.0	16.7	23.3	23.3	20.0	20.0	20.0	10.0		
Carrega pesos	3.3	8.3	8.3	8.3	16.7	13.3	43.3	43.3	33.3	25.0	3.3	1.7
Dorme/deitado	16.7	23.3	46.7	31.7	6.7	15.0	20.0	23.3	10.0	6.7		

No sentido de aprofundar a nossa análise, optou-se por questionar os sujeitos sobre qual o período do dia em que as dores na coluna vertebral mais se evidenciavam. Os resultados apontam para que estas sobressaem em qualquer altura do dia, respetivamente com valores que se fixam em 33.3% dos homens e 36.7% das mulheres. Curiosamente, o levantar é referido por 30.0% dos homens e das mulheres como sendo o segundo período em que as dores mais se sobressaem (cf. Tabela 6.13).

Tabela 6.13

Percentagem de frequências qual o período do dia em que mais se evidenciam as dores na coluna vertebral

Período do dia	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ao levantar	9	30.0	18	30.0	27	30.0
Durante a manhã	1	3.3	2	3.3	3	3.3
Durante a tarde			1	1.7	1	1.1
Ao final do dia	7	23.3	16	26.7	23	25.6
Durante a noite	3	10.0	1	1.7	4	4.4
Qualquer altura do dia	10	33.3	22	36.7	32	35.6
Total	30	100.0	60	100.0	90	100.0

6.1.2.2. Dores musculares

Tal como se procedeu na descrição e análise às respostas dadas, pelos sujeitos da nossa amostra, no que respeita aos problemas da coluna vertebral, de igual modo passamos a apresentar a estatística descritiva referente aos dados relacionados com a avaliação das dores musculares.

Entre sexos, destaca-se que 75.8% dos sujeitos da amostra afirmou sofrer de dores musculares, respetivamente 69.8% dos homens e 79.2% das mulheres. Por outro lado, a nível do estado civil, verificamos que a categoria dos casados é a que apresenta uma frequência superior, quer para as pessoas que referem sofrer frequentemente de dores musculares (51.6%), quer para as pessoas que referem não sofrer frequentemente de dores musculares (37.9%) (cf. Tabela 6.14).

Tabela 6.14

Percentagem de frequências da questão “Sofre frequentemente de dores musculares”

<i>Sofre frequentemente de dores musculares</i>				
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	13	30.2	16	20.8
Feminino	30	69.8	61	79.2
Estado Civil				
Solteiro(a)	9	31.0	17	18.7
Casado(a)	11	37.9	47	51.6
União de facto	4	13.8	7	7.7
Separado(a)	0	0	3	3.3
Divorciado(a)	4	13.8	14	15.4
Viúvo(a)	1	3.4	3	3.3

Importa ressaltar que estes valores são muito aproximados com os obtidos aquando da análise dos problemas na coluna vertebral, razão pela qual consideramos pertinente desenvolver uma análise de cruzamento destas duas variáveis (cf. Tabela 6.15).

Assim, observamos diferenças estatisticamente significativas entre “Sofre frequentemente de dores musculares” em função de “Sofre de problemas na coluna vertebral” $F\text{-Fisher}(1) = 12.747$; $p = .000$.

Tabela 6.15

Crosstabulation “Sofre de problemas na coluna vertebral” e “Sofre frequentemente de dores musculares”

		Sofre frequentemente de dores musculares?		Total	F-Fishers	p
		Não	Sim			
Sofre de problemas na coluna vertebral?					12.747	.000
	Não	0	30	30		
	Sim	29	61	90		
	Total	29	91	120		

De igual modo, inquirimos sobre há quanto tempo sofrem de problemas musculares. Neste caso, os dados salientam que os sujeitos sofrem em média há aproximadamente 9 anos de dores musculares, sendo o mínimo há 1 ano e o máximo há 36 anos (cf. Tabela 6.16).

Tabela 6.16

Estatística descritiva de há quantos anos sofre de dores musculares

	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose	Mínimo	Máximo
Tempo em anos	91	9.23	7.00	7.261	1.49	2.347	1	36

Tal como realizado para analisar a incidência de problemas na coluna vertebral, também para a ocorrência de dores musculares realizamos testes diferenciais. Dos quais obteve-se que a nível da Idade ($t(118)=1.651$; $p=.107$) e IMC ($t(118)=.084$; $p=.933$) não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função de sofrer, ou não, frequentemente de dores musculares (cf. Tabela 6.17).

Tabela 6.17

Diferenças de médias de Idade e IMC em função “Sofre frequentemente de dores musculares” (test-t-Student)

	Não (N=29)		Sim (N=91)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	53.97	20.27	47.25	14.64	1.651	.107
IMC	25.48	3.31	25.41	4.19	.084	.933

Por seu turno, quando indagámos sobre qual a região mais significativamente afetada pelas dores musculares, a maioria dos sujeitos referem a região a lombossagrada, respetivamente 40.0% dos homens e 39.3% das mulheres, seguida de perto pela conjugação de dores na zona lombossagrada e cervical, referenciada por 33.3% dos homens e 24.6% das mulheres (cf. Tabela 6.18).

Tabela 6.18

Percentagem de frequências da região mais significativamente afetada pelas dores musculares

Região mais significativamente afetada pelas dores musculares	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lombossagrada	12	40.0	24	39.3	36	39.6
Dorsal			5	8.2	5	5.5
Cervical	1	3.3	5	8.2	6	6.6
Lombossagrada + dorsal	6	20.0	5	8.2	11	12.1
Lombossagrada + cervical	10	33.3	15	24.6	25	27.5
Lombossagrada + dorsal + cervical	1	3.3	6	9.8	7	7.7
Dorsal + cervical			1	1.6	1	1.1
Total	30	100.0	61	100.0	91	100.0

Relativamente ao posicionamento e temporalidade das dores musculares, os homens 30.0% e as mulheres 23.0% mencionaram que a dor era bilateral e episódica 26.7% dos homens e 29.5% das mulheres (cf. Tabela 6.19). Importa ainda destacar que 20.0% dos homens a caracterizam especificamente como bilateral episódica, e as mulheres como unilateral (23.0%).

Tabela 6.19

Percentagem de frequências de dores musculares em termos de posicionamento e temporalidade

Posicionamento e temporalidade	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
NR			1	1.6	1	1.1
Bilateral	9	30.0	14	23.0	23	25.3
Unilateral	3	10.0	14	23.0	17	18.7
Episódica	8	26.7	18	29.5	26	28.6
Sempre presente	1	3.3	5	8.2	6	6.6
Unilateral + episódica	1	3.3	3	4.9	4	4.4
Unilateral + sempre presente						
Bilateral + episódica	6	20.0	3	4.9	9	9.9
Bilateral + sempre presente	2	6.7	3	4.6	5	5.5
Total	30	100.0	61	100.0	91	100.0

Quanto ao tipo de dores musculares, destaca-se que 38.5% do total dos sujeitos inquiridos a referem como local, sendo 50.0% dos homens e 32.8% das mulheres (cf. Tabela 6.20). Apenas 14.3% dos sujeitos a descrevem como irradiante.

Tabela 6.20

Percentagem de frequências quanto ao tipo de dores musculares

Tipo de dor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aguda	2	6.7	9	14.8	11	12.1
Forte	3	10.0	5	8.2	8	8.8
Local	15	50.0	20	32.8	35	38.5
Irradiante	2	6.7	11	18.0	13	14.3
Nevrágica	1	3.3	8	13.1	9	9.9
Forte + local	1	3.3	1	1.6	2	2.2
Aguda + local			1	1.6	1	1.1
Local + nevrágica	1	3.3	2	3.3	3	3.3
Aguda + local + nevrágica			1	1.6	1	1.1
Local + irradiante			1	1.6	1	1.1
Irradiante + nevrágica	4	13.3	1	1.6	5	5.5
Aguda + forte	1	3.3	1	1.6	2	2.2
Total	30	100.0	61	100.0	91	100.0

Quanto à intensidade das dores musculares, 50.0% dos homens e 45.9% das mulheres da amostra relataram que a intensidade era de nível moderado, seguida por 23.3% dos homens e 27.9% das mulheres a referem como intensa (cf. Tabela 6.21).

Tabela 6.21

Percentagem de frequências quanto à intensidade das dores musculares

Intensidade de dores musculares	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de dor			1	1.6	1	1.1
Dor Mínima	2	6.7	1	1.6	3	3.3
Dor ligeira	6	20.0	13	21.3	19	20.9
Dor moderada	15	50.0	28	45.9	43	47.3
Dor intensa	7	23.3	17	27.9	24	26.4
Dor máxima			1	1.6	1	1.1
Total	30	100.0	61	100.0	91	100.0

Apenas a título ilustrativo, tentou averiguar-se em que situações a intensidade das dores musculares se apresentavam mais significativas e os resultados obtidos, numa leitura geral da amostra, atentam para que os sujeitos referem que as dores se apresentam moderadas ou intensas, principalmente na situação de carregarem pesos (29.7% e 33.0%) e de fazer exercício (29.7% e 14.3%) (cf. Tabela 6.22).

Tabela 6.22

Percentagem de frequências quanto à intensidade dores musculares, em diversas situações

Quando...	Ausência de dor		Dor mínima		Dor ligeira		Dor moderada		Dor intensa		Dor máxima		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Se dobra	11	12.1	19	20.9	23	25.3	21	23.11	14	15.4	3	3.3	91	100.0
Evacua	36	39.6	44	48.4	3	3.3	5	5.5	3	3.3			91	100.0
Anda	11	12.1	25	27.5	22	24.2	21	23.1	12	13.2			91	100.0
Faz exercício	18	19.8	15	16.5	17	18.7	27	29.7	13	14.3	1	1.1	91	100.0
Carrega pesos	9	9.9	5	5.5	17	18.7	27	29.7	30	33.0	3	3.3	91	100.0
Dorme/deitado	12	13.2	37	40.7	22	24.2	9	9.9	11	12.1			91	100.0

A Tabela 6.23 apresenta a comparação, em termos de frequências, da intensidade das dores musculares nas diversas situações entre homens e mulheres, para os homens quando fazem exercício é a situação em que a dor se apresenta como moderada (40.0%) para as mulheres, a situação onde as dores se apresentam mais intensa (36.1%) é aquando de carregam pesos.

Tabela 6.23

Percentagem de frequências quanto à intensidade das dores musculares, em diversas situações nos homens e nas mulheres

	Ausência de dor %		Dor mínima %		Dor ligeira %		Dor moderada %		Dor intensa %		Dor máxima %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Se dobra		18.0	26.7	18.0	30.0	23.0	33.3	18.0	6.7	19.7	3.3	3.3
Evacua	26.7	45.9	63.3	41.0	3.3	3.3	3.3	6.6	3.3	3.3		
Anda	6.7	14.8	40.0	21.3	30.0	21.3	20.0	24.6	3.3	18.0		
Faz exercício	6.7	26.2	26.7	11.5	16.7	19.7	40.0	24.6	6.7	18.0	3.3	
Carrega pesos	3.3	13.1	3.3	6.6	30.0	13.1	30.0	29.5	26.7	36.1	6.7	1.6
Dorme/deitado	6.7	16.4	56.7	32.8	23.3	24.6	10.0	9.8	3.3	16.4		

No que respeita ao período do dia em que as dores musculares mais se evidenciavam, os sujeitos referem que estas surgem a qualquer altura do dia, 30.0% dos homens e 45.9% das mulheres (cf. Tabela 6.24). No entanto quer homens quer mulheres referem a incidência da dor de modo significativo ao final do dia, respetivamente com (33.3%) e (29.5%).

Tabela 6.24

Percentagem de frequências qual o período do dia em que mais se evidenciam as dores musculares

Período do dia	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ao levantar	7	23.3	8	13.1	15	16.5
Durante a manhã	1	3.3	1	1.6	2	2.2
Durante a tarde	1	3.3	1	1.6	2	2.2
Ao final do dia	10	33.3	18	29.5	22	30.8
Durante a noite	2	6.7	5	8.2	7	7.7
Qualquer altura do dia	9	30.0	28	45.9	37	40.7
Total	30	100.0	61	100.0	91	100.0

Com o objetivo de se estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis quantas horas permanece sentado e de pé durante o dia, há quanto tempo (em anos) sofre de problemas na coluna vertebral e há quanto tempo (em anos) sofre de dores musculares, utilizou-se o *test-t-Student* (cf. Tabela 6.25).

Apenas se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no número de horas em que permanece de sentado/dia em função do sexo, $t=2.633$; $p=.010$.

No entanto, a análise da Tabela permite-nos salientar que, quanto às horas de pé e sentado durante o dia, as mulheres da amostra apresentaram valores médios superiores de horas em que permanecem de pé/dia ($M = 7.31$; $DP = 3.99$), comparativamente com os homens ($M = 5.95$; $DP = 3.84$).

No que respeita há quanto tempo sofre de problemas na coluna vertebral, as mulheres voltam a apresentar valores médios superiores ($M = 12.16$; $DP = 11.51$) em relação aos homens ($M = 10.40$; $DP = 8.38$). De igual modo, quando analisamos a incidência de dores musculares, as mulheres da amostra apresentam médias superiores ($M = 9.52$; $DP = 7.85$), quando comparados com os homens da amostra ($M = 8.62$; $DP = 5.95$).

Tabela 6.25

Diferença estatística nas variáveis quantas horas permanece sentado e de pé durante o dia, há quanto tempo (anos) sofre de problemas na coluna vertebral e há quanto tempo (anos) sofre de dores musculares em função do sexo (test-t-Student).

	Homens (N=43)		Mulheres (N=77)			
	M	DP	M	DP	t	p
Horas sentado	6.30	2.77	4.91	2.78	2.633	.010
Horas pé	5.95	3.84	7.31	3.99	-1.810	.073
	(N=30)		(N=60)			
ColVert_Anos	10.40	8.38	12.16	11.51	-.780	.462
	(N=30)		(N=61)			
Musc_Anos	8.62	5.95	9.52	7.85	-.559	.578

6.1.3. Avaliação da dor através do Questionário de Dor de McGill

Prosseguindo na avaliação da dor, passamos a apresentar os resultados obtidos nas respostas ao MPQ. Como referido, os objetivos fundamentais deste questionário prendem-se com a resposta a 4 questões: a) Onde se localiza a sua dor?; b) Como é a sua dor?; Como é que a sua dor varia ao longo do tempo? d) Que intensidade apresenta a sua dor?

Neste sentido, passamos a apresentar os resultados obtidos, ao nível da análise estatística descritiva, seguindo a estrutura do questionário.

Na primeira parte do MPQ, solicitou-se aos participantes que indicassem, num esboço, a(s) área(s) do corpo onde sentiam dor, no momento em que foi recolhida a amostra.

Através da Tabela 6.26, é possível observar que 99% dos sujeitos referem a zona lombossagrada como a zona afetada, seja como sendo a única em 40% dos casos totais (41.9% dos homens e 39.0% das mulheres) ou em concomitância com outras zonas. A coexistência de dores na zona lombossagrada e cervical situa-se na segunda posição mais apontada, respetivamente por 27.9% dos homens e 22.1% das mulheres e, de igual modo, também é referida em simultaneidade com outras zonas.

Tabela 6.26

Percentagem de frequência da variável sobre a(s) zona(s) do corpo onde sente dor

Zona(s) dos corpo identificada(s)	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lombossagrada	18	41.9	30	39.0	48	40.0
Dorsal			1	1.3	1	0.8
Lombossagrada + dorsal	4	9.3	9	11.7	13	10.8
Lombossagrada + dorsal + cervical	7	16.3	13	16.9	20	16.7
Lombossagrada + dorsal + cervical + tornozelos			1	1.3	1	0.8
Lombossagrada + dorsal + joelhos	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Lombossagrada + joelhos			1	1.3	1	0.8
Lombossagrada + cervical	12	27.9	17	22.1	28	24.1
Lombossagrada + cervical + joelhos	1	2.3	3	3.9	4	3.3
Lombossagrada +cervical + ombros + joelhos + tornozelos + pés			1	1.3	1	0.8
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

A segunda parte do *MPQ* destinava-se a que os sujeitos seleccionassem as palavras que melhor descrevessem a sua dor no momento, de acordo com as dimensões previstas no questionário. Na Tabela 6.27, é possível observar as palavras que, na dimensão sensitiva, aparecem com mais incidência na descrição da dor *atual* (reportamo-nos à data de recolha da informação). Assim, os homens descrevem a dor identificando as seguintes palavras: quente (58.1%); uma guinada (48.8%); que incomoda (44.2%); fina, pressão, arrepanha e que fragiliza, assinaladas por 39.5%. Por sua vez, as mulheres relatam a dor nomeando as seguintes palavras: que incomoda (64.9%); fina (50.6%); quente (53.2%); arrepanha (45.5%) e que fragiliza por 39%.

Tabela 6.27

Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão sensitiva do Questionário de Dor de McGill

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vibrante	4	9.3	7	9.1	11	9.2
Um tremor	3	7.0	2	2.6	5	4.2
Pulsátil	11	25.6	10	13.0	21	17.5
Latejante	10	23.3	33	42.9	43	35.8
Batida	6	14.0	6	7.8	12	10.0
Pancada	4	9.3	5	6.5	9	7.5
Brusca	8	18.6	12	15.6	20	16.7
Repentina	10	23.3	29	37.7	39	32.5
Uma guinada	21	48.8	27	35.1	48	40.0
Uma picada	6	14.0	8	10.4	14	11.7
Maçadora	14	32.6	33	42.9	47	39.2
Incisiva	10	23.3	19	24.7	29	24.2
Uma punhalada	2	4.7	2	2.6	4	3.3
Lancinante	7	16.3	9	11.7	16	13.3
Fina	17	39.5	39	50.6	56	46.7
Cortante	14	32.6	18	23.4	32	26.7
Lacerante	3	7.0	6	7.8	9	7.5
Comprimida	12	27.9	22	28.6	34	28.3
Pressão	17	39.5	30	39.0	47	39.2
Torturante	5	11.6	10	13.0	15	12.5
Uma câibra	5	11.6	9	11.7	14	11.7
Que esmaga	1	2.3	3	3.9	4	3.3
Que puxa	15	34.9	24	31.2	39	32.5
Arrepanha	17	39.5	35	45.5	52	43.3
Que arranca	5	11.6	9	11.7	14	11.7
Quente	25	58.1	41	53.2	66	55.0
Ardente	8	18.6	19	24.7	27	22.5
Escaldante	3	7.0	2	2.6	5	4.2
Abrasadora			2	2.6	2	1.7
Formigueiro	8	18.6	18	23.4	26	21.7
Comichão	1	2.3	1	1.3	2	1.7
Ardor	15	34.9	23	29.9	38	31.7
Ferroadada	14	32.6	21	27.3	35	29.2
Aborrecida	6	14.0	9	11.7	15	12.5
Que incomoda	19	44.2	50	64.9	69	57.5
Que aleija	6	14.0	12	15.6	18	15
Mordedura	3	7.0	2	2.6	5	4.2
Pesada	7	16.3	3	3.9	10	8.3
Que fragiliza	17	39.5	30	39.0	47	39.2
Aguda	12	27.9	27	35.1	39	32.5
Áspera	2	4.7	3	3.9	5	4.2
Que rasga	8	18.6	10	13.0	18	15.0

A análise dos resultados obtidos na dimensão afetiva do *MPQ* são apresentados na Tabela 6.28. A este respeito, cabe referir que os homens descrevem a dor recorrendo, em maior percentagem, a palavras como: cansativa (79.1%); aflitiva (67.4%); assustadora (51.2%) e horrorosa (48.8%). Para as mulheres, as palavras que melhor descrevem a dor nesta dimensão são: cansativa (81.8%); aflitiva (61.0%); horrorosa (51.9%) e assustadora (50.6%).

Tabela 6.28

Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão afetiva do Questionário de Dor de McGill

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cansativa	34	79.1	63	81.8	97	80.8
Extenuante	6	14.0	9	11.7	15	12.5
Aflitiva	29	67.4	47	61.0	76	63.3
Sufocante	5	11.6	15	19.5	20	16.7
Assustadora	22	51.2	39	50.6	61	50.8
Pavorosa	3	7.0	5	6.5	8	6.7
Aterradora			2	2.6	2	1.7
Castigadora	16	37.2	25	32.5	41	34.2
Esgotante	10	23.3	24	31.2	34	28.3
Cruel	4	9.3	6	7.8	10	8.3
Torturante	7	16.3	7	9.1	14	11.7
Infernal			1	1.3	1	.8
Horrorosa	21	48.8	40	51.9	61	50.8
Que enlouquece	4	9.3	6	7.8	10	8.3

Em relação à dimensão avaliativa, importa salientar que, da amostra, a palavra que mais vezes utilizada para definir a dor é desgastante (31.7%), sendo que 36.4% das mulheres destacam, de facto, a palavra desgastante, enquanto os homens optam por descrever a dor, com igual percentagem, leia-se 25.6%, como preocupante e intensa. (cf. Tabela 6.29).

Tabela 6.29.

Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão avaliativa do Questionário de Dor de McGill

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inquietante	4	9.3	11	14.3	15	12.5
Preocupante	11	25.6	18	23.4	29	24.2
Desgastante	10	23.3	28	36.4	38	31.7
Intensa	11	25.6	12	15.6	23	19.2
Insuportável	1	2.3	3	3.9	4	3.3

Finalmente, no que concerne à dimensão mista, as palavras preferidas pelos sujeitos para definir a dor foram firme e irritante (tendo sido referidas respetivamente em 52.5% e 55.0%). Os homens referem a dor como irritante em 55.8% dos casos, firme e que irradia em 51.2% e 44.2%. No caso das mulheres, verificou-se a prevalência da palavra irritante (54.5%) na descrição da dor, seguida de firme, numa percentagem superior à dos homens, neste caso, 53.2%, e penetrante (32.5%) (cf. Tabela 6.30).

Tabela 6.30

Percentagem das palavras, identificadas pelos sujeitos, representativas da dor atual, na dimensão mista do Questionário de Dor de McGill

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Que alastra	5	11.6	14	18.2	19	15.8
Que irradia	19	44.2	20	26.0	39	32.5
Penetrante	11	25.6	25	32.5	36	30.0
Perfurante	2	4.7	6	7.8	8	6.7
Firme	22	51.2	41	53.2	63	52.5
Adormecida	4	9.3	9	11.7	13	10.8
Fissurante			2	2.6	2	1.7
Apertada	8	18.6	8	10.4	16	13.3
Dilacerante	2	4.7	4	5.2	6	5.0
Fresca	9	20.9	22	28.6	31	25.8
Fria	8	18.6	12	15.6	20	16.7
Gélida			2	2.6	2	1.7
Irritante	24	55.8	42	54.5	66	55.0
Que enjoa	1	2.3	5	6.5	6	5.0
Angustiante	6	14.0	10	13.0	16	13.3
Terrível	2	4.7	3	3.9	5	4.2
Exasperante	3	7.0	6	7.8	9	7.5

A terceira parte do *MPQ* está exclusivamente dedicado ao padrão de dor e os resultados podem ser observados na Tabela 6.31, onde se evidencia que, numa observação geral da amostra, temos que, em igual percentagem, 37.5% dos sujeitos classificam o padrão da dor como contínua, fixa e constante e a mesma proporção a definem como rítmica, intermitente e periódica, sendo que apenas 25.0% consideram o padrão da dor como breve, momentâneo e transitória.

No entanto, importa salientar que, para os homens, o padrão da dor é descrito como rítmica, intermitente e periódica por 48.8% dos sujeitos, enquanto 44.2% das mulheres a descrevem como contínua, fixa e constante.

Tabela 6.31

Percentagem de frequências de descrição do padrão da dor

Padrão da sua dor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Contínua, fixa e constante	11	25.6	34	44.2	45	37.5
Rítmica, intermitente e periódica	21	48.8	24	31.2	45	37.5
Breve, momentânea e transitória	11	25.6	19	24.7	30	25.0
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

O último ponto do *MPQ* refere-se à análise da dor que sente “neste momento”, explorando também os tipos de dores sentidas em situações específicas, tais como no pior momento, no melhor momento, a pior dor de dentes, a pior dor de estômago e a pior dor de cabeça, bem como o recurso a analgésicos. No entanto, optámos por explorar apenas a dor que sente neste momento, as características do sono e os sintomas associador à dor.

Assim, no momento em que foi administrado o protocolo, que corresponde ao *PRI*, obtivemos 48.8% dos homens que indicaram que a dor que sentem é desconfortável, enquanto 44.2% das mulheres relatou que era ligeira, seguida de 39.0% que a consideram desconfortável (cf. Tabela 6.32).

Tabela 6.32

Porcentagem de frequências do PRI, dor que sente neste momento

Dor que sente neste momento	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de dor			1	1.3	1	0.8
Ligeira	16	37.2	34	44.2	50	41.7
Desconfortável	21	48.8	30	39.0	51	42.5
Angustiante	4	9.3	8	10.4	12	10.0
Horível	2	4.7	2	2.6	4	3.3
Insuportável			2	2.6	2	1.7
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

Conforme se pode constatar na Tabela 6.33 no que respeita ao sono, por um lado, 49.2% os sujeitos da amostra consideram o seu sono irregular; por outro, 46.7% referem que é bom. Por sua vez, as mulheres 50.6% consideram-no irregular e 46.8% bom. Curiosamente, a mesma percentagem de homens (46.5%) apontam-no como irregular e bom.

Tabela 6.33

Porcentagem de frequências de como caracterizam o sono

Sono	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não consigo dormir	3	7.0	2	2.6	5	4.2
Irregular	20	46.5	39	50.6	59	49.2
Bom	20	46.5	36	46.8	56	46.7
Total	43	100.0	77	100.0	120	100.0

No que concerne aos sintomas associados à dor (Tabela 6.34), os dados obtidos indicam as dores de cabeça como o sintoma que se mais se manifesta quando associado à dor, em 42.9% e 39.5%, respetivamente nas mulheres e homens. No caso das mulheres, as náuseas também aparecem com uma elevada percentagem (29.9%).

Tabela 6.34

Porcentagem de frequências dos sintomas associados à dor

Sintomas associados à dor	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Náuseas	3	7.0	23	29.9	26	21.7
Dores de cabeça	17	39.5	33	42.9	50	41.7
Tonturas	3	7.0	17	22.1	20	16.7
Sonolência	1	2.3	7	9.1	8	6.7
Prisão de ventre	4	9.3	12	15.6	16	13.3
Diarreia	2	4.7			2	1.7
Outra	11	25.6	7	9.1	18	15.0

6.1.4. Análise de Rasch

Com o objetivo de avaliar a funcionalidade das categorias de resposta dos instrumentos – *STAI* e *BDI-II* – à população em estudo e de se avaliar a existência de itens altamente desajustados que possam enviesar os resultados e, por conseguinte, devem levar à sua exclusão, utilizámos o Modelo de *Rasch*, através do programa *Winsteps*, versão 3.91.0 (Linacre, 2015).

Este modelo permite ultrapassar a limitação do modelo aditivo, no sentido de se poder ser administrado a itens politómicos (Masters, & Wright, 1984), sendo que os princípios deste modelo são de que os itens só diferem entre si ao nível da dificuldade, em que o item 2 é mais difícil que o 1, o 3 é mais difícil que o 2 e que o 1 é assim sucessivamente, e que o resultado na escala/instrumento depende unicamente do que pretende medir (Moreira, 2004).

Consequentemente, analisou-se a funcionalidade das categorias de resposta da *STAI A-Estado*; da *STAI A-Traço* e da *BDI-II*, tendo por base os critérios propostos por Linacre (2002), ou seja, avaliar até que ponto todos os itens se encontravam ajustados, na medida em que, se houvesse um ou mais itens altamente desajustados, estes deveriam ser eliminados.

Os outros critérios permitem verificar se em cada uma das dimensões os espaços e as categorias de resposta se encontram calibrados. Por conseguinte, os três critérios de Linacre (2002) são:

1. Frequência suficiente e distribuição adequada das categorias de resposta. As eleições com baixa frequência não são úteis para estimar a calibração dos passos (F_k). O ideal é uma distribuição uniforme;
2. As categorias de resposta não devem revelar um desajuste elevado. Para o ajuste dos sujeitos, dos itens e das categorias utilizam-se as médias dos resíduos *Outfit* (média quadrada standardizada dos resíduos) e *Infit* (média quadrada standardizada dos

resíduos, ponderada com a função de informação), que são as estatísticas que indicam o grau de ajuste. O *outfit* é sensível aos *outliers* e apresenta menos influência do que o *infit* (Wright & Mok, 2004). Em ambas as estatísticas, o valor esperado é 1. Segundo Wright e Mok (2004), os valores altos são indicadores de padrões errados com relação ao modelo e os valores baixos indicam padrões esperados de resposta.

Os valores de *infit* e *outfit* superiores a 1.5 e inferiores a 2.0 referem que o desajuste dos dados é moderadamente alto, apesar de não degradarem gravemente as medidas, mas os valores superiores a 2.0 revelam um desajuste altamente elevado (Linacre, 2002);

3. Entre as categorias sucessivas (F_k), os passos devem aumentar monotonicamente, sendo desejável que exista algum intervalo no contínuo, no qual cada categoria de resposta seja a mais provável eleição (Linacre, 2002). Caso isto se observe, os pontos de transição estão ordenados monotonicamente.

6.1.4.1. Análise das categorias de resposta da ansiedade - The State-Trait Anxiety Inventory (STAI – Forma Y1 e 2), através do Modelo de Rasch

6.1.4.1.1. STAI – Forma Y1

Em primeiro lugar, fomos analisar se a dimensão A-Estado se encontrava ajustada para as quatro categorias de resposta.

A Tabela 6.35 apresenta os resultados das quatro categorias de resposta para a A-Estado, podendo observar-se que todas elas cumprem os critérios propostos por Linacre (2002), na medida em que os passos de calibração se encontram ordenados de forma crescente, encontrando-se as quatro categorias de resposta calibradas. Pode verificar-se, igualmente, que as observações (escolhas por categoria de resposta) são adequadas, variando entre 5% a 41%, nas categorias extremas do questionário.

Os valores dos estatísticos de ajuste (*Infit* e *Outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo, apenas com um ligeiro desajuste na categoria “Muito”; no entanto, este valor não está a degradar a categoria de resposta. Os restantes valores, de *Infit* e *Outfit*, estão em redor da unidade, valores considerados adequados a nível de ajustamento.

Tabela 6.35

Estatística correspondente às categorias da Ansiedade-Estado

Categoria	Observado	<i>B</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Passo
1 – Nada	991 (41%)	-2.07	.93	.95	-
2 – Um Pouco	868 (36%)	-.94	.95	.89	-1.38
3 – Moderadamente	410 (17%)	-.14	.84	.81	.15
4 – Muito	131 (5%)	.17	1.37	1.69	1.23

Na Figura 6.1. pode confirmar-se o correto funcionamento das quatro categorias de resposta da A-Estado, na medida em que nenhuma delas é achatada, indicador de que cada categoria de resposta tem a maior probabilidade de ser selecionada.

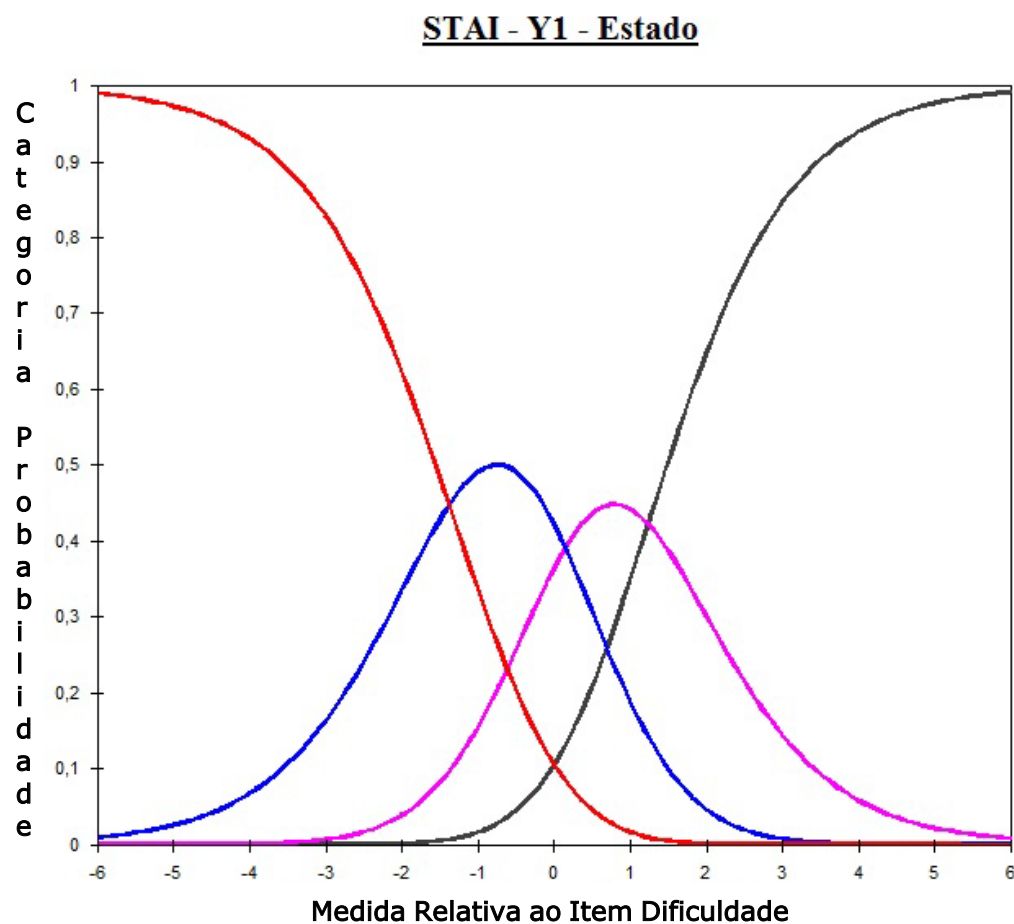


Figura 6.1. Ajuste da dimensão Ansiedade-Estado com quatro categorias de resposta.

Observa-se, na Tabela 6.36, que quase todos os itens da A-Estado estão ajustados (*Infit* e *Outfit* < 1.5), apresentando valores produtivos, próximos da unidade, variando entre .70 e 1.47

para o *infit* e entre .69 e 1.73 para o *outfit*. O item 3 – “Estou Tenso/a” – apresenta um desajuste moderado (*Infit* e *Outfit* > 1.5 y < 2), mas, como não apresenta um desajuste elevado, não existe necessidade de ser eliminado.

Na coluna D_i , é possível verificar que os itens 9 – “Sinto-me Assustado/a” ($D_i = .89$) – e 18 – “Sinto-me Confuso/a” ($D_i = .65$) são os que apresentam maior nível de ansiedade-estado, enquanto o item 10 – “Estou Descansado/a” – é o que apresenta menor nível de ansiedade-estado ($D_i = -.92$). Por fim, observa-se que os valores dos erros típicos de medida (SE) oscilam entre .12 e .16.

Tabela 6.36

Características Psicométricas dos 20 itens da Ansiedade-Estado

Itens	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	D_i	SE
1 – Sinto-me Calmo/a	.76	.78	.29	.14
2 – Sinto-me Seguro/a	.84	.91	.04	.14
3 – Estou Tenso/a	1.36	1.73	-.18	.13
4 – Sinto-me Esgotado/a	1.47	1.49	-.08	.13
5 – Sinto-me à Vontade	1.13	1.12	.06	.14
6 – Sinto-me Perturbado/a	1.21	1.07	1.01	.16
7 – Presentemente, ando preocupado/a com desgraças que possam vir a acontecer	1.44	1.36	.16	.14
8 – Sinto-me Satisfeito/a	.84	.81	-.56	.13
9 – Sinto-me Assustado/a	.95	.84	.89	.16
10 – Estou Descansado/a	1.15	1.32	-.92	.12
11 – Sinto-me Confiante	.84	.83	-.32	.13
12 – Sinto-me Nervoso/a	1.13	1.08	.01	.13
13 – Sinto-me Inquieto/a	.87	.89	.04	.13
14 – Sinto-me Indeciso/a	1.10	1.13	.10	.14
15 – Estou Descontraído/a	.70	.72	-.32	.13
16 – Sinto-me Contente	.94	.95	-.32	.13
17 – Estou Preocupado/a	.85	.84	-.37	.13
18 – Sinto-me Confuso/a	1.21	1.17	.65	.15
19 – Sinto-me uma pessoa estável	.75	.78	-.13	.13
20 – Sinto-me Bem	.73	.69	-.13	.13
Média	1.01	1.02	.00	.14
Desvio-Padrão	.23	.27	.45	.01

No que se refere às qualidades psicométricas, a precisão das medidas dos itens e sujeitos é bastante adequada, em ambos os modelos *Rasch* e Teoria Clássica, pois é superior ao valor recomendável (.70): *item separation reliability* (fiabilidade do item) = .90; *person separation reliability* (fiabilidade dos sujeitos) = .87; y α de *Cronbach* = .91, através do Modelo de *Rasch* y α de *Cronbach* de .91 através da Teoria Clássica dos Testes (cf. Tabela 6.37).

Com o objetivo de se analisar se a *STAI – Y1* apresenta boa homogeneidade de variância, estudou-se a fiabilidade da dimensão utilizando, igualmente, o SPSS. Através da comparação dos dados alcançados mediante o α de *Cronbach* e o alfa tipificado, que revelou valor similar ao alcançado pelo alfa de *Cronbach*, pode afirmar-se que esta dimensão da ansiedade-estado apresenta boa homogeneidade de variância.

Tabela 6.37

Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de Cronbach da dimensão da STAI – Ansiedade-Estado para quatro categorias de resposta

	Ansiedade-Estado
<i>Modelo Rasch</i>	
Fiabilidade Itens	.90
Fiabilidade Sujeitos	.87
Alfa <i>Cronbach</i>	.91
<i>Teoria Clássica – SPSS</i>	
Alfa <i>Cronbach</i>	.91
Alfa Tipificado	.92
Correlação média inter-itens	.35
Amplitude da correlação item-total	.04 - .73

6.1.4.1.2. *STAI – Forma Y2*

A Tabela 6.38 demonstra os resultados das quatro categorias de resposta para a A-Traço, demonstrando que as quatro categorias cumprem os critérios propostos por Linacre (2002), na medida em que os passos de calibração se encontram ordenados de forma crescente, encontrando-se calibradas. Pode-se verificar, igualmente, que as observações são adequadas variando de 4% a 40%.

Os valores dos estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo, *Infit* e *Outfit* < 1.5, com uma exceção para o *Outfit* da categoria “Quase sempre”

1.76, no entanto, sem degradar a medida de avaliação, sendo que os restantes valores, de *Infit* e *Outfit*, estão em redor da unidade, valores considerados adequados a nível de ajustamento.

Tabela 6.38

Estatística correspondente às categorias da Ansiedade-Traço

Categoria	Observado	<i>B</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Passo
1 – Quase Nunca	965 (40%)	-2.52	.98	.99	-
2 – Algumas Vezes	970 (40%)	-1.17	.92	.94	-1.87
3 – Frequentemente	374 (16%)	-.13	.86	.88	.27
4 – Quase Sempre	91 (4%)	.32	1.31	1.76	1.60

Na Figura 6.2., pode-se observar o correto funcionamento das quatro categorias de resposta da Ansiedade-Traço, na medida em que nenhuma delas é achatada, indicador de que cada categoria de resposta tem uma maior probabilidade de ser seleccionada em determinado ponto.

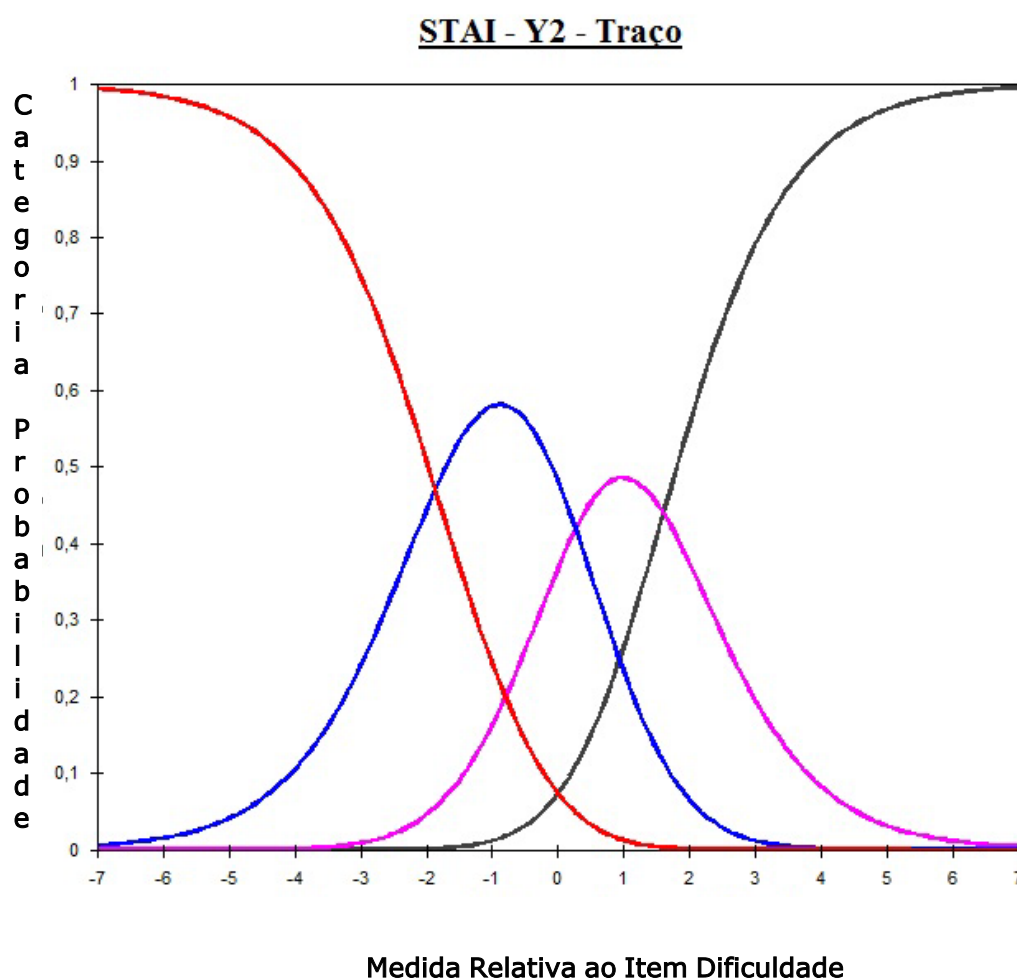


Figura 6.2. Ajuste da dimensão Ansiedade-Traço com quatro categorias de resposta.

Observa-se, na Tabela 6.39, que quase todos os itens da A-Traço estão ajustados (*Infit* e *Outfit* < 1.5), apresentando valores produtivos, próximos da unidade, variando entre .62 e 1.79 para o *infit* e entre .60 e 1.87 para o *outfit*. O item 4 – “Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo” e o item 12 – “Não tenho muita confiança em mim” – apresentam um desajuste moderado, (*Infit* e *Outfit* > 1.5 y < 2), mas, como não apresenta um desajuste elevado, não existe necessidade de ser eliminado.

Na coluna D_i , é possível verificar que o item 5 – “Sinto-me um Falhado/a” – apresenta maior nível de ansiedade-traço, enquanto o item 9 – “Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância” apresenta menor nível de ansiedade-traço ($D_i = -.61$). Por fim, observa-se que os valores dos erros típicos de medida (SE) oscilam entre .14 e .20.

Tabela 6.39

Características Psicométricas dos 20 itens da Ansiedade-Traço

Itens	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	D_i	<i>SE</i>
1 – Sinto-me Bem	.82	1.04	-.04	.15
2 – Sinto-me Nervoso/a e Inquieto/a	.68	.66	-.25	.14
3 – Sinto-me Satisfeito/a comigo próprio/a	.77	.75	-.17	.15
4 – Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1.28	1.70	.50	.16
5 – Sinto-me um Falhado/a	1.16	1.09	1.71	.20
6 – Sinto-me Tranquilo/a	.62	.60	-.29	.14
7 – Sou calmo/a, ponderado/a e senhor/a de mim mesmo/a	1.15	1.12	-.33	.14
8 – Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que não as consigo resolver	.98	1.08	.30	.15
9 – Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1.17	1.08	-.61	.14
10 – Sou Feliz	1.15	1.24	-.02	.15
11 – Tenho pensamentos que me perturbam	.72	.82	.00	.15
12 – Não tenho muita confiança em mim	1.79	1.87	-.17	.15
13 – Sinto-me Seguro/a	.90	.88	-.17	.15
14 – Tomo decisões com facilidade	1.38	1.45	-.44	.14
15 – Muitas vezes sinto que não sou capaz	.89	1.04	.45	.16
16 – Estou Contente	.78	.74	-.02	.15
17 – Às vezes passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	.96	.93	-.25	.14
18 – Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1.05	1.08	-.06	.15
19 – Sou uma pessoa estável	.79	.86	.26	.15
20 – Fico tenso/a ou desorientado/a quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	.89	.88	-.40	.14
Média	1.00	1.05	.00	.15
Desvio-Padrão	.27	.32	.48	.01

No que se refere às qualidades psicométricas da dimensão A-Traço, observamos que a precisão das medidas dos itens e sujeitos é bastante adequada, pois é superior ao valor recomendável (.70): *item separation reliability* (fiabilidade do item) = .89; *person separation reliability* (fiabilidade dos sujeitos) = .89; e α de *Cronbach* = .93, através do Modelo de *Rasch* e α de *Cronbach* de .93, através da Teoria Clássica dos Testes (cf. Tabela 6.40).

Com o objetivo de analisar-se se a STAI – Y2 apresenta boa homogeneidade de variância, estudou-se a fiabilidade da dimensão utilizando, igualmente, o SPSS. Através da comparação dos dados alcançados mediante o α de *Cronbach* e o *alfa* tipificado, que revelou valor similar ao alcançado pelo *alfa* de *Cronbach*, pode afirmar-se que esta dimensão da A-Traço apresenta boa homogeneidade de variância.

Tabela 6.40

Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de Cronbach da dimensão da STAI – Ansiedade-Traço sem o item 12 para quatro categorias de resposta

	Ansiedade-Traço
<i>Modelo Rasch</i>	
Fiabilidade Itens	.89
Fiabilidade Sujeitos	.89
Alfa <i>Cronbach</i>	.93
<i>Teoria Clássica – SPSS</i>	
Alfa <i>Cronbach</i>	.93
Alfa Tipificado	.93
Correlação média inter-itens	.40
Amplitude da correlação item-total	.08 - .78

6.1.4.2. Avaliação da depressão - Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

A Tabela 6.41 demonstra os resultados das quatro categorias de resposta para a Depressão (BDI), demonstrando que as quatro categorias cumprem os critérios propostos por Linacre (2002), na medida em que os passos de calibração se encontram ordenados de forma crescente, encontrando-se calibradas. Pode verificar-se, igualmente, que as eleições são adequadas, variando de 1% a 66%.

Os valores dos estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo, com exceção para a categoria 3, que apresenta um desajuste severo a nível de *Outfit*.

Tabela 6.41

Estatística correspondente às categorias da Depressão (BDI)

Categoria	Observado	<i>B</i>	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Passo
0	1662 (66%)	-3.33	.92	.95	-
1	684 (27%)	-1.62	.92	.83	-1.72
2	139 (6%)	-.43	.90	.91	.45
3	35 (1%)	-.62	1.81	2.75	1.27

Na Figura 6.3, pode confirmar-se o correto funcionamento das quatro categorias de resposta da Depressão, na medida em que nenhuma delas é achatada, indicador de que cada categoria de resposta tem a maior probabilidade de ser selecionada.

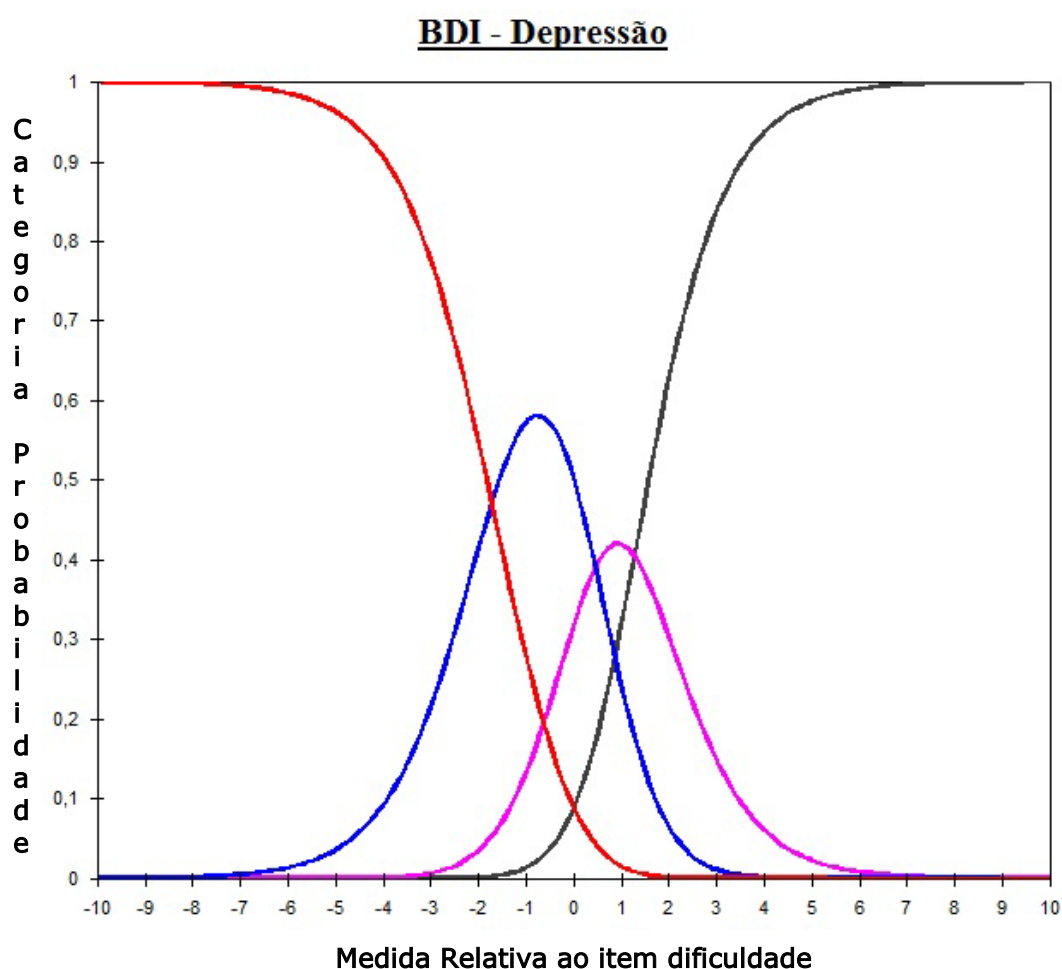


Figura 6.3. Ajuste da BDI-II – Depressão - com quatro categorias de resposta.

Observa-se, na Tabela 6.42, que quase todos os itens da Depressão (BDI) estão ajustados (*Infit* e *Outfit* < 1.5), apresentando valores produtivos, próximos da unidade. No entanto,

observamos que os itens 10 “Choro” e 21 “Perda de Interesse Sexual” apresentam um desajuste moderado (*Infit e Outfit* > 1.5 y < 2); no entanto, não degradam a medida. Por outro lado, verificamos que o item 6 “Sentimentos de Punição” apresenta um desajuste severo.

Na coluna D_i , é possível verificar que o item 9 – “Ideias/Desejos Suicidas” – apresenta maior nível de depressão ($D_i = 4.41$), enquanto o item 15 – “Perda de Energia” é o que apresenta menor nível de depressão ($D_i = -2.02$). Por fim, observa-se que os valores dos erros típicos de medida (SE) oscilam entre .14 e 1.01.

Tabela 6.42

Características Psicométricas dos 21 itens da BDI

Itens	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	<i>Di</i>	<i>SE</i>
1 – Tristeza	.75	1.10	.27	.20
2 – Pessimismo	.82	.81	.00	.19
3 – Falhas Passadas	1.01	1.10	.90	.24
4 – Perda de Prazer (Anedonia)	.74	.81	-.61	.17
5 – Sentimentos de Culpa	.93	1.28	.00	.19
6 – Sentimentos de Punição	2.28	2.00	.40	.21
7 – Autoestima	1.47	1.10	.85	.24
8 – Autocrítica	1.13	.91	.35	.21
9 – Ideias/Desejos Suicidas	1.00	.45	4.41	1.01
10 – Choro	1.56	1.11	.27	.20
11 – Agitação	.78	.72	-.07	.19
12 – Perda de Interesse	.83	.88	-.04	.19
13 – Indecisão	.96	.78	.07	.19
14 – Inutilidade	.83	.85	.79	.23
15 – Perda de Energia	.75	.81	-2.02	.14
16 – Mudanças no Padrão de Sono	.87	.90	-1.82	.14
17 – Irritabilidade	.60	.66	-.37	.18
18 – Mudanças no Apetite	1.28	1.16	-.61	.17
19 – Dificuldades de Concentração	.97	1.02	-.95	.16
20 – Cansaço/Fadiga	.78	.71	-1.27	.15
21 – Perda de Interesse Sexual	1.84	1.80	-.55	.17
Média	1.06	1.00	.00	.23
Desvio-Padrão	.41	.35	1.26	.18

No que se refere às qualidades psicométricas, a precisão das medidas dos itens e sujeitos é bastante adequada, pois é superior ao valor recomendável (.70): *item separation reliability* (fiabilidade do item) = .94; *person separation reliability* (fiabilidade dos sujeitos) = .79; y α de *Cronbach* = .89 (cf. Tabela 6.43).

Com o objetivo de se analisar se a Depressão apresenta boa homogeneidade de variância, estudou-se a fiabilidade da dimensão utilizando, igualmente, o SPSS. Através da comparação dos dados alcançados mediante o α de *Cronbach* e o alfa tipificado, que revelou valor similar ao alcançado pelo alfa de *Cronbach*, pode afirmar-se que esta dimensão apresenta boa homogeneidade de variância.

Tabela 6.43

Fiabilidade dos itens, dos sujeitos e alfa de Cronbach da Depressão para quatro categorias de resposta

	Depressão
<i>Modelo Rasch</i>	
Fiabilidade Itens	.94
Fiabilidade Sujeitos	.79
Alfa <i>Cronbach</i>	.89
<i>Teoria Clássica – SPSS</i>	
Alfa <i>Cronbach</i>	.89
Alfa Tipificado	.89
Correlação média inter-itens	.27
Amplitude da correlação item-total	-.07 - .59

6.1.5. Análises diferenciais

6.1.5.1. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função do padrão de dor utilizando a Anova One-way

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável *MPQ-Afetiva*, $F(2.117) = 4.952$; $p = .009$, bem como na variável *MPQ-PPI*, $F(2.117) = 4.272$; $p = .016$, encontrando-se estas diferenças entre o grupo 1 (Padrão de Dor Contínua, Fixa e Constante) quando comparado com o grupo 3 (Padrão de Dor Breve, Momentânea e Transitória) (cf. Tabela 6.44).

Tabela 6.44

Estudo das diferenças na STAI Ansiedade-Estado; na STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função do padrão de dor, utilizando o teste Anova One-Way

	1		2		3			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
STAI								
A-Estado	39.73	12.37	36.38	10.52	37.17	10.04	1.091	.339
A-Traço	22.82	9.30	20.62	7.75	19.67	5.82	1.606	.205
BDI-II	10.09	6.57	10.71	9.39	8.60	7.74	.635	.532
MPQ								
Sensorial	19.84	6.11	21.20	5.97	18.43	7.97	1.615	.203
Afetiva	5.84 ^a	2.89	4.98 ^{a,b}	2.13	4.00 ^b	2.36	4.952	.009
Avaliativa	2.78	1.19	2.44	1.34	2.13	1.28	2.372	.098
Mista	6.20	2.87	6.11	3.06	4.67	3.19	2.736	.069
PRI	34.67	10.95	34.73	10.21	29.23	12.86	2.685	.072
PPI	2.07 ^a	0.92	1.69 ^{a,b}	0.90	1.50 ^b	0.73	4.272	.016
NWC	17.38	3.49	17.24	3.37	16.03	5.44	1.148	.321

Nota. 1 = Padrão de Dor Contínua, Fixa e Constante; 2 = Padrão de Dor Rítmica, Intermitente e Periódica; 3 = Padrão de Dor Breve, Momentânea e Transitória; *STAI* = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; *BDI-II* = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; *MPQ* = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas. Os índices referem-se aos subgrupos significativamente diferentes (são estatisticamente significativos quando os valores do índice (a, b, c) são diferentes entre grupos).

6.1.5.2. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de se sofre de problemas na coluna vertebral, utilizando o teste t-Student (t)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas neste grupo de variáveis e sofrer ou não de problemas na coluna vertebral (cf. Tabela 6.45).

Tabela 6.45

Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofre de problemas na coluna vertebral, utilizando o teste t-Student.

		Não		Sim			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>STAI</i>							
	A-Estado	36.02	11.00	38.42	11.20	-1.002	.319
	A-Traço	20.73	8.10	21.37	8.02	-.374	.709
<i>BDI-II</i>		9.13	9.17	10.22	7.59	-.645	.520
<i>MPQ</i>							
	Sensorial	20.17	7.90	19.94	6.16	.159	.874
	Afetiva	4.53	2.39	5.23	2.63	-1.292	.199
	Avaliativa	2.53	1.50	2.48	1.21	.205	.838
	Mista	5.33	3.29	5.93	2.99	-.927	.356
	PRI	32.57	12.67	33.59	10.94	-.426	.671
	PPI	1.67	0.99	1.82	0.86	-.827	.410
	NWC	16.57	4.22	17.13	3.97	-.666	.507

Nota. STAI = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; BDI-II = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; MPQ = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas.

6.1.5.3. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de se sofre frequentemente de dores musculares, utilizando o teste t-Student (t)

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no STAI A-Estado $t(118) = -2.017$; $p = .046$, no STAI A-Traço $t(118) = -2.764$; $p = .007$, no MPQ-Sensorial $t(118) = -2.335$; $p = .021$, bem como no MPQ-Total (PRI) $t(118) = -2.189$; $p = .031$, todas no mesmo sentido, ou seja, quem refere sofrer frequentemente de dores musculares apresenta valores médios mais elevados em todas estas dimensões (cf. Tabela 6.46).

Tabela 6.46

Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofre frequentemente de dores musculares, utilizando o teste t-Student.

		Não		Sim			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>STAI</i>							
	A-Estado	34.24	10.22	38.98	11.25	-2.017	.046
	A-Traço	17.72	4.72	22.32	8.53	-2.764	.007
<i>BDI-II</i>		7.52	7.06	10.73	8.15	-1.904	.059
<i>MPQ</i>							
	Sensorial	17.55	7.47	20.78	6.15	-2.335	.021
	Afetiva	4.45	2.67	5.25	2.53	-1.471	.144
	Avaliativa	2.10	1.35	2.62	1.25	-1.891	.061
	Mista	5.28	3.18	5.95	3.03	-1.023	.308
	PRI	29.38	13.14	34.59	10.48	-2.189	.031
	PPI	1.66	0.90	1.82	0.89	-.889	.376
	NWC	16.55	4.58	17.13	3.85	-.674	.502

Nota. STAI = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; BDI-II = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; MPQ = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas.

6.1.5.4. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função de depressão, utilizando o teste t-Student (t)

Na presente análise, foi utilizado o ponto corte 13 e, por conseguinte, os sujeitos que apresentaram valores entre 0 a 13 no instrumento *BDI-II* foram avaliados como não depressivos, enquanto os sujeitos com resultados maior ou igual a 14 foram avaliados como sofrendo de depressão.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível das dimensões do *STAI*, nomeadamente na variável A-Estado $t(118) = -4.356$; $p = .000$, bem como na variável A-Traço $t(118) = -5.160$; $p = .000$, que variam no sentido dos indivíduos da amostra que apresentaram valores médios superiores a nível da depressão apresentaram valores médios superiores de ansiedade-estado e ansiedade-traço (cf. Tabela 6.47).

Tabela 6.47

Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em função de sofrer de depressão, utilizando o teste de t-Student (t)

		Não Dep.		Depres.		t	p
		M	DP	M	DP		
<i>STAI</i>							
	A-Estado	35.29	10.62	44.55	9.78	-4.356	.000
	A-Traço	19.60	8.59	25.45	3.81	-5.160	.000
<i>MPQ</i>							
	Sensorial	20.38	6.77	19.00	6.15	1.022	.309
	Afetiva	5.05	2.55	5.09	2.70	-.085	.932
	Avaliativa	2.46	1.28	2.58	1.30	-.441	.660
	Mista	5.70	2.95	6.00	3.40	-.475	.636
	PRI	33.59	11.33	32.67	11.55	.395	.694
	PPI	1.70	0.85	2.00	0.97	-1.653	.101
	NWC	17.06	4.00	16.82	4.15	.290	.773

Nota. Não Dep. = Não Depressivo/a (resultados entre 0 a 13 na *BDI-II*); Depres. = Depressivo (resultados entre 14 e 63 na *BDI-II*); *STAI* = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; *BDI-II* = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; *MPQ* = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas.

6.1.5.5. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função da intensidade de dor na coluna vertebral, utilizando o teste Anova One-Way (F)

Com o objetivo de se estudar as diferenças nas variáveis intervalares em estudo em função da intensidade de dor na coluna vertebral, foi criada uma nova variável, ou seja, na variável do questionário 13.5 “Intensidade dessa dor”, criámos uma variável com três categorias: 1 (intensidade da dor mínima + ligeira: $N = 19$; $\% = 21.1$); 2 (intensidade moderada: $N = 41$; $\% = 45.6$) e 3 (intensidade intensa + intensidade máxima: $N = 30$; $\% = 33.3$). Para esta análise, foi utilizado o teste *Anova One-Way*.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na variável *MPQ-PPI*, $F(2, 87) = 3.919$; $p = .023$, em função da recodificação da variável intensidade na coluna vertebral, no sentido dos indivíduos da amostra que referiram que a dor na coluna vertebral era intensa/máxima terem apresentado valores médios mais elevados de *MPQ-PPI* ($M = 2.10$; DP

= 1.00) quando comparados com os sujeitos da amostra que aludiram que a dor na coluna vertebral era mínima/ligeira ($M = 1.42$; $DP = 0.51$), (cf. Tabela 6.48).

Tabela 6.48

Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em intensidade da dor na coluna vertebral, utilizando o teste Anova One-Way

	1		2		3			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>STAI</i>								
A-Estado	34.84	8.05	38.46	11.00	40.63	12.83	1.575	.213
A-Traço	18.32	4.61	22.88	9.96	21.23	6.17	2.163	.121
<i>BDI-II</i>	9.47	6.50	10.49	8.22	10.33	7.56	.118	.889
<i>MPQ</i>								
Sensorial	16.32	7.25	19.66	5.61	20.73	6.29	.383	.683
Afetiva	4.11	2.33	5.22	2.38	5.97	2.93	3.057	.052
Avaliativa	2.32	1.25	2.34	1.09	2.77	1.33	1.292	.280
Mista	4.79	2.72	6.10	3.19	6.43	2.78	1.905	.155
PRI	30.53	11.42	33.32	10.12	35.90	11.54	1.442	.242
PPI	1.42	0.51	1.80	0.81	2.10	1.00	3.919	.023
NWC	17.37	2.81	17.24	4.27	16.83	4.27	.132	.876

Nota. 1 = dor mínima/ligeira na coluna vertebral; 2 = dor moderada na coluna vertebral; 3 = dor intensa/máxima na coluna vertebral; *STAI* = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; *BDI-II* = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; *MPQ* = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas.

6.1.5.6. Estudo das Diferenças nas Variáveis Intervalares em estudo em função da intensidade de dores musculares, utilizando o teste Anova One-Way (*F*)

Com o objetivo de se estudar as diferenças nas variáveis intervalares em estudo em função da intensidade de dores musculares, foi criada uma nova variável, ou seja, na variável do questionário 14.5 “Intensidade dessa dor”, criámos uma variável com três categorias: 1 (intensidade da dor mínima + ligeira: $N = 22$; $\% = 24.4$); 2 (intensidade moderada: $N = 43$; $\% = 47.8$) e 3 (intensidade intensa + intensidade máxima: $N = 25$; $\% = 27.8$). Para esta análise, foi utilizado o teste *Anova One-Way*.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do *MPQ*: *Sensorial* $F(2, 87) = 3.952$; $p = .023$, nomeadamente entre o grupo 2 (intensidade moderada) e o grupo 3 (intensidade intensa + intensidade máxima), com o grupo 3 a apresentar os valores médios mais elevados; *Afetiva* $F(2, 87) = 4.288$; $p = .017$ e *PPI* $F(2, 87) = 4.268$; $p = .017$, entre o grupo 1 (intensidade da dor mínima + ligeira) e o grupo 3 (intensidade intensa + intensidade máxima), novamente com o grupo 3 a apresentar valores médios mais elevados em ambas as dimensões analisadas (cf. Tabela 6.49).

Tabela 6.49

Estudo das diferenças no STAI Ansiedade-Estado; no STAI Ansiedade-Traço; na Depressão; no MPQ-Sensorial; no MPQ-Afetiva; no MPQ-Avaliativa; no MPQ-Mista; no PPI, no MPG-Total (PRI) e no NWC em intensidade da dor muscular, utilizando o teste Anova One-Way (F)

	1		2		3			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
STAI								
A-Estado	34.59	9.49	39.49	9.71	42.28	14.08	2.896	.061
A-Traço	21.73	12.10	23.37	7.42	21.28	6.57	.555	.576
BDI-II	8.73	7.16	10.74	7.92	12.64	9.26	1.351	.264
MPQ								
Sensorial	22.09	5.15	18.95	7.00	22.80	4.57	3.952	.023
Afetiva	4.14	2.15	5.26	2.56	6.24	2.54	4.288	.017
Avaliativa	2.59	1.18	2.53	1.24	2.84	1.31	.490	.614
Mista	4.86	2.36	6.02	3.46	6.84	2.56	2.574	.082
PRI	33.68	7.66	32.77	12.03	38.72	9.06	2.751	.069
PPI	1.55	0.80	1.74	0.66	2.24	1.17	4.268	.017
NWC	16.73	2.76	16.74	4.72	18.04	2.88	1.027	.362

Nota. 1 = dor muscular mínima/ligeira; 2 = dor muscular moderada; 3 = dor muscular; *STAI* = *The State-Trait Anxiety Inventory*; A-Estado = ansiedade-estado; A-Traço = ansiedade-traço; *BDI-II* = *Beck Depression Inventory* – 2ª revisão; *MPQ* = *Questionário de Dor de McGill*; PRI = índice de classificação de dor; PPI = intensidade de dor presente; NWC = número de palavras escolhidas.

6.1.6. Análises correlacionais das variáveis em estudo

No sentido de se esclarecer as relações existentes entre as principais variáveis analisada ao longo deste estudo, optámos por realizar um conjunto de análises correlacionais. Primeiramente, correlacionámos as variáveis decorrentes dos instrumentos de medida utilizados, nomeadamente: *MPQ*, *STAI Y1* e *Y2* e *BDI* (cf. Tabela 6.50).

Tabela 6.50

Matriz de correlações de Pearson das variáveis incluídas no estudo

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. <i>MPQ</i> _subclasse sensorial (1-10)	1					
2. <i>MPQ</i> _subclasse afetiva (11-15)	.602**	1				
3. <i>MPQ</i> _subclasse avaliativa (16)	.383**	.408**	1			
4. <i>MPQ</i> _subclasse mista (17-20)	.592**	.678**	.384**	1		
5. Total <i>STAI Y1</i> – Estado	.017	.148	.080	.115	1	
6. Total <i>STAI Y2</i> – Traço	.029	.099	.008	.082	.544**	1
7. Total <i>BDI</i>	-.040	.007	.107	.062	.556**	.388**

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Numa primeira análise entre as subescalas do *MPQ*, a *STAI Y1* e *Y2* e a *BDI*, destacaram-se inúmeras correlações estatisticamente significativas, nomeadamente, um primeiro bloco de associações positivas entre as quatro subescalas do *MPQ*: a subescala sensorial com a subescala afetiva ($r = .602$; $p < 0.01$), com a avaliativa ($r = .383$; $p < 0.01$) e com a mista ($r = .592$; $p < 0.01$); a subescala afetiva com a avaliativa ($r = .408$; $p < 0.01$) e com a mista ($r = .678$; $p < 0.01$); a subescala avaliativa com a mista ($r = .384$; $p < 0.01$).

Num segundo bloco, encontram-se associações positivas entre as escalas *STAI Y1* e *Y2* ($r = .544$; $p < 0.01$) e entre a escala *STAI Y2* (A-Traço) e a *BDI* (depressão) ($r = .556$; $p < 0.01$).

Neste sentido, podemos ver confirmada a nossa Hipótese 3, que deduzia que existiam associações estatisticamente significativas entre a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão.

De igual, podemos ver confirmada a Hipótese 4, que apontava para a existência de forte probabilidade de que quanto maior fosse o nível de ansiedade maior seria o nível de depressão. As associações positivas vêm corroborar esta hipótese.

Seguidamente, prosseguimos com a elaboração de uma outra análise correlacional entre os instrumentos de medida *MPQ* total, *STAI Y1* e *Y2*, *BDI* e com as questões do questionário de

elaboração própria, sobre a intensidade da dor decorrentes dos problemas na coluna vertebral e a intensidade das dores musculares (cf. Tabela 6.51).

Os resultados obtidos estão de acordo com o expectável: existem diversas associações estatisticamente significativas positivas, por um lado, entre a intensidade das dores musculares com o *MPQ* ($r = .247$; $p < 0.01$), com a *STAI Y1* ($r = .272$; $p < 0.01$), com a *STAI Y2* ($r = .234$; $p < 0.05$) e com a *BDI* ($r = .240$; $p < 0.01$). Por outro, associações igualmente estatisticamente significativas positivas entre a *STAI Y1* e a *STAI Y2* e com a *BDI*, como referido e analisado anteriormente.

Tabela 6.51

Matriz de correlações de Pearson das variáveis intensidade da dor na coluna vertebral, intensidade das dores musculares, MPQ Total, STAI Y1 Estado e STAI Y2 Traço e Total BDI

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Intensidade da dor na coluna vertebral	1				
2. Intensidade das dores musculares	-.094	1			
3. <i>MPQ</i> _TOTAL (1-20)	.110	.247**	1		
4. Total <i>STAI Y1</i> - Estado	.150	.272**	.084	1	
5. Total <i>STAI Y2</i> - Traço	.078	.234*	.063	.544**	1
6. Total <i>BDI</i>	.065	.240**	.007	.556**	.388**

* Correlação significativa ao nível de 0.05

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Decorrente destes resultados, pode ver-se parcialmente confirmada a Hipótese 5, que contemplava que indivíduos com elevados níveis de ansiedade e de depressão revelam níveis superiores de intensidade de dor. Os resultados apontam para associações estatisticamente significativas positivas apenas entre a intensidade das dores musculares e os estados de ansiedade estado e traço e a depressão, o que não ocorre quando analisamos a relação com as dores na coluna vertebral.

Face aos objetivos do estudo e por forma a avançarmos um pouco mais na análise dos dados, realizámos uma análise diferencial entre sexos e os instrumentos de avaliação preconizados (cf. Tabela 6.52).

Tabela 6.52

Diferença estatística nas variáveis *STAI Y1 Estado*, *STAI Y2 Traço*, *Total BDI* e *MPQ Total* (*test-t-Student*).

	Homens (N=43)		Mulheres (N=77)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Total <i>STAI Y1 Estado</i>	37.09	12.08	38.25	10.66	-.542	.589
Total <i>STAI Y2 Traço</i>	20.37	8.68	21.68	7.63	-.845	.395
Total <i>BDI</i>	7.74	6.72	11.18	8.41	-2.301	.023
<i>MPQ total (1-20)</i>	33.93	11.67	33.00	11.23	.429	.669

Os resultados provenientes da análise de diferenças de médias (através do teste *t-Student*) permitem-nos aferir que não existem diferenças significativas entre os indivíduos femininos e masculinos nas pontuações das dimensões de ansiedade (*STAI Y1* e *Y2*), de depressão (*BDI*) e dor (*MPQ Total*). No entanto, importa ressaltar que, à exceção das dimensões do *MPQ*, as mulheres apresentam pontuações mais altas.

Estes dados podem induzir-nos a refletir que as mulheres vivenciam os processos de dor acompanhados de maior carga emocional.

Resultante desta análise, estamos capazes de inferir a Hipótese 7, que ponderava a existência de diferenças significativas entre sexos no que concerne aos níveis de dor, ansiedade e depressão.

6.1.7. Comentários finais

Da avaliação global das análises empreendidas, emergem um conjunto de conclusões transversais, que passamos a sintetizar do seguinte modo:

- i. Das análises diferenciais desenvolvidas tendo como base os dados sociodemográficos dos sujeitos da amostra e a incidência de problemas na coluna vertebral e/ou a frequência de dores musculares, cabe ressaltar que apenas a idade oferece resultados positivos. Unicamente quando se compara a idade com a existência de problemas na coluna vertebral aparecem diferenças significativas.

Deste modo, vemos inferida a nossa Hipótese 1, que previa que os fatores sociodemográficos, tais como o sexo, a idade, o IMC, a profissão e o estado civil influíam na incidência de lombalgias recorrentes.

- ii. A análise à escala *STAI – Y1* apresenta boa homogeneidade de variância e os valores dos estatísticos de ajuste (*Infit* e *Outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo, apenas

- com um ligeiro desajuste na categoria “Muito”; todos os demais estão em redor da unidade, valores considerados adequados a nível de ajustamento;
- iii. De igual modo, a análise à escala *STAI – Y1* permite-nos afirmar que também esta escala apresenta boa homogeneidade de variância e os valores dos estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) encontram-se todos dentro do limite produtivo, *Infit* e *Outfit* < 1.5, com uma exceção para o *Outfit* da categoria “Quase sempre” 1.76, no entanto, sem degradar a medida de avaliação, sendo que os restantes valores, de *Infit* e *Outfit*, estão em redor da unidade, valores considerados adequados a nível de ajustamento;
 - iv. Os valores dos estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) decorrentes da análise do *BDI-II* encontram-se todos dentro do limite produtivo, com exceção da categoria 3, que apresenta um desajuste severo a nível de *Outfit*. No entanto, a Depressão apresenta boa homogeneidade de variância;
 - v. Assim, podemos afirmar que, relativamente à Hipótese 2, as duas dimensões das escalas *STAI* (*Y 1* e *2*) e o *BDI-II* estão adaptados à população em estudo, apresentam boa consistência interna, boa homogeneidade de variância e ajuste às categorias de resposta originais.

Esta hipótese é confirmada, pois observamos nos resultados que as categorias de resposta dos instrumentos *STAI* (*Y1* e *Y2*) e *BDI-II* cumprem com os critérios propostos por Linacre (2002), o que traduz um funcionamento correto. Por outro lado, também observamos que os valores dos estatísticos de ajuste (*infit* e *outfit*) se encontram todos dentro do limite produtivo, com uma exceção para o item 6 “Sentimentos de Punição”, que apresenta um desajuste severo, e que, a nível das qualidades psicométricas, a precisão das medidas dos itens e sujeitos é bastante adequada, indicadores de um funcionamento correto e adequado, traduzindo assim em medidas úteis, eficazes e produtivas na sua avaliação.

6.2 Estudo 2

Tal como referido antes, a investigação empírica da presente tese inclui também um estudo qualitativo, fundamentado na problemática teórica, do qual passamos a apresentar os principais resultados obtidos.

A expressão e a percepção da dor em indivíduos com lombalgias recorrentes é, indubitavelmente, considerada de extrema importância. Os fatores cognitivos, emocionais e sociais desempenham um papel expressivo na percepção e avaliação do indivíduo perante tal situação (Hansen, & Streltzer, 2005; Rainville, Bao, & Chrétien, 2005).

Nesta secção, os aspetos processuais são menos enfatizados em detrimento de um maior enfoque nas opiniões individuais dos sujeitos. Esta asserção empírica (exploratória) comporta a perceção emocional dos entrevistados sobre as suas vivências com situações/patologias do foro musculoesquelético.

Ainda neste contexto, importa salientar que a amostra constituinte deste estudo (2) não é concomitante com a que constitui o estudo quantitativo.

Não podemos encetar a apresentação dos resultados sem antes refletir um pouco sobre alguns dos constrangimentos sentidos no desenvolvimento das entrevistas. Como refere Flick (2005), é comum que, no decorrer das entrevistas, o entrevistador enfrente o problema de decidir se deve ou não solicitar mais pormenores, auxiliando os sujeitos a aprofundarem alguma temática, ou se é preferível regressar e ancorar-se no guião de entrevista, no caso em que os sujeitos comecem a dispersar ou a divagar sobre outras situações, não diretamente relacionadas com a questão colocada.

Nessa linha de raciocínio, apresentar-se-ão resumidamente os casos e a análise de conteúdo, decorrentes das entrevistas semiestruturadas levadas a cabo. Iremos tentar, sempre que possível, percorrer todas as categorias e dimensões previstas. A transcrição das entrevistas na íntegra encontram-se no Anexo V.

Os resultados apresentados apenas se traduzem em excertos das entrevistas, ou seja, serão exibidos os comentários mais significativos face a cada uma das categorias e dimensões, nomeadamente:

- Lombalgia, referente a acidentes provocatórios, origem do problema, recorrência, conexão com o problema e sentimentos/sensações;
- Trabalho, associado a pressões laborais, apreensão futura e sentimentos associados;
- Família, que incorpora o apoio familiar, auxílio na espiritualidade ou religião;
- Estado emocional, subdimensionado na evidência de perturbações ou evitamento;
- Social, apoio dos amigos, acompanhamento médico e psicológico;
- Aceitação, ancorando o foco em coisas positivas e sentimentos associados;
- Futuro, expectativas e previsões futuras.

6.2.1. Análise da categoria lombalgias

Na dimensão acidentes provocatórios, encontramos duas causas distintas para o entendimento do problema. A visão por parte dos entrevistados aponta num sentido de

concordância, no que se refere a que as lombalgias podem decorrer de bases fisiológicas e/ou psicológicas.

«... Ainda jovem, com sensivelmente doze anos, passei uma fase complicada por causa de um problema que tive, que não foi de saúde, e devido a isso fiquei de tal maneira que simplesmente não conseguia fazer movimentos de costas!» **(e.g., participante 1, p. 2).**

«... caí e fiquei toda enrolada no fundo da cama e o “gajo” ainda me diz “espere aí um bocadinho para eu tirar o casaco primeiro para a ajudar”. Depois ele levantou-me de maneira incorrecta, quer-se dizer, eu estou de cabeça completamente torta, toda enrolada de pernas e costas, e eu digo...”isto está bonito está”. Depois de tirar o casaco, diz ele “eu não posso fazer muito esforço, porque eu tenho uma hérnia discal na zona lombar”.» **(e.g., participante 2, p. 10).**

«... Eu sofri de uma queda no ano de 1991 que originou uma hérnia discal aos meus 49 anos.» **(e.g., participante 3, p. 10).**

«... Como disse na outra entrevista, sofri um acidente de mota fez em outubro um ano, mas as lombalgias não têm nada a ver com o acidente.» **(e.g., participante 4, p. 28).**

Os relatos dos sujeitos referem que a origem do problema deriva de ocorrências físicas, tais como acidentes, traumatismos, quedas, entre outros, assim como também de desordens ou de traumas de índole psicológica e/ou situações de tormenta mental, que consideram variáveis como a preocupação, a perturbação, o stresse e a ansiedade.

«... Na verdade, foram duas vezes que ele me violou... sim, porque eu ainda era tão nova e nem sabia o que ele iria fazer, quanto mais saber o que estávamos a fazer.» **(e.g., participante 1, p. 3).**

«... no fundo da minha cama, entre uma parede e o armário, de marcha atrás, a cadeira de rodas prende-se, caí e fiquei toda enrolada no fundo da cama.» **(e.g., participante 2, p. 10).**

«... Andava tão agitada e perturbada com determinadas situações que nem sempre tinha cuidado onde colocava os pés, até que, um dia, escorreguei, bati com as costas no chão e assim se deu esta hérnia, mas também sei que as tensões físicas que já lá se encontravam ajudaram muito a angariar este problema. Poderemos ainda questionar, porque ficamos sem saber, se a hérnia já se encontrava nas minhas costas antes da queda ou se foi devido ao trambolhão que dei, que a originou.» **(e.g., participante 3, p. 19).**

«... O stresse e estar ansioso é o que me bloqueia sempre aqui estas zonas. Cada pessoa tem a sua fadiga, mas para mim é o pescoço e a lombar. Quando começo a ficar com o pescoço e a lombar muito duros é o problema, fico logo sem me mexer e não aguento muito tempo sem ter que parar de realizar o que estou a fazer. Sinto-me logo incapacitado. É uma grande chatice.» **(e.g., participante 4, p. 38).**

Na recorrência da dor lombar, quase sempre salientaram as bases fisiológicas; porém, o cerne dessa repetição pode ter ocorrido do recalçamento emocional derivado do episódio traumatizante que foi determinante na origem do problema. A retração muscular, a tensão física

generalizada, o confronto com determinadas situações potenciadoras de alterações dos estados emocionais e o impedimento da superação da situação originadora da recorrência da dor leva a que, face a isto, assumam que provoca agravamento da lombalgia originando a sua repetência.

«... Na altura melhorei, mas voltei a ter mais dois ou três episódios parecidos durante a minha vida.»

(e.g., participante 1, p. 2).

«... Nunca tinha tido problemas disso. A partir daí, comecei a ter dores aqui na lombar e pronto. Comecei a ter dores e depois começou uma moimha e depois começou aqui a parte muscular a doer praticamente todos os dias.» **(e.g., participante 2, p. 10).**

«... Hoje em dia esta parte está dorida, está frágil, portanto eu sei que tenho uma base fisiológica de dor muito forte há mais de 24 anos.» **(e.g., participante 3, p. 19).**

«... dou por mim quase sempre tenso, duro faz um ano e devido a tudo isto todas as dores aumentam.»

(e.g., participante 4, p. 36).

Regra geral, os sujeitos apresentam, com conexão do problema, a possibilidade de uma representação da doença mais negativa, atribuindo a causalidade do controlo da sua dor ao acontecimento e, desta forma, apresentam menor controlo interno ou pessoal, assumindo mais sofrimento físico e emocional.

«... Desde essa altura, sempre que vejo determinadas coisas que me remetem para o passado longínquo, fico toda crispada, com tanta tensão como aquelas que surgiram nos dias depois daqueles acontecimentos. As tensões corporais advém desses pensamentos quase sempre.» **(e.g., participante 1, p. 3).**

«... Resultado, eu comecei a ter dores onde não era costume, fui fazer uma TAC e uma RM e só tinha arranjado 3 hérnias discais na zona lombar com essa brincadeira de ele me ter deixado muito tempo da mesma maneira e me ter levantado muito mal.» **(e.g., participante 2, p. 10).**

«... mas também psicológica. Claro que a dor não é nada ajudada por todos os acontecimentos difíceis e dolorosos da minha existência, que só tem feito é piorar.» **(e.g., participante 3, p. 20).**

«... só de pensar na seguradora.» **(e.g., participante 4, p. 36).**

Os sentimentos e as sensações que estes indivíduos relataram, apesar de os desfechos residirem quase sempre com a dor física, todos eles manifestaram sérias implicações de carácter emocional nas suas vidas pessoais diárias e ininterruptamente. As crenças emocionais negativas mais alegadas foram categoricamente: culpa, medo, ansiedade, sofrimento, incapacidade, frustração, raiva, angústia e revolta.

«... Sabe, durante muitos anos me culpei daquilo, pensei sempre que a culpada tinha sido eu, por ser alegre, divertida, espontânea, sei lá tanta coisa... e acabei por provocar-lhe determinadas sensações e ideias que depois acabaram por se concretizar.» **(e.g., participante 1, p. 3).**

«... Só depois da queda é que começaram as alterações e as chatices. Fico rija e começa-me a alastrar as

dores e a rigidez para a anca e para os braços. Depois tenho imensa dificuldade em mexer-me.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... Sinto-me que fico mesmo um pau. Depois complica-me com a cabeça e com a minha ansiedade. O que queria mesmo era poder sair de casa. Sempre fui uma mulher de fazer muitas coisas, de nunca estar parada e quieta. Agora quero fazer as coisas e não as posso fazer. Tento fazer mas... nem sempre consigo. Depois fico ansiosa por ter coisas para fazer, tenho que fazer e... viver sozinha neste estado não é nada fácil! Só queria sair daqui para fora.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... porque desde a morte do meu filho aos seus 18 anos que não deixo de sofrer, sofrer... sofrer!» **(e.g., participante 3, p. 20).**

«... Mas o que ultrapassa a dor ultimamente é a angústia... é a angústia sobre a qual eu não tenho poder nenhum, que está cá. É a faca que está cá espetada no meu peito, não tenho acesso ao cabo... não posso tirá-la.» **(e.g., participante 3, p. 23).**

«... sinto-me tão triste com tudo o que está a acontecer, tudo por causa de um acidente. Eu bem tento abstrair-me disto tudo, porque estou a dar cabo de mim desta maneira. Tento não pensar muito nas coisas... mas elas atormentam-me de tal forma que pareço uma libelinha numa tempestade. Quem sou eu agora? Nunca fui assim, malditas dores de costas! Maldito acidente! Aquele bandido do condutor nem sabe quem eu sou e nem sequer tem a ideia do que me fez à minha vida e à minha família.» **(e.g., participante 4, p. 34).**

6.2.2. Análise da categoria trabalho

No que diz respeito às pressões laborais, os inquiridos salientaram que estados de preocupação, falta de autoconfiança, medo, instabilidade, insegurança, desamparo, inquietação, desânimo, limitação e necessidade se manifestavam constantemente. Todos esses fatores conflituosos realizam surgimento de ansiedade e de tristeza ininterrupta.

«... O facto de não pertencer aos serviços do estado, porque estou a trabalhar para institutos privados, faz-me ter elevados picos de ansiedade, isto porque, se eu for despedida, não vou ter forma de me autossustentar. Já estou divorciada há três anos e não tenho ninguém por perto para me pagar as contas caso aconteça algo mais preocupante.» **(e.g., participante 1, p. 5).**

«... Vou sobrevivendo do pouco que recebo da reforma. Veremos até onde isto vai dar, porque o dinheiro que me foi dado pelo seguro devido ao acidente não me garante futuro nenhum, pelo contrário.» **(e.g., participante 2, p. 17).**

«... Sempre a trabalhar no duro. Mas custava-me tanto! Não queria perder o emprego, pois preciso dele como qualquer um outro que precisa para pagar contas e comer. Era um sofrimento que só eu sei o que estava a passar.» **(e.g., participante 4, p. 31).**

«... Se eu perdi a minha autoconfiança quer pessoal quer no trabalho, porque estou sempre a ser pressionado pelo patrão... perco autoconfiança em mim, não me sinto bem fisicamente Tenho as minhas limitações.» **(e.g., participante 4, p. 40).**

Cada juízo tomado no âmbito da apreensão futura provém, de forma congruente, de considerações conflituosas com a própria pessoa. A censura, a falta de suporte e o receio estão latentes, promovendo a que os mesmos se coibam da verdade para que não haja rejeição. “O que os outros pensarão” é incontestavelmente a preocupação dos sujeitos.

«... Também não posso dar a conhecer na realidade quer seja aos meus colegas quer seja aos diretores, como me encontro, porque tenho medo que me dispensem por eu ser uma doente crónica, pois sabemos que as pessoas que faltam aos seus compromissos a consequência será despedimento. Nem penso de forma alguma em meter baixa quando estou com crises.» **(e.g., participante 1, p. 5).**

«... A verdade é que gostaria de pedir mais auxílio aos meus filhos, mas o que eles poderão ajudar, e pior, o que é que eles vão pensar» **(e.g., participante 2, p. 17).**

«... no trabalho piorou muito, pessoalmente a minha relação com meu patrão. Em vez de me apoiar e me ajudar, parece que sou um fardo para ele. Esqueceu-se de todo o trabalho que tenho feito durante todo o tempo que lá estou!» **(e.g., participante 4, p. 32).**

Associado aos sentimentos obteve-se um conjunto de elementos considerados, pelos sujeitos, causadores de desilusão, de receio, de frustração, de angústia, de desgosto, de depressão, de revolta, de humilhação, de desprezo e de incapacidade física.

«... e depois como consequência começo a ficar ansiosa. Acho que isso torna a dor mais intensa ainda. Já de mim sou ansiosa e isto piora, claro. Mas antes com emprego do que desempregada. A crise está a dar cabo de nós todos e eu cá me vou mantendo... tem de ser, custe o que custar. Não posso nem quero transmitir aos colegas nem alunos que estou com dores e tento abstrair-me delas e manter o foco nas aulas.» **(e.g., participante 1, p. 5).**

«... Sinto que não valeu grande coisa tanto trabalho que fiz durante toda a minha vida e os sacrifícios que fui ultrapassando e alterando, pois agora é que são elas! Não há dinheiro para todos! E isso revolta-me e frustra-me, porque agora preciso e os malvados destes políticos roubam tanto e não dão a quem precisam. E isso ajuda-me a destruir o corpo e a cabeça. Fico angustiada e revoltada. Tenho imenso desgosto de tudo o que está acontecer em aqui Portugal.» **(e.g., participante 2, p. 18).**

«... Pessimamente, quase com uma depressão, se é que já a não tenho em cima, porque tem sido um ano muito duro....» **(e.g., participante 4, p. 33).**

«... Sentia-me humilhado, desprezado como um cão vadio!» **(e.g., participante 4, p. 34).**

6.2.3. Análise da categoria família

Na questão do apoio familiar, dois dos inquiridos pronunciaram-se infelizes e desconsolados pela completa desproteção e abandono familiar. Os restantes manifestaram que a companhia e o apoio familiar é de extrema relevância e influência nas suas vidas quotidianas, quer tenha sido na ajuda suplantada ou na ajuda de superação das vicissitudes contemporâneas.

«... O que me vale são os meus dois cães que tenho todos os dias à minha espera em casa. Esses sim, são-me fiéis. Sabe, quando chego a casa e eles me vão receber à porta, muitas das vezes tudo o que eu trazia às costas desaparece... Sim, os problemas, as dores, a incompreensão dos amigos, tudo o resto que trazia comigo. A toxicidade diária a que sou submetida constantemente, gratuitamente, infelizmente não tenho como fugir dela, mas os meus meninos estão lá para me darem força e alegria. É tão bom, sinto-me tão bem com eles. Eles são a minha família.» **(e.g., participante 1, p. 6).**

«... sei muito bem com quem estou... Tenho mesmo consciência disso. Não é fácil arranjar quem nos ajude. Deixaram-me aqui em casa abandonada e nem telefonam! Abandonaram um cão vadio! Eu só quero sair daqui para fora. Sabe quem deveria de se preocupar comigo nunca se preocupou, certo?» **(e.g., participante 2, p. 16).**

«... Por isso deveria ter mais sensibilidade por eu estar numa cadeira de rodas.» **(e.g., participante 2, p. 16).**

«... Só queria sair daqui desta casa e ir para outro lugar, mas não vejo as coisas a andarem para a frente. Se ao menos tivesse a companhia de alguém.» **(e.g., participante 2, p. 15).**

«... O que me tem amparado, de facto, tem sido o meu marido. Eu costumo dizer que ninguém merece este homem como marido (por ser excelente e compreensivo). Eu tenho-o, porque preciso dele. Eu sei que ele me foi dado, porque eu preciso muito dele, porque eu estou muito fragilizada. Absolutamente fragilizada... não existe pessoas assim no mundo. É de facto um anjo caído do céu.» **(e.g., participante 3, p. 22).**

«... o resto da família precisam de mim, também mas vão-me dando algum apoio moral que é o que me tem salvaguardado um pouco, apesar de eu começar a perceber que já estão cansados também de me ouvir queixar.» **(e.g., participante 4, p. 35).**

«... as coisas que ainda se aguentam são com a minha mulher... mas por este andar e espero que não aconteça nada do que me vai na minha cabeça.» **(e.g., participante 4, p. 35).**

Apenas dois dos inquiridos referiram o apoio/auxílio na espiritualidade ou religião, manifestaram “encontrarem-se com Deus”, acham em si próprios uma condição de bem-aventurança e de privilégio, que de outra forma, não teriam, independentemente da evidente companhia familiar, ou seja, complementam a sua força que explicitam com a religiosidade.

«... Peço a ajuda de Deus todos os dias e ajuda ao meu filho, que Deus o tenha em paz e descanso. Ele sempre me dá paz interior. Salvaguardo-me nas preces que lhe faço.» **(e.g., participante 2, p. 17).**

«... eu acredito na providência.» **(e.g., participante 3, p. 21).**

«... sim, numa entidade suprema à qual chamamos Deus, o criador de tudo e de todas as coisas que os nossos cinco sentidos conseguem captar. É nele que me refúgio diariamente, num contexto de procura, evolução e ajuda do ultrapassar destas vicissitudes na minha vida tão sofrida por faltas e mais faltas.» **(e.g., participante 3, p. 21).**

6.2.4. Análise da categoria estado emocional

Reportar o passado, poderá ter como consequência a evidência de perturbações, quer sejam físicas ou psicológicas. Os sujeitos trouxeram à tona os seus sentimentos mais intrínsecos. Manifestaram provas de conteúdo traumático, impotência, angústia, fragilidade, frustração, falta de vontade de existir, desgaste corporal e mental, conjuntamente com stresse físico, corroborando este com estados de ansiedade, dor e sofrimento.

«... Como lhe disse anteriormente, sempre que vejo um filme, uma novela, um telejornal que reporte qualquer informação semelhante, fico logo muito tensa, tem vezes que quando estou mais em baixo, até as pernas parecem blocos de cimento e ao mesmo tempo gelatina. Nem consigo andar corretamente. É uma sensação estúpida. É de uma impotência severa. É de facto aqui que se vê que a cabeça comanda o corpo. O meu coração acelera de tal maneira que parece que estive a correr e vai saltar pela boca. É muita adrenalina por todo o corpo.» **(e.g., participante 1, p. 4).**

«... Sim, já houve alguém que me disse isso “agradeça a Deus, porque conseguiu salvar alguém”, mas... consegui salvar alguém, mas estou eu aqui neste estado que nem um cão! E depois ainda sou insultada por essa pessoa (filha) e nem sequer a pessoa que eu salvei o vejo. Faz onze anos que eu não vejo o meu neto.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... Sim, de facto tenho muitas dores, quase todos os dias e quando fico mais nervosa piora muito. Hoje está-me tudo a incomodar, é a coluna e os músculos também.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... Agora, diga-me como é que eu posso não estar cheia de dores em toda a parte? E nestas partes mais doridas mais fragilizadas pelo organismo... são dores de perder a vontade de viver. Mas pronto... isto é concreto, que é a dor aqui, ali, acolá. É fruto de viver. O que é que eu posso dizer?» **(e.g., participante 3, p. 21).**

«... E esta sensação e este processo provocava-me ainda mais dores corporais do que aquelas que eu já tinha.» **(e.g., participante 4, p. 34).**

«... agora, neste momento, sinto-me completamente desgastado, física e psicologicamente.» **(e.g., participante 4, p. 34).**

Para colmatar as dores físicas e emocionais, os sujeitos tentam, de forma muito própria, aplicar procedimentos de evitamento às conjunturas submetidas. A tentativa de abstração assenta em métodos peculiares, como: não pensar no que está a sentir; tentar dormir para evitar dor e pensamentos pessimistas; tentar não executar qualquer movimento que logre prejudicar a coluna; evitamento de situações produtoras de conflitos. Todas estas estratégias estão grandemente interiorizadas nos seus relatos.

«Bem... tento abstrair-me disso tudo, porque, como compreende, estou a dar aulas e tenho que cumprir com os meus serviços corretamente.» **(e.g., participante 1, p. 4).**

«... É triste. Por exemplo, evito algumas situações que impliquem esforço físico, como caminhadas longas, passeios com os amigos, isto, porque, passado pouco tempo, estou com dores na lombar e fico a pensar

que raio de amiga sou eu para eles. Mais uma vez, culpa!» (e.g., participante 1, p. 6).

«... Esta lombar só me está a moer a cabeça. Então, para não me chatear, é melhor nem pensar na coisa.» (e.g., participante 2, p. 13).

«... Quando é assim, tento arranjar uma coisa qualquer para estar ocupada e se poder estar a dormir não penso, percebe?» (e.g., participante 2, p. 13).

«... Um desgosto. Transmite-se para todo o meu corpo. Eu não sou parva nenhuma e você sabe muito bem que... eu sei o que isto tudo faz, a minha cabeça está num estado de desgraça e por isso evito chatear os outros com as minhas coisas e tento não fazer coisas que me possam prejudicar mais o meu corpo, para que não tenha tantas dores e nem me afete tanto para não ficar nervosa» (e.g., participante 2, p. 17).

«... Portanto, há momentos que eu fico tolhida de dor, fico tolhida mesmo... se por acaso eu conseguisse libertar-me destas coisas... talvez eu tivesse menos dores... é evidente.» (e.g., participante 3, p. 20).

«... O sofrimento está presente na minha vida como o sangue que me percorre nas veias. Só gostaria que a minha filha percebesse o quanto estamos unidas em vez de separadas, por isso, mantenho-me aqui fiel e esperançosa que algo mude, mantenho-me quieta na expectativa que seja ela e não eu a tentar mais uma vez. Nunca fui a pessoa cruel e não presente que ela criou no seu mundo muito próprio. Tento evitar o mais possível situações produtoras de conflitos, até porque isso me acarreta mais dores físicas do que as que já possuo.» (e.g., participante 3, p. 26).

«... Eu bem tento abstrair-me disto tudo, porque estou a dar cabo de mim desta maneira. Tento não pensar muito nas coisas... mas elas atormentam-me de tal forma que pareço uma libelinha numa tempestade. Quem sou eu agora? Nunca fui assim. Malditas dores de costas!» (e.g., participante 4, p. 34).

6.2.5. Análise da categoria social

A ênfase dada ao apoio dos amigos é muito semelhante à análise efetuada no apoio da família; embora existam algumas diferenças, todos os inquiridos têm amigos. Porém, subsistem obstáculos que influem na avaliação dos respondentes. O facto da incapacidade física se apresentar como principal obstáculo influência no afastamento dos respetivos amigos e na falta de convivência e apoio que lhes seria imperioso. Assim, a frustração, a culpa, o afastamento, a incompreensão e a solidão são incessantes.

«... É triste. Por exemplo, evito algumas situações que impliquem esforço físico, como caminhadas longas, passeios com os amigos, isto, porque, passado pouco tempo, estou com dores na lombar e fico a pensar que raio de amiga sou eu para eles. Mais uma vez, culpa! Claro que ficava feliz se fosse, mas acabo por não ir. Só de pensar que posso ficar com dores depois, acabo por evitar. Nem ao cinema vou por causa do tempo que tenho que estar imóvel. Não faço 90% do que gostaria de fazer. É frustrante para mim e certamente pensam que não me apetece estar com eles.» (e.g., participante 1, p. 6).

«... Convenhamos, estou sempre com dores e a dizer-lhes que me dói....acabo por ser afastada e me afastar deles e depois nem sempre tenho apoio deles ou de quem quer que seja. Sinto-me incompreendida como já lhe tinha dito antes. A minha sorte é não ser depressiva como muitas colegas!» (e.g., participante 1, p. 6).

«... Estou sozinha e não vejo quem me possa ajudar para nada, só mesmo os bombeiros quando vêm aqui para me levar para alguma consulta. De vez em quando lá aparece alguma amiga antiga, mas por pouco tempo. A solidão corroí todo o corpo e a alma. Eu só quero sair daqui para fora. Sabe quem deveria de se preocupar comigo nunca se preocupou, certo?» **(e.g., participante 2, p. 15).**

«... As pessoas dizem “coitada perdeu o filho”, mas é que eu perdi o filho e perdi a filha (M). Eu não posso falar disto a ninguém, ninguém entende... ninguém entende que eu tenha perdido uma filha que mora aqui ao pé de mim e que se vai embora.» **(e.g., participante 3, p. 20).**

«... Quando eu perdi o meu filho, muitos amigos diziam-me “deixa lá, tens que ter muita força...” e eu, a determinada altura, tive esta expressão “estou farta de ter força pelos outros!” » **(e.g., participante 3, p. 23).**

«... Os meus amigos, se é que tenho amigos depois do acidente, já não me ligam, porque não posso jogar à bola com eles ou sairmos de mota, os colegas de trabalho estão no que estão comigo, porque todos pensam que eu não quero trabalhar e nem ajudam e nem apoiam a minha posição como colega...» **(e.g., participante 4, p. 35).**

A ligação com o acompanhamento médico por parte dos entrevistados tornou-se incompreensível. Pelo facto de serem pacientes recorrentes assumem que careciam de um acompanhamento idóneo e de algum cuidado extra. De facto, na maioria dos casos, manifestaram sentir alguma desconsideração, incompreensão e arrogância, razão pela qual expressam queixas e desprezo.

«... o que me custa mais quando vou às consultas médicas é que eles nem percebem o quanto com isto se sofre. “Mas continua a doer assim tanto? Mesmo com os comprimidos?” e eu digo-lhes “Claro que sim, porque, senão, não vinha cá novamente, Sr. Doutor!”. Parece ou estão mesmo a duvidar de nós doentes! Será que algum deles já teve alguma coisa parecida? Certamente têm mais recursos do que nós para se tratarem, caso estejam mal, mas não entenderem o sofrimento dos outros, caramba! Foi preciso vir o psicoterapeuta para me dizer que a cabeça faz mal às costas. São médicos, certo?» **(e.g., participante 1, p. 7).**

«... Está a fazer três anos que veio cá a casa um médico clínico geral para uma consulta, pois já fazia tanto tempo que ele me deveria ter dado os resultados das análises que eu tinha feito e eu aproveitei para uma consulta domiciliar. Eu já sabia que ele se fazia de “mula”, pagamos e depois nada, então fi-lo cá vir a casa. Paguei mais uma consulta e nem me trouxe o recibo para a ADSE, já era costume ele fazer isso. Antes ele era bom médico mas as pessoas já se começam a queixar dele. E eu também! Já nem me querem consultar, devem pensar que sou um caso perdido.» **(e.g., participante 2, p. 9).**

«... uma amiga disse-me para eu consultar um terapeuta que fazia milagres com as mãos. Então, ele fez-me aquelas manipulações que os osteopatas fazem com conhecimento científico e que eles fazem com conhecimento empírico. Eu tinha uma hérnia. Desde essa altura que me mantenho com terapias não convencionais para me ajudarem nas maleitas, sempre que seja necessário.» **(e.g., participante 3, p. 19).**

«... fui a uma consulta de junta médica. Queriam-se livrar de mim. Já tinham o papel passado e assinado

para me dar alta. Só faltava eu assinar. A conversa do médico: “então, você está melhor, certo, já está bom, correto?” Eu disse-lhe “eu estou melhor, está a brincar com a minha cara, só pode ser?” Mal conseguia mexer-me. Tenho dormência na mão, tenho dormência na ponta da planta do pé e o médico a afirmar que eu estava melhor!...Já nem da lombar estava capaz de me mexer nem para apertar os atacadores dos ténis.» **(e.g., participante 4, p. 29).**

«... Parece que não entendem que uma pessoa está mesmo aflita, não compreendem ou fazem-se de parvos para os fins deles. Custa-me acreditar que não sejamos acompanhados correta e com o mínimo de simpatia. Sempre com arrogância, desprezo, em vez de ajudarem... nada, até parece que lhes estamos a tirar alguma coisa.» **(e.g., participante 4, p. 31).**

De uma forma diferente, os sujeitos que tiveram algum acompanhamento psicológico referem ter tido um tratamento diferente ao anterior, pois trata-se certamente de uma abordagem diferente e construtiva. Os manifestos são positivos e a visão objetiva.

«... Presentemente, acho que já ultrapassei esses traumas. Fiz psicoterapia durante anos já em adulta para me livrar e limpar a minha cabeça desses pensamentos.» **(e.g., participante 1, p. 3).**

«... O psicoterapeuta já me tinha dito que grande parte das dores advém de quando eu estou mais vulnerável aos pensamentos anteriores. E eu também acho que a dor emocional me traz mais coisas do que eu pensava antes.» **(e.g., participante 1, p. 4).**

«... mas depois optei por ir até uma clínica em Cuba onde fiquei dois meses e meio. Trataram-me do corpo e da cabeça. Tinham lá bons terapeutas e psicólogos.» **(e.g., participante 2, p. 12).**

«Só fui uma vez ao psicólogo em França por causa dos problemas que tinha tido com a minha mãe. Eu sentia uma chamada, uma grande chamada e muito forte para a vida religiosa e quando a minha mãe descobriu ficou completamente transtornada... fui dar com a minha mãe na cama completamente branca com os lábios roxos, como se tivesse acabado o mundo. “Não digas nada ao pai, porque...”. Passei por coisas... ainda hoje tenho pesadelos, pois tenho... pois tenho!» **(e.g., participante 3, p. 10).**

6.2.6. Análise da categoria aceitação

Gerir eficientemente o foco em coisas positivas poderá parecer fácil para qualquer sujeito que não sofredor. Neste conjunto de pessoas, a gestão da problemática não se afigurou fácil, apesar dos esforços para a aceitação dos acontecimentos e do padecimento a que estão submetidos.

«... entretanto, consegui falar e estar presente com essa pessoa, na altura que fazia psicoterapia, a qual me pediu perdão do que me fez e se sentiu muito envergonhado com as atitudes que teve comigo. Da forma como ele falou, aparentemente foi verdadeiro, mas acredito piamente que ele deve ter feito isto a mais raparigas, mas como eu não iria alterar qualquer situação, nem quis perguntar-lhe mais nada sobre tal.» **(e.g., participante 1, p. 3).**

«... Até a minha gata sabe e chega-se até mim para me dar apoio. É ela que me faz companhia e me

obriga a sair da cama, a fazer coisas que não me apetece fazer, mas ela é matreira, deve saber de algumas coisas que eu não sei! Desta forma também me obriga a olhar em frente e a pensar que tenho que continuar, apesar de tudo o que me aconteceu.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... Eu penso que nós... nós somos seres imperfeitos, não acabados e quer dizer que as nossas ações não foram todas perfeitas, quero dizer que nós que temos um determinado comportamento num momento, temos depois um outro e já não temos o mesmo, já estamos numa melhoria, nós vamo-nos aperfeiçoando. E portanto, se calhar... na certeza absoluta as coisas que eu fui fazendo, fi-las nessa altura, mas não as faria hoje...» **(e.g., participante 3, p. 22).**

O atributo dos sentimentos associados à aceitação abrangem o incentivo, o olhar para vida na tentativa de sair da melancolia e a aceitação de amor-próprio.

«... Antes era só revolta e culpa o que eu sentia, mas agora visto de uma outra forma faz sentido o que sinto e o que tenho.» **(e.g., participante 1, p. 4).**

«... Esta gata é muito especial. Tenho um carinho muito particular por ela, porque eu apanhei-a na rua desprotegida e sem lar e parece que desta forma é a minha companheira e estimuladora da minha vida.» **(e.g., participante 2, p. 13).**

«... Eu tenho um amor muito grande. É isso que me faz manter aqui viva, pois tenho outra referência muito forte ao meu Criador. Eu não quero ir contra ao seu amor que me criou.» **(e.g., participante 3, p. 23).**

6.2.7. Análise da categoria futuro

Para finalizar, auscultámos os sujeitos sobre a percepção do futuro. Cremos ser algo indispensável e significativo. As expectativas e as previsões futuras dos inquiridos foi de evidência árdua. Expectativa, apreensão, pânico, dor, insignificância, desnorteio, durabilidade e consequências foram os manifestos mais partilhados.

«... Ah! ah! ah! ah! ah! ah! Rio-me sempre com essa pergunta, desculpe! Não leve a mal. Como posso pensar num futuro se as previsões nada são agradáveis? A partir de uma determinada data na minha vida, comecei a pensar somente no máximo de um mês, que são as contas para pagar. Só! Só de pensar que as reformas estão a acabar e eu ainda tenho tantos anos para lá chegar, como posso pensar no futuro? Sempre que começava a pensar na coisa ficava toda dura, como uma barra de ferro! E depois lá vinha a consequência dos pensamentos, dor lombar e incapacidade!» **(e.g., participante 1, p. 7).**

«... Que posso eu dizer? Que futuro me virá? Numa cadeira de rodas se não me ajudarem! Até à morte. Só de pensar nisso fico triste e deslocada...como se costuma dizer, remeto-me à minha insignificância.» **(e.g., participante 2, p. 17).**

«... O futuro pode ser muito curto, não conseguiremos fazer o que nos propusemos fazer se não olharmos para ele com especial estima e vontade. Já me encontro com a idade que tenho, mas gostaria que algo ainda pudesse

ser feito em *prol* desta sociedade tão consumida pelo ódio e pela avareza.» (e.g., participante 3, p. 26).

«... Se perco o trabalho, se não tenho dinheiro, se não tenho saúde...e sem os amigos, os mais chegados, de que vale andar aqui neste planeta?» (e.g., participante 4, p. 36).

«... Eu gostava de ter um projeto definido da minha vida, mas está tudo em suspenso. Não há perspectivas.» (e.g., participante 4, p. 39).

«... Eu era uma pessoa muito diferente do que sou atualmente. Neste momento, estou completamente perdido e sem perspectivas. O que é que eu vou fazer se eu não consigo fazer nada, o que é que eu vou fazer?» (e.g., participante 4, p. 40).

6.2.8. Comentários finais

Como referenciado anteriormente, o principal objetivo de se optar por completar o nosso estudo com uma dimensão qualitativa norteou-se pela necessidade sentida de compreensão e de descrição do fenómeno, numa perspectiva dinâmica e individual dos inquiridos, com especial atenção às representações e aos contextos relatados da lombalgia face ao trabalho, à família, aos estados emocionais, ao social, à aceitação e ao futuro.

Assim sendo e fazendo um breve resumo de toda a informação, pode concluir-se que todos os entrevistados apresentam interdependência das suas dores lombares recorrentes com todas as categorias contempladas e abordadas na entrevista, ou seja, correlacionam fortemente os seus estados emocionais, psicológicos e fisiológicos com as dores lombares.

Os entrevistados manifestaram ter causas diferentes de lombalgia, destacando origens orgânicas (quedas) e não orgânicas (traumas de natureza psicológica).

A recorrência das dores lombares e a incapacidade física inerente às mesmas, quer seja proveniente de origem fisiológica quer psicológica, são relatadas com grande intensidade emocional, destacando a representação categoricamente negativa da doença, atribuindo, de forma muito pessoal, a causalidade, tendo, como consequência, menor controlo interno e aumento das crenças negativas emocionais, e, como desfecho, mais sofrimento físico e psíquico.

Na questão referente às pressões laborais, os que trabalham sentem grande pressão pelo facto de se situarem na eminência de exclusão. O medo e a preocupação constantes de represálias é motivo de insegurança e instabilidade.

Os que estão na reforma apresentam acrescido receio de que o dinheiro não chegue para os dias de vida que se lhes apresentem. Todos apresentam apreensão futura.

Analisando a questão do apoio familiar, encontraram-se relatos opostos: os que se sentem abandonados pela família, manifestando infelicidade e desamparo, e os que encontram

o apoio e a segurança nos seus laços familiares, sentindo força e capacidade de superação.

Somente metade dos inquiridos manifestou ancorar o seu apoio na espiritualidade, implicada, assim, na sua força para ultrapassar os obstáculos.

No referente aos estados emocionais, os sujeitos manifestaram que o relembrar de determinados acontecimentos os faz sentir perturbados emocional e fisicamente com manifestações negativas. As suas lombalgias emergem ou pioram consideravelmente devido ao rumo dos seus pensamentos alusivos aos contextos passados. Para colmatar tudo isso, aplicam processos de evitamento muito primordiais, que não impliquem prejudicar a região lombar, como o evitar de determinados movimentos, dormir para não pensar no problema e salvar-se de situações passíveis de gerarem conflitos.

No que concerne ao apoio dos amigos, todos enunciam que existe afastamento de ambas as partes. Os amigos, porque se distanciam, e os próprios, porque, estando “incapacitados”, não podem conviver de uma forma socialmente ativa, construtiva e quotidiana.

No acompanhamento médico, desafortunadamente, a maioria diz não se ter sentido auxiliada corretamente. No seu ponto de vista, o cuidado clínico deveria ter um caráter mais humano e compreensível na intervenção, provocando nos doentes um elevado grau de incompreensão e queixas. Contrariamente, os que tiveram acompanhamento psicológico referiram ter sido acolhidos assertivamente.

Apesar de todos os esforços encetados pelos doentes na vertente de se focarem em coisas positivas, não se verificou que consigam descrever o suplantar das adversidades. Existe a tentativa de olhar para um futuro melhor, mas não acreditam em mais do que nisso. As previsões futuras na maioria dos inquiridos são pessimistas e sem visão a longo prazo.

Como consideração final, podemos dizer que o desenvolvimento e análise do estudo qualitativo ora apresentado permite-nos propor a confirmação da Hipótese 6, que sugeria que as lombalgias recorrentes são vivenciadas pelos sujeitos geralmente com grande intensidade emocional.

Assim, a título final, evidenciamos o registo de um conjunto de palavras, de natureza emocional negativa, que mais foram utilizadas pelos sujeitos no decorrer destas entrevistas: abandono, afastamento, agravamento, angústia, ansiedade, apreensão, arrogância, consequências, culpa, depressão, desamparo, desânimo, desconsolo, desgaste corporal e mental, desgosto, desilusão, desnorteio, desprezo, desproteção, dor, expectativa, falta de autoconfiança, falta de vontade de viver, fragilidade, frustração, humilhação, impedimento da superação, impotência, incapacidade, incapacidade física, incompreensão, infeliz, inquietação, insegurança, insignificância, instabilidade, limitação, lombalgia, medo, necessidade, pânico,

perturbação, preocupação, queixas, raiva, receio, rejeição, revolta, rigidez, sofrimento, sofrimento físico e emocional, solidão, stresse, tensão física generalizada e tristeza.

Conclusões

Tendo presente o referencial teórico, procurou-se compreender com maior amplitude a problemática da “Expressão da Dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes”.

Na execução desta tarefa, foi decisiva a opção por alguns pressupostos, sobre os quais assentou o comprometimento da estrutura da base conceptual utilizada:

- i) A compreensão da dor, partindo da evolução histórica do conceito da classificação da dor e, aqui, com especial destaque para os Modelos de Melzack e Casey (1968, 1972) e Loeser (2006, 2009);
- ii) A singularidade das lombalgias recorrentes, que se mostram como um processo de carácter multidimensional. Assim, abordámos os estados emocionais associados e a percepção das consequências psicossociais das mesmas.

Nesse sentido, as conclusões que iremos apresentar dizem respeito a vários aspectos da pesquisa, tais como os resultados da parte empírica, as implicações que pensamos poder derivar dos resultados encontrados e algumas limitações inerentes à própria investigação.

Recapitulamos que o principal objetivo se prendia com a compreensão da dor e dos estados emocionais numa amostra, por conveniência, de indivíduos com lombalgia recorrente.

No Estudo 1, a amostra efetiva de sujeitos fixou-se em 120, dos quais, 35.8% eram do sexo masculino e 64.2% do sexo feminino. Aqui apraz referir, como salientam Tam e Lim (2010), que as mulheres tendencialmente respondem mais do que os homens; a explicação apontada é ao considerar-se que as mulheres são mais emocionais, razão pela qual se apresentam mais predispostas a partilharem sentimentos livremente.

A idade média dos sujeitos respondentes era de aproximadamente 49 anos. No que concerne ao estado civil, os sujeitos são maioritariamente casados ou em união de facto (57.5%), com nível médio ou superior de escolaridade (56.7%) e maioritariamente em situação de pleno emprego (57.5%) ou trabalhadores estudantes (11.7%).

No que concerne ao IMC, destacou-se que uma elevada percentagem (58.4%) se encontra com valores acima do peso recomendado. Verificámos que os homens da amostra apresentaram valores médios superiores e estatisticamente significativos quando comparados com as mulheres (cf. Tabela 6.2).

Por sua vez, os inquiridos, numa larga faixa (70.8%), consideram a sua saúde de forma geral boa ou muito boa.

O Estudo 2 recaiu sobre 4 indivíduos, sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. As idades foram compreendidas entre os 34 e 73 anos, dois dos quais eram casados e dois divorciados. Todos tem nível de escolaridade superior. Face à situação profissional, dois dos quatro sujeitos encontram-se em situação de reforma (cf. Tabela 5.15).

Seguidamente, vamos apresentar uma síntese dos resultados principais provenientes dos estudos levados a cabo na presente investigação. Assim, destacamos os seguintes aspetos:

Verificámos que as mulheres relatam sofrer mais de problemas da coluna vertebral e de dores musculares comparativamente aos homens, bem como que sofrem desta sintomatologia, em média, há mais tempo do que os homens. Assim, as mulheres (77.9%) afirmam sofrer de problemas na coluna vertebral, em média, há 12 anos e, quer isoladamente quer em simultaneidade com outra zona, referem a zona lombar (93.4%) como a mais afetada, o mesmo repetindo-se para as dores musculares, em que (79.2%) das mulheres referem padecer há aproximadamente 9 anos e, de igual modo, com mais incidência na zona lombar 81.9%.

Estes resultados vêm ao encontro de outros estudos em que reiteradamente o sexo feminino apresenta maiores valores percentuais de lombalgia, quando comparado com o sexo masculino (Bener et al., 2013; Ponte, 2005).

Por outro lado, observámos que a maioria da amostra, homens e mulheres, afirmou sofrer de problemas de coluna vertebral, indicou a zona lombossagrada como a região mais afetada (quer no questionário demográfico, quer no questionário MPQ) e apontou que a dor na coluna vertebral era, sobretudo, bilateral e/ou episódica, com tipo de dor local. Quanto à sua intensidade, tanto homens como mulheres relatam o moderado, como maior nível de intensidade, bem como uma ocorrência, com uma maior expressão ao levantar, ao final do dia e a qualquer altura do dia. Estes resultados confirmam a literatura vigente segundo a qual a zona lombossagrada é a região com sintomas musculoesqueléticos de maior responsabilidade e que mais prevalece em todos os distúrbios da coluna vertebral (Taimela et al., 2004). Os dados apontam, sobretudo, para tipos de dores que nos transmite a reflexão da possibilidade de não haver nenhuma lesão tissular aparente e, assim, não almejar tensões destruidoras locais, pelo facto das dores não serem referenciadas como unilaterais, sempre presentes, irradiantes e nevralgias. Não podemos descurar que a etiologia específica da lombalgia somente é conhecida entre 5% a 10% dos casos (Krismer, & van Tulder, 2007), o que requer fazer diagnóstico diferencial para apurar a veracidade em caso de lesão orgânica.

A intensidade da dor pode afetar o sujeito de forma ligeira, moderada ou severa, colocando-o numa posição de maior vulnerabilidade diária, podendo ter repercussões na sua qualidade de vida e no seu quotidiano, quer a nível físico, psicológico, emocional e social

(Breivik et al., 2008). Sendo a lombalgia de etiologia multifatorial (Krismer, & van Tulder, 2007), não é consequência de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas (Silva et al., 2004). Assim e desta forma, a percepção do indivíduo em relação à dor poderá produzir estratégias ineficazes ou desadequadas de confrontar a dor/doença (Sardá, 2002, citado em Bartilotti, Scopel, & Cruz, 2006), o que poderá explicar a ocorrência do período do dia em que os inquiridos mais evidenciam a dor. Ou seja, a dor está presente somente no decorrer do dia e não durante a noite, o que nos leva a supor, mais uma vez, que este tipo de lombalgias não terá somente caráter orgânico, pois, para tal, deveria haver sintomatologia agravada com a inatividade noturna, a posição adaptada e o aumento de inflamação devido ao calor corporal produzido na cama. São vários os fatores predisponentes, precipitantes e/ou de manutenção da dor lombar, existindo a três níveis: individuais, psicossociais e ocupacionais (Martins, 2006).

Apenas se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no número de horas em que permanece sentado/dia em função do sexo. Tal permite-nos salientar que as mulheres da amostra apresentaram valores médios superiores de horas em que permanecem de pé/dia, comparativamente com os homens.

Por sua vez, validam-se por intermédio das respostas obtidas, em que são notórias as diferenças entre sexos. O facto do sexo masculino passar mais horas sentado era expectável. Contrariamente às mulheres, os homens sofrerão menos de dores lombares, porque não se expõem tanto à posição ortostática diária.

No que se refere a uma descrição da dor, a maioria escolheu a expressão “Que incómoda”, no que se refere à dimensão sensitiva, bem como as palavras “cansativa”, “afitiva”, “assustadora” e “horrorosa”, no que se refere à dimensão afetiva. Face à dimensão avaliativa, salientou ser “desgastante” e “preocupante” e na dimensão mista 55.0% mencionou que a sua dor era “irritante” e 52.5% “firme”.

Quanto ao padrão de dor, a maioria dos homens relatou que o padrão que melhor define a sua dor é uma dor rítmica, intermitente e periódica e as mulheres uma dor contínua, fixa e constante. Estes dados apontam para que, mesmo numa eventual presença de problemas de origem orgânica, os estados emocionais estão cingidos neste processo. Os dados aqui revelados demonstram efetivamente as diferenças que existem entre sexos no que diz respeito ao significado que cada grupo dá à forma de sentir, de interpretar e de comunicar a dor, pois este fenómeno encontra-se associado à cultura, à religião, às crenças, às experiências passadas, aos medos, à angústia e à ansiedade (Melzack, & Wall, 1965; Fleming, 2003).

A forma como os participantes referem o sofrimento é a resposta afetiva negativa causada por um conjunto de fatores, o medo, a dor e a sua intensidade. Esta percepção da dor

lombar surge quando a integridade física e/ou psicológica do doente é colocada sobre ameaça Loeser (2009).

Estes dados vêm corroborar análises anteriores no que concerne ao desconforto e à perturbação que as mulheres demonstram face aos homens no que respeita à expressão da dor e da perceção que têm de todo o processo com maior amargura e sofrimento. O sexo feminino apresenta formas mais dramáticas de expressão. Poderemos ponderar que este sentir emocional esteja intimamente relacionado com situações de base cultural, como experiências passadas, atenção, memórias e emoções que influenciam e desempenham um papel na forma como o paciente percebe a presença da dor e, por conseguinte, cada estímulo doloroso vivenciado quer no seu passado quer presentemente (Melzack, & Wall, 1965).

O objetivo geral do trabalho, ora apresentado, consistiu em avançar, através de um estudo exploratório, possíveis esclarecimentos sobre a confluência de variáveis envolvidas nas lombalgias recorrentes, numa amostra por conveniência da população adulta portuguesa.

Optou-se por articular dois tipos de metodologias, por forma a corresponder ao projeto inicial de investigação onde prevíamos desenvolver uma junção da metodologia quantitativa (materializada no Estudo 1 e assente na análise de dados provenientes da aplicação de instrumentos) com o cruzamento com a metodologia qualitativa (consubstanciada no Estudo 2), baseada na exploração de entrevistas, tendo-se atribuído primazia à primeira.

Estudos (Brener et al., 2013) apontam para a associação significativa de variáveis psicológicas como a depressão, a ansiedade e a somatização com a dor lombar. No entanto, em Portugal, são ainda poucos os trabalhos de investigação sobre a patologia em causa que afirmam epidemiologicamente bem como os fatores que se relacionam com a mesma, muito embora existam estudos que indicam uma recorrência elevada ao médico devido a lombalgias e o impacto socioeconómico que dela advém (Ponte, 2005). Neste sentido, e corroborando com Pais-Ribeiro (2010), optámos por realizar um estudo exploratório para recolha de informação por forma a verificar se o que a investigação em outros países tem demonstrado se poderia aplicar da mesma forma em Portugal. Tal consubstanciou-se nos objetivos delimitados para este trabalho de investigação, nomeadamente na associação da ansiedade e da depressão com a lombalgia nos indivíduos constituintes da nossa amostra e a existência de diferenças e associações estatisticamente significativas nas variáveis intervalares em estudo em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente sexo, idades, habilitações literárias, profissão, IMC e estado civil referentes aos mesmos e que concorrem, de acordo com a literatura a ocorrência das lombalgias (Dias, & Brito, 2002).

O recurso à entrevista no estudo 2 assentou no princípio de que é um método que permite a recolha de informação que dificilmente seria obtida de outra forma, nomeadamente pelo facto de ser desenvolvida sob a forma de conversa (Pais-Ribeiro, 2010) com um doente de lombalgia recorrente, e em que se colocam perguntas direccionadas para os dados que se pretendem recolher.

A análise de conteúdo cruzada com a análise qualitativa de teoria clássica com a teoria de resposta ao item (*Rasch*) revelou-se uma mais-valia em todo este trabalho

Ainda que de modo dissemelhante e concertado, mas reiteradamente genuíno, o capítulo das análises de resultados é a expressão mais integrada da observância do objetivo geral. Assim, da avaliação global das análises empreendidas, emergem um conjunto de conclusões, no que concerne às hipóteses delineadas de entrada, que passamos a compilar.

Começamos por destacar que, das sete hipóteses propostas, quatro delas foram confirmadas pelos dados obtidos, nomeadamente:

- A Hipótese 2, que previa que as duas dimensões das escalas *STAI* (*Y 1* e *2*) e a *BDI-II* estão adaptadas à população em estudo, apresentam boa consistência interna, boa homogeneidade de variância e ajuste às categorias de resposta originais. É confirmado pela observância dos resultados que as categorias de resposta dos instrumentos *STAI* (*Y 1* e *2*) e *BDI-II* cumprem com os critérios propostos por Linacre (2002), apontando para medidas úteis, eficazes e produtivas na avaliação da ansiedade e da depressão;

- As Hipóteses 3 e 4 que, respetivamente, supunham a existência de associações estatisticamente significativas entre a intensidade da dor (seja sensorial, afetiva, avaliativa ou mista) e a ansiedade e a depressão; e presumiam a forte probabilidade de que quanto maior for o nível de ansiedade maior será o nível de depressão. Estas hipóteses encontram a sua confirmação na matriz de correlações apresentadas na Tabela 6.50;

- A Hipótese 6, que fazia referência a que as lombalgias recorrentes são vivenciadas pelos sujeitos geralmente com grande intensidade emocional. Ocorreu-nos ser plausível ver esta hipótese confirmada com base na análise de conteúdo decorrente das entrevistas levadas a cabo.

- A Hipótese 5, que alude a que indivíduos com elevados níveis de ansiedade e depressão revelam níveis médios superiores de intensidade de dor. Consideramos que esta hipótese se encontra parcialmente confirmada, tendo em consideração que os resultados apontaram associações estatisticamente significativas positivas apenas entre a intensidade das dores musculares e os estados de ansiedade estado e traço e a depressão, o que não ocorre quando analisamos a relação com as dores na coluna vertebral (cf. Tabela 6.51).

As hipóteses 1 e 7 não foram confirmadas pelas análises empreendidas.

Por um lado, das análises diferenciais desenvolvidas tendo como base os dados sociodemográficos dos sujeitos da amostra e a incidência de problemas na coluna vertebral e/ou a frequência de dores musculares, salientou-se que apenas a idade oferece resultados positivos. Unicamente quando se compara a idade com a existência de problemas na coluna vertebral aparecem diferenças significativas.

Deste modo, inferimos a Hipótese 1, que previa a que os fatores sociodemográficos, tais como o sexo, a idade, o IMC, a profissão e o estado civil, influíam na incidência de lombalgias recorrentes.

Estes resultados não eram expectáveis, face a um conjunto de outros estudos (Silva, Fassa, & Valle, 2004; Ponte, 2005) onde se evidenciam diferenças significativas. Podemos tentar encontrar uma explicação exploratória na dimensão da amostra.

Por outro, os resultados provenientes das análises de diferenças de médias (através do teste *t-Student*) evidenciaram que não existem diferenças significativas entre os indivíduos femininos e masculinos nas pontuações das dimensões de ansiedade (*STAI Y1* e *Y2*), de depressão (*BDI*) e dor (*MPQ Total*). No entanto, salvaguarda-se que à exceção das dimensões do *MPQ*, as mulheres apresentam pontuações mais altas (cf. Tabela 6.52). Assim, inferimos a Hipótese 7, que previa a existência diferenças significativas no que concerne aos níveis de dor, ansiedade e depressão entre os homens e as mulheres.

Constrangimentos e Limitações

Os constrangimentos e as limitações são, sem dúvida, um dos fatores com os quais toda a investigação, com maior ou menor incidência, se debate.

Desde modo, não podemos deixar de salientar que os principais constrangimentos com que nos confrontamos foram, nomeadamente: alguma carência de investigações e literatura versando sobre os fatores que concorrem para a incidência das lombalgias, particularmente numa perspetiva holística do indivíduo; a grande dificuldade de recolha de dados em instituições hospitalares e, por fim, a taxa de dados válidos face ao número de protocolos distribuídos.

Uma limitação e também ela um outro constrangimento prende-se com o facto de a recolha de dados estar inteiramente dependente, por um lado, da receptividade das instituições hospitalares e, por outro pela voluntariedade dos utentes.

Sugestões para Futuras Investigações

As conclusões alcançadas estão indubitavelmente subordinadas ao material de base selecionado para efetuar o trabalho de pesquisa e às opções adotadas, consideramos por isso importante ensaiar e confrontar o presente trabalho com diferentes dados, o que face às limitações para a concretização do estudo, se assumiu como tarefa inexequível.

A obtenção de dados quantitativos com base em respostas conseguidas através dos mesmos instrumentos de medida a uma outra população seria a sugestão mais imediata. Esta aquisição de dados permitiria comparar perceções de doentes de uma maior diversidade, por um lado, de instituições hospitalares e, por outro de instituições promotoras de terapias não convencionais.

Uma outra sugestão prender-se-ia com uma análise mais minuciosa de algumas das variáveis em estudo, numa primeira abordagem, e uma melhor exploração das variáveis sociodemográficas, eventualmente com o aprofundar das análises estatísticas.

Por último, propomos a consideração de outras variáveis exógenas ao doente que poderiam introduzir uma riqueza teórica à investigação, induzida pela transposição de barreiras disciplinares, ou seja, o desenvolvimento de uma investigação de carácter multi e interdisciplinar que promovesse um quadro de inteligibilidade dos determinantes das lombalgias recorrentes.

Consideramos o nosso estudo enriquecedor no sentido de ser um contributo importante para a compreensão da interligação das diferentes variáveis usadas na nossa investigação, numa primeira abordagem, à população portuguesa, conjuntamente com outras consideradas pertinentes em estudos já realizados ou que venham a ser preconizados, com o intuito de se alcançar uma abordagem multidimensional da dor, da ansiedade e da depressão em doentes com lombalgias recorrentes em Portugal, tendo em conta as suas características individuais.

A mente e o corpo nunca se dividem,
apenas trabalham de forma diferente.
Só temos que lhes dar as ferramentas adequadas
para seguirem o seu verdadeiro caminho.

Gonçalves (2011)

Referências Bibliográficas

- Aguiar, R., & Caleffi, L. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente com dor. In C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos* (2.^a ed.) (pp. 689-701). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Airaksinen, O., Brox, J., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. (2006). Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(2), S192-300. doi: 10.1007/s00586-006-1072-1
- Akiskal, H. (2000a). Mood disorders: Clinical features. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) (pp. 2779-2848). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Akiskal, H. (2000b). Mood disorders: Introduction and overview. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) (pp. 2661-2692). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva. ISBN 9726625548
- Alchieri, J., & Cruz, R. (2003). *Avaliação psicológica: Conceitos, métodos e instrumentos*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo. ISBN 9788573962420
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5.^a ed.). Braga, Portugal: Psiquilíbrios. ISBN 9789729738852
- Almeida, T., Roizenblatt, S., & Tufik, S. (2004). Afferent pain pathways: A neuroanatomical review. *Brain Research*, 1000(1-2), 40-56. doi: 10.1016/j.brainres.2003.10.073
- Almeida, I., Sá, K., Silva, M., Baptista, A., Matos, M., & Lessa, I. (2008). Prevalência da dor lombar crónica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43(3), 96-102. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162008000200007>
- Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999). Estudo das características psicométricas de uma escala de Depressão, Ansiedade e Stresse em jovens adultos. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caíres (Orgs.) organizadores. *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 267-275). Braga, Portugal: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi. ISBN 9789727960200

- American Psychiatric Association (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). Arlington, Virginia: American Psychiatric Association. ISBN 9780890424650
- Anderson, I., Ejlertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class and pain localization. *Clinical Journal of Pain*, 9(3), 174-182.
- Andersson, G. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354(9178) 581-585. doi: 10.1016/S0140-6736(99)01312-4
- Andrés, J., & Garcia-Ribas, G. (2003). Neurophatic pain treatment: The challenge. *Pain Practice*, 3(1), 1-7. doi: 10.1046/j.1533-2500.2003.00001.x
- Antoniazzi, A., Dell’Aglío, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: Aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(Supl. 2), 28-34.
- Backonja, M. (2003). Defining neuropathic pain. *Anesthesia & Analgesia*, 97(3), 785–790. doi: 10.1213/01.ANE.0000062826.70846.8D
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Archives of International Medicine*, 163(20), 2433-2445. doi:10.1001/archinte.163.20.2433
- Bair, M., Wu, J., Damush, T., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), 890-897. doi: 10.1097/PSY.0b013e318185c510
- Bandura, A. (2004). The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change. In M. Salanova, R. Grau, I. Martinez, E. Cifre, S. Llorens, & M. García-Renedo (Eds.), *Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia* (pp. 33-51). Castellón, España: Colección Psyique. ISBN 8480214708
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1-2), 266-277.
- Barros, N. (2007). *Avaliação clínica do doente com dor*. In C. Pimenta, G. Curita, A. Galvão, & C. Corrêa (Eds.), *Simbidor – Arquivos do 8º Simpósio brasileiro e encontro internacional sobre a dor* (pp. 29-31). São Paulo, Brasil: Office Editora e Publicidade, Lda.

- Bartilotti, C., Scopel, E., & Cruz, R. (2006). Medidas de avaliação da percepção da dor utilizadas no Brasil. Retirado a 19 de outubro de 2013, de Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos, <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0312.pdf>
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., & Baños, J. E. (2003). El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 97-107. <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112003000200003>
- Beck, A. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961, June). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Beecher, H. (1946, Jan.). Pain in Men Wounded in Battle. *Annals of Surgery*. 123(1), 96–105.
- Bener, A., El-Rufaie, O. F., Kamran, S., Georgievski, A. B., Farooq, A., & Rysavy, M. (2006). Disability, depression and somatization in low back pain population. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 9(3), 257–263. doi: 10.1111/j.1479-8077.2006.00210.x
- Bener, A., Verjee, M., Dafeeah, E., Falah, O., Al-Juhaishi, T., Schlogl, J.,... Khan, S. (2013). Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *Journal of Pain Research*, 6, 95-101. <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S40740>
- Benjaminsson, O., Biguet, G., Arvidsson, I., & Nilsson-Wikmar, L. (2007). Recurrent low back pain: relapse from a patient perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 640–645. doi: 10.2340/16501977-0104
- Bennett, M., Smith, B., Torrance, N., & Lee, A. (2006). Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*, 122(3), 289-94. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.002
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

- Bergh, I., Steen, G., Waern, M., Johansson, B., Odén, A., Sjöström, B., & Steen, B. (2003). Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 903-912. [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(03\)00329-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(03)00329-4)
- Bhatti, Z., Salek, M., & Finlay, A. (2011). Chronic diseases influence major life changing decisions: a new domain in quality of life research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(6), 241–250. doi: 10.1258/jrsm.2011.110010
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston, MA: Allyn and Bacon. ISBN 9780205139262
- Björck-van Dijken, C., Fjellman-Wiklund, A., & Hildingsson, C. (2008). Low back pain, lifestyle factors and physical activity: A population-based study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 864-869. doi: 10.2340/16501977-0273
- Blazer, D., & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241–1252. doi: 10.1017/S0033291705004411
- Bonica, J. (1980). Introduction. In J. Bonica (Ed.), *Pain - Research publications: Association for research in nervous and mental disease* (Vol 58, pp. 1-17). New York, NY: Raven Press.
- Bonica, J. (1991). History of pain concepts and pain therapy. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 58(3), 191-202.
- Bonica, J., & Loeser, J. (2001). History of pain concepts and therapies. In J. Loeser, S. Butler, C. Chapman, & D. Turk (Eds.), *Bonica's management of pain* (3rd ed.) (pp. 3-16). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boyd, D. (2002). Classification and taxonomy of pain. In C. Tollison, J. Satterthwaite, & J. Tollison, *Practical pain management* (3rd ed.) (pp. 40-44). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2000). *SPSS for psychologists: A guide to data analysis using SPSS for Windows*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Brandão, C. (2006). Câncer e cuidados paliativos: definições. Retirado a 5 de dezembro de 2010, da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, <http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=305>
- Breivik, H., Borchgrevink, P., Allen, S., Rosseland, L., Romundstad, L., Hals,... Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17–24.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009

- Breton, D. (2007). *Compreender a dor*. Cruz Quebrada, Portugal: Estrela Polar.
- Bricot, B. (2001). *Posturologia* (2.^a ed.) São Paulo, Brasil: Ícone.
- Broderick, J., Schwartz, J., Vikingstad, G., Pribbernow, M., Grossman, S., & Stone, A. (2008, Sep.). The accuracy of pain and fatigue items across different reporting periods. *Pain*, 139(1), 146-57. doi: 10.1016/j.pain.2008.03.024
- Brown, G., Beck, A., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 371-377.
- Burton, A., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H., Henrotin, Y., Lahad, A.,... COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain (2004). Chapter 2 European guidelines for prevention in low back pain. *European Spine Journal*, 15(Suppl. 2), S136-168.
- Butchart, A., Kerr, E., Heisler, M., Piette, J., & Krein, S. (2009). Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *The Clinical Journal of Pain*, 25(4), 293-298. doi: 10.1097/AJP.0b013e31818bf574
- Caci, H., Bayle, F., Dossios, C., Robert, P., & Boyer, P. (2003). The Spielberg trait anxiety measures more than anxiety. *European Psychiatry*, 18(8), 394-400.
- Camargo-Andrade Filho, A. (2001). *Dor, diagnóstico e tratamento*. São Paulo, Brasil: Editora Roca, ISBN 8572412727
- Caraviello, E., Wasserstein, S., Chamlian, T., & Masiero, D. (2005). Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de escola de postura. *Acta Fisiátrica*, 12(1), 11-4.
- Carli, G. (2011). Historical perspective and modern views on pain physiology: From psychogenic pain to hyperalgesic priming. *Archives Italiennes de Biologie*, 149(Suppl.), 175-186.
- Carvalho, A., & Alexandre, N. (2006). Qualidade de vida e sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho em professores do ensino fundamental. *Fisioterapia Brasil*, 7(4), 279-284.
- Carvalho, M. (1999). *Dor: Um estudo multidisciplinar* (2.^a ed.). São Paulo, Brasil: Summus.
- Carvalho, W., & Lemônica, L. (1998). Mecanismos centrais de transmissão e de modulação da dor. Atualização terapêutica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 48(3), 221-241.
- Castillo, A. (1999). *El dolor a través de la historia y del arte*. Madrid, España: Acción Médica. ISBN 9788488336040

- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *Pain Proposal – A dor crónica em Portugal*. Retirado a 15 de dezembro de 2013, https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Castro, M., Quarantini, L., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K., Kraychete, D., & Oliveira, I. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crónica e o impacto sobre qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 126-129. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000400002>
- Cervejo, F., & Laird, J. (1999). Visceral pain. *Lancet*, 353, 2145-2148.
- Chapman C. (1986). Pain, perception and illusion. In R. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (pp.153-179). New York, NY: Raven Press.
- Cheville, A., Caraceni, A., & Portenoy, R. (2000). Pain: Definition and assessment. In M. Massie (Ed.), *Pain: What psychiatrists need to know* (pp. 1-22). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Choratto R., & Stabille, S. (2003). Incidência de lombalgia entre pacientes encaminhados em 2001 a uma instituição privada de saúde para tratamento fisioterápico. *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 7(2): 99-106.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2(27), 143-157.
- Coelho, L., Almeida, V., & Oliveira, R. (2005). Lombalgia nos adolescentes: Identificação de factores de risco psicossociais. Estudo epidemiológico na região da grande Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 81-90. ISSN 0870-9025
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17(4), 222-6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00663-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00663-6)
- Cohen, S., & Mao, J. (2014). Neuropathic pain: Mechanisms and their clinical implications. *British Medical Journal*, 348-f7656. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f7656>
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de psiquiatria clínica* (2.^a ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Coste, J., Paolaggi, J., & Spira, A. (1992). Classification of nonspecific low back pain I: Psychological involvement in low back pain: A clinical descriptive approach. *Spine*, 17(9), 1028-1037.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra, Portugal: Almedina.

- Covington, E. (2000). Psychogenic pain: What it means, why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Medicine*, 1(4), 287–294.
- Damásio, A. (2009). *Erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano* (25.^a ed.). Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América. ISBN 9789721039445
- Davar, G., & Maciewicz, R. (1989). Deafferentation pain syndromes. *Neurologic Clinics*, 7(2), 289-304.
- Descalzi, G., Ikegami, D., Ushijima, T., Nestler, E., Zachariou, V., & Narita, M. (2015, Apr.). Epigenetic Mechanisms of Chronic Pain. *Trends in Neurosciences*, 38(4), 237-246.
- De Vet, H., Heymans, M., Dunn, K., Pope, D., van der Beek, A., Macfarlane, G.,... Croft, P. (2002). Episodes of low back pain: A proposal for uniform definitions to be used in research. *Spine*, 27(21), 2409-2416. doi: 10.1097/01.BRS.0000030307.34002.BE
- De Vitta, A. (1996). A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação, com a idade e o sexo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 1(2), 67-72.
- Deyo, R. (1998). Low back pain. *Scientific American*, 279(2), 48-53.
- Dias, M., & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1(10), 91-105.
- Dionne, C. E. (2010). Measuring chronic pain in populations. In P. Croft, F. Blyth & D. van der Windt (Eds.), *Chronic pain epidemiology: From aetiology to public health* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press. ISBN 9780199235766
- Direção Geral de Saúde (2003). Circular Normativa N.º 09/DGCG, de 14 de junho de 2003, pp. 1-67. Ministério da Saúde. A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Retirado a 10 outubro 2013, da Direção Geral de Saúde, http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf
- Direção Geral da Saúde (2004). Circular Normativa N.º 12/DGCG, de 2 de julho de 2004, pp. 1-67. Ministério da Saúde. Programa nacional contra as doenças reumáticas. Retirado a 17 dezembro de 2013, da Direção Geral de Saúde, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2005). Circular Normativa N.º 03/DGCG, de 17 de março de 2005, pp. 1-25. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Retirado a 23 de março de 2015, da Direção Geral de Saúde, <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>

- Direção Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD, de 18 de junho de 2008, pp. 1-16. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Controlo da Dor. Retirado a 10 outubro de 2013, da Direção Geral da Saúde, <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Dougall, A., & Baum, A. (2012). Stress, health, and illness. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed.) (pp. 53-78). New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Dozois, D., & Dobson, K. (2010). Depression. In M. Antony, & D. Barlow (Eds.), *Handbook of assessing and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.) (pp. 344-389). New York, NY: The Guilford Press. ISBN 9781606238684
- Drayer, R., Mulsant, B., Lenze, E., Rollman, B., Dew, M., Kelleher, K.,... Reynolds III, C. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 973–982. doi: 10.1002/gps.1389
- Edwards, R., Doleys, D., Lowery, D., & Fillingim, R. (2003). Pain tolerance as a predictor of outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain: differential effects as a function of sex. *Pain*, 106(3), 419–426. doi: 10.1016/j.pain.2003.09.004
- Ehrlich, G. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 671-676.
- Ericsson, M., Poston, W., Linder, J., Taylor, J., Haddock, C., & Foreyt, J. (2002). Depression predicts disability in long-term chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 24, 334-340.
- Eriksen, W., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (1999). Smoking, heavy physical work and low back pain: A four-year prospective study. *Occupational Medicine*, 49(3), 155-160. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/49.3.155>
- Faller, A., & Schuenke, M. (2004). *The human body: An introduction to structure and function*. New York, NY: Thieme. ISBN 9781588901224
- Ferguson, R., & Ahles, T. (1998). Private body consciousness, anxiety and pain symptom reports of chronic pain patients. *Behavior Research Therapy*, 36(5), 527–535. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00048-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00048-5)
- Fernandes, B., & Gomes, C. (2011). Mecanismos e aspectos anatómicos da dor. *Saúde e Pesquisa*, 4(2), 237-246. ISSN 1983-1870
- Fernandes Filho, J. (2003). A prática da avaliação física (2.^a ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Shape.

- Fernandes, R., Oliveira, A., & Freitas Júnior, I. (2006). Correlação entre diferentes indicadores de adiposidade corporal e atividade física habitual em jovens do sexo masculino. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 8(4),32-8.
- Fernandes, S., & Souza, V. (2009). Análise da ansiedade e depressão para uma amostra não clínica. *Psicologia em Foco*, 2(1), 39-47.
- Fernández-Torres, B., Márquez, C., & De las Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad: Evolución histórica - I. De la prehistoria a la ilustración. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6(4), 281-291.
- Ferreira, M. (2009). *Variáveis psicológicas na lombalgia crónica: Um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura* (Tese de Doutoramento não publicada). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2009a). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicologia*, 3(2), 8-17. ISSN 1989-3809
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2009, fev.b). *Depressão e ansiedade em pessoas com dor crónica músculo-esquelética*. 5.^{as} Jornadas de Saúde Mental, Vila Nova de Gaia: Portugal.
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2010). Pain – related interference in daily life: Validation of a Portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. In F. Cruz, & J. Petrus (Orgs), *Saúde, Cultura e Sociedade. Actas do 5.º Congresso Internacional* (pp 164-181). Viseu, Portugal: AGIR.
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2012). Further validation of Portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud*, 1(23), 89-96. ISSN 1130-5274
- Ferreira, M., & Torres, I. (2000). Dor crônica. In M. Ferreira, & I. Torres (Eds.), *Bases Fisiológicas dos Transtornos Psiquiátricos* (pp. 181-200). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Ferreira, S., & Pereira, M. (2011). Preditores da qualidade de vida e incapacidade funcional em doentes com lombalgia crónica em tratamento diferenciado. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 244-268. ISSN 1516-0858
- Fillingim, R., & Roger, B. (2003). Sex-related influences on pain: A review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, 48(3), 165-174. doi: 10.1037/0090-5550.48.3.165

- Fillingim, R., King, C., Ribeiro-Dasilva, M., Rahim-Williams, B., & Riley, J. (2009). Sex, gender and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447-485. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Finnerup, N., Sindrup, S., & Jensen, T. (2010). The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain*, 150 (3), 573–581. doi: 10.1016/j.pain.2010.06.019
- Fishbain, D., Goldberg, M., Meagher, B., Steele, R., & Rosomoff, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*, 26 (2), 181-197. [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(86\)90074-6](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(86)90074-6)
- Fishman, S., Ballantyne, J., & Rathmell, J. P. (2010). *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9780781768276
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: Pensar o sofrimento*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento. ISBN 9789723606591
- Flick, U., (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa, Portugal: Monitor. ISBN 9789729413674
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia* (Vol. I). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0757-0
- Freire, M. (2000). *O efeito do condicionamento físico pela caminhada, na dor lombar crônica* (Tese de Doutorado). Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Freire, M. (2004). Lombalgia e lombociatagia. In J. Natour (Ed.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 77-94). São Paulo, Brasil: Etcetera. ISBN 8598797014
- Frymoyer, J. (1992). Predicting disability from low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, 101-9.
- Gala, F., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez, A., & Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuaderno de Medicina Psicométrica y Psiquiatria de enlace*, 66, 46-55.
- García, M., García, I., Cerón, M., Martínez, J., & Moya-Faz, F. J. (2010). Relación entre dolor lumbar y ansiedad y su implicación terapêutica. *Revista de Fisioterapia*, 9(2), 35-43.
- Garcy, P., Mayer, T., & Gatchel, R. (1996). Recurrent or new injury outcomes after return to work in chronic disabling spinal disorders. *Spine*, 21, 952–959.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Golianu, B., Krane, E., Galloway, K., & Yaster, M. (2000). Pediatric acute pain management. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 559-587.

- Gonçalves, J. (2008). *Uma abordagem psicossomática do stress e da ansiedade em pessoas com lombalgias – um estudo exploratório em funcionários de escritório* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Gordon, D. (1996). Critical pathways: A road to institutionalizing pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(4), 252-259.
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, 29(2), 100-107.
- Grabois, M. (2002). Conceptual models of pain and its management. In T. Monga, & M. Grabois (Eds.), *Pain management in rehabilitation* (pp. 1-22). New York, NY: Demos Medical Publishing.
- Grabois, M. (2005) Management of chronic low back pain. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation*, 84(Suppl. 3), 29-41.
- Grachev, I., Fredrickson, B., & Apkarian, A. (2002). Brain chemistry reflects dual states of pain and anxiety in chronic low back pain. *Journal of Neural Transmission*, 109, 1309-1334. doi: 10.1007/s00702-002-0722-7
- Graham, C., Bond, S., Gerkovich, M., & Cook, M. R. (1980). Use of the McGill pain questionnaire in the assessment of cancer pain: Replicability and consistency. *Pain*, 8(3), 377-387. doi: 10.1016/0304-3959(80)90081-0
- Graham, C., Higuera, L., & Lora, E. (2011). Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Economics*, 20(12), 1431–1447. doi: 10.1002/hec.1682
- Grieve, G. (1994). *Moderna terapia manual da coluna vertebral*. São Paulo, Brasil: Pan Americana.
- Grossi, G., Soares, J., & Lundberg, U. (2000). Gender differences in coping with musculoskeletal pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 305-321. doi: 10.1207/S15327558IJBM0704_03
- Grotle, M., Brox, J., & Vøllestad, N. (2003). Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 241-247. doi: 10.1080/ 16501970310006452
- Guedes, D., & Guedes, J. (1998). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes do município de Londrina (PR), Brasil. *Motriz*, 4(1), 18-25.
- Gutiérrez, G., & Cadena, L. (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Brief historical research on pain study*, 4(10), 26-30.

- Haanpää, M., & Hietaharj, A. (2010). Dor Neuropática Centra. In A. Kopf, & N. Pate (Eds.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 201-207). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. Retirado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- Haanpää, M., & Treede, R. (2010, Sep.). Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain. In J. Ballantyne (Ed.), *Pain Clinical updates*, XVIII(7), 1-6.
- Hägg, O., Burckhardt, C., Fritzell, P., & Nordwall, A. (2003). Quality of life in chronic low back pain: A comparison with fibromyalgia and the general population. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 11(1), 31-38. doi: 10.1300/J094v11n01_06
- Haldeman, S., Kirkaldy-Willis, W., & Bernard, T. (2002). *An Atlas of Back Pain*. London, England: The Parthenon Publishing Group. ISBN 1-84214-076-0
- Hales, T., Sauter, S., Peterson, M., Fine, L., Putz-Anderson, V., Schleifer, L., Ochs, T., & Bernard, B. (1994). Musculoskeletal disorders among visual display terminal users in a telecommunications company. *Ergonomics*, 37(10), 1603-1621. doi: 10.1080/00140139408964940
- Hamil, J., & Knutzen, K. (2012). *Bases Biomecânicas do Movimento Humano* (3.^a ed.). São Paulo, Brasil: Manole. ISBN 9788520431559
- Hansen, G., & Streltzer, J. (2005). The Psychology of Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(2), 339-348. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2004.12.005>
- Hansson, T., & Hansson, E. (2000). The effects of common medical interventions of pain, back function, and work resumption in patients with chronic low back pain. *Spine*, 25(23), 3055-3064.
- Härter, M., Reuter, K., Gross-Hardt, K., & Bengel, J. (2001). Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation: Validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. *Disability and Rehabilitation*, 23(16), 737-744. doi: 10.1080/09638280110062176
- Härter, M., Reuter, K., Weisser, B., Schretzmann, B., Aschenberenner, A., & Bengel, J. (2002). A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 461-467. <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2002.30924>
- Hauser, C., Benetti, M., Rabelo, F. (2004). Estratégias para o emagrecimento. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 6(1), 72-81. ISSN 1415-8426

- Helme, R., & Gibson, S. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 417-431. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-0690\(05\)70078-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-0690(05)70078-1)
- Herdon, C., Hutchison, R., Berdine, H., Stacy, Z., Chen, J., Farnsworth, D.,... Fermo, J. (2008). Management of Chronic Nonmalignant Pain with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *Pharmacotherapy*, 28(6), 788–805. doi: 10.1592/phco.28.6.788
- Hergenhahn, B., & Henley, T. (2014). An introduction to the history of psychology (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth. ISBN 9781133958093
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., & Manniche, C. (2003). Low back pain: What is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*, 12(2), 149-165. doi: 10.1007/s00586-002-0508-5
- Hildebrandt, J., Pfingsten, M., Saur, P., & Jansen, J. (1997). Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine*, 22(9), 990-1001.
- Hochschuler, S., & Reznik, B. (2000). Trate sua coluna sem cirurgia: As melhores alternativas não-cirúrgicas para eliminar dor nas costas e no pescoço. São Paulo, Brasil: Manole. ISBN 8520409806
- Hoddevik, G., & Selmer, R. (1999). Chronic low back pain in 40-year olds in 12 Norwegian counties. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 119(15), 2224-2228.
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinde, R. (2010). The epidemiology of the low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769–781. doi:10.1016/j.berh.2010.10.002
- Huber, C., Kunz, M., Artelt, C., & Lautenbacher, S. (2010). Attentional and emotional mechanisms of pain processing and their related factors: a structural equations approach. *Pain Research & Management*, 15(4), 229-237.
- Huge, V., Schloderer, U., Steinberger, M., Wuenschmann, B., Schöps, P., Beyer, A., & Azad, S. C. (2006). Impact of a functional restoration program on pain and health-related quality of life in patients with chronic low back pain. *Pain Medicine*, 7(6), 501-508. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00238.x
- Hulbert-Williams, N., Morrison, V., Wilkinson, C., & Neal, R. (2013). Investigating the cognitive precursors of emotional response to cancer stress: Re-testing Lazarus's transactional model. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 97–121. doi: 10.1111/j.2044-8287.2012.02082.x
- Hurwitz, E., & Morgenstern, H. (1997). The effects of comorbidity and other factors on medical versus chiropractic care for back problems. *Spine*, 22(19), 2254–2264. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-199710010-00011>

- Hwang, S., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., & MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *Journal Pain*, 12(2), 12-73. doi: 10.1186/1471-2296-12-73
- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición de Dolor: Un imperativo de nuestros días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2(13), 65-72. ISSN 1134-8046
- IBM Corporation (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. New York, NY: IBM Corporation.
- Inquérito Nacional de Saúde, & Instituto Nacional de Estatística (2005/2006). *Indicadores adicionais resultantes do 4º Inquérito Nacional de Saúde, Dor Crónica*. Retirado a 14 de dezembro 2013, do Instituto Nacional de Saúde, <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/Indicadoresadicionais4INS.aspx>
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3(Suppl.), 1-226.
- International Association for the Study of Pain (2009). *Global year against cancer pain: October 2008-October 2009*. Retirado a 14 setembro 2013, da International Association for the Study of Pain, http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/CancerPainFactSheets/TotalCancerPain_Final.pdf
- International Association for the Study of Pain (2012). *IASP taxonomy*. Retirado a 14 Setembro 2013, da International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- International Association for the Study of Pain (2014). *Global year against neuropathic pain*. Retirado de <http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorNeuropatica/en/WhatIsNeuropathicPain.pdf>
- International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy (1994). Part III: Pain terms - A current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey, & N. Bogduk (Eds.), *Classification of Chronic Pain* (pp. 209-214) (2nd ed.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. Retirado a 14 de setembro 2013, da International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Janwantanakul, P., Pensri, P., Moolkay, P., & Jiamjarasrangsri, W. (2011). Development of a risk score for low back pain in office workers – a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(23), 1-8. doi:10.1186/1471-2474-12-23
- Jaros, J. (1991). The Concept of Pain. *Critical Care Nursing Clinics of North America Journal*, 3(1), 1-10.

- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto, Portugal: Edições ASA. ISBN 9789724141220
- Julian, L. (2011, Nov.). Measures of anxiety. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(Suppl. 11), 467-472. doi:10.1002/acr.20561
- Katon, W., Unützer, J., & Russo, J. (2010). Major depression: The importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depression and Anxiety*, 27(1), 19-26. doi:10.1002/da.20613
- Keefe, F., Brown, G., Wallstone, G., & Caldwell, D. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- Keefe, F., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioural and cognitive-behavioral approaches to chronic pain, recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 528-536. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.4.528>
- Kessler, R., Birnbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K.,... Stein, D. (2010). Age-differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO world mental health survey initiative. *Depression and Anxiety*, 27(4), 351–364. doi 10.1002/da.20634
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl. II), 54-S64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Kraychete, D., & Sakata, R. (2011). Neuropatias periféricas dolorosas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(5), 649-658. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000500014>.
- Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 21(1), 77-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>
- Krivoy, S., Tabasca, M., Adelaide, W., & Díaz, M. (2010). El dolor en la historia. En C. Aoün Soulie, & L. Briceño-Iragorry (Eds.), *Colección Razetti* (Vol. X, pp. 163-224). Caracas, Venezuela: Ateproca. ISBN 9789806905719
- Ladeira, C. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(3), 190-199. ISSN 1413-3555
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. Fibromyalgia syndrome: What's new in 2009? *Revue du Rhumatisme*, 76, 529–536. doi:10.1016/j.rhum.2009.02.001

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer. ISBN 9780826141910
- Leboeuf-Yde, C. (2000). Body Weight and Low Back Pain: A Systematic Literature Review of 56 Journal Articles Reporting on 65 Epidemiologic Studies. *Spine*, 25(2), 226 -37.
- Lee, P., Helewa, A., Goldsmith, C., Smythe, H., & Stitt, L. (2001). Low back pain: prevalence and risk factors in an industrial setting. *Journal of Rheumatology*, 28(2), 346-51.
- Leonard, M. & Cano, A. (2006). Pain affects spouses too: Personal experience with pain and catastrophizing as correlates of spouse distress *Pain*, 126(1-3), 139–146. doi: 10.1016/j.pain.2006.06.022
- Linacre, J. M. (2002). What do infit and outfit, mean-square and standardized mean. *Rasch Measurement Transactions*, 16(2), 878.
- Linacre, J. M. (2015). Winsteps® (Version 3.91.0) [Computer Software]. Beaverton, OR: Winsteps.com.
- Linton, S. (1990). Risk factors for neck and back pain in a working population in Sweden. *Work and Stress*, 4, 41-49. doi: 10.1080/02678379008256963
- Livingstone, W. (2012). *Pain mechanisms: A physiologic interpretation of causalgia and its related states*. Boston, MA: Springer. ISBN 9781461342922
- Loduca, A., & Samuelian, C. (2003). Avaliação psicológica do doente com dor. In M. Teixeira, J. Braum Filho, J. Marquez, & L. Yeng (Eds.), *Dor: Contexto interdisciplinar* (pp. 191-204). Curitiba: Maio.
- Loeser, J. (2006). Pain as a disease. In S. Cervero, & T. Jensen (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 81, pp. 11-20). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier. ISBN 0444519017
- Loeser, J. (2009). Aspectos actuais do controle da dor. In J. Von Roenn, J. Paice, & M. Preodor (Eds.), *Current diagnóstico e tratamento da dor* (pp. 1-9). São Paulo, Brasil: McGraw-Hill. ISBN 9788577260546
- Loeser, J. (Eds.) (2011). *Classification of Chronic Pain* (2nd ed. revised). Retirado 13 de setembro de 2013, da International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>
- Loeser, J., & Treede, R. (2008). The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. *Pain*, 137(3), 473–477. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.025
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.) Sydney, Australia: Psychology Foundation. ISBN 733414230
- Lucas, R., & Monjardino, M. (2010). O estado da reumatologia em Portugal. Lisboa, Portugal: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.

- Lumley, M., Cohen, J., Borszcz, G., Cano, A., Radcliffe, A., Poster, L., & Keefe, F. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 9(67), 942-968. doi: 10.1002/jclp.20816
- Lynch, M. (2001). Antidepressants as analgesics: A review of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(1), 30-36. ISSN 1488-2434
- Madeira, J., Frederico, B., Braga, E., & Barbosa, L. (2002). Prevalência de lombalgias em académicos de fisioterapia no ambulatório de um hospital universitário. *Fisioterapia Brasil*, 3(6), 371-376. ISSN 1518-9740
- Main, C., & Spanswick, C. (2000). *Pain management: An interdisciplinary approach*. Edinburgh, England: Churchill Livingstone. ISBN 0443056838
- Marcus, M., Yasamy, M., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression: A global public health concern*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Marôco, J. (2010a). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number. ISBN 9789899676336
- Marôco, J. (2010b). *Análise Estatística com o PASW Statistics: Ex SPSS*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number. ISBN 9789899676305
- Marquez, J. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32.
- Marras, W., Ferguson, S., Burr, D., Schabo, P., & Maronitis, A. (2007). Low back pain recurrence in occupational environments. *Spine*, 32(21), 2387-2397. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181557be9
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: Resultados Preliminares. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 123-132.
- Martins, A., & Silva, Y. (2002). Doenças oncológicas e representações sociais. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 9, 11-24.
- Martins, H., Teixeira, J., Silva, J., Costa, T., & Queiroz, M. (1991). Questionário de McGill/Melzack para a dor: Adaptação para a língua Portuguesa. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 16(6), 83-91.
- Martins, I. (2006). Lombalgias: Porquê tantos insucessos terapêuticos? *Dor*, 14(3), 7-9.
- Masters, G., & Wright, B. (1984). The essential process in a family of measurement models. *Psychometrika*, 49(4), 529-544. Retirado a 10 de setembro de 2015, http://personal.psc.isr.umich.edu/yuxie-web/files/soc543/Masters_Wright1984.pdf

- Matos, A. (2010). Lombalgias. *Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, 8, 12-14.
- McCracken, L., Gross, R., Aikens, J., & Carnrike, C. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 927-933. ISSN 0005-7967
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(1-2), 7-37. doi: 10.1300/J002v06n01_02
- McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1994). *Terapia familiar médica, em enfoque biopsicossocial com problemas de saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press. ISBN 0195165675
- McGuire, D. B., Kim, H. J., & Lang, X. (2004). Measuring pain. In M. Frank-Stromborg, & S. J. Olsen (Eds.), *Instruments for clinical health-care research* (pp. 603-644). London, England: Jones & Bartlett Publishers. ISBN 9780763722524
- McLaughlin, T., Khandker, R., Kruzikas, D., & Tummala, R. (2006). Overlap of anxiety and depression in a managed care population: Prevalence and association with resource utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1187–1193. ISSN 0160-6689
- McMahon, S., Koltzenburg, M., Tracey, I., & Turk, D. (2013). *Wall & Melzack's textbook of pain* (6th ed.). Oxford, England: Elsevier. ISBN 9780702053740
- McWilliams, L., Cox, B., & Enns, M. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1), 127–133. doi: 10.1016/S0304-3959(03)00301-4
- Mehta, A., & Chan, L. (2008). Understanding of the concept of "total pain": A prerequisite for pain control. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), 26-32. doi: 10.1097/01.NJH.0000306714.50539.
- Mello Filho, J., & Burd, M. (Eds.) (2010). *Psicossomática hoje* (2.^a ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536322117
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: Major prospective and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5
- Melzack, R. (1980). Psychological aspects of pain. *Pain*, 8, 145.
- Melzack, R. (1983). The McGill Pain questionnaire. In R. Melzack (Ed.), *Pain Measurement and Assessment* (pp. 41-47). New York, NY: Raven Press. ISBN 0890048932
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6(Suppl.), 121-126.

- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378-1382.
- Melzack, R. (2005). The McGill pain questionnaire: From description to measurement. *Anesthesiology*, 103(1), 199–202.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses - Proceedings of the First International Symposium on the Skin Senses* (pp. 423-439). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Melzack, R., & Casey, K. (1972). The affective dimension of pain. In M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions: The Loyola Symposium*, Vol. 7 (2nd ed.) (pp. 55-68). New York, NY: Academic Press. ISBN 9781483216133
- Melzack, R., & Katz, J. (2013). Pain measurement in adult patients. In S. McMahon, M. Koltzenburg, I. Tracey, & D. Turk, *Wall & Melzack's textbook of pain* (6th ed.) (pp. 301-314). Oxford, England: Elsevier. ISBN 9780702053740
- Melzack, R., & Torgerson, W. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34(1), 50-59.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Menescal-de-Oliveira, L., & Silva, L. (2009). Mecanismos neurais e modulação da dor. In O. Neto, C. Costa, J. Siqueira, & M. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática* (pp. 235-246). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536317014
- Merskey, H. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249-252.
- Merskey, H. (1980). Some features of the history of the idea of pain. *Pain*, 9(1), 3-8. doi: 10.1016/0304-3959(80)90024-X
- Merskey, H., & Bogduk, N. (Eds.) (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. ISBN 0-931092-05-1
- Merskey, H., Lindblom, U., Mumford, J., Nathan, P., & Sunderland, S. (1994). Part III: Pain terms - A current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey, & N. Bogduk (Eds.), *Classification of Chronic Pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (pp. 207-213) (2nd ed.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. ISBN 0931092051
- Mineiro, J., Canas, J., Barroso, L., & Fernandes, P. (2006). Dor discogénica na lombalgia – Parte I: Etiopatogenia e clínica. *Dor*, 14(3), 13-16. ISSN: 0872-4814

- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, & Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado a 9 novembro 2013, do Ministério da Saúde, <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- Miró, J. (2010). Dolor crónico: ¿un problema de salud pública también entre los más jóvenes?. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 17(7), 301-303. ISSN 1134-8046
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Almedina. ISBN 9789724021423
- Mortimer, M., Wiktorin, C., Pernol, G., Svensson, H., Vingård, E., & Music-Norrtälje study group (2001). Sports activities, body weight and smoking in relation to low back pain: a population-based case-referent study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 11(3), 178-184. doi: 10.1046/j.1524-4725.2001.110308.x
- Mullersdorf, M., & Soderback, I. (2000). The actual state of the effects, treatment and incidence of disabling pain in a gender perspective: A Swedish study. *Disability and Rehabilitation*, 22(18), 840-854.
- Munce, S., & Stewart, D. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48(5), 394-399. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.394>
- Nachemson, A. (1992). Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 279, 8-20.
- Natour, J. (Ed.) (2004). *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos*. São Paulo, Brasil: Etcetera. ISBN 8598797014
- Navega, M., & Tambasci, R. (2011). Efeitos da terapia manual de Maitland em pacientes com lombalgia crônica. *Terapia Manual*, 9(44), 450-456.
- Netter, F. (1998). *Interactive atlas of human anatomy* (2nd ed.). New South Wales, Australia: Novartis.
- Ocarino, J., Gonçalves, G., Vaz, D., Cabral, A., Porto, J., & Silva, M. (2009). Correlation between a functional performance questionnaire and physical capability tests among patients with low back pain. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(4), 343-349. ISSN 1413-355
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da saúde* (2.^a ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

- Olson, K. (2013a). History of pain: A brief overview of the 19th and 20th centuries. *Practical Pain Management*, 13(7), 17-22. Retirado a 4 de dezembro de 2013, de Practical Pain Management, <http://www.practicalpainmanagement.com/treatments/history-pain-brief-overview-19th-20th-centuries>
- Olson, K. (2013b). History of pain: The nature of pain. *Practical Pain Management*, 14(5). Retirado a 4 de dezembro de 2013, de Practical Pain Management, <http://www.practicalpainmanagement.com/pain/acute/history-pain-nature-pain>
- Orduna, G. (Ed.) (2000). “*La lumbalgia*” en atención primaria: *Guía de actuación*. Navarra, España: Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea.
- Ossipov, M. (2012). The perception and endogenous modulation of pain. *Scientifica*, 2012, 1-25. <http://dx.doi.org/10.6064/2012/561761>
- Pagura, J. (2009). Taxonomia da dor. In O. Neto, C. Costa, J. Siqueira, & M. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática* (pp. 91-93). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536317014
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em Psicologia* (2.^a ed.). Lisboa, Portugal: Placebo. ISBN 9789898463012
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Lovibond & Lovibond. *Psycologica*, 36, 235-46.
- Pais-Ribeiro, J., & Leal, I. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em Psicologia da Saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 357-370.
- Pais-Ribeiro, J., & Marques, E. (2013). Comportamentos (a) normais e recurso à entrevista estruturada na avaliação de (in)imputáveis juridicamente privados de liberdade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 564 – 579.
- Pais-Ribeiro, J., Matavelli, R., Vagos, P., Torres, A., Direito, I., & Pereira, A. (Eds.) (2012, fev.). Resumos do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(Supl.), 1-278. ISSN: 1645-0086
- 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. doi: 10.1080/13548500500524088
- Palmer, K., Walsh, K., Bendall, H., Cooper, C., & Coggon, D. (2000). Back pain in Britain: Comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. *British Medical Journal*, 320(7249), 1577-1578.

- Papageorgiou, A., Croft, P., Ferry, S., Jayson, M., & Silman, A. (1995). Estimating the prevalence of low back pain in the general population: Evidence from the South Manchester back pain survey. *Spine*, 20(17), 1889-1894.
- Papageorgiou, A., Macfarlane, G., Thomas, E., Croft, P., Jayson, M., & Silman, A. (1997). Psychosocial factors in the work place: Do they predict new episodes of low back pain? Evidence from the South Manchester back pain study. *Spine*, 22(10), 1137-1142.
- Pasero, C. (2004). Pathophysiology of neuropathic pain. *Pain Management Nursing*, 5(4 Suppl. 1), 3-8.
- Passik, S., Kirsh, K., & Portenoy, R. (2009). Dor e dependência química. In J. Von Roenn, J. Paice & M. Preodor (Eds.), *Current diagnóstico e tratamento da dor* (pp. 78-84). São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Payne, R. (1987). Anatomy, physiology and neuropharmacology of cancer pain. *The Medical Clinics of North America*, 71(2), 153-167.
- Pennabacker, J. (1982). The psychology of physical symptoms. New York, NY: Springer-Verlag. ISBN 3540907300
- Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). O papel do enfermeiro de família na prevenção e superação da claudicação familiar em situação de doença crónica. In J. Carvalho, M. Barbieri-Figueredo, H. Fernandes, A. Vilar, L. Andrade, M. Santos,... P. Oliveira (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 231-235). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem. ISBN 9789899610361
- Pereira, L., & Sousa, F. (2007). Categorization of postoperative pain descriptors in the sensitive, affective and evaluative dimensions of painful experiences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 563-567. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400007>
- Pereira, M., & Ramalheiro, A. (2006). Lombalgias e qualidade de vida. In L. Agualusa, J. Lopes, T. Patto, & S. Serra (Eds.), *Lombalgias – 2. Dor*, 14(4), 24-31. ISSN: 0872-4814
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J., & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6(12), 373-384. ISSN 1134-8046
- Persch, L., Cepeda, C., Provensi, C., Rodacki, C., & Rodacki, A. (2007). Influência do gênero sobre a variação da estatura. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 21(1), 61-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092007000100006>

- Petit, A., Fouquet, N., & Roquelaure, Y. (2015). Chronic low back pain, chronic disability at work, chronic management issues. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 41(2),107-110. doi:10.5271/sjweh.3477
- Phipps, W., Long, B., Woods, N. & Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica* (2.^a ed.) Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Picavet, H. (2010). Musculoskeletal pain complaints from a sex and gender perspective. In P. Croft, F. Blyth & D. van der Windt (Eds.), *Chronic pain epidemiology: From aetiology to public health* (pp. 119-126). New York, NY: Oxford University Press. ISBN 9780199235766
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J., & Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6(2), 123-130.
- Pimenta, C. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In M. Carvalho (Ed.), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (pp. 31-46). São Paulo, Brasil: Summus.
- Pincus, T. (2006). Effect of cognition on pain experience and pain behaviour, diathesis-stress and the causal conundrum. In K. Young, A. Kane, & K. Nicholson (Eds.), *Psychological knowledge in court: PTSD, Pain, and TBI* (pp. 166-193). New York, NY: Springer.
- Pinheiro, A., Freitas, S., & Corso, A. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(4), 523-533, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>
- Polito, M, Neto, G., & Lira, V. (2003). Componentes da aptidão física e sua influência sobre a prevalência de lombalgia. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(2), 35-40.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: Sua relação com as características sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.
- Queiroz, M. (2003). *Doenças reumáticas: Manual para doentes*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva. ISBN 9789726622758
- Rachlin, H. (2005). What Müller's law of specific nerve energies says about the mind. *Behavior and Philosophy*, 33, 41-54.
- Rachlin, H. (2014). *The escape of the mind*. New York, NY: Oxford University Press. ISBN 9780199322367
- Radu, A. S. (2004). Abordagem prática das algias vertebrais comuns. In J. Natour (Ed.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 213-234). São Paulo, Brasil: Etcetera. ISBN 8598797014

- Rainville, P., Bao, Q., & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118(3), 306-318. doi: 10.1016/j.pain.2005.08.022
- Raj, P. (2003). *Pain medicine: A comprehensive review* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby. ISBN 0323014704
- Rangé, B. (2001). Programa de treinamento à distância para tratamento de transtorno do pânico e agorafobia. In M. Marinho, & V. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 153-175). Londrina, Brasil: Universidade Estadual de Londrina.
- Rehm, L. (1996). Catching depression in primary care physician's offices. In R. Resnick, & R. Rozensky (Eds.), *Health psychology through the life span: Practice and research opportunities* (pp. 149-163). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN 9781557983787
- Rey, R. (1998). *The history of pain*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Riddiford-Harland, D., Steele, J., & Storlien, L. (2000). Does obesity influence foot structure in prepubescent children? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(5), 541-544. doi: 10.1038/sj.ijo.0801192
- Robinson, M., Gagnon, C., Riley, J., & Price, D. (2003). Altering gender role expectations: Effects on pain tolerance, pain threshold, and pain ratings. *The Journal of Pain*, 4(5), 284-288. doi:10.1016/S1526-5900(03)00559-5
- Rodrigues, A., & Gomes, I. (2008). Ansiedade e depressão na dor crônica. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I., Silva, I., & S. Marques (Eds.), *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 73-77). Porto, Portugal: Universidade do Porto.
- Rokyta, R., & Yamamotová, A. (2013). Sex differences in pain perception and interpretation. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 55(3), 125-134. ISSN 1337-933X
- Rudy, T., Weiner, D., Lieber, S., Slaboda, J., & Boston, J. (2007). The impact of low back pain in older adults: A comparative study of patients and controls. *Pain* 131(3), 293-301.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistado. In L. Albarello, F. Digneffe, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy, & P. Saint-Georges (Eds.). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 84-116). Lisboa, Portugal: Gradiva. ISBN 9726625548
- Rush, A., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Stewart, J., Warden, D.,... Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR*D Report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917. ISSN 1535-7228

- Sabaté, P., Bestratén, J., Llor, J., Santigosa, J., Murria, M., Mila, A.,... Espinás, J. (1992). Estudio de las lumbalgias atendidas en un centro de salud. *Atención Primaria*, 9(4), 208-211.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salomons, T., Johnstone, T., Backonja, M., Shackman, A., & Davidson, R. (2007). Individual differences in the effects of perceived controllability on pain perception: Critical role of the prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(6), 993–1003. doi: 10.1162/jocn.2007.19.6.993
- Salvetti, M., & Pimenta, C. (2007). Dor crónica e a crença de auto-eficácia. *Revista Escola de Enfermagem*, 41(1), 135-140.
- Santos-Eggimann, B., Wietlisbach, V., Rickenbach, M., Paccaud, F., & Gutzwiller, F. (2000). One-year prevalence of low back pain in two Swiss regions: Estimates from the population participating in the 1992-1993 MONICA Project. *Spine*, 25(19), 2473-2479.
- Santos, S., & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Sardá, J., Kupek, E., & Cruz, R. (2000). Aspectos psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. *Revista de Ciências Humanas*, 28, 51-60.
- Sasdelli, E., & Miranda, E. (2001). Ser, o sentido da dor na urgência e na emergência. In V. Camon (Orgs.). *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo, Brasil: Pioneira.
- Saunders, C. (1978). *The management of terminal malignant disease*. London, England: Edward Arnold.
- Saunders, C., & Baines, M. (1989). *Living with dying: The management of terminal disease*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Serrano, G. (2010). Percepción y conflicto. In N. González-Cuellar, Á. Sanz, & J. C. Ortiz (Coords.) *Mediación: Un método de ¿ conflictos: Estudio interdisciplinar* (pp.41-53). Madrid, Espanha: Colex. ISBN 978-84-8342-224-3
- Silva, D. (2006). O inventário de estado-traço de ansiedade - S.T.A.I. In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 45-60). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Silva, J., & Branco, J. (2001). Dor em reumatologia: Abordagem biopsicossocial. *Dor*, 9(1), 6-11.

- Silva, D., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.
- Silva, L., Guedes, M., Moreira, R., & Souza, A. (2002). Doença crónica: O enfrentamento pela família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15(1), 40-47. ISSN 1982-0194
- Silva, M., Fassa, A., & Valle, N. (2004). Dor lombar crónica em uma população adulta do Sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 377-385. ISSN 1678-4464
- Silva, C., & Silva, M. (2005). Lombalgia em fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia: Um estudo sobre a distribuição da frequência. *Fisioterapia Brasil*, 6(5):376-80. ISSN 1518-9740
- Silva, D., & Spielberger, C. (2007). *Manual do inventário de estado traço de ansiedade (IETA)*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Simpson, D., McArthur, J., & Dworkin, R. (2012). *Neuropathic pain: Mechanisms, diagnosis and treatment*. New York, NY: Oxford University Press. ISBN 9780195394702
- Soares, I. (Cord.) (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições. ISBN 9789729738845
- Soares, V. (1997). Dor Crónica: Questões e resposta no domínio da conceptualização e avaliação. In A. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Orgs.). *Conferência Internacional da Avaliação Psicológica - Formas e Contexto* (Vol. V, pp. 461-475). Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim: Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor. *Psiquiatria Clínica*, 20(2), 167-178. ISSN: 0872-878X
- Sorenson, K., Luckman, J. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta. ISBN: 9789729661068
- Sousa, F. (2002). Dor: O quinto sinal vital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 446-447.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stanke, K., & Ivanec, D. (2010). Social context of pain perception: the role of other people's presence and physical distance. *Review of Psychology*, 17(1), 69-74.
- Stanton, T., Henschke, N., Maher, C., Refshauge, K., Latimer, J., & McAuley, J. (2008). After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine*, 33(26), 2923-2928. doi: 10.1097/BRS.0b013e31818a3167

- Stanton, T., Latimer, J., Maher, C., & Hancock, M. (2010). How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. *European Spine Journal*, 19(4), 533–539. doi: 10.1007/s00586-009-1214-3
- Sternbach, R. (1986). Clinical aspects of pain. In R. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain* (pp. 241-264). New York, NY: Raven Press.
- Sullivan, M. (2012). The communal coping model of pain catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychological Association*, 53(1), 32-41. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026726>
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L., & Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Taal, E., Seydel, E., Rasker, J., & Wiegman, O. (1993). Psychosocial aspects of rheumatic diseases: Introduction. *Patient Education and Counseling*, 20, 55–61. doi: 10.1016/0738-3991(93)90121-C
- Tabachnick, B., & Fidell, S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). London, England: Pearson. ISBN 9780205849574
- Taimela, S., Negrini, S., & Paroli, C. (2004). Functional rehabilitation of low back disorders. *Europa Medichophysica*, 40(1), 29-36.
- Tam, C. L., & Lim, S. G. (2009). Perceived social support, coping capability and gender differences among young adults. *Sunway Academic Journal*, 6, 75-88. doi:10.1080/10615800500472963
- Tamres, L., Janicki, D., & Helgeson, V. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. doi: 10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Tasker, R., & Dostrovsky, F. (1989). Deafferentation and central pain. In P. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (2nd ed.) (pp. 154-180). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Teh, C., Zaslavsky, A., Reynolds, C., & Cleary, P. (2010). Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 72(1), 61-67. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c2a7a8
- Teixeira, M. (1999). Síndromes dolorosas. In M. Carvalho (Ed.), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (pp.77-86) (2.^a ed.). São Paulo, Brasil: Summus. ISBN 8532306748
- Teixeira, M. (2001). Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 1(4), 329-334.

- Teixeira, M., & Okada, M. (2003). Dor: Evolução histórica dos conhecimentos. In M. Teixeira, J. Braum Filho, J., Marquez, & L. Yeng, L. (Eds.), *Dor: Contexto interdisciplinar* (pp. 15-51). Curitiba, Brasil: Maio.
- Teixeira, M., & Siqueira, S. (2009). Epidemiologia da dor. In O. Neto, C. Costa, J. Siqueira, & M. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática* (pp. 57-76). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536317014
- Teixeira, M.. (2009). Fisiopatologia da dor. In O. Neto, C. Costa, J. Siqueira, & M. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática* (pp. 145-175). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536317014
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina – Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 89-98. ISSN: 1646-0758
- Thelin, A., Holmberg, S., & Thelin, N. (2008). Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: A prospective population-based study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 555–561. doi: 10.2340/16501977-0205
- Thorn, B., & Kuhajda, M. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1355-1366. doi: 10.1002/jclp.20315
- Thorn, B., Boothby, J., & Sullivan, M. (2002). Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 127–138. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80006-2
- Toda, Y., Segal, N., Toda, T., Morimoto, T., & Ogawa R. (2000). Lean body mass and body fat distribution in participants with chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3265-3269. doi:10.1001/archinte.160.21.3265
- Todd, A., & Koerber, H. (2013). Neuralanatomical substrates of spinal nociception. In S. McMahon, M. Koltzenburg, I. Tracey, & D. Turk. *Wall & Melzack's textbook of pain* (6th ed.) (pp. 77-93). Oxford, England: Elsevier. ISBN 9780702053740
- Tracey, I., & Mantyh, P. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*, 55, 377-391. doi 10.1016/j.neuron.2007.07.012
- Traue, H., Jerg-Bretzke, L., Pflingsten, M., & Hraba, V. (2010). Fatores psicológicos na dor crônica. In A. Kopf, & N. Pate (Eds.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 14-21). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. Retirado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf

- Treede, R., Jensen, T., Campbell, J., Cruccu, G., Dostrovsky, J., Griffin, J., ... Serra, J. (2008). Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70(18), 1630-1635. doi:10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59
- Turk, D. (1994). Perspectives on chronic pain: The role of psychological factors. *Current Directions in Psychological Science*, 3(2), 45-48. doi: 10.1111/1467-8721.ep10769935
- Turk, D. (1999). The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 885-888. doi: 10.1034/j.1399-6576.1999.430904.x
- Turk, D., & Wilson, H. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88-95. doi: 10.1007/s11916-010-0094-x
- Turk, D., Wilson, H., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 377, 2226-2235.
- Twaddle, M., & Cooke, K. (2009). Avaliação da dor e síndromes dolorosas comuns. In J. Von Roenn, J. Paice, & M. Preodor (Eds.), *Current diagnóstico e tratamento da dor* (pp. 10-20). São Paulo, Brasil: McGraw-Hill.
- Tyrer, S. (2005). Psychosomatic pain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 91-93. doi: 10.1192/bjp.188.1.91
- van der Roer, N., van Tulder, M., Barendse, J., van Mechelen, W., Franken, W., Ooms, A., & de Vet, H. (2004). Cost-effectiveness of an intensive group training protocol compared to physiotherapy guideline care for sub-acute and chronic low back pain: design of a randomised controlled trial with an economic evaluation. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders*, 5(1), 45-51. doi: 10.1186/1471-2474-5-45
- van Doorn, T. (1995). Low back disability among self-employed dentists, veterinarians, physicians and physical therapists in the Netherlands. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 66(Suppl. 263), 1-64. doi: 10.3109/17453679509153933
- Vasconcelos, J. (2004). Anatomia aplicada e biomecânica da coluna vertebral. In J. Natour (Ed.), *Coluna vertebral: Conhecimentos básicos* (pp. 17-40). São Paulo, Brasil: Etcetera. ISBN 8598797014
- Vierck, C., Acosta-Rua, A., Rossi, H., & Neubert, J. (2008). Sex differences in thermal pain sensitivity and sympathetic reactivity for two strains of rat. *Journal of Pain*, 9(8), 739-749. doi: 10.1016/j.jpain.2008.03.008
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H. Silva, A., & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 220- 233.

- Violon, A. (1987). Psychological determinants in chronic pain. *Acta Neurochirurgica, Suppl.* 38, 101-104. doi: 10.1007/978-3-7091-6975-9_16
- Von Korff, M. (1994). Studying the natural history of back pain. *Spine*, 19(18 Suppl.), 2041-2046.
- Vowles, K., McCracken, L., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779-787. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007
- Waddell, G. (2004). *The back pain revolution* (2nd ed.). Edinburgh, England: Churchill Livingstone. ISBN 978-0443072277
- Waxman, R., Tennant, A., & Helliwell, P. (1998). Community survey of factors associated with consultation for low back pain. *British Medicine Journal*, 317(7172), 1564-1567.
- Webb, R., Brammah, T., Lunt, M., Urwin, M., Allison, T., & Symmons, D. (2003). Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine*, 28(11), 1195-1202.
- Wewers, M. E., & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health*, 13(4), 227-236. doi: 10.1002/nur.4770130405
- Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2003). Psychogenic pain: A study using multidimensional scaling. *Contemporary Hypnosis*, 20(1), 16–24. doi: 10.1002/ch.261
- White, W., & Stein, C. (2010). Histórico, definições e opiniões atuais. In A. Kopf, & N. Pate (Eds.), *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 1-5). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press. Retirado de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- Widerstrom-Noga, E., Cruz-Almeida, Y., Martinez-Arizala, A., & Turk, D. (2006). Internal consistency, stability, and validity of the spinal cord injury version of the multidimensional pain inventory. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 87(4), 516-523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2005.12.036>
- Wiesenfeld-Hallin, Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gender Medicine*, 2(3), 137-145. doi: 10.1016/S1550-8579(05)80042-7
- Wijnhoven, H., de Vet, H., Smit, H., & Picavet, H. (2006). Hormonal and reproductive factors are associated with chronic low back pain and chronic upper extremity pain in women: The MORGEN study. *Spine*, 31(13), 1496-1502. doi: 10.1097/01.brs.0000220706.96724.76

- Wolter, T., Szabo, E., Becker, R., Mohadjer, M., & Knoeller, S. M. (2011). Chronic low back pain: Course of disease from the patient's perspective. *International Orthopaedics*, 35(5), 717-724. doi: 10.1007/s00264-010-1081-x
- Woolf, A., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646-656. Retirado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/9/Woolf0903.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: Autor. ISBN 9789241563710
- World Health Organization (s.d.). *Chronic rheumatic conditions*. Retirado a 21 de dezembro de 2013, da World Health Organization, <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>
- Wright, B., & Masters, G. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: MESA Press.
- Wright, B., & Mok, M. (2004). Overview of the family of Rasch measurement models. In E. Smith Jr., & R. Smith (Eds.), *Introduction to Rasch measurement* (pp. 1-14). Maple Grove, MN: Journal of Applied Measurement Press.
- Yager, J., & Gitlin, M. J. (2000). Clinical manifestations of psychiatric disorders. In B. Sadock, & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.) (pp. 1676-1749). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yeng, L., Teixeira, M., Zakka, T., Loduca, A., Samuelian, C., Greve,... Cunha, S. (2009). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. In O. Neto, C. Costa, J. Siqueira, & M. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática* (pp. 902-925). Porto Alegre, Brasil: Artmed. ISBN 9788536317014

Consentimento Informado

Projeto de Investigação: “Expressão da Dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes”.

Eu, _____, **declaro que fui devidamente informado(a) sobre o estudo** “Expressão da Dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes” sob a orientação do Professor Doutor António Mendes Pedro da Universidade Autónoma de Lisboa e aceito participar na referida investigação, através do preenchimento dos respectivos formulários.

Fui também informado (a) que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

As respostas a este caderno são estritamente confidenciais, todos os dados serão codificados e só podem ser usados exclusivamente para este estudo.

Lisboa, _____ de _____ de 2014

Assinatura do(a) Participante _____

Assinatura Investigador _____

(Jorge Gonçalves)

Este conjunto de questionários tem por objectivo explorar alguns factores associados ao seu problema atual para a sua melhor compreensão. **Peco-lhe que responda com sinceridade a todos os itens. pois só serão considerados válidos os questionários em que estejam respondidas todas as perguntas.** As respostas são confidenciais e catalogadas por códigos.

Gratos pela sua colaboração

Este estudo tem por objetivo investigar dor crónica, mais precisamente a lombalgia recorrente de sujeitos portugueses, no âmbito do doutoramento (Universidade Autónoma de Lisboa), com a orientação do Doutor António Mendes Pedro.

Todas as respostas dadas a este protocolo são anónimas e confidenciais, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos. Não existem respostas certas nem erradas. Sendo assim, responda o mais honestamente possível às questões que lhe são apresentadas.

Em caso de dúvidas, não hesite em perguntar (jorge.goncalves.ual@gmail.com)

Se em qualquer momento optar por não continuar, é livre de desistir.

Uma vez terminado o protocolo, coloque-o no envelope, feche-o e devolva-o na receção.

Obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

Investigador: Jorge Gonçalves
Contacto: jorge.goncalves.ual@gmail.com

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

(POR FAVOR, ASSINALE COM UMA CRUZ A QUADRÍCULA QUE CORRESPONDE À SUA OPÇÃO DE ESCOLHA OU RESPONDA POR ESCRITO QUANDO SOLICITADO)

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Homem ☐ Mulher ☐

3. Altura: _____ cm

4. Peso: _____ Kg

4.1. Índice Massa Corporal (IMC): _____

5. **Habilitações Literárias:**

1. ☐ 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º anos)

5. ☐ Bacharelato

2. ☐ 2º Ciclo (5º, 6º, 7º, 8º e 9º Anos)

6. ☐ Licenciatura (1º ciclo universitário)

3. ☐ 3º Ciclo (10º, 11º e 12º Anos)

7. ☐ Mestrado (2º ciclo universitário)

4. ☐ Curso Técnico Profissional

8. ☐ Doutoramento (3º ciclo universitário)

6. **Profissão:** ☐ Estudante ☐ Trabalhador/Estudante ☐ Empregado/a
☐ Desempregado/a ☐ Reformado/a ☐ Doméstica

7. **Estado Civil:** ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ União de Facto ☐ Separado/a
☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a

8. **Nacionalidade:** _____

B. DADOS DE AVALIAÇÃO GERAL

9. **Sofre de alguma enfermidade, síndrome ou doença crónica?** Sim ☐ Não ☐

9.1. Se **Sim**, qual? _____

9.2. Há quanto tempo? _____ anos

10. **Tem diagnosticada alguma doença do foro psicológico, como depressão?** Sim ☐ Não ☐

10.1. Se **Sim**, qual? _____

10.2. Se **Sim**, toma algum medicamento? Sim ☐ Não ☐

Qual (quais)? _____

11. **De uma maneira geral, como é que acha que é a sua saúde?**

Excelente ☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐

C. DADOS DE AVALIAÇÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA

12. **Quantas horas permanece sentado durante o dia?** _____ horas. **E em pé?** _____ horas.

13.

Problemas ósseos						Dores musculares																									
14. Sofre de problemas na coluna vertebral? <i>(ex: osteoporose, artrites, etc)</i>					Sim ☐ Não ☐	15. Sofre frequentemente de dores musculares?					Sim ☐ Não ☐																				
13.1. Se <u>Sim</u> , há quanto tempo? _____ anos.						14.1. Se <u>Sim</u> , há quanto tempo? _____ anos.																									
13.2. Qual a região mais significativamente afetada? Lombo-sagrada <i>(fundo das costas)</i> ☐ Dorsal <i>(meio das costas)</i> ☐ Cervical <i>(pescoço)</i> ☐						14.2. Qual a região mais significativamente afetada? Lombo-sagrada <i>(fundo das costas)</i> ☐ Dorsal <i>(meio das costas)</i> ☐ Cervical <i>(pescoço)</i> ☐																									
13.3. A dor é? Bilateral <i>(ambos os lados)</i> ☐ Unilateral <i>(apenas um dos lados)</i> ☐ Episódica <i>(casualmente)</i> ☐ Sempre presente ☐						14.3. A dor é? Bilateral <i>(ambos os lados)</i> ☐ Unilateral <i>(apenas um dos lados)</i> ☐ Episódica <i>(casualmente)</i> ☐ Sempre presente ☐																									
13.4. Identifique o tipo de dor. Aguda <i>(tipo agulhada)</i> ☐ Forte <i>(tipo incapacitante)</i> ☐ Local <i>(específica)</i> ☐ Irradiante <i>(que vai até...)</i> ☐ Nevralgica ☐ <i>(com alterações de sensibilidade)</i> Outra _____						14.4. Identifique o tipo de dor. Aguda <i>(tipo agulhada)</i> ☐ Forte <i>(tipo incapacitante)</i> ☐ Local <i>(específica)</i> ☐ Irradiante <i>(que vai até...)</i> ☐ Nevralgica ☐ <i>(com alterações de sensibilidade)</i> Outra _____																									
13.5. Intensidade dessa dor? <table border="1"> <tr> <td>Dor Mínima</td> <td>Dor ligeira</td> <td>Dor moderada</td> <td>Dor intensa</td> <td>Dor máxima</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>						Dor Mínima	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima	☐	☐	☐	☐	☐	14.5. Intensidade dessa dor? <table border="1"> <tr> <td>Dor Mínima</td> <td>Dor ligeira</td> <td>Dor moderada</td> <td>Dor intensa</td> <td>Dor máxima</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>						Dor Mínima	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima	☐	☐	☐	☐	☐
Dor Mínima	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima																											
☐	☐	☐	☐	☐																											
Dor Mínima	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima																											
☐	☐	☐	☐	☐																											
13.6. Descreva a dor (<u>óssea</u>) nas seguintes ocasiões.						14.6. Descreva a dor (<u>muscular</u>) nas seguintes ocasiões.																									
Quando?	Dor Mínima	Dor ligeira	Dor Moderada	Dor intensa	Dor máxima	Quando?	Dor Mínima	Dor ligeira	Dor Moderada	Dor intensa	Dor máxima																				
Se dobra	☐	☐	☐	☐	☐	Se dobra	☐	☐	☐	☐	☐																				
Evacua	☐	☐	☐	☐	☐	Evacua	☐	☐	☐	☐	☐																				
Anda	☐	☐	☐	☐	☐	Anda	☐	☐	☐	☐	☐																				
Faz exercício	☐	☐	☐	☐	☐	Faz exercício	☐	☐	☐	☐	☐																				
Carrega pesos	☐	☐	☐	☐	☐	Carrega pesos	☐	☐	☐	☐	☐																				
Dorme/deitado	☐	☐	☐	☐	☐	Dorme/deitado	☐	☐	☐	☐	☐																				
13.7 Qual o período do dia em que mais se evidenciam? Ao levantar ☐ Durante a manhã ☐ Durante a Tarde ☐ Ao final do dia ☐ Durante a noite ☐ Qualquer altura do dia ☐						14.7 Qual o período do dia em que mais se evidenciam? Ao levantar ☐ Durante a manhã ☐ Durante a Tarde ☐ Ao final do dia ☐ Durante a noite ☐ Qualquer altura do dia ☐																									

QUESTIONÁRIO MCGILL DA DOR

(Melzack R., 1980)

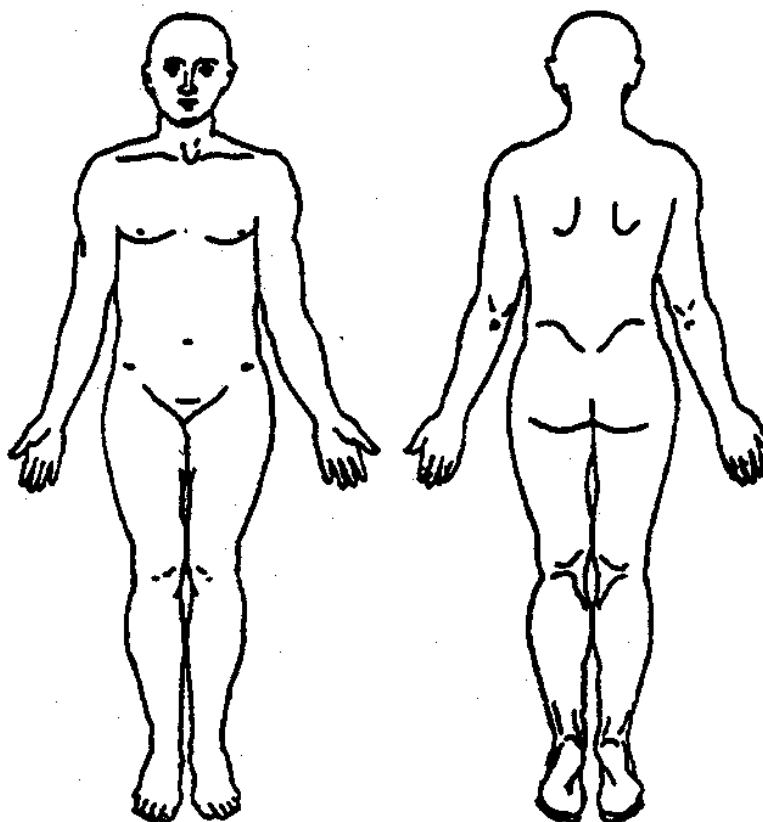
(Tradução e Adaptação Portuguesa: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002).

Este questionário serve para obtermos um melhor conhecimento acerca da sua dor. As **quatro questões principais são:**

- A. - Onde se localiza a sua dor?
- B. - Como é a sua dor?
- C. - Como é que a dor varia ao longo do tempo?
- D. - Que intensidade apresenta a dor?

É importante que refira como é a sua dor atualmente.

INSTRUÇÕES A. – Por favor indique no desenho abaixo qual(uais) a(s) área(s) do corpo onde sente dor. Caso a dor seja externa, coloque um “E”; caso a dor seja interna coloque um “I” e caso a dor seja externa e interna coloque um “IE”.



INSTRUÇÕES B. – Alguns das seguintes palavras abaixo descrevem a sua **dor atual**. Escolha **APENAS** as palavras ou expressões que melhor descrevem a sua **dor neste momento**. Só poderá escolher uma **única palavra em cada subclasse de palavras/expressões (Exemplo: 1. Pulsátil, 2. Uma guinada, etc.)**. Não preencha qualquer subclasse de palavras/expressões que não seja adequada.

1.	
- VIBRANTE	☐
- UM TREMOR	☐
- PULSÁTIL	☐
- LATEJANTE	☐
- BATIDA	☐
- PANCADA	☐
2.	
- BRUSCA	☐
- REPENTINA	☐
- UMA GUINADA	☐
3.	
- UMA PICADA	☐
- MAÇADORA	☐
- INCISIVA	☐
- UMA	☐
- PUNHALADA	☐
- LANCINANTE	☐
4.	
- FINA	☐
- CORTANTE	☐
- LACERANTE	☐
5.	
- COMPRIMIDA	☐
- PRESSÃO	☐
- TORTURANTE	☐
- UMA CÃIMBRA	☐
- QUE ESMAGA	☐
6.	
- QUE PUXA	☐
- ARREPENHA	☐
- QUE ARRANCA	☐
7.	
- QUENTE	☐
- ARDENTE	☐
- ESCALDANTE	☐
- ABRASADORA	☐

8.	
- FORMIGUEIRO	☐
- COMICHÃO	☐
- ARDOR	☐
- FERRUADA	☐
9.	
- ABORRECIDA	☐
- QUE INCOMODA	☐
- QUE ALEIJA	☐
- MORDEDURA	☐
- PESADA	☐
10.	
- QUE FRAGILIZA	☐
- AGUDA	☐
- ÁSPERA	☐
- QUE RASGA	☐
11.	
- CANSATIVA	☐
- EXTENUANTE	☐
12.	
- AFLITIVA	☐
- SUFOCANTE	☐
13.	
- ASSUSTADORA	☐
- PAVOROSA	☐
- ATERRADORA	☐
14.	
- CASTIGADORA	☐
- ESGOTANTE	☐
- CRUEL	☐
- TORTURANTE	☐
- INFERNAL	☐

15.	
- HORROROSA	☐
- QUE ENLOQUECE	☐
16.	
- INQUIETANTE	☐
- PREOCUPANTE	☐
- DESGASTANTE	☐
- INTENSA	☐
- INSUPORTÁVEL	☐
17.	
- QUE ALASTRA	☐
- QUE IRRADIA	☐
- PENETRANTE	☐
- PERFURANTE	☐
18.	
- FIRME	☐
- ADORMECIDA	☐
- FISSURANTE	☐
- APERTADA	☐
- DILACERANTE	☐
19.	
- FRESCA	☐
- FRIA	☐
- GÉLIDA	☐
20.	
- IRRITANTE	☐
- QUE ENJOA	☐
- ANGUSTIANTE	☐
- TERRÍVEL	☐
- EXASPERANTE	☐

INSTRUÇÕES C. – Escolha um grupo de palavras que descrevem o padrão da sua dor:

- 1 - Contínua, Fixa e Constante ☐
- 2 - Rítmica, Intermitente e Periódica ☐
- 3 - Breve, Momentânea e Transitória ☐

INSTRUÇÕES D. – Os cinco termos seguintes que se seguem representam dor de intensidade crescente. Tendo em conta as opções de resposta (ligeira, desconfortável, angustiante, horrível, insuportável), coloque um **X** na resposta que melhor caracteriza as frases que se seguem.

1	2	3	4	5
Ligeira	Desconfortável	Angustiante	Horrível	Insuportável

Que palavra descreve a sua dor - neste momento?	1	2	3	4	5
Que palavra descreve a sua dor - no pior período?	1	2	3	4	5
Que palavra descreve a sua dor - no melhor período?	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - a pior dor de dentes que já tenha tido?	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - a pior dor de estômago que já tenha tido?	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - a pior dor de cabeça que já tenha tido?	1	2	3	4	5

E. – Toma algum analgésico? Não ☐ Sim ☐

Qual? _____

Sono	Ingestão alimentos	Sintomas Associados à Dor
Bom ☐ Irregular ☐ Não consigo dormir ☐	Boa ☐ Alguma ☐ Pouca ☐ Nenhuma ☐	Náuseas ☐ Dores de Cabeça ☐ Tonturas ☐ Sonolência ☐ Prisão de Ventre ☐ Diarreia ☐ Outra. _____

A ser preenchido somente pelo Investigador:

PRI S (1-10) _____ A (11-15) _____ E (16) _____ M(S) (17-19) _____ M(AE) (20) _____
M(T) (17-20) _____ PRI(T) (1-20) _____

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-1

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983)
(Aferição Portuguesa de Silva & Campos, 1998)

E ____; T ____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique **como se sente agora, isto é, neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos **neste momento**.

		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1.	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2.	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3.	Estou tenso	1	2	3	4
4.	Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5.	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7.	Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8.	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9.	Sinto-me assustado	1	2	3	4
10.	Estou descansado	1	2	3	4
11.	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12.	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13.	Sinto-me inquieto	1	2	3	4
14.	Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15.	Estou descontraído	1	2	3	4
16.	Sinto-me contente	1	2	3	4
17.	Estou preocupado	1	2	3	4
18.	Sinto-me confuso	1	2	3	4
19.	Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20.	Sinto-me bem	1	2	3	4

**QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
STAI Forma Y-2**

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique **como se sente em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever **como se sente geralmente**.

		Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21.	Sinto-me bem	1	2	3	4
22.	Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23.	Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24.	Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25.	Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26.	Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27.	Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28.	Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29.	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30.	Sou feliz	1	2	3	4
31.	Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32.	Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33.	Sinto-me seguro	1	2	3	4
34.	Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35.	Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36.	Estou contente	1	2	3	4
37.	Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38.	Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39.	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40.	Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

BDI-II

(Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)
(Tradução e adaptação Martins, A.; Coelho, R.; Ramos, E. e Barros, H., 2000)

INSTRUÇÕES: Este questionário é composto por grupos de afirmações. Por favor leia atentamente cada grupo e **escolha a afirmação que para cada grupo descreve melhor a forma como se tem vindo a sentir durante a última semana (incluindo hoje)**. Coloque um círculo no número correspondente à afirmação escolhida. **Escolha apenas uma afirmação para cada grupo**. Por favor confirme se leu todas as afirmações em cada grupo antes de responder.

1	0. Não me sinto triste.
	1. Sinto-me triste muitas vezes.
	2. Sinto-me sempre triste.
	3. Sinto-me tão triste ou infeliz que já não o suporto.

2	0. Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
	1. Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que costumava.
	2. Já não espero que os meus problemas de resolvam.
	3. Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar.

3	0. Não me considero um falhado.
	1. Fracassei mais vezes do que devia.
	2. Quando considero o meu passado, tudo o que vejo é uma série de fracassos.
	3. Sinto-me completamente falhado como pessoa.

4	0. Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto.
	1. Não gosto tanto das coisas como costumava.
	2. Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.
	3. Não tenho qualquer prazer com as coisas que costumava gostar.

5	0. Não me sinto particularmente culpado.
	1. Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
	2. Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo.
	3. Sinto-me sempre culpado.

6	0. Não sinto que esteja a ser castigado.
	1. Sinto que posso ser castigado.
	2. Espero vir a ser castigado.
	3. Sinto que estou a ser castigado.

7	0. Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
	1. Perdi confiança em mim próprio.
	2. Estou desapontado comigo mesmo.
	3. Eu não gosto de mim.
8	0. Não me culpo ou critico mais do que o habitual.
	1. Critico-me mais do que costumava.
	2. Critico-me por todas as minhas falhas.
	3. Culpo-me por tudo o que de mal que acontece.
9	0. Não tenho qualquer ideia de me matar.
	1. Tenho ideias de me matar, mas não consigo concretizá-las
	2. Gostaria de me matar.
	3. Eu matar-me-ia, se tivesse oportunidade.
10	0. Não choro mais do que é habitual.
	1. Choro mais do que era costume.
	2. Choro por tudo e por nada.
	3. Apetece-me chorar, mas já não consigo
11	0. Não me sinto mais inquieto que o normal.
	1. Sinto-me mais inquieto que o habitual.
	2. Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto.
	3. Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou fazer alguma coisa.
12	0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas ou pelas minhas actividades.
	1. Estou menos interessado pelas outras pessoas e pelas coisas do que antes.
	2. Perdi a maioria do meu interesse pelas outras pessoas e pelas coisas.
	3. É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.
13	0. Tomo decisões como sempre fiz.
	1. Acho mais difícil tomar decisões do que era habitual.
	2. Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que antigamente.
	3. Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.
14	0. Não me considero um incapaz/inútil.
	1. Não me considero tão válido e útil como costumava.
	2. Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
	3. Sinto-me completamente inútil.

15	0. Tenho a mesma energia de sempre.
	1. Sinto-me com a mesma energia do que habitual.
	2. Não me sinto com energia para muitas coisas.
	3. Não me sinto com energia para nada.
16	0. Não notei qualquer mudança no meu sono.
	1. Durmo um pouco mais do que o habitual.
	2. Durmo um pouco menos do que o habitual.
	3. Durmo muito mais que o habitual.
	4. Durmo muito menos que o habitual.
	5. Durmo a maioria do tempo durante o dia.
17	6. Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a adormecer.
	0. Não estou mais irritável que o normal.
	1. Estou mais irritável que o habitual.
	2. Estou muito mais irritável que o normal.
18	3. Estou irritável o tempo todo.
	0. Não notei qualquer alteração no meu apetite.
	1. Tenho um pouco menos apetite que o habitual.
	2. Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
	3. O meu apetite é muito menor que o habitual.
	4. O meu apetite é muito maior que o habitual.
19	5. Perdi por completo o apetite.
	6. Anseio por comida o tempo todo.
	0. Concentro-me tão bem como antes.
	1. Não me consigo concentrar tão bem como antes.
20	2. É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo.
	3. Acho que não me consigo concentrar em nada.
	0. Não estou mais cansado/fatigado que o habitual.
21	1. Canso-me mais facilmente que o costume.
	2. Estou demasiado cansado/fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
	3. Estou demasiado cansado/fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.
22	0. Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
	1. Sinto-me menos interessado sexualmente do que era habitual.
	2. Atualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual.
	3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

Caso esteja interessado/a em saber mais sobre a pesquisa, por favor deixe o seu contato eletrônico (e-mail)

Comentários:

Obrigado pela sua participação!



**Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra**



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 9 de dezembro de 2015

Ex.mo Senhor,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição MPQ (*McGill Pain Questionnaire*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite obter informações qualitativas e quantitativas da dor, a partir de descrições verbais.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/MPQ>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal
Tel./Fax (+351) 239 790 507

Porto, 15 de Setembro de 2015

Exmos. Senhores, Comissão de Ética da VitaClinic,

Jorge Manuel Costa Gonçalves, Mestre em Psicossomática, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), vem, por este meio, colocar à consideração de V. Excelências a possibilidade de lhe concederem autorização para realização de um estudo exploratório sobre o impacto das Lombalgias e as suas Variáveis Psicológicas: Expressão da dor, Ansiedade e Depressão, tendo por base os sujeitos que recorrem aos serviços de consulta em Ortopedia da vossa Clínica.

O referido estudo enquadra-se na elaboração da tese de doutoramento sobre a temática da "Expressão da dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes" no âmbito do processo de doutoramento em Psicologia Social na Universidade Autónoma de Lisboa, tutelado pelo Professor Doutor António Mendes Pedro.

Presentemente a investigação encontra-se em fase de recolha de dados, razão pela qual se solicita permissão para, numa primeira fase, aceder à entrega e recolha de questionários e posteriormente proceder ao contato com os mesmos por forma a responderem voluntariamente, a uma entrevista pessoal.

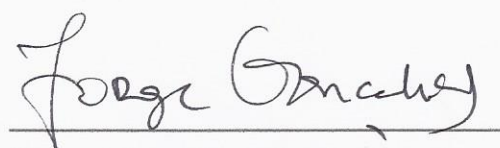
O investigador requerente assume o compromisso de confidencialidade face a todos os dados e informações, às quais aceda, como refere a lei destinada à recolha de dados para estudos populacionais.

O estudo decorrerá a partir do dia 18 de Setembro e não ultrapassará a data de 31 de Dezembro do corrente ano.

Dada a importância deste estudo, para todos os envolvidos, no que respeita à empresa VitaClinic, estaremos disponíveis para apresentar os resultados do estudo, caso o desejarem.

Desde já agradeço a atenção e a disponibilidade.

Aguarda deferimento



(Mestre Jorge Gonçalves)

Recebido e 17/09/2015


Consentimento Informado

Projeto de Investigação: “Expressão da Dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes”.

Eu, _____, **declaro que fui devidamente informado(a) sobre o estudo** “Expressão da Dor, Ansiedade e Depressão em Doentes com Lombalgias Recorrentes” sob a orientação do Professor Doutor António Mendes Pedro da Universidade Autónoma de Lisboa e aceito participar na referida investigação, através de entrevista. Fui também informado (a) que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

As respostas a esta entrevista são estritamente confidenciais, todos os dados serão codificados e só podem ser usados exclusivamente para este estudo.

Lisboa, _____ de _____ de 2015

Assinatura do(a) Participante _____

Assinatura Investigador _____

Caso nº 1

Nome: SL

Género: Mulher

Idade: 48 anos

Altura: 1.60m

Peso: 88kg

Habilitações: Licenciada

Profissão: Professora

Estado civil: Divorciada

Nacionalidade: Portuguesa

JG

SL, caso seja possível e me permita, gostaria que nesta entrevista fosse profunda nas suas expressões, sentimentos e emoções perante todos os acontecimentos que se apresentam como consequências da lombalgia presente. Sentimentos, expressões e emoções essas, quer em relação a si, quer em relação ao seu emprego, família, amigos, médicos, espiritualidade e futuro. A finalidade é que expresse de forma plausível tudo o que possa ser significativo para si.

A SL comentou anteriormente que sofria de dores lombares que por vezes se tornam insuportáveis e desesperantes.

Há quanto tempo sofre de problemas de dores na coluna vertebral?

SL

Bem, desde muito cedo, desde jovem, devendo-se a vários motivos.

JG

Quais?

SL

Eu nasci na província e tinha que ajudar os meus pais nas lidas de casa e da lavoura. Sempre tive que carregar com coisas pesadas e para complicar tinha três irmãos mais novos dependentes dos

meus préstimos. Tinha de cuidar deles e das obrigações que os meus pais me davam, e ainda assim, tinha que estudar. Não poderia ser mais uma camponesa que iria ficar toda a vida no campo e nos esforços laborais. Tudo isto até aos meus 15 anos. Depois, tudo se alterou quando a minha mãe morreu e o meu pai se foi embora com outra mulher. Desde essa data nunca mais o vi. Julgo que esteja vivo pois teria agora 78 anos. Enfim... mas continuando com as lombalgias.

JG

Para si quando ou quais foram os piores momentos?

SL

Ainda jovem, com sensivelmente doze anos, passei uma fase complicada por causa de um problema que tive, que não foi de saúde, e devido a isso fiquei de tal maneira que simplesmente não conseguia fazer movimentos de costas! Fiz na altura sacos de água quente na lombar e na cervical, e a tinha que estar deitada durante horas para poder recuperar, porque nem sentada conseguia estar. Na altura melhorei, mas voltei a ter mais dois ou três episódios parecidos durante a minha vida.

O pior que posso salientar já quando adulta e casada, foi quando estive praticamente imobilizada quase três dias. Precisava de ajuda do meu então marido para tudo. Ficava bastante triste e frustrada, porque queria fazer as coisas e não conseguia. Precisava de ajuda para rodar e me levantar da cama. Até o assoar o nariz e defecar me custava, porque fazia alguma força e isso causava-me imensa dor. Isto há cerca de dez anos. Durante anos, andei a fazer mudanças e a coluna ressentiu-se, embora não tão intensa como nestes episódios, mas ainda continuam cá. É o pão nosso de cada dia. Costumava ser ocasional, mas, nos últimos anos, está cada vez mais presente. Acabo por evitar uma série de coisas, nomeadamente tarefas de casa como passar a ferro e outras similares, embora acabe por as fazer, e depois tenha de me sentar ou deitar a meio delas, por causa das dores na lombar.

JG

Falou-me que aos doze anos passou uma fase complicada?

SL

Sim, foi, de facto! O que aconteceu foi que havia uma pessoa conhecida dos meus pais, embora fosse um jovem, mas já era adulto, que frequentava a nossa casa de vez em quando. Tratava de

coisas profissionais com o meu pai. Até que um dia eu estava no barracão onde tinha o feno e os animais e ele, com conversas mansas, veio até mim com ideias de me tocar e acariciar-me. Fez esta abordagem algumas vezes, sempre que aparecia por lá. Dizia-me que eu era muito bonita, que devia ter um namorado que me apreciasse, blá, blá, blá. Até que um dia... esse dia... nunca mais saiu da minha cabeça... esse e mais um outro...

JG

Como assim?

SL

Na verdade, foram duas vezes que ele me violou... sim, porque eu ainda era tão nova e nem sabia o que ele iria fazer, quanto mais saber o que estávamos a fazer. Aconteceu ambas as vezes no palheiro onde ninguém aparecia. Desde essa altura, sempre que vejo determinadas coisas que me remetem para o passado longínquo, fico toda crispada, com tanta tensão como aquelas que surgiram nos dias depois daqueles acontecimentos. As tensões corporais advém desses pensamentos quase sempre.

JG

Como assim?

SL

Sabe, durante muitos anos me culpei daquilo, pensei sempre que a culpada tinha sido eu, por ser alegre, divertida, espontânea, sei lá tanta coisa... e acabei por provocar-lhe determinadas sensações e ideias que depois acabaram por se concretizar. Não que eu as procurasse, mas por ele achar em mim alvo fácil e isso fez-me sentir culpada. E foi assim! Presentemente, acho que já ultrapassei esses traumas. Fiz psicoterapia durante anos já em adulta para me livrar e limpar a minha cabeça desses pensamentos. Entretanto, consegui falar e estar presente com essa pessoa, na altura que fazia psicoterapia, a qual me pediu perdão do que me fez e se sentiu muito envergonhado com as atitudes que teve comigo. Da forma como ele falou, aparentemente foi verdadeiro mas... acredito piamente que ele deve ter feito isto a mais raparigas, mas como eu não iria alterar qualquer situação, nem quis perguntar-lhe mais nada sobre tal.

JG

O que é que acha que isto poderá ter tido como consequências na sua vida em geral?

SL

Como lhe disse anteriormente, sempre que vejo um filme, uma novela, um telejornal que reporte qualquer informação semelhante, fico logo muito tensa, tem vezes que quando estou mais em baixo, até as pernas parecem blocos de cimento e ao mesmo tempo gelatina. Nem consigo andar corretamente. É uma sensação estúpida. É de uma impotência severa. É de facto aqui que se vê que a cabeça comanda o corpo. O meu coração acelera de tal maneira que parece que estive a correr e vai saltar pela boca. É muita adrenalina por todo o corpo.

JG

Que mais sensações tem, de que forma implica tudo isso na sua vida?

SL

Sei que não deveria pensar desta forma mas... é mais forte do que eu!! O psicoterapeuta já me tinha dito que grande parte das dores advém de quando eu estou mais vulnerável aos pensamentos anteriores. E eu também acho que a dor emocional me traz mais coisas do que eu pensava antes. Antes era só revolta e culpa o que eu sentia, mas agora visto de uma outra forma faz sentido o que sinto e o que tenho.

JG

E a nível laboral, social?

SL

Bem... tento abstrair-me disso tudo, porque, como compreende, estou a dar aulas e tenho que cumprir com os meus serviços corretamente. Quando não estou a dar aulas, estou muito tempo sentada em frente a um computador, muitas vezes nem posição tenho. Nem consigo estar sentada direita mais do que cinco minutos. Depois, ora me inclino para um lado ora para o outro, mas a dor no fundo da coluna não desaparece e vai alastrando até às ancas. Às vezes é um desespero já nem saber como continuar a trabalhar.

Tenho de fazer várias interrupções em casa, andar um pouco, levantar-me e, claro, isso causa-me transtorno, porque depois tenho de voltar a ler o que tinha escrito antes, para não perder o fio à meada das traduções que estava a fazer. É frustrante.

JG

Mas isso é em casa certo? E no seu emprego como andam as coisas?

SL

Bem...ansiedade não me falta quando começo com alguma crise. O facto de não pertencer aos serviços do estado, porque estou a trabalhar para institutos privados, faz-me ter elevados picos de ansiedade, isto porque, se eu for despedida, não vou ter forma de me autossustentar. Já estou divorciada há três anos e não tenho ninguém por perto para me pagar as contas caso aconteça algo mais preocupante. Também não posso dar a conhecer na realidade quer seja aos meus colegas quer seja aos diretores, como me encontro, porque tenho medo que me dispensem por eu ser uma doente crónica, pois sabemos que as pessoas que faltam aos seus compromissos a consequência será despedimento. Nem penso de forma alguma em meter baixa quando estou com crises.

JG

Como faz?

SL

Simples... anti-inflamatórios para dentro e toca a andar. Claro que a dor está sempre presente e passo a vida a mudar de posição, o que me irrita profundamente e depois como consequência começo a ficar ansiosa. Acho que isso torna a dor mais intensa ainda. Já de mim sou ansiosa e isto piora, claro. Mas antes com emprego do que desempregada. A crise está a dar cabo de nós todos e eu cá me vou mantendo... tem de ser, custe o que custar. Não posso nem quero transmitir aos colegas nem alunos que estou com dores e tento abstrair-me delas e manter o foco nas aulas.

JG

Disse-me que não tem ninguém?

SL

Claro que não! Quem é que quer uma aleijadinha e com 48 anos? O que me vale são os meus dois

cães que tenho todos os dias há minha espera em casa. Esses sim, são-me fiéis... Sabe, quando chego a casa e eles me vão receber à porta, muitas das vezes tudo o que eu trazia às costas desaparece.

JG

Às costas?

SL

Sim, os problemas, as dores, a incompreensão dos amigos, tudo o resto que trazia comigo. A toxicidade diária a que sou submetida constantemente, gratuitamente, infelizmente não tenho como fugir dela, mas os meus meninos estão lá para me darem força e alegria. É tão bom, sinto-me tão bem com eles. Eles são a minha família.

JG

E a sua vida social?

SL

É triste. Por exemplo, evito algumas situações que impliquem esforço físico, como caminhadas longas, passeios com os amigos, isto, porque, passado pouco tempo, estou com dores na lombar e fico a pensar que raio de amiga sou eu para eles. Mais uma vez, culpa! Claro que ficava feliz se fosse, mas acabo por não ir. Só de pensar que posso ficar com dores, depois acabo por evitar. Nem ao cinema vou, por causa do tempo que tenho que estar imóvel. Não faço 90% do que gostaria de fazer. É frustrante para mim e certamente pensam que não me apetece estar com eles.

JG

Porque pensa isso?

SL

Convenhamos, estou sempre com dores e a dizer-lhes que me dói, acabo por ser afastada e me afastar deles e depois nem sempre tenho apoio deles ou de quem quer que seja. Sinto-me incompreendida, como já lhe tinha dito antes. A minha sorte é não ser depressiva como muitas colegas!

JG

Pensa no futuro?

SL

Ah! ah! ah! ah! ah! ah! Rio-me sempre com essa pergunta, desculpe! Não leve a mal. Como posso pensar num futuro se as previsões nada são agradáveis? A partir de uma determinada data na minha vida, comecei a pensar somente no máximo de um mês, que são as contas para pagar. Só! Só de pensar que as reformas estão a acabar e eu ainda tenho tantos anos para lá chegar, como posso pensar no futuro? Sempre que começava a pensar na coisa ficava toda dura, como uma barra de ferro! E depois lá vinha a consequência dos pensamentos, dor lombar e incapacidade!»

JG

Se não tivesse isto, como seria a sua vida?

SL

Fantástica... completamente o contrário do que tenho agora. Sabe, o que me custa mais quando vou às consultas médicas é que eles nem percebem o quanto com isto se sofre. “Mas continua a doer assim tanto? Mesmo com os comprimidos?” e eu digo-lhes “Claro que sim, porque, senão, não vinha cá novamente, Sr. Doutor!”. Parece ou estão mesmo a duvidar de nós doentes! Será que algum deles já teve alguma coisa parecida? Certamente têm mais recursos do que nós para se tratarem, caso estejam mal, mas não entenderem o sofrimento dos outros, caramba! Foi preciso vir o psicoterapeuta para me dizer que a cabeça faz mal às costas. São médicos, certo?

JG

Sente-se incompreendida mais uma vez, é isso?

SL

Fortemente, acho que deveriam saber mais sobre o sofrimento. Não basta receitar comprimidos. Às vezes pergunto-me... “o que é que lá vais fazer novamente? Já sabes a resposta ao problema. Já pensei antes ir para aquela coisa da dor, mas... não tenho tempo para isso. Como disse, estou sozinha e tenho que fazer a minha vida diária.

JG

Se eu lhe pudesse dar algo, o que me pedia?

SL

Saúde e um bom marido!! Era o suficiente para mim, porque com isso estaria muito feliz! Faz-me falta uma companhia, um homem com H grande, que me percebesse e me acompanhasse mesmo com as crises. Sentir-me só dá cabo de mim física e mentalmente. Sou uma mulher que gostaria de viver melhor a vida e ter projetos futuros, mas a coisa assim se reflete. São os meus cães os meus salvadores. Abençoados. Se me desaparecem e eu sei que pode acontecer, pois já estão velhos, mas se morrem tenho que arranjar logo mais um ou dois, porque só, já basta quando estou na cama.

JG

Tem mais alguma coisa que gostaria de expressar?

SL

Acho que já fiz a minha terapia hoje! Estou mais calma. Sabe, quando falo fico melhor e até me esqueço das dores. O pior é que passado trinta minutos de sentada já me começa a fatigar, mas, curiosamente, não foi o caso hoje.

JG

Excelente! Pois bem, quero agradecer a sua gentileza por me receber mais uma vez e deixar-lhe votos de francas melhoras.

SL

Eu é que agradeço a sua preocupação com todos os que se encontram nestas situações. Desejo que este trabalho lhe corra muito bem em prol da investigação e de tudo o que possa surgir. Deveriam ser mais a fazê-lo. Obrigado por tudo e pelo tempo que me ouviu.

JG

O agradecido sou eu.

Caso nº 2

Nome: DL

Género: Mulher

Idade: 56 anos

Altura: 1.60 m

Peso: 60 kg

Habilitações: Curso Técnico

Profissão: Reformada

Estado civil: Divorciada

Nacionalidade: Portuguesa

JG

DL, caso seja possível e me permita, gostaria que nesta entrevista fosse profunda nas suas expressões, sentimentos e emoções perante todos os acontecimentos que se apresentam como consequências da lombalgia presente. Sentimentos, expressões e emoções essas, quer em relação a si, quer em relação ao seu emprego, família, amigos, médicos, espiritualidade e futuro. A finalidade é que expresse de forma plausível tudo o que possa ser significativo para si.

A DL comentou anteriormente que sofria de dores lombares que por vezes se tornam insuportáveis e desesperantes.

DL

Sim, de facto tenho muitas dores, quase todos os dias e quando fico mais nervosa piora muito. Hoje está-me tudo a incomodar, é a coluna e os músculos também.

JG

Essa dor lombar há quanto tempo surgiu?

DL

Pior, pior há um ano. Foi quando me começou a moer mais o juízo. Está a fazer três anos que veio cá a casa um médico clínico geral para uma consulta, pois já fazia tanto tempo que ele me deveria ter dado os resultados das análises que eu tinha feito e eu aproveitei para uma consulta domiciliária.

Eu já sabia que ele se fazia de “mula”, pagamos e depois nada, então fi-lo cá vir a casa. Paguei mais uma consulta e nem me trouxe o recibo para a ADSE, já era costume ele fazer isso. Antes ele era bom médico mas as pessoas já se começam a queixar dele. E eu também! Já nem me querem consultar, devem pensar que sou um caso perdido. Então ele veio, fez a consulta, eu estava ali no meu quarto e eu comecei a andar para trás para lhe ir abrir a porta para ir embora, e não acredita, no fundo da minha cama, entre uma parede e o armário, de marcha atrás, a cadeira de rodas prende-se, caí e fiquei toda enrolada no fundo da cama e o “gajo” ainda me diz “espere aí um bocadinho para eu tirar o casaco primeiro para a ajudar”. Depois ele levantou-me de maneira incorrecta, quer-se dizer, eu estou de cabeça completamente torta, toda enrolada de pernas e costas, e eu digo...”isto está bonito está”. Depois de tirar o casaco, diz ele “eu não posso fazer muito esforço, porque eu tenho uma hérnia discal na zona lombar”.

JG

O médico disse-lhe isso aqui em sua casa ao tentar socorrê-la?

DL

Sim, sim. Resultado, eu comecei a ter dores onde não era costume, fui fazer uma TAC e uma RM e só tinha arranjado três hérnias discais na zona lombar com essa brincadeira de ele me ter deixado muito tempo da mesma maneira e me ter levantado muito mal.

JG

Com a queda?

DL

Sim.

JG

Até lá não se tinha queixado?

DL

Nunca tinha tido problemas disso. A partir daí, comecei a ter dores aqui na lombar e pronto. Comecei a ter dores e depois começou uma moinha e depois começou aqui a parte muscular a doer praticamente todos os dias. Numa noite, comecei a não ter posição para estar deitada, não podia estar de costa, de barriga, de lado, não podia estar de maneira nenhuma, e digo “estou mal da minha

vida!”. Não queria ir para os hospitais, mas já eram umas quatro da manhã e mandei uma mensagem para uma pessoa amiga porque eu não estava para chatear a minha filha, eu não sabia o que ela me ia responder, e eu hospitais não gosto. Entretanto a dor foi passando e aliviou, acabei por não ir. Depois vim a descobrir que tinha três hérnias discais. De maneira que... Ahhhh... Deixe-me queixar, não ligue.

JG

O que se passou?

DL

São estas dores que aparecem, como espasmos, mas com dores na lombar e nas costelas, apanha-me a coluna toda.

JG

Está numa cadeira de rodas, porque sofreu um acidente, certo? Foi em que ano? Como aconteceu?

DL

Em Janeiro de 2000. Foi num despiste. Eu ia atrás e fui cuspidada pelo vidro traseiro e aterrei no chão. Depois já não consegui mexer-me. Só gritava para que me ajudassem, não conseguia tirar os braços de baixo de mim. Eu estava de barriga para baixo com os braços estendidos e a minha filha, que era quem estava a conduzir e se despistou, disse-me assim, “estás a ver? Não estão debaixo do corpo, estão aqui ao lado”. A sensação era essa, porque me estavam a doer imenso. Parecia que eu estava em cima deles. Depois, chegou uma ambulância, mas disseram-me que eu tinha que esperar mais um pouco, porque tinha que vir uma ambulância especial para mim. Eu não me recorde de nada, porque vinha a dormir, pois tinha sido eu que tinha conduzido até 15 minutos antes do acidente. Fizemos a troca e... depois chegaram com a tal ambulância especial e levaram-me para o hospital. Depois levaram-me para o H(A). Foi catastrófico. Se me tem levado para o H (B) seria melhor. Apanhei lá um sapateiro!

JG

Qual foi o resultado do acidente?

DL

As vértebras ficaram em compressão com a medula.

JG

Esmagamento das vértebras?

DL

Não, não. Compressão. Eles não me deram o relatório das coisas, mas eu sei, porque tenho as radiografias que tirei e fiquei com elas. Depois na recuperação no H (C), puseram-me um peso a tracionar a cervical. Eu na altura pesava 52 kg e puseram 32 kg a fazer tração. O que aconteceu foi que as vértebras estavam assim ficaram piores. Tenho as radiografias e tanto que o meu neurologista que eu arranjei cá fora quando sai do H (C) perguntou-me como é que consegui ficar com as RX, porque elas valem ouro, para poder colocar o Hospital e o médico em tribunal! Isto tudo, porque eu fui para ficar três dias e ainda lá estava ao fim de uma semana e com tanta tração as vértebras ficaram mal colocadas. Eu era para ser operada numa 6ª feira e ainda na 2ª feira não tinha feito a cirurgia. O médico da minha companhia de seguros disse-me que eles tinham optado por não fazer logo, porque a coisa ficou mal depois da tração. Fizeram depois a cirurgia e assim foi.

JG

E depois, como foi a sua recuperação?

DL

Passados uns meses, eu estava encantada da vida, relativamente. Eu apercebi-me que estava lá a perder tempo na recuperação, pedi para sair e de maneira que comecei aqui em casa a desenrascar-me sozinha. Ao fim de 6 meses de ter saído de H (C), fui para uma clínica cá, mas depois optei por ir até uma clínica em Cuba onde fiquei dois meses e meio. Trataram-me do corpo e da cabeça. Tinham lá bons terapeutas e psicólogos. Depois fizemos uma nova cirurgia em Cuba à cervical e foi então que se descobriu que as chapas e os parafusos colocados na cervical em H (C) estavam mal colocados, estavam tortos e a tocar na medula.

JG

E repararam isso?

DL

Não, não. Estavam mal e ainda estão até hoje. É por isso que as radiografias valem ouro, como lhe

tinha dito antes. Até hoje ainda não consegui algum cirurgião que quisesse mexer nestas placas. Ninguém quer mexer nas placas por um simples motivo: o último que consultei, avisou-me que era mais uma anestesia geral, que os parafusos estão calcificados, e a tocar na medula, portanto é um risco que corremos! Como quem diz, não vou mexer naquilo que os outros mexeram e deixaram mal.

JG

Diga-me, DL, será que existe alguma relação destas dores com os seus estados emocionais? Porque sempre que fala algo mais preocupante, curiosamente a DL refere dores.

DL

Sim, eu fico mais tensa e não dormindo fico mais tensa ainda, fico pior! Até a minha gata sabe e chega-se até mim para me dar apoio. É ela que me faz companhia e me obriga a sair da cama, a fazer coisas que não me apetece fazer, mas ela é matreira, deve saber de algumas coisas que eu não sei! Desta forma também me obriga a olhar em frente e a pensar que tenho que continuar, apesar de tudo o que me aconteceu. Desculpe, mas estou a ter um espasmo desde a lombar até aos dedos... espere um pouco, se faz favor... já passou. Esta gata é muito especial. Tenho um carinho muito particular por ela, porque eu apanhei-a na rua desprotegida e sem lar e parece que desta forma é a minha companheira e estimuladora da minha vida.

JG

Disse-me que não tinha tido problemas na coluna lombar antes da queda na cadeira de rodas aqui em casa, certo?

DL

Só depois da queda é que começaram as alterações e as chatices. Fico rija e começa-me a alastrar as dores e a rigidez para a anca e para os braços. Depois tenho imensa dificuldade em mexer-me. Esta lombar só me está a moer a cabeça. Então, para não me chatear, é melhor nem pensar na coisa.

JG

Quer dizer com isso que arranja uma estratégia para não ficar pior? Não pensa no acontecimento?

DL

Quando é assim, tento arranjar uma coisa qualquer para estar ocupada e se poder estar a dormir não

penso, percebe? Ou então deito-me somente, embora não possa estar muito tempo na mesma posição. Depois enervo-me com estas situações e... acabo por não dormir. Faz muito tempo que não durmo como deve ser. Normalmente vingo-me aos sábados, mas neste ultimo não consegui dormir o que queria. Depois fico assim durante dias.

JG

A DL então acha que implica no seu estado emocional as dores lombares?

DL

Sim, implica. Implica com tudo!

JG

Como assim?

DL

Com tudo e mais alguma coisa. Até com o que estou a fazer. Resmungo todo o tempo. Depois começo a ter mais dores e depois começo a refilar... enfim. Depois, tento-me controlar e começo a ter mais discernimento, mas é difícil.

JG

Costuma dizer que fica toda dura, certo?

DL

Sinto-me que fico mesmo um pau. Depois complica-me com a cabeça e com a minha ansiedade. O que queria mesmo era poder sair de casa. Sempre fui uma mulher de fazer muitas coisas, de nunca estar parada e quieta. Agora quero fazer as coisas e não as posso fazer. Tento fazer mas... nem sempre consigo. Depois fico ansiosa por ter coisas para fazer, tenho que fazer e... viver sozinha neste estado não é nada fácil! Só queria sair daqui para fora.

JG

Como assim?

DL

Só queria sair daqui desta casa e ir para outro lugar, mas não vejo as coisas a andarem para a frente. Se ao menos tivesse a companhia de alguém. A empregada vem cá duas vezes por semana, mas

isso não chega para nada e nem me acompanha no que preciso. Ainda tenho que ser eu a ajudá-la. Está cheia de problemas. Não me resolve o problema de estar só e ainda tenho de despender as minhas energias com ela, porque ela precisa de desabafar e já tem 54 anos. Ela não pensa e em vez de me ajudar... nada. Também nada me serve de enviar as culpas para os outros mas... sei muito bem com quem estou... Tenho mesmo consciência disso. Não é fácil arranjar quem nos ajude. Deixaram-me aqui em casa abandonada e nem telefonam! Abandonaram um cão vadio! Estou sozinha e não vejo quem me possa ajudar para nada, só mesmo os bombeiros quando vêm aqui para me levar para alguma consulta. De vez em quando lá aparece alguma amiga antiga, mas por pouco tempo. A solidão corroí todo o corpo e a alma. Eu só quero sair daqui para fora. Sabe quem deveria de se preocupar comigo nunca se preocupou, certo?

JG

A sua família?

DL

Sim! Quem me pôs assim! A minha... a minha filha! Ela veio pedir-me socorro e fez-me isto. Eu perdi dois filhos e não queria que a minha filha perdesse o filho dela. Se não fosse eu, ela perdia-o. Perdia-o mesmo. Por isso, deveria ter mais sensibilidade por eu estar numa cadeira de rodas.

JG

Então salvou uma pessoa, deveria ficar feliz com isso, ainda mais um neto seu, certo?

DL

Sim, já houve alguém que me disse isso “agradeça a Deus, porque conseguiu salvar alguém”, mas... consegui salvar alguém, mas estou eu aqui neste estado que nem um cão! E depois ainda sou insultada por essa pessoa (filha) e nem sequer a pessoa que eu salvei o vejo. Faz onze anos que eu não vejo o meu neto.

JG

Perdeu os seus filhos porquê?

DL

A minha filha com 4 anos morreu com um tumor na medula por causa dum pontapé na lombar que o pai lhe deu e mais as punções lombares que os médicos portugueses lhe fizeram quando ela estava

doente. Precisei da ajuda dos meus pais na altura, mas negaram-ma, porque a minha mãe disse-me que eu era casada e tinha marido e que ele tomasse conta da filha, que eu me desenrascasse. Eu estava como funcionária pública em Angola e tive que partir para África do Sul para salvar a minha filha. Tinha ela 2 anos quando lhe diagnosticaram cancro. Passei o inferno, mas consegui que ela vivesse mais uns quantos anos. Fiz tudo para que ela vivesse, nunca pensei que ela se ficasse com 4 anos. O pai mais tarde confirmou que tinha sido o culpado da situação que tinha acontecido à menina. Eu não vi o pontapé, mas... ela cantava sempre, mesmo naquele estado. Ela dizia-me que quando fosse grande que me comprava uma casa... e... o meu filho... a preocupação dele era também de me comprar uma casa.

JG

O seu filho faleceu com que idade, de quê?

DL

Tinha acabado fazer 18 anos. Ele era tão parecido com a irmã. Eram todos loirinhos, já o meu filho mais velho que está vivo, também é muito bom... mas... está afastado de mim. Ele tem um filho de 2 anos e nunca me falou dele, nem o conheço. Sei que ele existe, mas... não é preciso dizer mais nada, pois não? Isto não é família, pois não?

JG

Quantos filhos teve... e o seu filho faleceu de quê?

DL

Tive cinco filhos, três raparigas e dois rapazes. O meu filho mataram-no na autópsia! Ele teve um enfarte de miocárdio e levaram-no para a morgue do hospital. Quando fizeram a autópsia descobriram que ele afinal não tinha morrido, por isso mataram-no lá com a autópsia... Ficamos por aqui. Não quero falar nisso. É uma dor tremenda saber disso.

JG

Compreendo. Não pretendo que se sinta mais desconfortável. Falemos da sua filha, a mãe do seu neto.

DL

Essa moeu-me a cabeça. Pediu-me ajuda para o bebé dela... e enquanto eu conduzi não tivemos

problemas. Fomos para Espanha para tratar o bebé... ahhhhh... Desculpe, mas são as dores... Estou a ficar muito dura, estou a ficar com os espasmos muito fortes. É por isso que eu não posso pegar num neto que tenho de onze meses. Também estou muito preocupada com este, quando se tem pais que não sabem nada... mas, como eu estava a dizer, quando a minha filha pediu para que alguém fosse com ela à clinica a Espanha, ninguém a acompanhou, nem o marido, nem as amigas, nem as colegas de trabalho nada, fui só eu! Mas nem me disse nem onde íamos nem fazer o quê! Eu não segui a minha intuição. Na hora de partir, eu não queria ir de maneira nenhuma. A partir daí, quem pagou as favas fui eu.

JG

O que é que sente com tudo isto que relatou e o que pensa que poderá ter como consequência?

DL

Um desgosto. Transmite-se para todo o meu corpo. Eu não sou parva nenhuma e você sabe muito bem que... eu sei o que isto tudo faz, a minha cabeça está num estado de desgraça e por isso evito chatear os outros com as minhas coisas e tento não fazer coisas que me possam prejudicar mais o meu corpo, para que não tenha tantas dores e nem me afete tanto para não ficar nervosa.

JG

Pensa no futuro?

DL

Que posso eu dizer? Que futuro me virá? Numa cadeira de rodas se não me ajudarem! Até à morte. Só de pensar nisso fico triste e deslocada. A verdade é que gostaria de pedir mais auxílio aos meus filhos, mas o que eles poderão ajudar, e pior, o que é que eles vão pensar? Como se costuma dizer, remeto-me à minha insignificância. Vou sobrevivendo do pouco que recebo da reforma. Veremos até onde isto vai dar, porque o dinheiro que me foi dado pelo seguro devido ao acidente não me garante futuro nenhum, pelo contrário.

JG

E o que sente em relação a isso?

DL

Sinto que não valeu grande coisa tanto trabalho que fiz durante toda a minha vida e os sacrifícios que fui ultrapassando e alterando, pois agora é que são elas! Não há dinheiro para todos! E isso revolta-me e frustra-me, porque agora preciso e os malvados destes políticos roubam tanto e não dão a quem precisam. E isso ajuda-me a destruir o corpo e a cabeça. Fico angustiosa e revoltada. Tenho imenso desgosto de tudo o que está acontecer em aqui Portugal.

JG

Reza?

DL

Peço a ajuda de Deus todos os dias e ajuda ao meu filho, que Deus o tenha em paz e descanso. Ele sempre me dá paz interior. Salvaguardo-me nas preces que lhe faço.

JG

Existe algo mais que gostaria de partilhar, que faltasse dizer?

DL

Já é o bastante. Já sabe como me sinto. Já estou farta destas coisas todas, desculpe.

JG

Agradeço a sua colaboração nesta entrevista e desejo-lhe melhoras significativas em todos os sentidos.

Muito obrigado

Caso nº 3

Nome: BL

Género: Mulher

Idade: 73 anos

Altura: 1.57 m

Peso: 56 kg

Habilitações: Licenciada

Profissão: Reformada

Estado civil: Casada

Nacionalidade: Portuguesa

JG

BL, caso seja possível e me permita, gostaria que nesta entrevista fosse profunda nas suas expressões, sentimentos e emoções perante todos os acontecimentos que se apresentam como consequências da lombalgia presente. Sentimentos, expressões e emoções essas, quer em relação a si, quer em relação ao seu emprego, família, amigos, médicos, espiritualidade e futuro. A finalidade é que expresse de forma plausível tudo o que possa ser significativa para si.

A BL comentou anteriormente que sofria de dores lombares que por vezes se tornavam cruéis, insidiosas e desgastantes.

BL

Sim é verdade. Eu sofri de uma queda no ano 1991 que originou uma hérnia discal aos meus 49 anos. Andava tão agitada e perturbada com determinadas situações que nem sempre tinha cuidado onde colocava os pés, até que, um dia, escorreguei, bati com as costas no chão e assim se deu esta hérnia, mas também sei que as tensões físicas que já lá se encontravam ajudaram muito a angariar este problema. Poderemos ainda questionar, porque ficamos sem saber, se a hérnia já se encontrava nas minhas costas antes da queda ou se foi devido ao trambolhão que dei, que a originou. Depois, uma amiga disse-me para eu consultar um terapeuta que fazia milagres com as mãos. Então, ele fez-me aquelas manipulações que os osteopatas fazem com conhecimento científico e que eles fazem com conhecimento empírico. Eu tinha uma hérnia. Desde essa altura que me mantenho com terapias não convencionais para me ajudarem nas maleitas, sempre que seja necessário. Hoje em

dia, esta parte está dorida, está frágil, portanto eu sei que tenho uma base fisiológica de dor muito forte há mais de 24 anos, mas também psicológica. Claro que a dor não é nada ajudada por todos os acontecimentos difíceis e dolorosos da minha existência, que só tem feito é piorar, porque desde a morte do meu filho aos seus 18 anos que não deixo de sofrer, sofrer... sofrer! As pessoas dizem “coitada perdeu o filho”, mas é que eu perdi o filho e perdi a filha (M). Eu não posso falar disto a ninguém, ninguém entende... ninguém entende que eu tenha perdido uma filha que mora aqui ao pé de mim e que se vai embora, aliás, porque não quer estar aqui e inclusive há três dias estive com ela para esclarecimentos de determinadas coisas e que esse contacto foi incrivelmente demolidor. Portanto, há momentos que eu fico tolhida de dor, fico tolhida mesmo... se por acaso eu conseguisse libertar-me destas coisas... talvez eu tivesse menos dores... é evidente. Mas como é que uma pessoa se liberta de um filho? Um filho nasce-nos para a eternidade... Tudo o que nós fazemos é por amor... Eu tenho uma imagem em relação a isto que é muito curiosa... Imagine uma galinha choca, que lhe tiram os ovos e lhe colocam uns de pata. A galinha está muito contente, tem os ditos pintainhos e depois, a uma determinada altura, ela que tem os seus pontos referências de galinha e vê os seus pintainhos a jogarem-se à água... Ela fica louca... Ela fica louca cheia de medo... Vai fazer de tudo para a água secar, para os seus pintainhos não terem aquele perigo. E esse tudo que ela procura fazer vai de contra a vontade dos patinhos, porque o que eles querem é nadar, e depois, ela seca a água e os patinhos hoje não sabem perdoar à galinha os seus pontos referenciais e não sabem reconhecer que foi só por amor... ela está completamente moída, desfeita por dentro, desfeita, desfeita, desfeita de sofrimento! Porque a minha mãe (galinha) viu-me a mim (pato) a querer atirar-me à água e ela mostrou-me um sofrimento tal que eu não me atirei à água. Ainda hoje me culpo por não me ter atirado à água. Mas eu não aceitei ver a minha mãe “morrer”... Eu percebi que era a dor. Só muito tarde, ela me pediu perdão. Eu disse-lhe “não mãe, não tenho nada para perdoar. A vida aconteceu. Se calhar era assim o melhor”. Isto é amor! As mães podem fazer muita asneira, muita asneira, muita asneira, muita asneira, mas não deixam de serem a mães e eu deixei falo por mim: deixei de ser a mãe! Foi-me dito assim... Nós vamos tentar ter uma conversa, mas eu fui uma menina que amei muito a minha mãe... mas hoje não há nada disso! Eu consegui matar o meu sentimento, já está morto! E isto tudo por uma interpretação que está errada, mas que ela (M) não aceita que é uma interpretação errada.

JG

Fez um juízo errado?

BL

E não há nada a fazer, porque ela não sai dali, não cede, eu disse “olha filha (M) pensa só uma coisa, pensa que eu tenho 73 anos, já não tenho muito tempo, já não temos muito tempo”. Agora, diga-me como é que eu posso não estar cheia de dores em toda a parte? E nestas partes mais doridas mais fragilizadas pelo organismo... são dores de perder a vontade de viver. Mas pronto... isto é concreto, que é a dor aqui, ali, acolá. É fruto de viver. O que é que eu posso dizer?

JG

Com isto tudo, quer dizer que, quando tem alterações emocionais significativas, piora com o seu estado físico?

BL

Completamente. O que me tem amparado, de facto, tem sido o meu marido. Eu costumo dizer que ninguém merece este homem como marido (por ser excelente e compreensivo). Eu tenho-o, porque preciso dele. Eu sei que ele me foi dado, porque eu preciso muito dele, porque eu estou muito fragilizada. Absolutamente fragilizada. Eu acredito na providência. Não existe pessoas assim no mundo é de fato um anjo caído do céu.

JG

Providência?

BL

Sim, numa entidade suprema à qual chamamos Deus, o criador de tudo e de todas as coisas que os nossos cinco sentidos conseguem captar. É nele que me refúgio diariamente, num contexto de procura, evolução e ajuda do ultrapassar destas vicissitudes na minha vida tão sofrida por faltas e mais faltas.

JG

Se eu lhe pudesse dar algo, o que gostaria de receber?

BL

A volta da minha filha.

JG

E o seu filho que perdeu fisicamente?

BL

Qualquer dia vou ter com ele... Sei que continuo a receber o amor dele, morreu com 18 anos. A dor que tenho em relação á minha filha (M) é uma dor que consegue sobrepor-se essa. Porque

quando alguém morre, ninguém tem culpa, ninguém é responsável por isso. Aqui, a minha filha (M) é responsável. É, quer-se dizer, aí eu até sou relativista. É e não é. Ela é a pessoa que é, foi sendo feita pelas circunstâncias da sua própria vida. Eu não a recrimino, não digo nada contra el. Ela tem o comportamento que consegue ter... Isso faz-me sofrer duplamente. Com este comportamento, ela manifesta-se muito feliz, mas na verdade eu dei origem a um ser que é infeliz.

JG

Penaliza-se com isso?

BL

É evidente, ela faz-me acusações. Eu penso que nós... nós somos seres imperfeitos, não acabados e quer dizer que as nossas ações não foram todas perfeitas, quero dizer que nós que temos um determinado comportamento num momento, temos depois um outro e já não temos o mesmo, já estamos numa melhoria, nós vamo-nos aperfeiçoando. E portanto, se calhar... na certeza absoluta as coisas que eu fui fazendo, fi-las nessa altura, mas não as faria hoje e eu só pedi à minha filha (M) compreensão para isso. Fiz, fiz, está feito! Sabe, há uma palavra que ela não conhece... perdão! Que ainda que perdão só se pode dar a quem comete uma falta querendo cometê-la enquanto falta... enquanto falta, portanto eu posso ter cometido faltas, mas não foi enquanto faltas que eu as cometi. Enquanto falhas sim... a falta e falha são formas diferentes, são distintas.

JG

Existiu alguma relação negativa com a sua profissão e a família?

BL

Uma das coisas que a minha filha (M)... inconscientemente me culpabiliza foi de eu ter sido uma mulher profissional e não estar constantemente com os meninos (todos filhos). Ela disse-me que teve uma infância muito desprotegida e que eu não lhe dava colo. Eu tinha um colo muito duro, ela refugiava-se no colo do pai, porque o meu colo era muito duro... Disse-me isto há dois dias atrás. Eu até consigo explicar isto... É que o meu marido reconhece que é demasiado permissivo. Eu tinha de meter alguma ordem naquilo! Depois, disse-me uma coisa muito curiosa: “a mãe é muito generosa, mas é absolutamente egocêntrica”. Acho que é muito difícil perceber isto!... “Porque a mãe publicou aquele livro (homenagem ao filho que morreu) e não tinha nada que que o publicar. Se fosse eu, tinha escrito para mim, não o publicava. Mas a mãe é egocêntrica. Publicou para se mostrar”. Ela nem o leu, nem quis receber o livro quando foi publicado.

JG

O que pensa dessas incompreensões?

BL

Vai corroendo, corroendo completamente. Eu tenho um amor muito grande. É isso que me faz manter aqui viva, pois tenho outra referência muito forte ao meu Criador. Eu não quero ir contra ao seu amor que me criou.

JG

E os seus netos? Tem os seus netos que a adoram.

BL

Tenho sempre uma sensação muito grande transitória. Eles aparecem aqui uma semana. Nem há tempo para encontros muito profundos.

JG

Sente-se desacompanhada?

BL

Eu tenho o meu marido que me apoia completamente mas... só que muitas vezes ele têm estas coisas... querer ajudar. Vou-lhe dar um outro exemplo para perceber. Quando eu perdi o meu filho, muita gente dizia-me “deixa lá, tens que ter muita força...” e eu, a determinada altura, tive esta expressão “estou farta de ter força pelos outros!”.

O meu marido diz-me “está a ver mal ela (filha (M)) ela... blá, blá, blá”, portanto, se ele me disser assim “olha querida esposa, tens toda a razão, chora à vontade, a tua filha realmente não te ama e isso é uma dor muito grande, chora!”, eu sei que fico mais acompanhada.

Mas o que ultrapassa a dor ultimamente é a angústia... é a angústia sobre a qual eu não tenho poder nenhum, que está cá. É a faca que está cá espetada no meu peito, não tenho acesso ao cabo... não posso tirá-la. Não tenho acesso. Não posso tirá-la. E depois, ainda por cima disto tudo, há uma mexericada com uma fulana, que eu nem falo nisso, porque eu realmente nesse aspeto sou uma senhora, não me meto em mexericos. E eu pergunto à minha filha (M) “E tu acreditas que eu tenha dito isso?”, e ela diz “Então, ela disse-me!!”. Se há coisas que eu tenho horror é a essas coisas do diz-que-disse. Meu Deus... eu estava a falar com uma amiga minha de há 60 anos e ela, a uma determinada altura, começou a rir e disse “Mas isso é não te conhecerem nada”. É isso, portanto há em mim um grau de pudor que não dá para falar do disse-que-disse. Existe uma coisa que me preocupa muito... É que a minha filha (M) era uma mulher muito bonita, mas a beleza tem com

quase tudo a ver com o interior, mas só que é dentro... e a minha filha... aquelas feições bonitas já não fazem da minha filha uma mulher bonita. Fisicamente está endurecida, tem traços duros.

JG

O que acha que pode ter acontecido?

BL

Existe um episódio da pequenina infância dela (M) que ainda me dói. Eu vim de França para Portugal... e precisei de começar a trabalhar. Estava grávida à espera da 2ª filha (R), concorri para os liceus e foi colocada, mas entretanto não era como professora que eu queria viver... Eu em França fui para a sociologia... O ensino não me cativava... a investigação sim... e então fiz saber certos setores da função pública da minha existência e fui convidada para entrar nos serviços, com contrato de trabalho e prestação de serviço. Tinha um trabalho e entretanto nasceu a minha 2ª filha (R) e fiquei em casa a fazer o trabalho de estatísticas e outras coisas, isto porque podia trabalhar através de casa, eu tinha aquela menina (R) e eu tinha que fazer aquele trabalho em casa. Veja bem as situações das pessoas... Eu tinha um quarto com a secretária e ao lado era o quartinho da minha filha (M). Eu não podia tê-la no colo a atrapalhar as minhas coisas de trabalho... portanto eu coloquei uma barreirazinha, enquanto ela estava no quarto e eu estava ali a trabalhar, mas ela chorava, porque ela queria vir para o meu colo. Mas eu não tinha hipótese. Tinha um contrato assinado para fazer aquele trabalho. Profissionalmente era ali que eu me podia realizar... Se calhar, eu deveria ter ficado como uma triste professora para ter um ordenado... e então ela dizia “Ó mamã, ó mamã”, e eu ia lá para junto dela, mas não a tirava para o meu espaço. Isto pode ter tido influência terrível na vida dela de facto. Eu tentava todas as outras maneiras fora dos meus períodos de trabalho. Ela diz que teve uma infância desprotegida. A minha filha inventa (M), ela fabula. E fabula mesmo coisas concretas. Isto só tinha uma solução, era abordar a psicoterapia. Eu estaria pronta para fazermos uma terapia conjunta... mas assim não vamos conseguir. Ela não quer.

JG

A BL fez alguma vez psicoterapia?

BL

Só fui uma vez ao psicólogo em França por causa dos problemas que tinha tido com a minha mãe. Eu sentia uma chamada, uma grande chamada e muito forte para a vida religiosa e quando a minha mãe descobriu ficou completamente transtornada... fui dar com a minha mãe na cama completamente branca com os lábios roxos, como se tivesse acabado o mundo. “Não digas nada

ao pai, porque...”. Passei por coisas... ainda hoje tenho pesadelos, pois tenho... pois tenho!

JG

Tem pesadelos noturnos?

BL

Eu tenho muitos pesadelos!

JG

E no dia seguinte como é que se sente?

BL

Cansada, muito cansada, mas também sei de onde me vêm. Lembro-me de uma vez em França... eu estava no campo e de um momento para o outro eu tive medo de enlouquecer... Era o fígado, depois eram os rins, depois era... o sistema neurovegetativo estava completamente desregulado. Diarreias, vômitos... Acabei por ficar internada no hospital, mas não descobriram nada, mas eu ficava pior, até que um dia eu chamei o Dr. e disse que me queria ir embora. Fui embora com as mesmas dores. O meu marido acabou por encontrar um médico que, por sinal, era Judeu, que me ajudou com algumas injeções e que me disse coisas muito interessantes, que foram ao encontro daquilo que eu tinha passado e que eu estava a sentir naquele momento. Era tudo emocional... e é até hoje.

Vou acabar o raciocínio. A minha filha (M) foi sempre muito reservada, mas pronto... eles eram 4 (filhos). Eu não podia estar sempre... A minha vida profissional, depois a revolução (25 abril), nós andávamos como as velas dum moinho. Não é certeza absoluta que eu não dei à minha filha (M) a atenção que dei a outra filha (R), portanto quando ela (M) encontrou um namorado queria era sair de casa, até porque ela também se incompatibilizou com os nossos modos de vida (pais). Ela uma vez disse-me que tinha muita pena de não ser filha única e se eu lhe disser isso agora ela diz que nunca me disse tal coisa. Era esta necessidade que ela tinha de mim a tempo inteiro. Ela então começou a criar dentro dela a necessidade de realizar um modelo diferente. Portanto, nós éramos os burgueses e ela tinha que ser muito pobrezinha. Quando ela se casou, também me disse que ela não se deveria ter casado, mas casou-se porque tinha pena dele (marido). O que é muito mau. Tem feito sempre isso. Cria modelos contrários. Ela casou e foi viver para um T0 e não quis nada de festas nem casamento. Eu disse-lhe “mas tu nem sequer tens uma cama!” e ela disse-me “ Não, não é preciso”. Comprei-lhe um colchão e mandei colocá-lo à porta. Era a única coisa que eu poderia fazer. Está a ver... isto é muito anormal. Muito mais tarde, consegui que ela me convidasse para

eu lá ir a casa dela, porque já lhe tinha nascido a filha (1ª neta). Ajudei aquando do nascimento da minha neta. Eu estava com uma hérnia inguinal, mas não a deixei desamparada em momento algum. E agora ela que diga onde estava a mãe nos momentos difíceis de vida dela. Ela recusa-me sempre! Eu sempre lhe dei o apoio necessário. Depois foi viver para um outro apartamento onde novamente a ajudei de variadíssimas formas. E tem sido assim até aos dias de hoje. Está constantemente a criar modelos de fuga e eu depois vivo neste estado de angústia e tristeza que me perturba o corpo e me corrompe a alma. O sofrimento está presente na minha vida como o sangue que me percorre nas veias. Só gostaria que a minha filha percebesse o quanto estamos unidas em vez de separadas, por isso, mantenho-me aqui fiel e esperançosa que algo mude, mantenho-me quieta na expectativa que seja ela e não eu a tentar mais uma vez. Nunca fui a pessoa cruel e não presente que ela criou no seu mundo muito próprio. Tento evitar o mais possível situações produtoras de conflitos, até porque isso me acarreta mais dores físicas do que as que já possuo.

JG

O pode dizer do futuro que lhe advém?

BL

O futuro pode ser muito curto. Não conseguiremos fazer o que nos propusemos fazer se não olharmos para ele com especial estima e vontade. Já me encontro com a idade que tenho, mas gostaria que algo ainda pudesse ser feito em prol desta sociedade tão consumida pelo ódio e pela avareza.

JG

Existe algo mais que gostaria de partilhar, que faltasse dizer?

BL

Gostaria que houvesse amor em todos nós e que esse amor entrasse no coração dos filhos, amor esse enviados pelos pais.

JG

Agradeço-lhe a sua colaboração para este estudo e desejo-lhe o melhor.

Caso nº 4

Nome: DG

Género: Homem

Idade: 34 anos

Altura: 1.70 m

Peso: 73 kg

Habilitações: Licenciado

Profissão: Informático

Estado civil: Casado

Nacionalidade: Portuguesa

JG

DG, caso seja possível e me permita, gostaria que nesta entrevista fosse profundo nas suas expressões, sentimentos e emoções perante todos os acontecimentos que se apresentam como consequências da lombalgia presente. Sentimentos, expressões e emoções essas, quer em relação a si, quer em relação ao seu emprego, família, amigos, médicos, espiritualidade e futuro. A finalidade é que expresse de forma plausível tudo o que possa ser significativo para si.

O DG comentou anteriormente que sofria de dores lombares que se manifestam angustiantes.

DG

Muito bem, está a dizer para eu confidenciar consigo o que eu tenho guardado dentro de mim, desde esse dia e que me está a fazer sentir alguém, que eu já não sou o que eu era?!

JG

Se possível.

DG

Como disse na outra entrevista, sofri um acidente de mota fez em outubro um ano.

Foi assim...

Eu ia para o trabalho, tinha chovido, mas não estava a chover. A estrada tem duas faixas para a direita e três faixas para sair da segunda circular que passam por cima da rotunda do relógio. O condutor que provocou o acidente foi para a direita de quem vai para a rotunda e eu ia na segunda faixa de quem passa por cima da rotunda do relógio, e... quando lá estava somente tive três

metros para travar... bati-lhe por trás. A mota fez uma ligeira égua... fiquei sentado em cima do depósito. A primeira queixa que eu tive foi nos testículos. Na altura, estava com dores nos testículos por terem batido no depósito da mota. Conseguiu-se encostar a mota e o carro para o lado... portanto, vários carros foram travando simplesmente, para não nos baterem em cadeia. Durante esse processo de embate, eu aguentei a pancada. Agarrei-me à mota. Estava com dois dedos nas manetes... os quatro dedos nas manetes, portanto, dois na esquerda, dois na direita e... bati com os testículos no depósito... De resto, não me lembro de mais nada. E... e depois eu não sei... fiquei confuso e surpreso com tudo... Graças a Deus, fique vivo e eu não tinha partido nenhum osso. Não tinha queixas nenhuma. Estava quente, não é? Ficámos com os documentos. Fui trabalhar. São para aí oitocentos metros. O acidente foi às 8h30. Eram para aí 10h30, uma hora e meia depois mais ou menos do acidente já não aguentava com o peso da cabeça. Fui ao posto médico, estava-me a doer muito na cervical. Deitei-me na maca no posto médico. Chamaram uma ambulância. Depois perguntaram-me “Então, tiveste um acidente e não foste para o hospital?”. Fui para o hospital, mas aí já não me conseguia mexer. Para andar vinte metros, entrar na ambulância e no hospital foi muito difícil, pois já quase nem me conseguia levantar. Depois, deram-me medicação para as dores, mas... estava com os testículos ligeiramente inchados... Isso perturbava-me. Fizeram-me um raio-X à bacia e à coluna e deram-me lá umas coisas na veia. Fiquei contente, com isto tudo passou para aí uma hora. Depois, às 15 horas estava cá fora. Como era acidente de trabalho, tive que voltar ao Hospital que tem o acordo com o seguro. Lá estiveram a ver a ficha, deram-me alta. Depois fiz uma ressonância magnética dois dias depois e, pronto, ficou assim. Depois, andaram a engonhar com fisioterapia... mal feita.

JG

Como assim?

DG

Andavam a enrolar com a coisa, pois não estava a ter nenhum resultado com os tratamentos, isto em novembro... Fiquei um mês em casa. Depois, fui trabalhar. Continuei sempre com dores. Trabalhei em novembro e tirei três semanas de férias em dezembro para ver se me aguentava. Melhorei e no início de janeiro já não aguentava com os comprimidos para as dores. O estômago estava a arder da medicação a todo o tempo. Quando deixei de tomar os medicamentos para as dores, começaram-me a doer os pulsos. Portanto...

JG

Quantos meses depois?

DG

Três meses depois. Porque até lá... comecei a trabalhar... comecei-me a queixar... não me mexia. Doía-me muito a coluna. Toda a coluna parecia um espeto de dura que estava e não me conseguia dobrar para nada, calçar as meias ou vestir umas cuecas era quase impossível.

Em fevereiro, quiseram-me operar. Apresentou na 1ª ressonância magnética quatro hérnias discais nas C5, C6, C7, D1. Fiz também uma eletromiografia. Foi horrível. Não correu nada bem. Também acho que foi mesmo azar do técnico que fazia o exame. A máquina estava avariada e nem sequer era uma agulha fina. Tinha vinte gráficos... O tempo que demorava a passar o impulso era enorme. Escolhia só os melhores sítios. Durante esse tempo, eu estava a levar choques, porque a máquina não desligava. Continuava a levar com choques... pior ficava... porque tenho medo de agulhas desde criança, com os traumas que me criaram quando me portava mal. Diziam-me “Levas uma injeção se não parares” e quando ia fazer análise ou tomar vacinas entrava sempre em pânico.

JG

Como assim?

DG

Ou seja, tudo o que seja relacionado com agulhas, não era e nem é nada agradável. E pronto. Entre esses exames, depois em Fevereiro quiseram-me operar. O médico disse-me, de um dia para o outro. Dia 13 de Fevereiro, fui a uma consulta de junta médica. Queriam-se livrar de mim. Já tinham o papel passado e assinado para me dar alta. Só faltava eu assinar. A conversa do médico: “então, você está melhor, certo, já está bom, correto?” Eu disse-lhe “eu estou melhor, está a brincar com a minha cara, só pode ser?” Mal conseguia mexer-me. Tenho dormência na mão, tenho dormência na ponta da planta do pé e o médico a afirmar que eu estava melhor!...Já nem da lombar estava capaz de me mexer nem para apertar os atacadores dos ténis.

JG

Lombar?

DG

Sim, foi sempre cervical o que eles me diagnosticaram, mas a verdade é que a lombar estava pior a cada dia que passava.

JG

Os médicos nunca manifestaram nada sobre os pés, a lombar ou outra parte do seu corpo?

DG

Não, não. Zero. Eu falei nisso ao médico. O médico disse que era muito raro haver uma questão dessas relacionada com lombar. Isso não fazia sentido. Como eu tinha aguentado o impacto todo com as mãos e com as costas... mas, pronto... não sou médico, lá está. Quando não se fala de igual para igual... temos que calar, porque são eles que sabem, mesmo quando somos nós que temos as dores no nosso corpo e as tentamos eliminar sem sucesso. Nesse dia, o médico fez-me uma estupidez. Tratou-me como se eu estivesse a brincar com a coisa e a aldrabá-lo. Disse-me “Tire a camisola”; até foi bastante arrogante e tentou-me fazer testes de reflexos nervosos nos braços.

JG

Sim, e qual foi o resultado?

DG

Zero. Ele nem estava a acreditar naquilo que via! Depois calou-se e deixou arrogância de lado! Mandaram-me outra vez para o seguro. Uma semana depois, fui ao seguro. Portanto, isto foi dia 13. Dia 20 fui lá... Marcaram-me a operação para a semana a seguinte. Unir as duas vértebras. Fiquei em estado de choque e cheio de medo. Fiquei completamente em estado de choque... Pensava lá eu que me iam fazer uma coisa dessas. Depois, comecei a ter outros pensamentos, a pensar mais sobre o assunto em relação ao unir duas vértebras. Falei com pessoas que também já tinham feito e achavam muito cedo, aos trinta e quatro anos, ficar logo limitado. Duas vértebras era uma questão muito dolorosa. Disseram que fosse ouvir uma segunda opinião.

Fui a um Professor Doutor. Consegui ainda fazer nessa mesma semana outra eletromiografia. Falei com o Professor Doutor, que é super arrogante, mas que é neurologista, não é ortopedista. Mas ele.... lá está... era certo e conciso naquilo que estava a dizer. Está relacionado com o nervo... Eh pá... logo à primeira vez que eu fui! Isso demora meses a recuperar, disse-me ele. Na verdade, levei oito meses para começar a melhorar. Não sei se foi sorte ou não, mas foi o que ele disse. Depois, disse-me “Isso com muita fisioterapia vai lá, o nervo volta a raizar, mas só com muita fisioterapia.” Ser operado... até sinto repugnância terem-me proposto isso. Com este relatório médico, fui à companhia de seguros. Não fui fazer a operação, esperei pela resposta deles. Durante três meses, não me disseram nada. Sempre a falar, a reclamar com eles, tudo e

sempre a trabalhar no meu emprego. Durante três meses, foi de bradar aos céus. Estava já exausto com todo este filme. Parece que não entendem que uma pessoa está mesmo aflita, não compreendem ou fazem-se de parvos para os fins deles. Custa-me acreditar que não sejamos acompanhados correta e com o mínimo de simpatia. Sempre com arrogância, desprezo, em vez de ajudarem... nada, até parece que lhes estamos a tirar alguma coisa.

JG

O DG trabalhava a tempo inteiro e conseguia manter-se?

DG

Sim. Sempre a trabalhar no duro. Mas custava-me tanto! Não queria perder o emprego, pois preciso dele como qualquer um outro que precisa para pagar contas e comer. Era um sofrimento que só eu sei o que estava a passar. Passados três meses, voltaram à carga da parte do seguro, só para me fazerem assinar as coisas. Fiz uma reclamação mais forte através de um mediador de seguros e uma médica do trabalho também ajudou a fazer a queixa como deve ser. E então foi nessa altura que os dos seguros voltaram à carga... mais fisioterapia...e eu disse, “Então e a situação dos pulsos?”. Ecografias, ressonâncias magnéticas, zero, nada. Não se fazem exames para os pulsos? Até que finalmente, em início de julho, fui ao especialista, num outro hospital. Um ortopedista, mas só relativamente para os pulsos. Assim que me analisou, disse logo que isto fazia todo o sentido que fosse do acidente e assim fui para uma junta médica que, passado uma semana, marcaram-me uma operação aos pulsos. Portanto, uma artroscopia e fiquei sete semanas com gesso. Tinha fraturado o triângulo de ligação, rasguei os tendões.

JG

Foi algo que eles não tinham reparado anteriormente?

DG

Certo! O médico disse-me que “Não é nada, vamos só unir, para ver”. Afinal, tinha aqui algumas coisas. E foi basicamente isso. Fui operado dia sete de julho à mão, continuei sempre com fisioterapia aos pulsos e a fisioterapeuta fazia-me tratamento à cervical somente porque eu pedia, tudo isto até voltar a trabalhar. Trabalhei quinze dias... fui ao médico faz agora um mês e o médico disse-me que não havia nada que pudesse fazer relativamente à questão das costas, das dores lombares e na cervical. Era operar ou então aguentar e... ficámos assim. Nem queria acreditar nisso! Aguenta ou opera! Parece-me o talho... É para cortar... corta! E o corpo foi feito para isso? Parece-me que não!

Agora estou à espera da junta médica para me darem uma incapacidade relativamente as costas e lavarem as mãos como é habitual. Continuo a fazer fisioterapia à mão. Ao resto das costas nada! Não pagam os tratamentos, porque só se fizesse a cirurgia na cervical é que incluíam na fisioterapia. E a lombar? Estou todo arrasado com ela! Não pensam em fazer-me nada? E estamos neste ponto. Está tudo praticamente igual. Basicamente é mais ou menos isso. Não houve grandes vantagens nem alterações. Relativamente à mão, fiquei talvez um pouco melhor, mas só tenho quatro meses de operação. Ainda é cedo para opinar e ainda tenho algumas limitações a nível de danos, pelo menos, é o que os médicos dizem, que é o normal haver dores inicialmente e durante o processo de cura.

JG

E o que acha de isto tudo? Como é que se tem sentido de uma forma geral?

DG

Pessimamente, quase com uma depressão, se é que já a não tenho em cima, porque tem sido um ano muito duro... Não conseguia pegar na minha filha, não conseguia fazer nada em casa, a minha mulher teve que sair da faculdade. Estava a estudar à noite e tinha que estar com a nossa filha. Teve que desistir da faculdade para estar em casa, porque não conseguia dar vazão a tudo. Sinto-me culpado pelo projeto de vida melhor que ela poderia ter e, com este acontecimento, acabei por tirá-la de um sonho que tanto ela queria. Não é fácil vê-la continuar a trabalhar no duro e não ter seguido os estudos.

JG

Além dessa sensação de culpa, existe mais alguma?

DG

Frustração e mágoa é que me aperta o coração. Sinto-me perdido e sem rumo.

JG

E no seu emprego, como decorrem as coisas?

DG

No trabalho piorou muito, pessoalmente a minha relação com meu patrão. Em vez de me apoiar e me ajudar, parece que sou um fardo para ele. Esqueceu-se de todo o trabalho que tenho feito

durante todo o tempo que lá estou! E se fosse só ele... humm... é assim... toda a gente gozava. “Um acidentezinho de mota e tal coisa que o valha”. Os meus colegas chegaram a não acreditar em mim e naquilo que eu dizia, porque eu era para ser operado e afinal depois não fui. Depois já diziam “Pois foi o pulso, afinal foi operado ao pulso. Pois, afinal tinha razão para tal, coitado”. Mas esqueceram-se que eu estava a sofrer com todas as dúvidas que colocavam em mim. Se tivessem olhos na cara, viam o meu sofrimento quando me sentava até sair do trabalho. Sempre fui respeitador e nunca faltei aos meus compromissos com todos na empresa. E duvidarem de mim daquela maneira!

JG

Sentia algo mais do que isso?

DG

Sentia-me humilhado, desprezado como um cão vadio! E depois houve muitos erros da parte da companhia de seguros que pediram desculpa à minha entidade patronal, mas nunca me pediram desculpa a mim. Eu é que sou o lesado e não a entidade patronal. Eu sou uma pessoa e não um número de um processo. Tenho sentimentos e dor! Sou EU!

Agora vou abrir um processo contra eles em tribunal, porque eu fiquei três meses privado das coisas. Eles pediram desculpas pelos erros cometidos à minha empresa, mas a desculpa deles não chega, porque em termos de progressão de carreira é zero. Eu fui trabalhar um mês, mas mais fiquei preocupado com o meu posto de trabalho e ainda estar limitado da mão... e quinze dias depois o meu patrão manda-me de férias vinte dias. Tirou-me o trabalho todo para eu ficar sem nada. Disse aos meus superiores e colegas para não me darem trabalho, tudo *off record*!

JG

O que significa isso para si?

DG

Está a tentar meter-me um processo disciplinar para eu me vir embora, para me mandar embora a custo zero. Eu falei com uma advogada para saber o que fazer, isto porque ele informou-me que tinha que tirar férias obrigatórias e não é assim. Temos que chegar a um acordo. Era ele que pretendia que eu fosse de férias. Foi ele e não fui eu a querer tê-las.

JG

Como é que se sentiu ou o que pensou dessa abordagem?

DG

Nessa altura, especialmente, fiquei tão revoltado com ele e com o indivíduo do acidente, que só me dava vontade de lhes dar uma tarefa. Deveriam sentir o que eu estava a sentir e depois logo veriam o que era bom para eles. Disse ao meu patrão que colocasse isso escrito, se é você que quer que eu tire férias! Claro que esta confrontação deu lá um grande alarido. Mandaram de seguida uma comunicação interna a dizer que eu ia de férias de dia tal a dia tal, porque não tinha chegado a acordo com a entidade patronal.

Eu escrevi um email e não assinei a declaração. Disse “tomei conhecimento”, porque eu estava a pensar que estávamos a chegarmos a acordo. Mais uma vez, estava a ser enganado! Sentia-me como nunca na vida me tinha sentido. E esta sensação e este processo provocava-me ainda mais dores corporais do que aquelas que eu já tinha.

Depois, enviei o email a explicar a toda gente que não concordava com aquilo que estava escrito, portanto que foi a primeira vez que me estavam a falar sobre férias antecipadas e não falei mais nada relativamente ao resto. Sabe, agora, neste momento, sinto-me completamente desgastado, física e psicologicamente. Estou a fazer acupuntura para ver se melhora destas sensações tão más que tenho a todo o tempo. Sinto-me a desvanecer. Se não fosse a minha filha não sei não...

JG

O que quer dizer com isso?

DG

Não sei não, sinto-me tão triste com tudo o que está a acontecer, tudo por causa de um acidente. Eu bem tento abstrair-me disto tudo, porque estou a dar cabo de mim desta maneira. Tento não pensar muito nas coisas... mas elas atormentam-me de tal forma que pareço uma libelinha numa tempestade. Quem sou eu agora? Nunca fui assim, malditas dores de costas! Maldito acidente! Aquele bandido do condutor nem sabe quem eu sou e nem sequer tem a ideia do que me fez à minha vida e à minha família. Os meus amigos, se é que tenho amigos depois do acidente, já não me ligam, porque não posso jogar à bola com eles ou sairmos de mota, os colegas de trabalho estão no que estão comigo, porque todos pensam que eu não quero trabalhar e nem ajudam e nem apoiam a minha posição como colega, as coisas que ainda se aguentam são com a minha mulher... mas por este andar e espero que não aconteça nada do que me vai na minha cabeça.

JG

Como assim?

DG

Sei lá, já deixou a faculdade e por este andar se isto não se resolve da melhor maneira se calhar também me deixa. O resto da família precisam de mim também, mas vão-me dando algum apoio moral que é o que me tem salvaguardado um pouco, apesar de eu começar a perceber que já estão cansados também de me ouvir queixar. Qualquer dia, deixo de me queixar e fico mudo... Parece ser a melhor solução.

JG

Procurou mais alguma ajuda?

DG

Sim, acupuntura, mas é particular, por minha conta. Sim, é tudo por minha conta. Já fui a um osteopata, em dezembro. Melhorou bastante na dorsal e na lombar. Mas não adianta continuar lá, porque eu estou praticamente há um ano a dormir de barriga para cima. Cada vez que me viro para um lado, sai tudo aqui atrás do sítio. Como não posso fazer desporto, fico com mais atrofia e depois isto é um efeito de bola de neve. Melhorei na altura do verão. Dou por mim quase sempre tenso, duro faz um ano e, devido a tudo isto, todas as dores aumentam.

JG

Existe algo mais que complica ou aumentam essas suas dores?

DG

Sim, só de pensar na seguradora.

JG

Isso tem a ver com a companhia de seguros da viatura?

DG

Sim, sim, da viatura do outro... A confusão toda é que ia a caminho do trabalho, sobrepe um acidente de trabalho por cima de acidente de viação. Será que eles me vão pagar alguma indemnização por toda esta trapalhada toda ou ficarei igual a muitos outros que eu ouvi falar... sem dinheiro, sem saúde e sem trabalho?

JG

Preocupa-o bastante então essa situação?

DG

Certo. Se perco o trabalho, se não tenho dinheiro, se não tenho saúde... e sem os amigos, os mais chegados, de que vale andar aqui neste planeta? Os braços já não são o que eram, as costas igual.

Foi no hospital de (...) que disseram que eu tinha ficado com uma hérnia discal do lado esquerdo, que afetava o nervo. Portanto, isto foi um movimento de chicote que afetou os nervos, mas é uma coisa muito pequena, tanto que se fosse o nervo sensitivo, não tinha hipótese de recuperar, mas, como é o outro, disse-me o médico que poderia recuperar na totalidade ou o mais próximo possível da coisa. Isto é o relatório do Professor Doutor (...) da Faculdade de Medicina de Lisboa. Isto já foi uma eletromiografia que eu fiz a pagar pessoalmente para ver se me livro desta coisa o mais depressa possível para voltar a ser quem era, ou tentar ser! Tem sido tudo suportado por mim, consultas de ortopedia, osteopatia, massagens e também, por fim, a acupuntura. Preocupa-me bastante porque tenho gasto o que não deveria gastar. Se não fosse a minha esposa, não sei não. Tenho que me tratar, porque eu não estou bem física e emocionalmente. Isso não há dúvida. Sei perfeitamente como estou, porque eu há quarenta dias comecei com a acupuntura e a minha esposa disse-me e com razão que tínhamos que resolver esta coisa o mais depressa. “Não estás bem e nem da cabeça, nem dormes, nem descansas, nem relaxas”.

JG

Concorda?

DG

Com esta história do emprego que sempre tive muito trabalho e tiraram-me o trabalho de um dia para o outro, depois andam a perseguir-me, e o patrão aparecia nas minhas costas para ver o que eu estava a fazer. Andava sempre à procura de alguma coisa para pegar comigo, mas eu sou um profissional, não estou ali para brincar e isso pesou-me... e internamente o sistema nervoso não ficou nada bem!! Eu comecei a perder a memória instantânea, a minha capacidade de resposta. Dizem-me uma frase do início ao fim e eu não me lembro do início. Leio cinquenta vezes uma folha e não adianta, não me lembro do início. Tenho muitas dificuldades em concentrar-me, estou cansado, constantemente dói-me parte do frontal (cabeça), às vezes tenho dificuldade em adormecer ou parece que nunca durmo bem, porque não tenho posição para estar, não tenho aquele sono reparador. Posso dormir 8 horas ou 9 horas. É igual. Nunca descanso bem, porque ou me dói o braço ou me dói as costas ou é a dormência nas pernas ou no pé e na mão. É a coisa que mais me chateia para adormecer e fui fazer acupuntura. Ele fez-me um diagnóstico, disse-me que ia tentar desbloquear aqui estes músculos que estão todos trancados, duros no pescoço e na lombar, para melhorar a irrigação da parte da cabeça e das costas.

Um ano de stresse e de não conseguir fazer as coisas, limitar-me de poder brincar com a minha

filha, não poder brincar com o meu sobrinho, não poder pegar em pesos, não poder fazer nada disso, emocionalmente tem o seu peso e as suas consequências negativas e agora mais tarde ou mais cedo tinha que acontecer. Eu tenho pavor de agulhas, mas tenho ido na mesma às sessões todas. Dói-me, custa-me horrores, mas se é para ficar melhor o que seja. Noto qualquer coisa, mas ainda não estou no processo de melhoria, porque tenho sessões duas vezes por semana e, portanto, ainda é muito recente. Só a partir de um mês, um mês e qualquer coisa é que se começa a notar mais melhorias. Ele deu-me umas ampolas, também umas vitaminas. Por acaso, parece que começaram a melhorar o meu discurso e a memória.

JG

Isto quer dizer que você já sente melhor no seu discurso e na memória?

DG

Sim, pelo menos, logo com a medicação notei, mas também pode ser também das férias... Deixei de trabalhar, fiquei mais descontraindo. Existem muitos fatores que podem estar envolvidos. O stresse e estar ansioso é o que me bloqueia sempre aqui estas zonas. Cada pessoa tem a sua fadiga, mas para mim é o pescoço e a lombar. Quando começo a ficar com o pescoço e a lombar muito duros é o problema, fico logo sem me mexer e não aguento muito tempo sem ter que parar de realizar o que estou a fazer. Sinto-me logo incapacitado. É uma grande chatice. Hoje na sessão da acupuntura só me deu para chorar. Tive quase para não fazer o tratamento.

JG

O que se passou?

DG

O que é que eu estou aqui a fazer? Porque não consigo fazer nada. A quantidade de coisas que poderia fazer e agora não consigo fazer e só me consigo lembrar... Entro e amuo nas coisas que queria fazer e não posso... É o trabalho, porque vou ter que arranjar uma solução... no mercado que está... Por embirração patronal, vou ter que procurar trabalho, mas que também não posso procurar agora, porque ainda estou num processo de incapacidade temporária, portanto não posso ainda.

Está para se resolver, não tenho gosto absolutamente nenhum... São raras as coisas que me deem gozo fazer. Fiquei bastante aborrecido ou com inveja. O meu cunhado, que é um bacano... a gente dá-se muito bem... foi para Marrocos de mota com os nossos amigos. Era uma viagemzinha destas para me descontraírem a mim mesmo que eu precisava. Eu nunca fui de pensar estas coisas.

Só me consigo lembrar de coisas que eu gostava de fazer.

Hoje, quando cheguei a casa depois da tarefa, a da fisioterapia... ele esteve a dar-me uns choques pelas agulhas nas costas e no braços e eu estava muito cansado, a minha mulher disse-me “vai-te deitar”. Foi ela que fez o almoço. É ela que tem feito as coisas. Eu tento ajudar o máximo possível, mas sinto-me completamente inútil e sei que isso desgasta a minha relação também familiar.

Só para ter noção, a minha filha ficava comigo, preferia o pai em vez da mãe. Eu sozinho ia buscar o meu sobrinho ao infantário, ia deixar o meu sobrinho em casa, dava banho aos dois, carregava os dois pelas escadas da minha mãe que são quarenta e dois degraus, com os dois ao colo, com as tralhas todas, carregava tudo, ajudava em tudo em casa e na casa da família, sempre tive muita força. Eu conseguia fazer praticamente tudo e ficava com ela, dava-lhe banho, fazia o jantar. A minha mulher, quando chegava a casa já bem tarde, tinha as coisas mais ou menos orientadas.

JG

Estava tudo bem?!

DG

Estava tudo bem e de um momento para o outro... pronto, acabou-se!!!

JG

Desmoronou?

DG

Sim, sim. Para mim, foi uma falha uma quebra instantânea, não foi do zero... É assim, claro que podia ter sido pior, podia estar numa cadeira de rodas, podia ter ficado um vegetal, mas é aquela coisa, eu consigo mexer as mãos, porque é que eu não consigo fazer isto, porque é que eu não consigo pegar na minha filha? A minha filha é pequenina. Na altura, tinha 2 anos. A minha filha pesava para aí nove quilos ou uma coisa assim. Eu ainda não consigo pegar em dez quilos. Pego e depois, passado um bocado, tenho que a pousar no chão, porque não tenho força.

JG

Sentia-se um incapacitado?

DG

Sim, completamente! Para lhe dar banho, para fazer tudo, tive que criar maroscas para evitar andar com ela ao colo. Ela agora só pede colo à mãe, não pede mais a mim.

A única coisa que eu fazia, tentava contornar, deitava-me ao lado dela e conseguia pô-la encostada a mim, mas é diferente. Se ela cai e bate com a cabeça e eu não consigo pegar-lhe ao colo era sempre uma situação em que eu pensava. Tive umas situações complicadas há pouco tempo com a minha irmã. Ela teve também um problema depressivo e teve um ataque de pânico em casa e eu com os nervos peguei nela, mas depois na noite a seguir não me conseguia mexer.

JG

Não se conseguia mexer?

DG

É horrível, porque nem consigo resolver o que está para trás, nem vejo melhor futuro. Vendi a minha mota, com muita pena. Todas as vezes que vejo uma mota... era uma coisa que durante nove anos andei todos os dias para Lisboa e quem mora aqui e vai para o outro lado sabe que para andar em Lisboa a mota é o que é. Conseguia, portanto, conciliar muita coisa, porque a mota dava-me para fazer tudo o que queria e desfrutar como relaxamento.

Eu gostava de ter um projeto definido da minha vida, mas está tudo em suspenso. Não há perspetivas, no trabalho acabou. Também não vou sair do emprego com mãos abanar, porque acho que não tenho culpa, mas emocionalmente estou a falhar. Que é que eu vou fazer da minha vida? Agora tenho ficado em casa. A minha rotina nestes cinquenta dias é fazer recados: vou deixar a minha filha à creche, vou para a fisioterapia depois.

Agora tenho que fazer obras na casa de banho. Supostamente era para fazer obras e não faço, tenho que pagar agora para me virem fazê-las. Estou de férias, tenho que pagar para virem cá fazer obras. É tudo assim. Não há nada que não me aconteça! A mota também a vendi barata, também estava aí. Não posso andar nela. Pelo menos melhorei, porque não estava a ver a mota parada todos os dias e estava a precisar do dinheiro.

JG

O que pensa do seu futuro?

DG

Não sei! Se eu perdi a minha autoconfiança quer pessoal quer no trabalho, porque estou sempre a ser pressionado pelo patrão... perco autoconfiança em mim, não me sinto bem fisicamente. Tenho as minhas limitações. As pessoas não compreendem, se eu tiver que ficar ali três horas agarrado ao computador ao lado dele a fazer qualquer coisa... não percebe que eu tenho que fazer um intervalo ou, quando não consigo, às vezes são pequenas coisas, “baixa-te aí e apanha-

me isso que eu não tenho força”.

JG

Mas porquê?

DG

Falta-me força nas mãos, falta-me força nas costas, não me consigo baixar, não consigo levantar-me, não tenho posição para estar em lado nenhum, não consigo pegar em pesos por mais pequeno que seja, consigo aguentar 25% daquilo que eu fazia, não tem nada a ver. Eu era uma pessoa muito diferente do que sou atualmente. Neste momento, estou completamente perdido e sem perspetivas. O que é que eu vou fazer se eu não consigo fazer nada, o que é que eu vou fazer? Qual é... o que é que eu vou fazer daqui para a frente? No trabalho aquilo também desvia-me um bocado. É mesmo perseguição. Está a está a dar cabo da minha saúde. Estou com medo, porque me sinto incapacitado.

Já não tenho posição para estar, para pousar, seja o que for, e chegaram a gozar comigo a dizer “ó pá, mas o que é que tu sentes?” “O pá, pesa-me a cabeça e as costas, não aguento este peso na cabeça e nas costas” e depois ainda sou gozado. Na verdade, sinto-me humilhado com estas coisas. Tenho que parar ou fico muito cansado. Acaba por ser isto!

JG

Existe algo mais que gostaria de partilhar, que faltasse dizer?

DG

Já disse tudo. Seria repetir mais do mesmo. Lamento todo este queixume.

JG

Agradeço-lhe a sua colaboração para este estudo e desejo-lhe rápidas melhoras.