

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Mariana Souza e Silva**

**Auto-Eficácia e Qualidade de Vida em sujeitos com dor crônica**

**São Carlos, 2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Auto-Eficácia e Qualidade de Vida em sujeitos com dor crônica**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem – UFSCAR para a  
obtenção do grau de Mestre.

Aluna de mestrado: Mariana Souza  
e Silva

Orientadora: Priscilla Hortense

**São Carlos, 2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S586ae

Silva, Mariana Souza e.

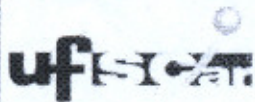
Auto-eficácia e qualidade de vida em sujeitos com dor crônica / Mariana Souza e Silva. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

103 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Dor. 3. Auto-eficácia. 4. Qualidade de vida. I. Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: MARIANA SOUZA E SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 27/02/12  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Priscilla Hortense  
(Orientadora - DEnf/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão  
(DEnf/UFSCar)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa  
(EERP/USP)

\_\_\_\_\_  
Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer primeiramente a minha família, a qual me deu suporte, incentivo para concluir mais esta etapa da minha vida.

Agradeço ao meu esposo Rodolfo pelo apoio incondicional as horas dedicadas ao meu estudo. Agradeço aos meus pais e irmãos, os quais ao seu modo me ajudaram a concluir meus objetivos.

Gostaria de agradecer aos colegas encontrados ao longo da caminhada do mestrado, em especial a colega Thais, pela grande ajuda prestada.

Agradeço de coração a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Napoleão pela ajuda nesta empreitada e todos os conselhos ao longo desta jornada.

Também não posso deixar de agradecer o apoio e a ajuda da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Faleiros que acrescentou muito em meu aprendizado.

Aos pacientes com quem convivo, pela colaboração e o incentivo ao meu trabalho prestado e a chance de acrescentar mais em suas vidas.

E por último gostaria de agradecer imensamente minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Priscilla Hortense, pela sua paciência e grande conhecimento compartilhado ao longo destes dois anos de luta. Seus ensinamentos me ajudaram a avançar cada vez mais nas pesquisas científicas e abrir novos horizontes.

## **Epígrafe**

"Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles."

*Autor: Augusto Cury*

*Livro: Nunca desista dos seus sonhos*

## Resumo

A dor crônica limita em diversos âmbitos a vida das pessoas já que resulta em diminuição da qualidade de vida, incapacidades e sofrimento. Avaliar e mensurar a percepção de dor considerando a complexidade deste fenômeno se faz necessário para o seu adequado manejo. Assim, a avaliação das crenças de auto-eficácia e qualidade de vida se faz importante para a pesquisa e para a clínica à medida que possibilita conhecer as características de indivíduos com dor crônica, e assim, elaborar estratégias para seu manejo. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a dor percebida, as crenças de auto-eficácia e os níveis de qualidade de vida em sujeitos com dor crônica. Os objetivos específicos foram: caracterizar os participantes com dor crônica quanto a aspectos sociodemográficos; caracterizar os participantes com dor crônica quanto às características da dor percebida (localização, diagnóstico médico e intensidade da dor); identificar as crenças de auto-eficácia nos participantes com dor crônica; identificar os níveis de qualidade de vida nos participantes com dor crônica; relacionar níveis de dor crônica percebida, crenças de auto-eficácia e qualidade de vida. Método: Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. Utilizou-se um questionário para identificar os aspectos sócio-demográficos, a Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica, a escala Likert de 11 pontos (0-10) para mensurar a intensidade de dor e um instrumento para avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-bref. A coleta de dados ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior de São Paulo, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFSCar. Foi realizada uma análise exploratória dos dados e aplicado o coeficiente de correlação de Spearman para correlacionar as variáveis de interesse. Resultados: A amostra foi composta de 95 sujeitos com idade média 55 anos e prevalência do sexo feminino (80%), sendo a dor lombar a dor de maior prevalência. A média de intensidade de dor encontrada foi de 6,9, o nível médio de qualidade de vida foi de 56,31 sendo que o domínio psicológico foi o mais prejudicado e o escore médio das crenças de auto-eficácia foi de 185,47 sendo que o domínio controle da dor foi o mais prejudicado. Os resultados mostraram uma correlação negativa entre intensidade de dor, crenças de auto-eficácia e qualidade de vida, podendo indicar que quanto maior intensidade de dor percebida, menores são as crenças de auto-eficácia e o nível de qualidade de vida

nos indivíduos estudados. Observa-se também que as crenças de auto-eficácia estão correlacionadas positivamente com a qualidade de vida, podendo indicar que quanto maior as crenças de auto-eficácia, melhor é o nível de qualidade de vida. Considerações finais: Ressalta-se que os achados do presente estudo mostram-se consistentes com os resultados de outras pesquisas, indicando que as crenças de auto-eficácia podem influenciar na percepção de dor e conseqüentemente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela dor crônica.



## **Abstract**

Chronic pain in various areas limits people's lives since it results on a reduction in the level of quality of life, disability and suffering. To evaluate and measure the perception of pain considering the complexity of this phenomenon is necessary a proper management. Thus, the evaluation of self-efficacy beliefs and quality of life are important for scientific research and the clinic since it allow to access the characteristics of individuals with chronic pain, therefore develop strategies for their management. The aim of this study was to evaluate the pain, perceived by the individuals beliefs of self-efficacy and levels of quality of life in subjects with chronic pain. The specific objectives were: to characterize the participants with chronic pain their demographic information, the characteristics at the perceived pain (location, medical diagnosis and pain intensity), to identify the self-efficacy beliefs of participants in with chronic pain, to identify the levels of quality of life in participants with chronic pain. To relate chronic pain levels at chronic pain with perceived self-efficacy beliefs and quality of life. Method: This is a cross-sectional study. It has been used: a questionnaire to identify socio-demographic aspects; the Self-Efficacy Scale for Chronic Pain; a 11-point Likert scale (0-10) to measure the intensity of pain and an instrument for assessing quality of life, WHOQOL-bref. Data collection was performed Family Health Unit of one city São Paulo state, Brazil. The study was approved by the Ethics Committee UFSCar. We develop an exploratory analysis for the collects data and applied the Spearman correlation coefficient to correlate the variables of interest. Results: The sample is made by 95 individuals with 55 years old average age and of females (80%), and low back pain, as the pain of higher prevalence. The average pain intensity was found to be 6.9, the average level of quality of life was 56.31, the psychological domain was most affected; and the average score of self-efficacy beliefs was 185.47 the area of pain control was the most affected. The results showed a negative correlation between pain intensity, self-efficacy beliefs and quality of life, which may indicate that the higher intensity of perceived pain, the less self-efficacy beliefs and the level of quality of life the individuals sampled. It was also noted that self-efficacy beliefs are positively correlated with the quality of life, which may indicate that the higher the self-efficacy beliefs, the better the quality of life. Conclusion: It is We emphasized that the findings

of this study show consistent with the results of other research indicating that self-efficacy beliefs can influence the perception of pain and consequently the quality of life of individuals affected by chronic pain.

## **Tabelas**

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos com dor crônica segundo as variáveis sociodemográficas- São Carlos, 2011.....	37
Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos com dor crônica segundo as características da dor (localização, intensidade) – São Carlos, 2011 .....	40
Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos com dor crônica segundo o tipo de dor crônica percebida (diagnóstico médico)- São Carlos, 2011 .....	41
Tabela 4 - Distribuição dos valores da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica obtidos da amostra de indivíduos com dor crônica segundo os diferentes domínios e o escore total- São Carlos, 2011 .....	42
Tabela 5 - Distribuição dos valores da escala de qualidade de vida obtidos por meio do WHOQOL-bref da amostra de indivíduos com dor crônica segundo os diferentes domínios- São Carlos, 2011 .....	43
Tabela 6 - Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores dos domínios e o valor total da Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica e a Intensidade de Dor percebida obtidos da amostra de indivíduos com dor crônica – São Carlos, 2011	44
Tabela 7 - Correlações (Coeficiente de Spearman) entre os escores dos domínios e o valor geral da qualidade - WHOQOL-bref e a Intensidade de Dor percebida obtidos da amostra de indivíduos com dor crônica - São Carlos, 2011 .....	45
Tabela 8 - Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores Auto-eficácia para dor crônica e de qualidade de vida- WHOQOL-bref segundo os diferentes domínios e o valor total de cada instrumento- São Carlos, 2011 .....	46

## **Sumário**

<b>1 Introdução.....</b>	<b>14</b>
1.1 Dor crônica e auto-eficácia .....	17
1.2 Dor crônica e qualidade de vida.....	23
<b>2 Objetivos .....</b>	<b>27</b>
2.1 Geral .....	28
2.2 Específico .....	28
<b>3 Método e participantes .....</b>	<b>29</b>
3.1 Tipo de estudo .....	30
3.2 Participantes .....	30
3.3 Local .....	31
3.4 Considerações Éticas .....	31
3.5 Material .....	32
3.6 Procedimentos .....	32
3.7 Análise de dados .....	34
<b>4 Resultados.....</b>	<b>36</b>
4.1 Caracterização da amostra: aspectos sociodemográficos .....	37
4.2 Caracterização da amostra: dor percebida .....	39
4.3 Crenças de auto-eficácia .....	41
4.4 Qualidade de vida .....	43
4.5 Dor, Auto-eficácia e Qualidade de Vida .....	44
<b>5 Discussão .....</b>	<b>48</b>
5.1 Caracterização da amostra: aspectos sociodemográficos.....	49
5.2 Caracterização da amostra: dor percebida .....	53
5.3 Crenças de auto-eficácia para a dor .....	59
5.4 Qualidade de vida relacionada à saúde.....	61
5.5 Dor, Auto-eficácia e Qualidade de Vida .....	63
<b>6 Considerações finais .....</b>	<b>71</b>
<b>7 Referências.....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>88</b>
Apêndice 1 .....	88

Apêndice 2.....	90
<b>Anexos .....</b>	<b>91</b>
Anexo A .....	92
Anexo B .....	93
Anexo C .....	96
Anexo D .....	97

# ***1 Introdução***

## 1 Introdução

O processo doloroso encontra-se presente em todas as fases do ciclo vital. Ele é essencial para nossa sobrevivência, já que exerce uma função de proteção ao nosso organismo nos casos de acidentes e nos processos patológicos (FIGUEIRÓ, 1999). No entanto, a dor crônica, objeto deste estudo, torna-se um problema de saúde pública à medida em que atinge o ser humano de forma direta ou indireta, fazendo com que sejam frequentadores dos serviços públicos ou privados de saúde, ocasionando afastamento e incapacitação no trabalho, além de múltiplas consequências biopsicossociais. Está associada com déficit de qualidade de vida e alterações psicológicas (MEANA; CHO; DESMEULES, 2004).

A IASP (International Association for the Study of Pain, 2007) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Esse conceito sugere que, para entender a complexidade da percepção da dor, deve-se considerar tanto as influências fisiológicas, como as psíquicas, as sociológicas e as culturais.

Estudos apontam a alta prevalência de dor crônica em âmbito mundial. Chung; Wong (2007) encontraram uma prevalência de dor crônica de 45,9% na amostra estudada em uma cidade da China, Neville et al. (2008) observaram a prevalência de indivíduos com dor crônica de 46% em uma cidade de Israel, já Holtz; Stechman (2008) observaram 74% da amostra com dor crônica em duas cidades brasileiras. A dor crônica limita em diversos âmbitos a vida das pessoas, pois impõe a convivência com as sensações desagradáveis que resultam em diminuição da qualidade de vida, incapacidades e desesperança (ARNSTEN et al., 1999; TURNER; ERSEK; KEMP, 2005; KOLECK et al., 2006; e STUBBS et al., 2010).

Holtz; Stechman (2008) apontaram as consequências da dor crônica para a sociedade, tais consequências envolvem custos diretos, tais como gastos com o sistema de saúde e custos indiretos, ou seja, prejuízos pela falta ao trabalho e pela diminuição da produtividade.

Sentimentos de impotência e de incapacidades podem ser ocasionados pela dor crônica. As reações emocionais são incontroláveis, apresentando respostas muitas vezes vegetativas, como agitação, ansiedade, tensão muscular, insônia, falta de apetite e de desejo sexual, favorecendo a situações de fuga a atividades físicas, sociais e ocupacionais, além de irritabilidade. Sentimentos como frustração também são comuns em pessoas com dor crônica, já que algumas funções da vida ficam prejudicadas pelas sensações dolorosas. Os efeitos da dor crônica podem se expandir com o passar dos anos, gerando comportamentos que rotulam as pessoas como impotentes e sem habilidades para controlar a intensidade do problema (ANGELOTTI, 2001). Portanto, a dor crônica interfere na posição do indivíduo na sociedade e no contexto em que ele vive por meio de manifestações nas atividades diárias do trabalho, no humor, no sono e das relações interpessoais levando ao sofrimento físico e psíquico.

Helman (2003) afirma que a dor crônica muitas vezes está relacionada a problemas sociais e psicológicos e diz também que as reações dolorosas são influenciadas pelos grupos sociais em que as pessoas estão inseridas. Refere que as culturas influenciam diversos componentes de nossas vidas, inclusive a percepção de dor.

Desta forma, a dor crônica pode levar à diminuição da qualidade de vida por meio de sofrimento, tratamentos sem sucesso, dependência de medicamentos, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais; limitam-se as atividades laborais e de lazer e reduz-se a capacidade funcional podendo ocasionar ausência no emprego e aposentadoria precoce. E, ainda, pode levar à irritação, afastar o bom humor, atrapalhar o sono, diminuir o apetite e ocasionar graves consequências fisiológicas, psicológicas e sociais (ARNSTEN, 1999; MEANA; CHO; DESMEULES, 2004; TURNER; ERSEK; KEMP, 2005; KOLECK et al., 2006; SMITH et al., 2007; STUBBS et al., 2010).

Cousin; Brennan; Carr (2004) informam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e outros órgãos mundialmente importantes, estabeleceram o consenso “alívio da dor como direito universal humano” como tema ao combate inadequado da dor, notando que menos de 50% dos pacientes com dor recebem tratamento adequado.



Informam que o alívio inadequado da dor está relacionado às próprias atitudes dos profissionais de saúde e às questões socioculturais e políticas.

As atitudes inadequadas com relação ao manejo da dor ressaltam um despreparo que provem de déficits de conhecimento sobre a dor como um fenômeno multidimensional, ocasionando assim falhas no processo de avaliação da pessoa com dor (KEOGH; McCracken; Eccleston, 2005; McCracken; Eccleston, 2006; TAN et al., 2009 e HURLEY et al., 2010). Para que essas falhas não aconteçam, é necessário que haja adequada avaliação desse fenômeno tão complexo e subjetivo, que envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais. Tais aspectos só podem ser compartilhados a partir do relato de quem percebe a dor (PEDROSO; CELICH, 2006).

Considerando a complexidade e a subjetividade do fenômeno doloroso não podemos excluir do processo de avaliação da dor vários aspectos dessa multidimensionalidade, aspectos estes relacionados ao biológico, ao social, ao espiritual e ao psicológico. É neste contexto que inserimos o conceito de auto-eficácia. Trabalhos científicos reforçam a idéia de que há uma melhor qualidade de vida em indivíduos com dor crônica que possuem fortes crenças de auto-eficácia. Por meio desses estudos observa-se o quão relevantes são as crenças positivas na situação de dor crônica e consequências para a qualidade de vida (LAMÉ, 2005; MASON et al., 2008; ELANDER et al., 2009). Constata - se que, as crenças de positividade em relação ao problema, ajudam na transposição dos obstáculos que interferem nos níveis de dor crônica e na qualidade de vida (ANDERSON, 1995; ARNSTEN, 1999; TURNER; ERSEK; KEMP, 2005; HURLEY, et al., 2010).

### **1.1 – Dor crônica e auto-eficácia**

A auto-eficácia foi definida como sendo as crenças das pessoas sobre suas capacidades de produzir em níveis designados de desempenho que exercem influências sobre os acontecimentos que afetam suas vidas (BANDURA, 1977, 1982, 1991, 1994). Os estudos de Bandura demonstraram que as pessoas com grau elevado de auto-eficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos

acontecimentos da vida. Essas pessoas acreditam serem capazes de vencer obstáculos, procurar desafios e manter um alto grau de confiança na sua capacidade de obter êxito e de controlar a própria vida.

Esse conceito deriva das teorias comportamentais das correntes filosóficas da psicologia. Essas teorias, durante os últimos anos, têm mostrado meios para lidar com a dor obtendo um controle de pensamentos e sentimentos desagradáveis. Os autores teorizam que, para manter um comportamento ou extingui-lo, devemos relacioná-lo com as consequências que ele causa à pessoa. Se forem sensações boas, se reforçarão atividades positivas; caso contrário, o reforço negativo permanece (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Recentemente correntes baseadas em aceitação encorajam os indivíduos a abandonar o conflito psicológico e emocional relacionado à dor e permitem-nos viver uma vida produtiva, mesmo em presença de tal fenômeno (CUSEN et al., 2010).

As crenças de auto-eficácia baseiam-se nas crenças pessoais. O termo crenças define-se como idéias que consideramos como verdade; são nossas noções sobre todos os aspectos da vida, seja sobre nós mesmos, seja sobre percepções, pensamentos e até fatores ambientais. O conceito de auto-eficácia estabelece a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou apresentar comportamentos para produzir um resultado desejável (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Um forte senso de auto-eficácia aumenta a realização humana e o bem-estar pessoal de muitas maneiras. O senso de auto-eficácia relaciona-se com a resiliência, o quanto a pessoa consegue superar os obstáculos encontrados por meio de esforço perseverante. Em situações em que a auto-eficácia é diminuída, o inverso pode ser percebido, possibilitando baixa capacidade de resoluções dos problemas (BANDURA, 1977; 1991; 1982; 1994).

As crenças são reguladas pelas capacidades que a pessoa acredita ter. As crenças de auto-eficácia determinam como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e comportam-se. Tais crenças produzem esses efeitos, por meio de quatro processos: cognitivos, os quais abordam as metas estabelecidas pessoalmente pelas pessoas que são influenciadas pela auto-avaliação das capacidades (possibilitando que a pessoa supere os problemas e chegue em sua meta); motivacionais, os quais abordam a motivação humana que é cognitivamente

gerada (a auto-eficácia desempenha um papel importante na regulação da motivação); afetivos, os quais propõem que o afeto influencia as pessoas e sua percepção de auto-eficácia (as pessoas que acreditam poder exercer controle sobre as ameaças, evocam padrões de pensamentos positivos, evitando os pensamentos perturbadores, a angústia e o estresse que dificultam a superação dos obstáculos); e, por último, a seleção de processos, quando a pessoa decide estar em situações que pode controlar, evitando situações que podem fugir do controle (BANDURA, 1991; 1994).

A falta de auto-eficácia faz com que as pessoas fiquem ansiosas, ampliando a gravidade das possíveis ameaças ao bem-estar. O fator determinante para melhorar a auto-eficácia é o poder de autocontrole com o qual a pessoa apresenta a capacidade de gerenciar os fatores estressores. As pessoas com esse forte senso rapidamente recuperam-se após falhas, pois atribuem o fracasso a um esforço insuficiente ou baixo conhecimento. O senso de auto-eficácia diminuído pode afetar fatores biológicos, alterando a capacidade do sistema imunológico de reagir em determinadas circunstâncias, por ser um sistema altamente interligado às reações emocionais (BANDURA, 1994).

Estudos apontam que, a expectativa de auto-eficácia determina quanto esforço as pessoas utilizarão e o quanto elas irão persistir em face dos obstáculos e das experiências adversas. Sugerem que valores de auto-eficácia não são estáticos, mas significativamente modificáveis (ASGHARI; NICHOLAS, 2001).

A auto-eficácia forma-se desde o nascimento até os últimos dias de vida. Inicia-se com o reconhecimento de si no mundo e passa pelas experiências familiares, escolares, descobertas da adolescência, passagem para vida adulta e velhice (BANDURA, 1994). O desenvolvimento de crenças de auto-eficácia em indivíduos tem sido utilizado para o tratamento de diversas doenças crônicas, inclusive para o manejo da dor crônica.

Bandura (1977; 1982; 1994) considera quatro fontes de informações para alimentar a auto-eficácia: experiência de maestria, a fonte que fornece maior influência, na qual a pessoa apresenta esforço perseverante para superar os obstáculos; experiência fornecida pelos modelos sociais (modelos vitoriosos trazem o exemplo de sucesso); persuasão social – as pessoas são convencidas verbalmente por outros de que possuem capacidade de dominar determinadas

atividades e a redução de estresse (diminuindo emoções negativas e aumentando as positivas, o que aumenta a auto-eficácia).

Bandura (1994) aponta que o conhecimento aprofundado da própria dor cria condições ao ser humano de desenvolver habilidades de enfrentamentos, que incutem as crenças de que se pode exercer controle sobre as ameaças potenciais. A percepção de auto-eficácia pode ser modificada com intervenções específicas, contribuindo para melhorar a incapacidade, a adesão ao tratamento, os sintomas depressivos e a tolerância à dor (ARNSTEN, 1999 e SALVETTI et al., 2007).

Aspectos culturais e psicológicos têm um poderoso efeito na tolerância à dor, uma vez que estímulos que produzem dor insuportável para uma pessoa podem ser perfeitamente toleráveis por outra pessoa. A informação dolorosa é transmitida da periferia para o sistema nervoso central e, ao atingir as estruturas encefálicas, interage com fatores emocionais e culturais, que podem interferir na percepção da informação e modificá-la. A dor resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da sua interação com fatores emocionais e culturais, tais como humor, experiências anteriores, crenças, atitudes, conhecimento e significado simbólico atribuído à queixa dolorosa (EDWARDS et al., 2001; MECHLIN et al., 2005).

Os efeitos de auto-eficácia em relação ao comportamento de dor são também fortemente influenciados por outras características apresentadas pelos sujeitos estudados, como idade, gênero, cronicidade da dor, severidade da dor, depressão, incapacidades físicas e personalidades neuróticas (ASGHARI; NICHOLAS, 2001).

Salvetti; Pimenta (2007) realizaram um estudo de revisão da literatura sobre a crença de auto-eficácia relacionada à dor crônica e alguns métodos de avaliação. Os autores apontam que os estudos existentes exploram as seguintes temáticas: tolerância à dor e auto-eficácia; relação entre crença de auto-eficácia e diferentes tipos de comportamentos relacionados à dor crônica; dor crônica, auto-eficácia, incapacidades e depressão; enfrentamento (coping) da dor e auto-eficácia. Concluíram que a auto-eficácia é uma crença importante na avaliação de dor crônica e que o seu inadequado senso relaciona-se à piora no controle da dor, à menor

adesão ao tratamento e à piora da funcionalidade física e psíquica em sujeitos com dor crônica.

Anderson et al. (1995) desenvolveram um instrumento para avaliar as crenças de eficácia para lidar com a dor crônica e suas relações com outras variáveis – A Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica. A escala foi validada com 141 pacientes (Massachusetts, EUA) portadores de dor crônica. O estudo identificou fidedignidade e validade na escala de auto-eficácia para dor crônica. Estabeleceram-se significativas correlações entre a escala de auto-eficácia para dor crônica e as medidas de depressão e de falta de esperança. A criação dessa escala foi relevante para avançar na análise de tal crença, auxiliando no tratamento da dor crônica.

No Brasil, Salvetti; Pimenta (2005) validaram para a língua portuguesa a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica construída por Anderson et al. (1995). A população do estudo foi composta de 132 indivíduos com dor crônica não oncológica de etiologias variadas. Os sujeitos responderam ao instrumento de identificação, à Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica e ao Inventário de Depressão de Beck. A tradução foi realizada por uma tradutora profissional da área da saúde. A fidedignidade foi avaliada pela consistência interna estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach para fator/domínio. A validade foi avaliada por meio do construto e da convergência. Os resultados mostraram que foi possível validar a escala de auto-eficácia para a língua portuguesa. A versão em português foi confirmada com três domínios e 22 itens, divididos nos domínios.

Asghari; Nicholas (2001) examinaram a relação entre dor, crença de auto-eficácia e comportamento de dor em um estudo prospectivo em sujeitos da Austrália. Tais variáveis foram medidas pelo PBQ – Pain Behavior Questionnaire (Questionário de Comportamento de Dor). Participaram do estudo 145 sujeitos com dor crônica. Os resultados mostraram que a dor e a crença de auto-eficácia apresentam-se com relação inversamente proporcional. Sugere que as crenças de auto-eficácia são determinantes importantes do comportamento de dor e de incapacidades associadas. Um alto senso de auto-eficácia na dor previne comportamentos destrutivos que implicam dificuldades para tratar a dor. Os autores concluíram que a baixa crença de auto-eficácia foi o resultado de elevados níveis de comportamento de dor por longos períodos.

Tentando aprofundar essa relação de dor e auto-eficácia, Salvetti et al. (2007) pesquisaram as crenças de auto-eficácia de indivíduos com dor crônica e sua relação com variáveis sociodemográficas, características da dor e sintomas depressivos. A amostra constitui-se de 132 indivíduos com dor crônica de etiologia variável. Os indivíduos que participaram responderam a um instrumento de identificação, à escala de auto-eficácia para dor crônica e ao inventário de depressão de Beck. Para a análise de dados, foram utilizados coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman. Concluiu-se nesse estudo que a auto-eficácia dos doentes estudados é moderada e se comporta inversamente à intensidade da dor e à depressão. E, ainda, observaram que auto-eficácia se relaciona positivamente com escolaridade. Observaram que os sujeitos com bom senso de auto-eficácia tendem a apresentar menores índices de incapacidade, menores sintomas depressivos e maior resposta ao tratamento.

Uma avaliação adequada do indivíduo com dor crônica inclui conhecer suas potencialidades e suas fraquezas para a realização do auto-cuidado, e o impacto que a dor provoca na qualidade de vida. Essa avaliação possibilitará que o profissional consiga direcionar seu plano de tratamento de acordo com essas informações. E para se chegar nessa finalidade os pesquisadores afirmam que o conceito de auto-eficácia e suas crenças permitem que o indivíduo com dor crônica consiga controlá-la e até evitar incapacidades, melhorando consequentemente a qualidade de vida, conceito impar e de absoluta dependência quando pensamos nos sujeitos com dor crônica (ARNSTEN, 1999; TURNER; ERSEK; KEMP, 2005; JESSEP et al., 2009).

Observa-se que a auto-eficácia é um conceito de grande importância a se considerar no controle dos processos de dor crônica, visto que fortalece a pessoa e a encoraja para lidar com os processos dolorosos, diminuindo as consequências que a dor provoca e melhorando os níveis de qualidade de vida.

## 1.2 - Dor crônica e qualidade de vida

Minayo; Hartz; Buss (2000) apontam que qualidade de vida é um conceito aplicável eminentemente para o ser humano, com grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Abrange significados que refletem conhecimento, experiências e valores individuais e coletivos a que se referem em diferentes épocas.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1997) define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Observa-se que a dor crônica ocasiona uma diminuição da qualidade de vida, visto que interfere em vários aspectos da vida, ocasiona dificuldades de realização de atividades diárias, do trabalho, alterações do humor, do sono e das relações interpessoais, levando ao sofrimento físico e psíquico (LAMÉ et al., 2005).

Loyland et al. (2010) pesquisaram a relação entre a dor crônica e os componentes físico e mental da qualidade de vida em beneficiários de assistência social na Noruega. Os autores pesquisaram 439 pessoas, sendo 277 sem dor crônica e 178 com dor crônica. Estes dois grupos foram comparados e constatou-se que tanto o componente físico quanto o mental da qualidade de vida tiveram menores escores em nas pessoas com dor crônica.

Pedrosa et al. (2011) identificaram o nível de qualidade de vida em 100 clientes com dor crônica devido a Doença Arterial Periférica. Utilizou-se os seguintes instrumentos para coleta de dados: escala de 11 pontos para dor e o World Health Organization Quality of Life-brief (o WHOQOL-abreviado). O resultado apontou que os entrevistados apresentaram a dimensão física da qualidade de vida como a mais comprometida, com índice de 44.75, com valores que variam de 0 a 100, indicando que quanto maior a numeração melhor a qualidade de vida. O escore médio da intensidade de dor foi de 5.59 pontos em uma escala que varia de 0 a 10 pontos. O estudo comprovou que a dor provoca um declínio na qualidade de vida dos acometidos.

Moore et al. (2010) pesquisaram 1858 pessoas com fibromialgia na Inglaterra, o objetivo do estudo foi investigar se a diminuição da intensidade de dor interfere nos níveis de qualidade de vida. Aplicaram instrumentos que avaliam a qualidade de vida (SF-36) e a intensidade de dor (Escala analógica visual). Investigaram a intensidade de dor e a qualidade de vida antes e após a administração da droga chamada Pregabalin (anticonvulsivante usado para dores neuropáticas) para reduzir a intensidade de dor. Ofereceram diferentes doses da droga e placebo em um total de 7 grupos e realizaram os questionários. Ao final do estudo, os autores constataram que uma diminuição grande e moderada da dor pode proporcionar níveis de qualidade de vida melhores.

Wahl et al. (2009) realizaram uma pesquisa na Noruega para verificar a relação entre a dor crônica e a qualidade de vida e identificar alguns mediadores psicológicos dessa relação. Os pesquisadores realizaram a coleta dos dados com a utilização dos seguintes instrumentos: The Quality of Life Scale (Escala de Qualidade de Vida) que avalia a qualidade de vida, The Fatigue Severity Scale (Escala de Severidade da Fadiga) avalia o nível de fadiga e The Posttraumatic Stress Scale (Escala de Estresse Pós-traumático) avalia as reações psicológicas pós-eventos de trauma. Esses instrumentos foram enviados pelo correio para 4.000 pessoas, das quais apenas 1893 retornaram. Um total de 26,4% reportaram doenças que resultam em dor crônica, mas não especificaram as patologias. A pesquisa apontou que a relação entre dor crônica e qualidade de vida apresenta-se negativa, ou seja, quanto maior a intensidade da dor menor o nível de qualidade de vida e que pode ser confundida e ou mediada por fatores sociodemográficos, doenças crônicas, sintomas relacionados ao estresse, fadiga e percepções subjetivas de saúde.

Khan; Pallant (2007) descreveram as características da dor crônica em australianos com esclerose múltipla, as incapacidades advindas do processo doloroso e o impacto na qualidade de vida dos entrevistados. Os autores utilizaram um instrumento para avaliar as características demográficas, tipo de tratamento, o local da dor, a escala Escala Numérica de 10 pontos para avaliação de intensidade de dor, sendo 0= nenhuma dor e 10= pior dor possível, a Chronic Pain Grade, Grau de Dor Crônica para classificar a severidade da dor relacionada à intensidade da dor e às incapacidades), o General Health Questionnaire (Questionário Geral de Saúde,



instrumento que detecta incapacidades funcionais) e o Assessment of Quality of Life Scale (Escala de Avaliação de Qualidade de Vida- que avalia a qualidade de vida). O estudo revelou que a dor crônica é uma questão significativa para os portadores de esclerose múltipla, estes apresentavam gravidade de dor classificada como alta, no entanto relataram menor perda de habilidades. Constatou também que nos indivíduos com menores níveis de dor a qualidade de vida se apresentava melhor, do que os sujeitos com maior nível de dor.

Alguns autores (Mason et al., 2008; Elander et al., 2009) estudaram o processo de aceitação da dor em pessoas com dor crônica, observaram que aceitar a dor está diretamente relacionado a uma melhor qualidade de vida. Mason et al. (2008) exploraram a relação entre aceitação da dor em indivíduos com a dor crônica e qualidade de vida na Inglaterra por meio de instrumentos específicos o CPAQ- Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Questionário de Aceitação da Dor Crônica), que avalia o quanto que aceitar ou não a dor crônica pode afetar os indivíduos e o WHOQOL -World Health Organization Quality of Life Assesment (Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Constataram que a aceitação da dor eleva as percepções positivas sobre a qualidade de vida.

Elander et al. (2009) também estudaram aceitação da dor e qualidade de vida em pacientes hemofílicos, nos quais a doença provoca terríveis dores. Os autores investigaram o quanto os pensamentos negativos influenciam a intensidade da dor por meio da não aceitação em lidar com a dor crônica. Os instrumentos utilizados foram The Hemophilia Pain Questionary (Questionário de Dor na Hemofilia) o qual avalia a dor nos sujeitos com hemofilia, The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Questionário de Aceitação para Dor Crônica) o qual avalia a aceitação da dor crônica e SF-36 (SF-36 Health Survey) que avalia a qualidade de vida em relação à saúde. Os autores descreveram que os entrevistados que tinham maior aceitação da dor e pensamentos positivos tinham menor intensidade de dor e melhor qualidade de vida.

Ao pensarmos no manejo da dor crônica, podemos inferir sobre a necessidade de cuidados multidisciplinares. Tais cuidados podem ser avaliados ao utilizar-se medidas de indicadores de melhora das ações escolhidas, tais como qualidade de vida e auto-eficácia, dentre outros (WAHL, et al., 2009).

Observa-se o impacto na qualidade de vida ocasionado pela dor crônica, e ainda, a importância da avaliação desta variável como medida para conhecimento das características da doença e do sucesso do manejo. Premissa necessária para se entender quais âmbitos esse mal pode atingir e quão importante se faz o seu manejo, para que as pessoas acometidas pela dor crônica não tenham suas vidas interrompidas.

A avaliação das crenças de auto-eficácia e qualidade de vida se faz importante para a pesquisa e para a clínica à medida em que possibilita conhecer as características de indivíduos com dor crônica e a elaboração de estratégias para o manejo.

Dessa forma, novas pesquisas possibilitam novas abordagens e novas discussões a respeito de tal assunto. Sendo assim, este trabalho propõe-se a aprofundar o conhecimento acerca das crenças de auto-eficácia influenciando na percepção da dor e nos níveis de qualidade de vida de indivíduos com dor crônica, partindo do pressuposto de que, quanto maiores as crenças de auto-eficácia, maiores os níveis de qualidade de vida e menores os índices de intensidade de dor.

## ***2 Objetivos***

## **2 Objetivos**

### **2.1– Geral:**

⇒ Avaliar a dor percebida, as crenças de auto-eficácia e a qualidade de vida em indivíduos com dor crônica.

### **2.2– Específicos:**

⇒ Caracterizar os participantes com dor crônica quanto a aspectos sociodemográficos;

⇒ Caracterizar os participantes com dor crônica quanto às características da dor percebida (localização, diagnóstico médico e intensidade da dor);

⇒ Identificar as crenças de auto-eficácia nos participantes com dor crônica;

⇒ Identificar os níveis de qualidade de vida nos participantes com dor crônica;

⇒ Relacionar níveis de dor crônica percebida, crenças de auto-eficácia e qualidade de vida;

## ***3 Método***

### **3 Método e participantes**

#### **3.1 – Tipo de estudo**

Este estudo consiste em um estudo não experimental com finalidade de estudar a relação entre as variáveis. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

É um estudo do tipo descritivo em que foi explorada a dor percebida pelos portadores de dor crônica, as crenças de auto-eficácia, a qualidade de vida e as relações entre essas variáveis. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A finalidade de um estudo descritivo é observar, descrever, documentar os aspectos da situação. O estudo descritivo indica o interesse do pesquisador em descrever as relações entre as variáveis sem procurar necessariamente estabelecer uma conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O delineamento do estudo é transversal, com a coleta dos dados em um tempo determinado, descrevendo a situação dos fenômenos estudados e suas relações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### **3.2–Participantes**

Os participantes da pesquisa foram todos os indivíduos identificados por meio do Prontuário Médico, com diagnóstico de patologias que supostamente lhes causam dor crônica, residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Para esta primeira etapa, utilizou-se os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, de ambos os sexos e possuir no Prontuário Médico, diagnóstico de patologias que causam dor crônica. Esta identificação dos indivíduos foi realizada entre os meses de julho a setembro de 2010 utilizando 2760 prontuários armazenados na Unidade de Saúde da Família.

Foram identificados 120 indivíduos, os quais foram convidados a participar da pesquisa durante a visita domiciliar programada pela Unidade de Saúde da Família ou durante a ida do mesmo à Unidade por alguma razão específica. Os indivíduos que não foram encontrados em duas tentativas foram excluídos da amostra.

Para esta segunda etapa, os critérios de inclusão foram: apresentar relato de dor crônica, condições cognitivas e físicas para responder às questões solicitadas, e ainda, aceitar participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos sujeitos ou nas dependências da Unidade de Saúde da Família, conforme preferiu o sujeito entrevistado. Consideramos como critério de exclusão, não encontrar os sujeitos identificados para a coleta de dados em até duas tentativas de ida à residência do referido sujeito.

### **3.3- Local**

O local selecionado para a pesquisa foi uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A área de abrangência desta Unidade consta com 800 famílias cadastradas, sendo um total de 2760 pessoas. A área de abrangência apresenta moradores de diferentes idades, com predominância (36.0%) de adultos jovens (20-39 anos). 79.3% dos moradores são alfabetizados e 23.0% contam com a assistência de um plano de saúde privado.

### **3.4- Considerações éticas**

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCAR - Processo nº 495/2010 (ANEXO A). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação deste comitê. Todos os sujeitos que

aceitaram participar da pesquisa após o convite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que foi apreciado e aprovado por este comitê.

### **3.5– Material**

Para a realização desta pesquisa utilizou-se um bloco de papel contendo todos os instrumentos utilizados, caneta e computadores com o programa SPSS, Word e Excel para análise dos dados coletados e armazenamento destes.

### **3.6– Procedimentos**

Para que os objetivos fossem atingidos os instrumentos utilizados foram: um instrumento construído para caracterizar os participantes sócio-demograficamente e com relação à aspectos relacionados à dor (APÊNDICE B), a Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica (ANEXO B) para identificar as crenças de auto-eficácia nos pacientes com dor crônica, Escala Numérica de Avaliação da Dor (ANEXO C) para avaliar o nível de dor percebida e o WHOQOL – Bref para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (ANEXO D).

Os instrumentos foram aplicados em visitas domiciliares previamente agendadas com os participantes e na unidade de saúde com oportunos encontros com os sujeitos.

O instrumento para caracterizar a população segundo aspectos sócio-demográficos conta com os seguintes itens: gênero, idade, cor da pele, nível educacional, situação conjugal, renda familiar, empregabilidade e IMC (Índice de Massa Corporal), e ainda, consta dos seguintes dados relacionados à dor: diagnóstico de dor, localização e intensidade de dor.



A intensidade dolorosa foi avaliada por meio de uma escala tipo Likert, variando de 0 a 10, sendo que o sujeito pontuou seu nível de dor considerando que 0 significa ausência de dor, 10 significa dor insuportável e os valores 2 a 9 significam níveis intermediários de dor.

A Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica utilizada neste estudo foi desenvolvida por Anderson et al. (1995). Estes autores identificaram que a crença de auto-eficácia auxiliava no tratamento da dor crônica e desenvolveram essa escala para ajudar na identificação dos níveis de auto-eficácia dos pacientes com dor crônica. Salvetti e Pimenta (2005) validaram essa escala para a língua portuguesa, já que inicialmente ela foi criada no idioma inglês. A escala compreende 22 perguntas que perpassam os seguintes domínios: auto-eficácia para controle da dor (aborda como o paciente controla sintomas físicos como a fadiga e a dor), auto-eficácia para funcionalidade (aborda o controle da dor para a realização de algumas atividades diárias) e auto-eficácia para lidar com outros sintomas (aborda a maneira como a dor afeta o indivíduo).

O WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life) é um instrumento para avaliação da qualidade de vida. Em sua composição conta com cem questões, divididas em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações pessoais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais) (World Health Organization, 1997). Neste estudo utilizaremos uma versão resumida do WHOQOL – 100, conhecida como WHOQOL – bref, composto por 26 questões, das quais as duas primeiras abrangem domínio geral e as outras 24 domínios específicos como: físico (avalia dor, desconforto, energia, fadiga, sono, mobilidade, dependência de medicações ou tratamentos e capacidades de trabalho), psicológico (avalia sentimento negativos e positivos, memória e autoestima), relações sociais (avalia suporte de pessoal, atividade sexual e relações pessoais) e meio ambiente (avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, participação em atividades de recreação e lazer, ambiente físico, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades) (World Health Organization, 1996). O WHOQOL – bref se encontra disponível em várias línguas, sendo validado no Brasil por Fleck et al. (2000).

### 3.7- Análise dos dados

Para análise dos dados sócio-demográficos, dos dados relacionados à dor e dos escores dos domínios dos instrumentos foi utilizada a estatística descritiva com medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão), além de cálculos de porcentagem.

Os dados da Escala de Auto-eficácia de Dor Crônica foram avaliados por meio da soma dos escores de cada domínio. A pontuação máxima para cada domínio é 100 e a mínima 10. A pontuação total máxima obtida para análise da escala é de 300 e a mínima de 30, sendo que quanto maior a pontuação, maior o senso de auto-eficácia do indivíduo. Foram avaliados os escores obtidos para cada domínio da escala de auto-eficácia, possibilitando conhecer qual(is) domínio(s) se encontra(m) com maior prejuízo, além do escore total.

A intensidade da dor foi avaliada por meio de média aritmética, mínima, máxima e desvio-padrão dos escores.

A qualidade de vida investigada pelo WHOQOL – bref foi avaliada por meio de uma análise proposta pelos autores, utilizando o programa estatístico SPSS 8.7. A pontuação total varia de 0 a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor pode ser considerada a qualidade de vida. Foram avaliados também os escores obtidos para cada domínio, possibilitando conhecer qual(is) domínio(s) encontram-se com maior prejuízo, cada domínio também apresenta variação de pontuação de 0 a 100 (World Health Organization, 1996).

Para se quantificar o grau de dependência entre duas variáveis utilizou-se os coeficientes de correlação que usam um único número para descrever a relação entre as variáveis. O coeficiente de correlação utilizado neste trabalho foi o coeficiente de correlação de Spearman. O coeficiente  $\rho$  de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. O sinal positivo da correlação significa que as variáveis variam no mesmo sentido, isto é categorias mais altas de uma variável associam-se a categorias mais altas da outra variável. (SIEGEL; CASTELLAN, 2006). Os seguintes valores podem

ser aplicados para interpretação do coeficiente de Spearman, usando-se valores exatos ou não

Pontuação	DESCRIÇÃO
+1.00	CORRELAÇÃO POSITIVA PERFEITA
+0.70 a 0.99	CORRELAÇÃO POSITIVA FORTE
+0.30 a 0.69	CORRELAÇÃO POSITIVA MODERADA
+0.01 a 0.29	CORRELAÇÃO POSITIVA FRACA
0.00	NENHUMA CORRELAÇÃO
-0.01 a 0.29	CORRELAÇÃO NEGATIVA FRACA
-0.30 a 0.69	CORRELAÇÃO NEGATIVA MODERADA
-0.70 a 0.99	CORRELAÇÃO NEGATIVA FORTE
-1.00	CORRELAÇÃO NEGATIVA PERFEITA

FONTE: SIEGEL; CASTELLAN, 2006

## ***4 Resultados***

## 4 Resultados

### 4.1– Caracterização da Amostra: aspectos sociodemográficos

Dos 120 indivíduos selecionados por meio dos 2760 prontuários foram coletadas informações de 95 sujeitos, os demais foram excluídos da amostra já que não foram encontrados para a realização da coleta de dados em pelo menos duas tentativas de contato.

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra estudada.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos com dor crônica segundo as variáveis sociodemográficas. São Carlos, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo (n=95)</b>	
Feminino	76(80%)
Masculino	19(20%)
<b>Idade (n=95)</b>	
29 – 38	05(5.3%)
39 – 48	16(16.7%)
49 - 59	39(41%)
60 +	31(32%)
Média (DP) MIN-MÁX	55(11.4) 29-91
<b>Cor da pele (n=95)</b>	
Branco	79(83%)
Negra	05(5%)
Parda	10(11%)
Amarela	01(1%)
<b>Estado Civil (n=95)</b>	
Amasiado	06(6.3%)
Casado	57(60%)
Separado	12(12.7%)

Solteiro	06(6.3%)
Viúvo	14(14.7%)
<b>Escolaridade( n=95)</b>	
Analfabeto	01(1%)
Fundamental Incompleto	46(48.2%)
Fundamental Completo	16(16.8%)
Médio Incompleto	02(2.2%)
Médio Completo	22(23.4%)
Superior Incompleto	01(1%)
Superior Completo	07(7.4%)
<b>Ocupação (n=95)</b>	
Aposentado	28(29.5%)
Serviços Domésticos	27(28.4%)
Serviços Prestados	15(15.8%)
Outros	09(9.4%)
Saúde	06(6.3%)
Alimentação	05(5.4%)
Atividades Administrativas	04(4.2%)
Desempregado	01(1%)
<b>Renda Familiar*(n=95)</b>	
Até 1 SM	01(1%)
1 a 2 SM	29(30.5%)
2 a 4 SM	42(44.2%)
4 a 6 SM	15(15.7%)
6 a 8 SM	08(8.4%)
>8 SM	0(0.0%)
<b>Atividade Física (n=95)</b>	
Pratica	29(30.5%)
Não Pratica	66(69.5%)
<b>IMC** (N= 95)</b>	
Baixo Peso (< 18,5)	2(2.1%)
Peso Normal (18,6 a 24,9)	33(34.7%)
Sobrepeso (25 a 29,9)	31(32.6%)
Obesidade (> 30)	29(30.6%)

---

\*Renda em Salário Mínimo (SM); R\$ 560,00

\*\*Índice de Massa Corporal segundo World Health Organization (2008)

As mulheres representam a maioria dos entrevistados, sendo 80% da amostra. A idade média encontrada nesta amostra foi de 55 anos, variando de 29 a 91 anos. A faixa etária de maior prevalência foi entre 49 e 59 anos (41.0%), seguida da faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais (32.0%). Observa-se que grande parte da amostra de cor branca (83.0%) e há predomínio de pessoas casadas (60.0%) e com ensino fundamental incompleto (48.2%) (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados está empregada, sendo que estes foram classificados em diversas categorias segundo o IBGE (2011), a maior parte, 29.5% estão aposentados e 28.4% serviços domésticos. A renda familiar dos entrevistados concentrou-se entre 2 e 4 salários mínimos (44.2%) (Tabela 1). Observa-se que a maior parte dos entrevistados (69.9%) não pratica atividade física.

Para a análise do IMC foi utilizada a classificação da World Health Organization (2008); 34.7% da amostra encontra-se com peso considerado dentro dos padrões de normalidade. No entanto, observa-se que a maior parte dos entrevistados apresenta sobrepeso ou obesidade 63.2% (Tabela 1).

#### **4.2– Caracterização da amostra: dor percebida**

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos indivíduos com dor crônica segundo as características da dor (intensidade e localização).

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos com dor crônica segundo as características da dor (localização, intensidade). São Carlos 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Locais de Dor (N = 200 citações)</b>	
Região Lombar	65 (32.5%)
Membros Inferiores	58 (29.0%)
Membros Superiores	47 (23.5%)
Região Cervical	16 (8.0%)
Região Torácica	11 (5.5%)
Cabeça	03 (1.5%)
<b>Intensidade da dor (N= 95)</b>	
0	00 (0.0%)
1 a 3	04 (4.2%)
4 a 6	39 (41%)
7 a 9	33 (34.8%)
10	19 (20.0%)
Média aritmética (DP - Min-Máx)	6,9 (2,23 - 2 – 10)

Os locais de dor identificados demonstram grande variedade, com prevalência de 32.5% dos sujeitos com dores na região lombar, seguido de dor nos membros inferiores (29%). Ressalta-se que a maioria dos participantes da pesquisa apresentam dor crônica em mais de um local do corpo (71.6%).

A média aritmética da dor percebida foi de 6,9. A maioria dos sujeitos apresentou nível de dor percebida variando de 4 a 9 (75.8%). Uma quantidade considerável de pessoas avaliou a dor percebida com o escore 10 (20.0%).

A Tabela 3 apresenta a distribuição da amostra segundo os fatores causais (diagnósticos médicos) para a dor crônica.



Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos com dor crônica segundo a causa percebida (diagnóstico médico) . São Carlos, 2011.

<b>Diagnóstico (N=122)</b>	<b>N° pessoas</b>
Artrose	49(40.2%)
Osteofitose	19(15.6%)
Hérnia de Disco	14(11.4%)
Escoliose/Lordose	12(9.9%)
Fibromialgia	11(9.0 %)
Artrite	05(4.0 %)
Osteoporose	03(2.3%)
Hiperuricemia	03(2.3%)
Fasceíte Plantar	02(1.7%)
Lupus	01(0.9%)
Penfigo	01(0.9%)
Varizes	01(0.9%)
Enxaqueca	01 (0.9%)

Ressalta-se que alguns sujeitos apresentam mais de um diagnóstico médico causador de dor crônica (41%).

Observa-se que o diagnóstico médico de maior prevalência nos entrevistados foi artrose em diversas áreas do corpo (40.2%), em seguida encontra-se a osteofitose (15.6%) e a hérnia de disco (11.4%). Destaca-se que os três diagnósticos mais citados se relacionam com a estrutura esquelética e articular do corpo humano. Estrutura esta que sustenta todos os componentes do corpo.

### **4.3– Crenças de auto-eficácia**

Na Tabela 4 são apresentados os valores da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica (Média, Mínimo, Máximo e Desvio-padrão) obtidos na amostra estudada, segundo os domínios Controle da Dor, Funcionalidade e Lidar com outros Sintomas. A pontuação obtida para as crenças de auto-eficácia relacionada à dor por meio deste instrumento pode variar de 30 a 300 para o escore total e de 10 a

100 para cada domínio, sendo que quanto maior a pontuação maior são as crenças de auto-eficácia para lidar com a dor crônica.

Tabela 4 – Distribuição dos valores da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica obtidos nos sujeitos da amostra. São Carlos, 2011.

<b>Auto-eficácia</b>	<b>Média</b>	<b>mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Desvio padrão</b>
Controle da dor (AED)	50.28	10	100	22.29
Funcionalidade (AEF)	73.84	10	100	25.25
Lidar com outros sintomas (AES)	61.33	11.25	100	21.82
Total= AED+AEF+AES	185.47	48.25	294.4	58.21

O valor total médio de auto-eficácia foi de 185.47. Observa-se nesta amostra as seguintes pontuações médias para os distintos domínios, Controle da dor - 50.28, Funcionalidade - 73.84 e Lidar com outros sintomas - 61.33 (Tabela 4). Não há proposta de classificação de pontuação, o autor nomeia o valor mínimo e máximo obtido na escala e aponta que valores próximos ao mínimo significam fraco senso de auto-eficácia e valores próximos ao valor máximo significam forte senso de auto-eficácia (ANDERSON et al., 1995; SALVETTI; PIMENTA, 2005).

A maior pontuação entre os domínios da Escala de Auto-eficácia foi encontrada no item Auto-eficácia e Funcionalidade, isto é, esta amostra de pessoas com dor crônica apresentou maiores crenças para conseguir/continuar a realizar suas atividades diárias mesmo na presença da dor crônica, indicando que este é o domínio que está menos prejudicado no que se refere às crenças de auto-eficácia e dor crônica. O domínio da escala que explora a funcionalidade deseja conhecer a autoconfiança dos indivíduos que sofrem de dor crônica para realizar algumas atividades diárias, como caminhar, levantar peso, cuidados da casa, atividades sociais, entre outras.

O domínio Controle da dor foi o mais prejudicado, obteve a menor pontuação observada dentre os domínios da Escala de Auto-Eficácia. Este domínio avalia o quanto as pessoas com dor crônica conseguem controlar a percepção

dolorosa, realizando ações para diminuir a dor e possibilitando que esta não interfira em algumas atividades diárias e no sono.

#### 4.4– Qualidade de vida

Na Tabela 5 são apresentados os valores relacionados à qualidade de vida obtidos por meio do WHOQOL-bref (Média, Mínimo, Máximo e Desvio-padrão) na amostra de indivíduos com dor crônica de uma Unidade de Saúde da Família segundo os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. A pontuação da qualidade de vida obtida por meio deste instrumento pode variar de 0 a 100, tanto para o valor geral quanto para os domínios, sendo que quanto maior a pontuação, melhor o nível de qualidade de vida.

Tabela 5 – Distribuição dos valores da escala de qualidade de vida obtidos por meio do WHOQOL-bref da amostra de indivíduos com dor crônica segundo os diferentes domínios. São Carlos, 2011.

<b>WHOQOL</b>	<b>Média</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Desvio padrão</b>
Domínio físico	63.63	17.85	100	17.88
Domínio psicológico	61.40	16.66	100	19.93
Domínio relações sociais	67.01	16.66	100	18.31
Domínio ambiente	66.08	31.25	100	15.28
Geral	56.31	0	100	23.34

Na amostra de 95 pessoas com dor crônica, o valor médio total de Qualidade de vida observado foi de 56.31. Este valor relaciona-se a duas questões gerais em que o indivíduo responde: Como você avaliaria sua qualidade de vida? e Quão satisfeito você está com sua saúde? Os domínios apresentaram as seguintes pontuações: Domínio Físico – 63.63, Domínio Psicológico – 61.40, Domínio Relações Sociais – 67.01 e o Domínio ambiente – 66.08 (Tabela 5).

O domínio que se mostra com a maior pontuação, ou seja, que ocasiona menor impacto na qualidade de vida desta amostra é o Domínio Relações Sociais. No Domínio Relações Sociais investiga-se as relações pessoais dos indivíduos acometidos pela dor crônica, bem como o suporte social obtido pelo indivíduo e as relações íntimas de cada um. O Domínio Ambiente encontra-se com pontuação muito próxima.

O domínio com menor pontuação, ou seja, que ocasiona maior impacto para a qualidade de vida desta amostra de pessoas com dor crônica, foi o Domínio Psicológico. Este domínio avalia os sentimentos positivos e negativos dos acometidos pela dor crônica, assim como a auto-estima, a imagem corporal, a aparência, o pensar, o aprender, a memória e a concentração. Em seguida, encontra-se o Domínio Físico, como o segundo apontado como o que ocasiona maior impacto na qualidade de vida; este domínio avalia capacidade de locomoção, de realizar atividades, a capacidade para o trabalho, entre outras.

#### 4.5– Dor, Auto-eficácia e Qualidade de Vida

Na Tabela 6 observa-se as correlações entre cada domínio e o valor total da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica e a intensidade de dor percebida pelos sujeitos da amostra.

Tabela 6 – Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores dos domínios e o valor total de Auto-Eficácia para Dor Crônica e a Intensidade de Dor percebida obtidos da amostra de indivíduos com dor crônica. São Carlos, 2011.

<b>Auto-eficácia</b>	<b>Intensidade de dor</b>
Controle da dor (AED)	-0.131
Funcionalidade (AEF)	-0.331
Lidar com outros sintomas (AES)	-0.325
Total= AED+AEF+AES	-0.329

A correlação apresentada entre o escore total da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica e a intensidade de dor mostra uma correlação negativa moderada (-0.329).

As maiores correlações encontradas nesta relação foram entre a intensidade de dor e os domínios Funcionalidade e Lidar com outros sintomas, demonstrando correlações negativas moderadas (-0.331, -0.325, respectivamente); pode-se considerar a hipótese de que quanto maior as crenças de auto-eficácia para a Funcionalidade e para Lidar com outros sintomas, apresentadas por esta amostra, menor a intensidade de dor percebida.

A correlação entre o domínio da auto-eficácia Controle da dor e a intensidade de dor apresentou uma correlação negativa fraca (-0,131), indicando que as crenças para o auto-controle da dor tem pouca influência sobre a percepção de intensidade de dor. Ressalta-se que o domínio Controle da dor da Escala de Auto-eficácia foi o mais prejudicado.

Na Tabela 7 estão apresentadas as correlações entre os escores dos domínios e do valor total da escala de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e a intensidade de dor em indivíduos com dor crônica.

Tabela 7 – Correlações (Coeficiente de Spearman) entre os escores dos domínios e o valor geral da qualidade de vida - WHOQOL-bref e a Intensidade de Dor percebida obtidos da amostra de indivíduos com dor crônica. São Carlos, 2011.

<b>Qualidade de vida</b>	<b>Intensidade de dor</b>
Domínio físico	-0.353
Domínio psicológico	-0.275
Domínio relações sociais	-0.220
Domínio ambiente	-0.321
Geral	-0.269

Quando correlacionadas as variáveis intensidade de dor e qualidade de vida encontramos correlações negativas de fracas a moderadas, significando que estas variáveis são inversamente proporcionais; assim pode-se levantar a hipótese

de que, quanto menor a intensidade de dor percebida, maior o nível de qualidade de vida percebida para todos os domínios.

A correlação que apresentou maior escore foi entre o domínio Físico e a intensidade da dor (-0.353), demonstrando correlação moderada; pode-se levantar a hipótese de que o domínio da qualidade de vida mais afetado pela dor foi o domínio Físico, ou seja, quanto maior a dor percebida menor é a qualidade de vida no âmbito físico nesta amostra estudada. O Domínio físico avalia a dor e o desconforto do indivíduo com dor, explora o sono e repouso e indaga também sobre nível de energia e de fadiga.

Na Tabela 8, observa-se as correlações entre os domínios da Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica e da escala de qualidade de vida - WHOQOL-bref.

Tabela 8 – Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores de Auto-eficácia para dor crônica e de qualidade de vida- WHOQOL-bref segundo os diferentes domínios e o valor total de cada instrumento. São Carlos, 2011.

<b>Auto-eficácia/ Qualidade de Vida</b>	<b>Domínio físico</b>	<b>Domínio psicológico</b>	<b>Domínio relações sociais</b>	<b>Domínio ambiente</b>	<b>Geral</b>
<b>Controle da dor</b>	0.533	0.380	0.260	0.279	-----
<b>Funcionalidade</b>	0.561	0.317	0.128	0.276	-----
<b>Lidar com outros sintomas</b>	0.644	0.554	0.264	0.497	-----
<b>Total</b>	-----	-----	-----	-----	0.483

Ao correlacionar os domínios da Escala de Auto-eficácia e de qualidade de vida observam-se relações positivas entre as variáveis, isso significa que os domínios influenciam-se positivamente, possibilitando levantar a hipótese de que quanto maior são as crenças de auto-eficácia, maiores são os níveis de qualidade de vida percebida.

As maiores correlações encontradas foram entre os domínios da Escala de Auto-eficácia (Controle da dor, Funcionalidade e Lidar com outros sintomas) e o domínio Físico da qualidade de vida (WHOQOL-bref). Considerando que quanto maior as crenças de Auto-eficácia para a Dor crônica, melhor é o nível de qualidade de vida no que se refere ao domínio Físico. Houve também correlação importante entre o Domínio Lidar com outros Sintomas e o Domínio Psicológico da qualidade de vida, possibilitando inferir que quanto maior as crenças de Auto-eficácia para Lidar com outros sintomas melhor é o nível de qualidade de vida no que se refere ao domínio Psicológico.

## ***5 Discussão***



## 5 Discussão

### 5.1 – Caracterização da amostra: aspectos sócio-demográficos

No presente estudo predominou o sexo feminino, sendo que 80% da amostra estudada são mulheres (Tabela 1). Muitos estudos observaram a maior prevalência de diferentes tipos de dor crônica em mulheres (LEVILLE et al., 2005; BUSCH; GORANSSON; MELIN, 2007; DENISON et al., 2007; WOBY; URMSTON; WATSON, 2007; CHUNG; WONG; 2007; ALTINEL et al., 2008; SÁ et al., 2008; NEVILLE et al., 2008; ALMEIDA et al., 2008; SARDÁ et al., 2009; BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010; MORIN; GILMOUR, 2010).

Chung; Wong (2007), em estudo desenvolvido na China, explicam que a cultura pode influenciar a maior prevalência de mulheres com dores crônicas, pois na maioria das vezes as culturas permitem que as mulheres sejam mais motivadas e livres para expressar seus sentimentos e buscar ajuda para as dores. Leville et al. (2005), em pesquisa nos EUA sobre a diferença de gênero nas dores musculoesqueléticas em idosas, observaram que essas mulheres apresentam três vezes maior prevalência de dor do que os homens e atribuem que esta diferença pode advir de fatores associados incluindo idade, doença preexistente, obesidade, depressão, auto percepção do estado de saúde, incapacidades e história da dor.

No entanto, Wijnhoven; Vet; Picavet (2006) em estudo na Holanda sobre as diferenças da distribuição da prevalência das dores entre os gêneros, apontam que estas não podem ser explicadas somente pelos fatores descritos por Leville et al. (2005), mas também pela situação de trabalho dos homens e mulheres, sendo que encontraram mais mulheres do que homens que não possuem trabalho remunerado e o fato de não ter um trabalho remunerado foi associado à dor musculoesquelética. Essa situação pode ser explicada pelo fato de que a remuneração pelo trabalho pode oferecer desde contatos sociais a desafios pessoais, causando um efeito de responsabilidade sobre si mesmo e seus atos e uma melhora na autoestima, além de possibilitar maior enfrentamento para os problemas diários, inclusive a dor crônica musculoesquelética. Os pesquisadores

referem que esta diferença de prevalência de dor crônica entre os gêneros é uma situação extremamente complexa com grande dificuldade de ser elucidada, mas que se mostra uma constante e significativa presença nos estudos analisados.

Silva, Fassa e Valle (2004), em relação a gênero e dor lombar crônica, apontam que o sexo feminino apresenta características anátomo-funcionais (menor estatura, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico, maior peso de gordura) que podem colaborar para o surgimento das dores lombares crônicas. Ressaltamos que a grande parte da amostra do presente estudo (32,5%) foi de indivíduos com dor lombar crônica.

A idade média dos sujeitos entrevistados foi de 55 anos, com 41% da amostra com idade variando entre 49 e 59 anos, seguida de 32% da amostra com 60 anos ou mais (Tabela 1), sendo considerada a maior parte da amostra de população adulta de meia idade, segundo classificação de Spirduso (1995), e com uma quantidade importante de pessoas idosas, segundo a OMS são consideradas como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos. No Brasil, é considerada idosa uma pessoa com 60 anos de idade ou mais, de acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 1998, 2004). Alguns estudos realizados com indivíduos com dor lombar crônica encontraram resultados semelhantes e relacionaram este tipo de dor nesta faixa etária (economicamente ativa) com o trabalho (ALMEIDA et al., 2008; ALTINEL et al., 2008; MEDINA-MIRAPEIX et al., 2009; MURTEZANI et al., 2011). Observa-se vários estudos com outros tipos de dores crônicas que apresentaram os mesmos resultados (SARDÁ et al., 2009; NEVILLE et al., 2008; SAASTAMOINEN et al., 2005; GORMSEN, et al., 2010, BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010).

Wijnhoven; Vet; Picavet (2006) observaram que dores crônicas nos membros (inferiores e superiores) associam-se com maior idade e com o sexo feminino.

Sá et al. (2008) e Almeida et al. (2008) constataram que a dor lombar crônica aumenta progressivamente e proporcionalmente com a idade. Saastamoinen et al. (2005) também observaram em seus estudos que a dor crônica, e ainda, a presença de incapacidades são muito comuns em grupos de idade avançada. Manchikanti et al. (2009) fizeram uma revisão bibliográfica sobre a

epidemiologia e o impacto das dores na coluna (cervical, dorsal e lombar) e apontaram que a idade avançada associada com a dor crônica ocasiona limitações funcionais e dificuldades na performance das atividades diárias, resultando em incapacidades e impactos sócio-econômicos.

Em relação à cor da pele, a maior parte dos entrevistados deste estudo se classificou como branco (83.0% - Tabela 1). Quanto ao estado civil, os indivíduos em sua maioria são casados (60.0% - Tabela 1), situação semelhante encontrada em outros estudos (MEREDITH; STRONG; FEENEY, 2006; BUSCH; GORANSSON; MELIN, 2007; DENISON et al., 2007; ALMEIDA et al., 2008; ALTINEL, et al., 2008; SÁ et al., 2008; SARDÁ et al., 2009). Almeida et al. (2008) referem que o fato dos indivíduos entrevistados com dor crônica serem casados e apresentarem maior idade relacionado com os não casados pode constituir-se um fator de confusão, já que a maior parte da amostra encontra-se em idade na qual a maioria das pessoas apresentam-se em união estável. Estes mesmos autores apontam que, ao analisar a relação entre a prevalência da lombalgia crônica com algumas variáveis demográficas, ser solteiro como é um fator de proteção.

Observa-se que uma grande parte da amostra apresenta o nível de escolaridade fundamental incompleto (48.2% - Tabela 1), de forma semelhante apresentada em outros estudos (SAASTAMOINEN et al., 2005; SMEETS et al., 2006; WIJNHOFEN; VET; PICAUVET, 2006; BUSCH; GORANSSON; MELIN, 2007; PREUPER et al., 2008; SARDA et al., 2009; MEDINA-MIRAPEIX et al., 2009; MORIN; GILMOUR, 2010). Almeida et al. (2008), em estudo no Brasil com indivíduos com dor lombar crônica, observaram a prevalência de escolaridade no nível médio, no entanto, informa que há forte associação entre este tipo de dor e o baixo nível de escolaridade. Saastamoinen et al. (2005), em estudo realizado na Finlândia, referem que o mecanismo subjacente à elevada prevalência de dor entre aqueles com menor escolaridade pode estar nas diferenças de recursos fornecidos pela educação; tais recursos ajudam a evitar exposições (fatores de risco), procurar por cuidado e lidar com os sintomas. Morin; Gilmour (2010), em estudo sobre dor crônica no Canadá, observa que pessoas com baixo nível de escolaridade referem piores níveis de dor do que os indivíduos com maiores níveis educacionais.

No presente estudo, os entrevistados apresentaram diferentes ocupações, no entanto, a maior parte encontra-se aposentado (29.5%); dentre os

que estão em fase ativa de trabalho, a maioria realiza serviços domésticos (28.4%) (tabela 1), este fato relaciona-se com o gênero já que grande parte da amostra é mulher (culturalmente este tipo de serviço é realizado predominantemente por mulheres). Resultados semelhantes são encontrados em outros estudos (MEREDITH; STRONG; FEENEY, 2006; CHUNG; WONG, 2007; DENISON, et al., 2007; ALTINEL et al., 2008; BOUHASSIRA et al., 2008; NEVILLE et al., 2008; SARDÁ et al., 2009; BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010; VAN HOOFF et al., 2010).

O nível sócio econômico (renda familiar) se fixou em 2 a 4 salários mínimos (44.2% - Tabela 1) que, segundo a Associação Nacional de Empresa de Pesquisa (ANEP, 2000), a população que apresenta-se nesta faixa de salário é classificada como classe B (classe média). Nos estudos de Sá et al. (2008) e Almeida et al. (2008) com indivíduos com dor lombar crônica, ambos realizados no Brasil, a classe de maior prevalência encontrada apresentava-se com renda familiar de 1 salário mínimo, classificado pela ANEP (2000) como classe C (baixa). O presente estudo realizou a coleta de dados em uma Unidade de Saúde da Família na qual a classe média é a maioria em seu território de abrangência, este fator dificulta tecer comparações. Além disso, comparar estes dados com dados internacionais pode induzir a erros, considerando que analisamos o salário mínimo no Brasil.

Os indivíduos participantes da pesquisa, em sua maioria (66.9%), referiram não praticar atividade física, comparável ao estudo desenvolvido por Almeida et al. (2008) também realizado no Brasil. Estes autores encontraram que 71.5% da amostra não pratica exercícios físicos; Costa et al. (2011), em estudo realizado na Austrália, observaram que 58.7% não praticam atividade física e Sá et al. (2008), em outro estudo realizado no Brasil, observaram que 71.7% também não realizam.

Alguns autores apontam que a intensidade de dor pode ser diminuída pela realização de atividade física. Murtezani et al.(2011), compararam dois grupos de trabalhadores com dor lombar crônica no que se refere à realização de exercícios. Um dos grupos realizou exercícios aeróbicos de alta intensidade durante 12 semanas e o outro grupo não realizou exercícios físicos. Observaram uma média de intensidade de dor de 6.0 diminuindo para 2.0 entre os participantes que

praticaram exercícios aeróbicos durante 12 semanas, enquanto que nos participantes que não realizaram atividade física encontraram média 6.1 diminuindo para 6.0. Tal estudo demonstrou a importância dos exercícios físicos para a diminuição da intensidade da dor em indivíduos com dor lombar crônica.

Quanto ao IMC, 63.2% dos participantes deste estudo apresentaram sobrepeso ou obesidade (32.6% e 30.6%, respectivamente). Outros estudos também encontraram alta prevalência de sobrepeso e obesidade, principalmente quando se refere à dor lombar crônica (RUDY et al., 2007; SÁ et al., 2008; ALMEIDA et al., 2008; ALTINEL et al., 2008; MORONE, et al., 2009). Cabe ressaltar que neste estudo a dor lombar crônica relacionada a diferentes causas foi a principal queixa relatada pelos entrevistados (32.5%). Ressalta-se outros estudos em que o IMC elevado relacionou-se com outros tipos de dores crônicas (LEVILLE et al., 2005; WIJNHOFEN; VET; PICALET, 2006). Wijnhoven; Vet; Picavet (2006), em estudo sobre dores crônicas musculares, apontaram que mulheres com IMC designando sobrepeso têm maiores possibilidades de dor crônica que os homens, indicando o IMC elevado como fator de risco para a dor crônica. Sá et al. (2008) apontaram que é possível que o peso acima do normal exerça uma sobrecarga nos tecidos moles e articulações, desempenhando assim um papel importante para a causa da dor, pois o peso aumentado pode levar ao estresse mecânico e consequente dano às estruturas corporais. Além disso, a incapacidade física, os distúrbios circulatórios e a hiper mobilidade articular podem estar associados com a obesidade e podem influenciar a presença de dor.

Um estudo de Silva; Menezes; Noal (2009) determinou a prevalência e avaliou os fatores associados aos sintomas articulares crônicos em adultos da cidade de Pelotas, Brasil. Os resultados deste estudo concluíram que sintomas articulares crônicos apresentam alta prevalência em adultos e não somente em idosos, identificaram também fatores de risco não modificáveis como ao aumento da idade, como também fatores modificáveis como tabagismo e obesidade.

## **5.2 – Caracterização da amostra: dor percebida**

A dor na região lombar foi a de maior prevalência neste estudo, 32.5% das pessoas disseram ter dor lombar crônica. Este resultado pode ser encontrado em investigações entre indivíduos com dor crônica (WIJNHOVEN; VET; PICALET, 2006; DENISON et al., 2006; CHUNG; WONG, 2007; SÁ et al., 2008; BOUHASSIRA et al., 2008; NEVILLE et al., 2008; SARDÁ et al., 2009). Considerando a alta prevalência de dor lombar crônica fica evidente também a preocupação dos pesquisadores em entender com maior profundidade este tipo de dor e suas consequências haja vista o grande número de trabalhos produzidos nesta área (SMEETS et al., 2006; RUDY et al., 2007; KOTHE et al., 2007; WOBY; URMSTON; WATSON, 2007; CHUNG; WONG, 2007; ALTINEL et al., 2008; PREUPER et al., 2008; ALMEIDA et al., 2008; RENEMAN et al., 2008; MEDINA-MIRAPEIX et al., 2009; MORONE et al., 2009; FOSTER et al., 2010; VAN HOOFF et al., 2010; MURTEZANI et al., 2011; COSTA et al., 2011). Tais estudos observaram que a dor lombar é um problema de saúde potencial não apenas para o aspecto físico do indivíduo, mas também seus aspectos socioeconômicos, psicológicos e o bem estar emocional.

No presente estudo, os membros (inferiores e superiores) aparecem como locais de grande ocorrência de dor, ficando em segundo (29%) e terceiro (23.5%) lugar. Bouhassira et al. (2008), em estudo sobre a prevalência da dor crônica neuropática na população geral da França, encontraram que os membros (inferiores e superiores) foram os locais mais citados; e ainda, observaram que a dor neuropática crônica é de forte intensidade e longa duração.

Outros estudos encontraram prevalência da dor em outros locais do corpo. No estudo de Holtz; Stechman (2008) realizado no Brasil, nas cidades de Curitiba e Araucária, encontraram maior prevalência de dor na cabeça (46%) seguida pelo pescoço/nuca (26%) e pelas articulações (20%).

Quanto à intensidade de dor percebida pelos indivíduos estudados, 75.8% da amostra julgaram a dor com pontuação variando de 4 a 9 e 20.0% julgaram a dor com valor 10 em uma escala variando de 0 a 10 pontos. A média encontrada em toda a amostra foi de 6.9. Estudos analisados apresentam resultados semelhantes para intensidade de dor (BOUHASSIRA et al., 2008; NEVILLE et al., 2008; MEDINA-MIRAPEIX et al., 2009; SARDÁ et al., 2009; MORONE et al., 2009;

BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010; GORMSEN et al.,2010; MURTEZANI et al., 2011).

Manchikanti et al. (2009) fizeram uma revisão bibliográfica sobre a epidemiologia e o impacto das dores na coluna (cervical, dorsal e lombar). O estudo apontou que 23% das pessoas com dor lombar se referem à intensidade de 2 até 4, em uma escala de 6 pontos, com as medidas variando de 0 para nenhuma dor e 5 para dor insuportável.

Börsbo; Gerdle; Peolsson (2010) em estudo realizado na Suécia com pessoas com diferentes tipos de dor crônica encontraram uma média de intensidade de dor de 7.6. Neville et al. (2008), em estudo sobre prevalência e características da dor crônica em uma cidade de Israel, encontraram média de intensidade de dor de 6.7.

Ressalta-se a fragilidade desta escala de 11 pontos, considerando que se trata de uma escala ordinal. A fragilidade das escalas de categorias para a mensuração da dor pode ser explicada, primeiro, porque o número de categorias com as quais os estímulos são julgados é fixo, o método introduz sérios vieses no que se refere à amplitude das categorias e ao constrangimento causado ao examinando pela imposição de uma âncora (limite superior) no fim do contínuo de dor (SOUSA; SILVA, 2005).

As escalas de categorias mensuram a dor, pois elaboram uma tentativa de quantificar a experiência dolorosa, e desta forma, se mostra frágil com pacientes incapazes de se comunicar (SOUSA; SILVA, 2005).

Sabe-se que a dor apresenta-se como um fenômeno complexo derivado de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas que podem ser modificados pela memória, pelas expectativas e pelas emoções dos indivíduos. Também pode ser influenciada por uma variedade de outros fatores, incluindo as habilidades para manejá-la e controlá-la, os sinais vitais, a história médica e cirúrgica, as condições socioeconômicas, o contexto cultural, o sexo e as habilidades intelectuais (SOUSA; SILVA, 2005).

Sardá et al. (2009), em estudo comparando características sócio-demográficas de dor entre australianos e brasileiros, observaram que a elevada intensidade de dor contribui para as incapacidades entre os entrevistados na amostra australiana. Morone et al. (2009), exploraram o impacto das patologias

musculoesqueléticas crônicas na vida de adultos e idosos, relacionando os âmbitos psicológicos e físicos da vida dos participantes. Sugerem que os perfis psicológicos e físicos influenciam na dor dos indivíduos e observaram que há uma possibilidade das heranças psicológicas das pessoas trazerem variações nas condições de dor.

Em outro estudo, realizado na Dinamarca, os autores relacionaram dor (fibromialgia e neuropatia crônica) com aspectos psicológicos (depressão, ansiedade, qualidade de vida relacionada à saúde). Os autores observaram que os indivíduos com fibromialgia apresentavam maiores prejuízos psicológicos do que os indivíduos com neuropatia crônica, mas a média de intensidade de dor não variou, explicaram que essa variação pode ocorrer devido aos mecanismos de cada patologia. Na fibromialgia, ocorre uma hiperexcitabilidade generalizada, possivelmente devido a um distúrbio na serotonina e noradrenalina causando alterações psicológicas. Estes sintomas podem ocasionar um efeito sobre o controle inibitório da dor (descendente do tronco cerebral para a medula espinhal), o que pode explicar a associação entre alterações psicológicas e dor na fibromialgia. Em contraste, os indivíduos com dor neuropática apresentam uma patologia localizada que impulsiona os estímulos da periferia para o centro, levando à sensibilização central nas vias moduladoras da dor na medula espinhal (GORMSEN et al., 2010).

A causa relacionada à dor (diagnóstico médico) de maior prevalência neste estudo foi artrose (40.2%), seguida de osteofitose (15.6%) e hérnia de disco (11,4%). Ao longo da análise dos estudos levantados foram encontradas muitas pesquisas que identificaram as causas que resultam em dor crônica dos entrevistados. O diagnóstico médico de artrose envolve um grupo heterogêneo de condições que induzem sinais e sintomas articulares dolorosos associados a defeitos na integridade da cartilagem articular com associações relacionadas a alterações no tecido ósseo situado na margem articular (XIMENES; MELO; CUSTÓDIO, 2009). Murtezani et al. (2011) analisaram uma amostra em que o diagnóstico mais citado foi a hérnia de disco (42%).

Outra causa de dor na região da coluna é a osteofitose que é o crescimento anormal do osso na vértebra para o espaço articular na extremidade das articulações podendo comprimir raízes nervosas (ZAVANELA et al., 2008).

A hérnia de disco também segue como uma patologia nas articulações em específico na coluna vertebral. Esta patologia é uma condição resultante da



ruptura do anel fibroso de um disco intervertebral com conseqüente expulsão da porção central do disco, o núcleo pulposo. A dor decorre tanto da compressão direta da raiz nervosa como da liberação de substâncias potencialmente inflamatórias do anel fibroso roto (COSTA, 2009).

A escoliose foi o quarto problema de saúde encontrado como causador de dor crônica nesta amostra. A escoliose é uma deformidade da coluna que se apresenta como um desvio lateral da coluna vertebral (ARAUJO, et al., 2010). A dor advém do tensionamento dos músculos contralaterais na tentativa de manter o alinhamento, causando fadiga e dores musculares. Outro problema de alinhamento vertebral que é observado nos pacientes entrevistados é a lordose, um termo anatômico usado para designar a curvatura lombar anormal da coluna vertebral (DAMASCENO et al., 2006).

A fibromialgia apresentada por 9% dos entrevistados é uma condição dolorosa crônica difusa do sistema musculoesquelético não articular, caracterizada pela presença de dor à palpação em locais predeterminados denominados pontos dolorosos ou pontos de gatilho. A fisiopatologia é incerta, admite-se ser devido à hipoatividade serotoninérgica, à hiperatividade p-érgicas e às anormalidades funcionais hipotalâmicas (KAZIYAMA, et al. 2009).

A artrite se caracteriza por dores articulares com mecanismos amplos variados, não só mecânicos e degenerativos, com dores compressivas e inflamatórias e com dor química, tanto de ordem periférica como central (XIMENES; MELO; CUSTÓDIO, 2009).

A hiperuricemia é um transtorno metabólico caracterizado pelo excesso de ácido úrico no sangue, produto de uma desordem no metabolismo das purinas. Os uratos, depositados em tofos nas pequenas articulações e nos tecidos, acabam por produzir um quadro denominado gota (artrite inflamatória ou enfermidade tofácea) (PEIXOTO et al, 2001 ).

Outro diagnóstico médico detectado, também relacionado à parte óssea do corpo, mas na região plantar, é a Fasceite Plantar, que se caracteriza por um crescimento ósseo no calcâneo trazendo dor na parte posterior plantar do pé. Esta dor ocorre principalmente nos primeiros passos quando o paciente levanta-se da cama pela manhã. Atividades esportivas ou ficar longos períodos em pé também causam dor importante (CARVALHO; IMAMURA; MORAES, 2003).

A osteoporose citada por 2.3% dos entrevistados é apontada com uma das causas da dor crônica. Osteoporose é a doença óssea metabólica mais freqüente, sendo a fratura e a dor as suas manifestações clínicas recorrentes. É definida patologicamente como "diminuição absoluta da quantidade de osso e desestruturação da sua microarquitetura levando a um estado de fragilidade em que podem ocorrer fraturas após traumas mínimos". É considerada um grave problema de saúde pública, sendo uma das mais importantes doenças associadas com o envelhecimento (NETTINA, 2003a).

Duas doenças auto-imunes foram citadas pelos entrevistados (0.9%): o pênfigo, doença que causa o aparecimento de bolhas na pele e, algumas vezes, nas mucosas, tem como característica comum a localização das bolhas na camada mais superficial da pele, a epiderme, o qual ocorre devido a um mecanismo imunológico, de auto-agressão, fazendo com que anticorpos ataquem a pele, provocando a perda da aderência entre as células da epiderme; as lesões são dolorosas, com sensação de ardência e queimação (NETTINA, 2003b); e o lúpus, doença inflamatória de causa desconhecida que se desencadeie com agentes externos desconhecidos (vírus, bactérias, agentes químicos, radiação ultravioleta) entram em contato com o sistema imune do indivíduo que está com vários genes e erradamente induz a produção inadequada de anticorpos. Estes anticorpos são dirigidos contra constituintes normais do corpo provocando lesões nos tecidos e também alterações nas células sangüíneas (NETTINA, 2003c).

Uma doença que traz grandes prejuízos também ao acometido que é citada pelos entrevistados é a insuficiência venosa crônica em membros inferiores, que traz como conseqüências as veias varicosas. As varicosidades podem ser definidas como dilatações e tortuosidades de veias do sistema venoso superficial e/ou de veias perfurantes comunicantes que são determinadas por alterações definitivas das paredes e/ou válvulas, levando a alterações definitivas das funções (BARROS, 2003).

A enxaqueca foi uma das patologias de menor prevalência nesta amostra, no entanto, sabe-se que na população em geral ela bastante frequente, conhecida também como cefaléia primária migranosa, caracteriza-se por um distúrbio neuro-vascular comum, com episódios recorrentes de cefaléia, disfunção autonômica (náusea, vômito) e, em alguns pacientes, sintomas neurológicos de aura

(foto e fono-fobias) (HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY, 2004).

### **5.3– Crenças de Auto-eficácia para a dor**

A amostra estudada apresentou média geral de crenças de auto-eficácia para a dor de 185.47, em uma escala que varia entre 30 e 300, considerando que quanto maior a pontuação maiores as crenças de auto-eficácia para lidar com a dor crônica.

Muitos autores têm pesquisado este novo conceito de auto-eficácia. As escalas criadas são inúmeras, pesquisam a auto-eficácia em diversos âmbitos da vida das pessoas (WOBY; URMSTON; WATSON, 2007; SALVETTI et al., 2007; PANG et al., 2009; SARDÁ et al., 2009; MORONE et al., 2009; BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010; MAUGHAN; LEWIS, 2010; SANCHEZ et al, 2011;).

Sanchez et al. (2011), em pesquisa realizada na Espanha com indivíduos com fibromialgia, utilizaram a mesma escala de auto-eficácia utilizada neste estudo e encontraram uma média geral de 88.56, bem abaixo da encontrada na presente pesquisa. Esta diferença de valores das crenças de auto-eficácia entre a presente pesquisa e a pesquisa de Sanchez et al. (2011) pode ser explicada pelas diferenças culturais dos países em estudo, além da amostra ser específica de pessoas com fibromialgia. No entanto, se observarmos o domínio mais prejudicado no estudo de Sanchez et al. (2011) foi o de Controle da dor, semelhante ao presente estudo, o que demonstra que controlar a própria dor é muito difícil para o ser humano, entretanto, não há como deixar de considerar que ambas as amostras se referem a culturas ocidentais. Este estudo apontou importantes explicações de fatores que podem modificar as crenças de auto-eficácia, como depressão e ansiedade.

Salveti et al. (2007) exploraram as crenças de auto-eficácia em doentes com dor crônica e relacionou-as com sintomas depressivos. A média geral de auto-eficácia encontrada foi de 170.8, valor muito próximo do encontrado no presente trabalho. Os autores observaram uma tendência de maiores crenças de

auto-eficácia em participantes que relataram menor intensidade de dor e ressaltam que tal ocorrência possa ser elucidada pelo fato de que a pessoa que consegue ter o sintoma controlado apresenta um aumento da percepção de capacidade de intervenção. Por último, os autores encontraram uma correlação negativa entre auto-eficácia e depressão.

Outros autores pesquisaram as funções, físicas ou psicológicas, que podem ser influenciadas pelas crenças de auto-eficácia. Morone et al. (2009), em estudo nos Estados Unidos, exploraram a dor e as crenças de auto-eficácia em indivíduos com osteoartrite no joelho e dor lombar. Utilizaram a Escala de Auto-eficácia para Dor Crônica em uma versão simplificada e encontraram média geral de 78 pontos, com pontuação que varia de 0 a 100. Ao longo do estudo eles observaram que a auto-eficácia é um traço psicológico importante e que a sua falta pode impactar nas funções físicas (marcha) em idosos com dor crônica.

Woby; Urmston; Watson. (2007), em estudo realizado na Inglaterra, pesquisaram a auto-eficácia como mediadora da relação entre medo relacionado à dor e intensidade da dor lombar crônica. Encontraram que as crenças de auto-eficácia podem intervir na relação de medo relacionado à dor e na intensidade de dor, o que quer dizer que essas crenças influenciam na percepção e nos sentimentos que envolvem o sujeito com dor. Concluíram que, com uma alta crença de auto-eficácia há menores níveis de depressão, incapacidades e medo relacionado à dor, reforçando que as crenças de auto-eficácia são importantes fatores a serem trabalhados em indivíduos com dor crônica, pois auxiliam na minimização de danos.

Pang et al. (2009), em estudo realizado em Taiwan, afirmaram que os suportes sociais se mostraram de extrema importância como meio para se trabalhar com as crenças de auto-eficácia das pessoas com dor crônica. Os suportes sociais estudados consistem no apoio emocional e instrumental para as ações do dia a dia. Sardá et al. (2009) exploraram as crenças de auto-eficácia relacionando-as com as incapacidades trazidas pela dor crônica. Observaram que possuir crenças elevadas de auto-eficácia é um fator significativo que contribui para a diminuição de incapacidades em pessoas com dor crônica e para melhorar a capacidade para o trabalho.

Maughan; Lewis (2010) reforçaram a importância de se trabalhar a auto-eficácia para se obter resultados positivos no manejo das dores crônicas. O trabalho sugere que a pesquisa das crenças de auto-eficácia pode ser utilizada como um instrumento de triagem para determinar a confiança dos pacientes em realizar atividades normais, apesar da dor e como uma ferramenta para avaliar e medir os resultados após o tratamento de manejo da dor crônica

#### **5.4 – Qualidade de vida relacionada à saúde**

A qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada por meio do WHOQOL-bref e os resultados apontaram que a amostra de indivíduos com dor crônica apresentou média de pontuação geral de 56.31. Outros autores também realizaram estudos pesquisando a qualidade de vida em indivíduos com dor crônica (SCHNEIDER, KRAYENBÜHL, LANDOLT, 2007; KOTHE et al., 2007; MOLT et al., 2009; GORMSEN et al., 2010; ABBOTT, TYNI-LENNÉ, HEDLUND, 2010, SENGUL, KARA, ARDA, 2010; NAKAMURA et al., 2011; BRAS et al., 2011, SCHAEFER et al., 2011 e HERMSEN et al., 2011; PEDROSA et al., 2011).

Pedrosa et al.(2011), em estudo no Brasil com pessoas apresentando dor crônica isquêmica, obtiveram pontuação média de qualidade de vida geral (WHOQOL-bref) de 50.0 e a maior pontuação média para o domínio de relações sociais, assim como no presente estudo.

Sengul, Kara, Arda (2010) realizaram um estudo na Turquia explorando a relação de controle da saúde e a qualidade de vida em pessoas com dor lombar crônica. Observaram que a qualidade de vida se encontra prejudicada nas pessoas com dor lombar crônica, principalmente em indivíduos com grandes incapacidades ocasionadas pela dor crônica. Também reforçam que ao se utilizar a educação sobre anatomia, sobre o processo da patologia e suas implicações nos aspectos físicos e mentais para o manejo da dor crônica, pode melhorar o enfrentamento das dores lombares crônicas.

Nakamura et al.(2011) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência e a situação real da dor musculoesquelética na população

do Japão. Concluíram que a dor crônica musculoesquelética ocasiona impacto sobre as atividades da vida diária e social de indivíduos acometidos trazendo grandes prejuízos na qualidade de vida. Os autores afirmam que a dor crônica não afeta somente a parte física e a capacidade funcional, mas também a saúde mental e as perspectivas de vida das pessoas que a sentem.

Kothe et al. (2007) estudaram comparativamente indivíduos com artrite reumatóide com e sem dores lombares na Alemanha. Observaram incapacidade, humor deprimido e qualidade de vida. Os resultados apontaram que os indivíduos com artrite reumatóide que tinham dor lombar apresentavam níveis de qualidade de vida diminuídos e níveis de incapacidade e humor deprimido aumentados. Os autores afirmaram que a dor lombar é um preditor para baixa qualidade de vida mesmo quando as variáveis sócio-demográficas são controladas, demonstrando o quanto a dor afeta a vida de quem a sente.

Bras et al. (2011) avaliaram a qualidade de vida de veteranos da Guerra da Croácia com dor lombar crônica, os participantes foram divididos em dois grupos, os que apresentavam e os que não apresentavam estresse pós traumático. Encontraram que a qualidade de vida apresenta padrão de diminuição com a presença da dor crônica e estresse psicológico, e no grupo controle (sem estresse pós-traumático) encontraram melhores índices de qualidade de vida, mesmo em presença da dor crônica. Os autores ressaltaram que a qualidade de vida diminui com a dor crônica, mas quando associada ao fator psicológico (estresse pós traumático) a qualidade de vida apresenta uma diminuição mais intensa, apontando que fatores psicológicos juntamente com a dor auxiliam na diminuição da qualidade de vida percebida.

Schaefer et al. (2011) avaliaram o impacto da fibromialgia na qualidade de vida e produtividade dos americanos. Encontraram que a fibromialgia afeta negativamente a qualidade de vida, prejudicando as funções diárias dos acometidos. Os autores enfatizam que a carga desta doença no dia a dia do sujeito acometido ocasiona prejuízos principalmente para a qualidade de vida.

Hermesen et al. (2011), em pesquisa realizada na Holanda, exploraram as funções diárias de idosos com dores articulares e comorbidades em termos de mobilidade, independência funcional e participação e identificaram situações que podem favorecer os resultados funcionais fracos. Utilizaram vários instrumentos que

exploraram limitações de funções físicas, estado de saúde em geral e qualidade de vida. Como resultado os autores ressaltam que a identificação precoce de prejuízo da qualidade de vida em indivíduos com dor pode facilitar o tratamento e diminuir os prejuízos trazidos por esta na vida do sujeito acometido.

Outros autores estudaram o impacto de algumas intervenções que reforçam as crenças positivas e a aceitação da dor sobre a qualidade de vida e a intensidade de dor. Dysvik et al. (2010) pesquisaram o impacto do programa multidisciplinar de manejo da dor na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos com dor crônica na Noruega. Identificaram as necessidades a serem atendidas para ocorrer a mudança no comportamento de dor crônica. Eles apontaram como primeiro passo a aceitação do diagnóstico de dor crônica, entendendo a conexão da mente e do corpo na sintomatologia dolorosa. Constataram que, ao ocorrer essa compreensão, há um estímulo para praticar cada vez mais as atividades propostas nos tratamentos e cumprir as orientações sobre como a pessoa pode desenvolver essas atividades e mudar alguns hábitos de vida, melhorando assim a qualidade de vida. Concluíram que os programas cognitivos comportamentais para o controle da dor têm o potencial de melhorar a qualidade de vida, reduzir a intensidade da dor contribuindo para o processo de mudança de comportamento.

Ressalta-se a importância da avaliação da qualidade de vida para o manejo da dor crônica; ao se avaliar todos os domínios da qualidade de vida (físico, emocional, social e ambiental) é possível direcionar o foco do manejo para o aspecto de maior comprometimento (SCHNEIDER, KRAYENBÜHL, LANDOLT, 2007; PEDROSA et al., 2011; GORMSEN et al., 2010). Além disso, é possível avaliar constantemente se o manejo escolhido pela equipe multiprofissional é o mais adequado ou se deva ser alterado.

### **5.5 – Dor, Auto-eficácia e Qualidade de Vida**

As correlações entre intensidade de dor e auto-eficácia foram todas negativas, independente dos domínios analisados, o que demonstra que essas variáveis são inversamente proporcionais, possibilitando considerar a hipótese de

que quanto maior o índice de auto-eficácia, para todos os domínios, menor a intensidade de dor percebida.

Os resultados alcançados por meio deste estudo podem indicar que quanto maiores são as crenças de auto-eficácia relacionadas ao controle da dor, há menores índices de intensidade da dor. Tais resultados foram encontrados em outros estudos (MEREDITH; STRONG; FEENEY, 2006; WOBY; URMSTON; WATSON, 2007; RAHMAN et al, 2008; SARDÁ et al., 2009; PANG et al., 2009; MORONE et al., 2009; BÖRSBO; GERDLE; PEOLSSON, 2010; SANCHEZ et al., 2011; COSTA et al., 2011). A auto-eficácia pode ser definida como as crenças das pessoas sobre suas capacidades para produzir níveis designados de desempenho que exercem influências sobre os acontecimentos que afetam suas vidas (BANDURA, 1977, 1982, 1991, 1994). Na presente amostra, foi possível observar, por meio de correlação positiva de fraca a moderada que indivíduos com dor crônica que apresentam altos índices de auto-eficácia possivelmente conseguem controlar melhor seus sintomas dolorosos.

Costa et al. (2011), em pesquisa realizada na Austrália, investigaram se a auto-eficácia para dor e o medo de movimento estão relacionados à intensidade da dor e às incapacidades em pacientes com dor lombar crônica. Constataram que a auto-eficácia para a dor pode ser uma variável mais importante do que o medo do movimento para entender a relação entre dor e incapacidade.

Denison et al. (2007) identificaram e descreveram indivíduos com dores musculoesqueléticas baseado no auto-relato das variáveis intensidade de dor, incapacidades, catastrofização, auto-eficácia e medo de evitação. Os pesquisadores levantaram a presença de muitos perfis entre os indivíduos com dor musculoesquelética mostrando diferenças particulares na intensidade de dor, incapacidades, auto-eficácia, medo de evitação e catastrofização. Observaram também que uma abordagem terapêutica pode proporcionar uma melhora das crenças de auto-eficácia quando há foco sobre o domínio das habilidades motoras necessárias para se realizar as atividades diárias. E ainda, que ao se elevar as crenças de auto-eficácia há melhora dos níveis de dor dos sujeitos acometidos.

Morone et al. (2009), em estudo realizado nos Estados Unidos, exploraram o impacto das patologias musculoesqueléticas crônicas na vida de adultos e idosos, relacionando os âmbitos psicológicos e físicos. Sugerem que os



perfis psicológicos e físicos influenciam na dor dos indivíduos e observaram que há uma possibilidade das heranças psicológicas das pessoas trazerem variações nas condições de dor. Ao longo do estudo, os autores constataram que o aumento da auto-eficácia está associado a melhor desempenho físico, o que demonstra uma melhora nos danos trazidos pela dor crônica.

Börsbo; Gerdle; Peolsson (2010) em pesquisa realizada na Suécia sobre o impacto da interação entre auto-eficácia, sintomas de catastrofização, incapacidades, qualidade de vida e saúde em sujeitos com dor crônica, concluíram que a presença de auto-eficácia influencia na redução da intensidade de dor, possibilitando maior mobilidade e realização de atividades, e ainda, relataram que as crenças de auto-eficácia protegem contra efeitos negativos psicossociais. Observaram também que a auto-eficácia influencia no aumento da qualidade de vida percebida e na saúde em geral e na redução das incapacidades e intensidade de dor e que tem um impacto positivo nos sentimentos de catastrofização, depressão e ansiedade.

Meredith, Strong e Feeney (2006), em estudo realizado na Austrália, relacionando ansiedade, auto-eficácia, intensidade de dor e incapacidade encontraram forte relação negativa entre a auto-eficácia e a intensidade de dor. Os autores observaram que a baixa auto-eficácia para dor e a ansiedade aumentam a intensidade de dor e as incapacidades ocasionadas pela dor crônica.

Todos estes estudos reiteram a importância de se considerar a avaliação das crenças de auto-eficácia para o manejo da dor crônica e a realização de intervenções por profissionais habilitados para proporcionar melhora destas crenças

Rahman et al. (2008) identificaram em pessoas com dor crônica fatores que afetam a auto-eficácia e a intensidade da dor. Observaram que sintomas depressivos geram efeitos negativos nas crenças de auto-eficácia e positivos na intensidade de dor e manejos alternativos de dor (fisioterapia, quiropraxia) melhoram as crenças de auto-eficácia e diminuem a intensidade de dor. Ao longo do estudo, os resultados demonstraram que a melhora da dor depende mais fortemente das questões psicológicas do que das questões físicas da dor.

A intensidade de dor também se mostra negativamente correlacionada com a qualidade de vida na presente pesquisa; assim, pode-se supor que quanto maior a intensidade de dor, piores são os níveis de qualidade de vida em seus

diferentes domínios. Pelo levantamento bibliográfico encontramos diversos trabalhos que culminam com os mesmos resultados (GUTIERREZ et al., 2007; CUNHA, et al., 2008; IMAMURA et al. 2008; BÖRSBO; PEOLSSON; GERDLE, 2008; NEWLAND; NAISMITH; ULLIONE, 2009; GORMSEN et al., 2010; SHIRBEL et al., 2010; BRAS et al., 2011;).

Schirbel et al. (2010), em pesquisa realizada na Nova Zelândia, encontraram que os pacientes com dor crônica apresentam problemas para dormir, gerando diminuição da qualidade de vida. Estes autores reforçam a importância do manejo da dor para melhorar a qualidade de sono e a qualidade de vida.

Cunha et al. (2008), em pesquisa realizada no Brasil, compararam dois tipos de exercícios de alongamento para a melhora de dor cervical crônica. Um dos métodos foi o alongamento estático convencional e o outro o método de reeducação postural com auxílio de aparelhos. As medidas de dor e de qualidade de vida foram realizadas antes e após a intervenção. No alongamento convencional e no método de reeducação postural os pacientes com dor cervical crônica apresentaram igual diminuição de intensidade de dor após os exercícios propostos. Observaram também que houve um relato de melhora dos níveis de qualidade de vida nos dois grupos. Este estudo constatou o quanto a qualidade de vida é influenciada pela intensidade de dor e a importância de se preocupar com a medida destas variáveis no manejo da dor crônica.

Newland; Naismith; Ullione (2009), em pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre o impacto da dor e de outros sintomas sobre a qualidade de vida em mulheres com esclerose múltipla, encontraram impacto negativo da dor e de outros fatores psicológicos na qualidade de vida destas mulheres. Os autores compararam mulheres com esclerose múltipla e mulheres saudáveis. Observaram que as mulheres com esclerose múltipla apresentaram um conjunto de sintomas (dor, cansaço, depressão, problemas de sono) que as levavam a experimentar uma reação psicológica negativa, principalmente nas relações sociais e no trabalho, diminuindo sua qualidade de vida.

No estudo de Imamura et al. (2008) realizado no Brasil, os autores avaliaram a presença de hiperalgesia e tolerância à dor em pessoas com osteoartrite do joelho refratária a tratamento, comparando-os com um grupo controle saudável. Avaliaram também o impacto destas variáveis sobre a dor, incapacidade e a

qualidade de vida. A hiperalgesia foi avaliada por um aparelho algômetro, utilizado em vários locais do corpo (coluna lombo-sacra e joelho). Os pesquisadores encontraram que pessoas com osteoartrite de joelho tem significativamente menor tolerância à dor do que as pessoas saudáveis. Menor tolerância à dor foi correlacionada com maior intensidade de dor, maior incapacidade e pior qualidade de vida.

Gutierrez et al (2007), em estudo realizado nos Estados Unidos, identificaram a relação entre a dor no ombro e qualidade de vida em pessoas com paraplegia. Encontraram uma grande influência negativa da elevada intensidade de dor no ombro nos índices de qualidade de vida.

Börsbo; Peolsson; Gerdle (2008) investigaram as influências da catastrofização, depressão e dor na qualidade de vida em pessoas com distúrbios crônicos no pescoço advindos de acidentes. Os autores aplicaram questionários que investigaram intensidade de dor, catastrofização, depressão e qualidade de vida. Concluíram que indivíduos com altos índices de depressão, intensidade de dor e catastrofização apresentaram uma diminuição da qualidade de vida. Observaram também ao final a importância de se pesquisar cada aspecto da dor para se obter melhores resultados na terapêutica e com isso uma melhora nos níveis de qualidade de vida percebidos pelos indivíduos acometidos pela dor.

A presente pesquisa constatou que as correlações entre todos os domínios da auto-eficácia e da qualidade de vida foram positivas. Na relação entre o Domínio Funcionalidade da Escala de Auto-eficácia e o Domínio Físico da Escala de Qualidade de vida (WHOQOL-bref) houve maiores níveis de correlação negativa com a Intensidade da dor. Pode-se supor que a intensidade de dor aumentada diminui a qualidade de vida em sua dimensão Física ao ocasionar comprometimentos nesta área e que as crenças de auto-eficácia diminuídas na dimensão Funcionalidade ocasionam aumento da percepção da intensidade da dor.

Mannerkorpi; Svantesson; Broberg (2006) avaliaram a relação entre o desempenho dos testes baseados em performance física (membros inferiores e superiores) e avaliações subjetivas (auto-eficácia, qualidade de vida) nos indivíduos com fibromialgia. Referem em seu estudo que quando a pessoa se sente prejudicada em seu aspecto físico pela dor, há um prejuízo no desempenho de suas funções diárias.

Analisando as correlações entre os domínios da auto-eficácia e da qualidade de vida, observa-se que todas foram positivas, indicando que quando uma variável aumenta a outra também aumenta. Ressalta-se a necessidade de novas análises para indicar qual a verdadeira relação entre elas, ou seja, se há melhor qualidade de vida relacionada à saúde quando as crenças de auto-eficácia estão aumentadas ou se há um aumento das crenças de auto-eficácia quando se tem melhor qualidade de vida. Bandura (1994) define que a auto-eficácia percebida pode ser definida com crenças de pessoas sobre suas capacidades para produzir níveis designados de desempenho que exercem influência sobre os acontecimentos que afetam suas vidas.

A auto-eficácia se fortalece desde o nascimento até os últimos dias de vida. Inicia-se com o reconhecimento de si no mundo e passa pelas experiências familiares, escolares, descobertas da adolescência, passagem para vida adulta e velhice (BANDURA, 1994). O desenvolvimento de crenças de auto-eficácia em indivíduos tem sido utilizado para o tratamento de diversas doenças crônicas, inclusive para o manejo da dor crônica.

Tal importância vem sendo reforçada pelos recentes estudos que trabalham terapias de manejo da dor, incluindo terapias que fogem da medicalização e se mostram como opções alternativas, como os exercícios físicos (ginástica, alongamento) (CALLAHAN, et al., 2008) e terapias cognitivas comportamentais que valorizam reforços positivos (LITT; SHAFER; KREUTZER, 2010; HURLEY et al., 2010, CHIAUZZI et al., 2011).

Molt et al. (2009) estudaram o papel da atividade física em relação à qualidade de vida em pessoas com esclerose múltipla. Incapacidade, fadiga, humor, dor, auto-eficácia e apoio social foram variáveis correlacionadas. Encontraram correlação entre auto-eficácia e qualidade de vida, indicando que quanto maior a auto-eficácia maior a qualidade de vida percebida pelos indivíduos estudados na amostra. Referiram que a atividade física ajuda a melhorar os níveis de auto-eficácia e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida.

Outros autores também exploraram o tema exercícios corporais para o manejo das dores crônicas e os efeitos na qualidade de vida e auto-eficácia. Chyu et al. (2011) analisaram ensaios clínicos que pesquisaram atividades físicas de meditação (yoga, tai chi, qigong) e os seus efeitos na intensidade de dor e na

qualidade de vida dos sujeitos com osteoartrite. Relataram que estas práticas auxiliam na melhora da auto-eficácia e com isso observaram uma diminuição da intensidade de dor e uma melhora nos níveis de qualidade de vida.

A auto-eficácia é um importante componente para ser trabalhado nos tratamentos da dor crônica. Alguns estudos apontam que a utilização de tal estratégia melhora os resultados dos tratamentos propostos. Turner; Ersek; Kemp (2005) elaboraram uma pesquisa com o objetivo de investigar o manejo da dor utilizando dois tipos de intervenções. No desenvolvimento da pesquisa, os autores usaram comparações antes e após intervenções diferentes para dois grupos de indivíduos com dor crônica, sendo que um grupo recebeu intervenções para a intensificar as crenças de auto-eficácia para a dor e um outro grupo foram utilizadas outras estratégias. Os autores constataram que o fortalecimento da auto-eficácia auxilia no manejo da dor crônica, tornando-o mais eficaz.

Coleman et al. (2008) realizaram uma pesquisa sobre os efeitos dos programas de educação para a realização de exercícios específicos no tratamento de sujeitos com osteoartrite nos joelhos. Esse treinamento visava aumentar o conhecimento dos sujeitos sobre seus problemas, sobre quais exercícios ajudariam na melhora da dor, e com isso, possibilitaria o aumento do senso de auto-eficácia sobre o controle da dor. Os autores usaram dois grupos randomizados (um grupo recebeu somente as medicações padrão para dor e o outro grupo, além das medicações, participou de grupos de educação). A pesquisa de intervenção se estendeu por seis semanas e, posteriormente, por mais seis meses de observação. Como resultado, houve mudanças positivas na intensidade da dor percebida, na função do joelho e na qualidade de vida do grupo em que ocorreu a intervenção educativa se comparado ao grupo de participantes sem a intervenção educativa.

Hurley et al. (2010) pesquisaram por meio de abordagem qualitativa as crenças de saúde em 29 indivíduos que foram submetidos a um programa de reabilitação para tratamento de dor crônica. Para o levantamento dos dados, os autores realizaram entrevistas semi-estruturadas antes e depois de os indivíduos terem passado pelo programa de reabilitação. Após análise dos dados os autores relataram que as pessoas, antes de participarem do programa, apresentavam pouco entendimento sobre a dor e crenças negativas sobre prognóstico. Após a participação no programa, os participantes descreveram experiências positivas

sobre a dor, maior conhecimento sobre ela e expectativas boas sobre o prognóstico, demonstrando o valor desse tipo de intervenção para elevar a crença de auto-eficácia.

Cusen et al. (2010) estudaram métodos de controle da dor por meio do fortalecimento das crenças de auto-eficácia com ações educativas sobre a respiração como fonte de controle das sensações dolorosas. A pesquisa se desenvolveu com sujeitos que receberam o treinamento para realizar os exercícios de respiração e posteriormente verificou-se se houve alguma mudança em relação à dor referida. Como resultado obteve-se mudanças positivas nos efeitos que as sensações dolorosas provocavam, tais como depressão, desesperança e catastrofização. Com isso, constatou-se a importância de programas que aumentam a possibilidade de os indivíduos se sentirem aptos a controlar suas dores.

## ***6 Considerações finais***

## 6 Considerações finais

Considerando os objetivos propostos para o presente trabalho, apresentam-se as seguintes considerações.

As mulheres representam a maioria dos entrevistados, sendo 80.0% da amostra. A idade média encontrada foi de 55 anos, variando de 29 a 91 anos. A faixa etária de maior prevalência de dor crônica foi entre 49 e 59 anos (41.0%), seguida da faixa etária das pessoas com 60 anos ou mais (32.0%). Observa-se que grande parte da amostra classifica-se como brancos (83.0%), há predomínio de pessoas casadas (60.0%) e com ensino fundamental incompleto (48.2%). A maioria dos entrevistados está empregada, com a maior parte realizando Serviços Domésticos (28,4%). 29.5% estão aposentados. A renda familiar dos entrevistados concentrou-se entre 2 e 4 salários mínimos (44.2%)

A intensidade de dor obteve uma média de 6,9 pontos. O índice de auto-eficácia total foi de 185, 47, sendo que o domínio mais prejudicado foi o Controle da dor (50.28) A pontuação média de qualidade de vida geral foi de 56,31, sendo que o domínio mais prejudicado foi o Psicológico (61.40)

As correlações entre intensidade de dor e auto-eficácia foram todas negativas, independente dos domínios analisados, o que demonstra que essas variáveis são inversamente proporcionais, possibilitando considerar a hipótese de que quanto maior o índice de auto-eficácia, para todos os domínios, menor a intensidade de dor percebida.

O mesmo ocorreu com as variáveis intensidade de dor e qualidade de vida, significando que estas variáveis são inversamente proporcionais; assim pode-se levantar a hipótese que quanto menor a intensidade de dor percebida, maior o nível de qualidade de vida percebida para todos os domínios.

Ao correlacionar os domínios da Escala de Auto-eficácia e de qualidade de vida observam-se relações positivas entre as variáveis, isso significa que os domínios influenciam-se positivamente, possibilitando levantar a hipótese de que quanto maior são as crenças de auto-eficácia, maiores são os níveis de qualidade de vida percebida.

O presente trabalho possibilitou a discussão da dor crônica e de um novo conceito que tem sido utilizado principalmente em estudos internacionais, a



auto-eficácia. Ressalta-se que os achados do presente estudo se mostram consistentes com os resultados de outras pesquisas, indicando que as crenças de auto-eficácia podem influenciar a percepção de dor e conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela dor crônica. Sendo assim, auto-eficácia e qualidade de vida são variáveis que devem ser consideradas no manejo da dor crônica.

## **7 Referências**

## 7 Referências

ABBOTT, A. D.; TYNI-LENNÉ, R; HEDLUND, R. The influence of psychological factors on pre-operative levels of pain intensity, disability and health-related quality of life in lumbar spinal fusion surgery patients. **Physiotherapy**. Nova York, v. 96, p. 213-221, 2010.

ALMEIDA, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008.

ALTINEL, L. et al. The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey. **Acta Orthopédica traumatologica Turcica**. Fındıkzade, v. 42, n. 5, p. 328-333, 2008.

ANDERSON, K. O. et al. Development and validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Pain**, Amsterdã, v.3, p. 77 – 84, 1995.

ANGELOTTI, G. Dor Crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: CAMON, V. A. A. et al. **Psicossomática e a Psicologia da dor**. 1 ed. São Paulo: Ed Pioneira Thomson Learning, 2001. p. 113 – 129.

ANEP – Associação Nacional de empresas de pesquisa. Dados com base no levantamento sócio econômico, 2000. Acessado em 20/02/2011, disponível em: [www.anep.org.br](http://www.anep.org.br) .

ARAUJO, M. E. L. et al. Redução da dor crônica associada à escoliose não estrutural, em universitárias submetidas ao método Pilates. **Motriz – Revista de Educação Física UNESP**, Rio Claro, v 16, n 4, p. 958-966, 2010.

ARNSTEN, P. Self Efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain. **Pain**, Amsterdã, v 80, p 483 – 491, 1999.

ASGHARI, A.; NICHOLAS, M. K. Pain self – efficacy beliefs and pain behaviour: A prospect study. **Pain**, Amsterdã, v. 94, p. 85 – 100, 2001.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, 191-215, 1977. Disponível em : <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1977PR.pdf> > Acessado em: 20/09/2011.

BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, 37, 122-147, 1982. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1982AP.pdf>> Acesso em: 19/09/2011.

BANDURA, A. [Social cognitive theory of self-regulation](http://des.emory.edu/mfp/Bandura1991OBHDP.pdf). **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 50, 248-287, 1991. Disponível em: <<http://des.emory.edu/mfp/Bandura1991OBHDP.pdf>> Acesso em: 19/09/2011.

BANDURA, A. A auto-eficácia. In: RAMACHAUDRAN, V. S. **Enciclopédia do comportamento humano**. Vol 4. New York: Ed Academic Press, 1994. p.71-81.

BARROS, N. J. Insuficiência Venosa Crônica. In: PITTA, G. B. B; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. **Angiologia e Cirurgias Vasculares**. 1 ed. Maceió: Ed Lava, 2003. Disponível em < <http://www.lava.med.br/livro/>> Acesso em: 20/04/2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores IBGE**. Brasília, 2011. 31 p.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRASIL. Lei n.10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004

BRAS, M. et al. Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. **Health and Quality of Life Outcomes**. Londres, v. 9, n. 56, p. 3- 8, 2011.

BÖRSBO, B.; GERDLE, B.; PEOLSSON, M. Catastrophizing, Depression, and Pain: Correlation with and Influence on Quality of Life and Health – A Study of Chronic Whiplash -Associate Disorders . **Journal Rehabilitation Medicine**. Uppsala, v. 40, p. 562-569, 2008.

BÖRSBO, B.; GERDLE, B.; PEOLSSON, M. Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophizing on disability, quality of life and health in chronic pain patients. **Disability and rehabilitation**. Linköping, v. 32, n. 17, p. 1387-1396, 2010.

BOUHASSIRA, D. et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. **Pain**. Amsterdã, v. 139, p. 380-387, 2008.

BUSCH, H.; GORANSSON, M. A.; MELIN, B. Self-Efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain. **Pain Practice**. Hoboken, v. 7, n. 3, p. 234-240, 2007.

CALLAHAN, L. F. Randomized Controlled Trial of the people with arthritis can exercise program: symptoms, function, physical activity, and psychosocial outcomes. **Arthritis & Rheumatism**. Atlanta, v. 59, n. 1, p. 92-101, 2008.

CARDOSO, R.; SOUSA, F. A. E. F. Identification and Validation of Brazilian Chronic Pain Descriptors. **Pain Management Nursing**. Amsterdã, v. 10, n. 2, jun, p. 85-93, 2009.

CARVALHO, J. A. E.; IMAMURA, M.; MORAES, D. C. F. Talalgias. In: XAVIER, H. S. R. **Ortopedia e traumatologia: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Ed Artes Médicas; 2003. p.550-556.

CHIAUZZI, E. et al. painACTION-Back Pain: A Self-Management Website for People with Chronic Back Pain. **Pain Medicine**. Amsterdã, v.11, p. 1044-1058, 2011.

CHUNG, J. W.Y.; WONG, T. K. S. Prevalence of Pain in a Community Population. **Pain Medicine**. Amsterdã, v. 8, n. 3, p. 235-242, 2007.

CHYU, M. C. et al. Complementary and Alternative Exercises for Management of Osteoarthritis. **Hindawi Publishing Corporation Arthritis**. Egito, 2011.

COLEMAN, S. et al. Effects of Self-Management Education and specific exercises, delivered by health professionals, in patients with osteoarthritis of the knee. **BMC Musculoskeletal Disorders**. Londres, v. 9, 2008.

COSTA, M. D.L. Dor no Membro superior de Etiologia Neuropática. In: NETO, O. A; et al. **Dor- Princípios e Prática**. 1 ed. Porto Alegre: Ed Artmed, 2009. p. 655-675.

COSTA, L. C. M. et al. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 15, p. 213-219, 2011.

COUSIN, M. J.; BRENNAN, F.; CARR, D. B. Pain relief: a universal human right. **Pain**. Amsterdã, v. 112, n. 1-2, p. 1-4, 2004.

CUNHA, A. C. V. et al. Effect of global posture education and of static stretching on pain, range of motion, and quality of life in women with chronic neck pain: a randomized clinical trial. **Clinical Science**. New York, v. 63, n. 6, 2008.

CUSEN, B. et al. Evaluation of the Breathworks Mindfulness – Based Pain Management Programme: Effects on Well-Being and Multiple Measures of Mindfulness. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. Malden, v. 17, p. 63 – 78, 2010.

DAMASCENO, L. H. F. et al. Lordose Lombar: estudo dos valores angulares e da participação dos corpos vertebrais e discos intervertebrais. **Acta Ortopedia Brasileira**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 193 – 198, 2006.

DENISON, E. et al. Musculoskeletal pain in primary health care: subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. **The Journal of Pain**. Amsterdã, v. 8, n. 1, p. 67-74, 2007.

DYSVIK, E. et al. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of changes – A non-randomized controlled study. **International Journal of Nursing Studies**. Amsterdã, v. 47, p. 826-835, 2010.

EDWARDS, R. R. et al. Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain. **Psychosomatic Medicine**. San Antonio, v. 63, p. 316-323, 2001.

ELANDER, J. et al. An assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. **Pain**. Amsterdã, v. 145, p. 169-175, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrument abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr,2000.

FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Dor: Um estudo multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Editora Summus Editorial, 1999. p. 140 – 158.

FOSTER, N. E. et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. **Pain**. Amsterdã, v. 148, n. 3, p. 398-406, 2010.

GORMSEN, L. et al. Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyagia and neuropathoc pain. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 14, p. 127.e1 – 127. e8, 2010.

GUTIERREZ, D.D. et al. The Relationship of Shoulder Pain Intensity to Quality of Life, Physical Activity, and Community Participation in Persons With Paraplegia. **The Journal of Spinal Cord Medicine**. Nova Jersey, v. 30, n. 3, p. 251-255, 2007.

HEADACHE CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. 2 ed. **Cephalalgia**, v. 24, supl. 1, p. 8–152, 2004.

HELMAN, C. Dor e cultura. In: **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003, p. 170-179.

HERMSEN, L. A.H. et al. Functional outcome in older adults with joint pain and comorbidity: design of a prospective cohort study. **BMC Musculoskeletal Disorders**. Londres, v. 12, p. 2-11, 2011.

HOLTZ, V. V.; STECHMAN, J.N. Epidemiologia da dor em pacientes de Curitiba e região metropolitana. **Dor**. São Paulo, v.9, n.2, abr/mai/jun, p. 1217 – 1224, 2008.

HORTENSE, P. **Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas, por meio de métodos psicofísicos variados**. 2007. 111 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

HURLEY, M. et al. Health beliefs before and after participation on an exercised-based rehabilitation Programme for chronic knee pain: Doing is believing. **BMC Musculoskeletal Disorders**. Londres, v. 11, n. 31, 2010.

IASP. International Association for the Study of Pain. **Definições de termos**. Seattle, 2007. Disponível: [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain) . Acesso 15/maio/2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores. Brasília, 2011. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/> > Acesso em 15 out. 2011.

IMAMURA, M. et al. Impact of Nervous System Hyperalgesia on Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Knee Osteoarthritis: A Controlled Analysis. **Arthritis & Rheumatism**. Atlanta, v. 59, n. 10, 2008.

JESSEP, S. A. et al. Long-term clinical benefits and costs of an integrated rehabilitation programme compared with outpatient physiotherapy for chronic knee pain. **Physiotherapy**. Amsterdã, v 95, p. 94–102, 2009.

KAZIYAMA, H. H. S. et al. Síndrome Fibromiálgica. In: NETO, O. A; et al. **Dor-Princípios e Prática**. 1 ed. Porto Alegre: Ed Artmed, 2009. p. 464-485.

KHAN, F.; PALLANT, J. Chronic pain in multiple sclerosis: Prevalence, characteristics and impact on quality of life in an Australia Community Cohort. **The Journal of Pain**. Amsterdã, v. 8, n.8, p. 614-623, 2007.

KEOGH, E.; McCracken, L.M.; Eccleston, C. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management. **Pain**. Amsterdã, v.114, p.37-46, 2005.

KOLECK, M. et al. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 10, p. 1-11, 2006.

KOTHE, R. et al. Impact of low back pain on functional limitations, depresses mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. **Pain**. Amsterdã, v. 127, p. 103-108, 2007.



LAMÉ I. E. et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 9, p. 15-24, 2005.

LEVILLE, S. G. et al. Sex difference in musculoskeletal pain in older adults. **Pain**. Amsterdã, v. 116, n. 3, p. 332-338, 2005.

LITT, M. D., SHAFER, D. M., KREUTZER, D. L. Brief Cognitive-Behavior Treatment for TDM Pain: Long-Term Outcomes and Moderates of Treatment. **Pain**. Amsterdã, v. 151, n. 1, p. 110-116, 2010.

LOYLAND, B. et al. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. **Quality Life Research**. Denver, v. 19, p. 1457 – 1465, 2010.

MAUGHAN, E. F.; LEWIS, J. S. Outcome measures in chronic low back pain. **Europe Spine Journal**. Heidelberg, v. 19, p. 1484-1494, 2010.

MANCHIKANTI, L. et al. Comprehensive review of Epidemiology, Scope and Impact of Spinal Pain. **Pain Physician**, Paducah, v. 12, p. E35 – E70, 2009.

MASON, V.L. et al. Accepting Low Back Pain: Is It Related to a Good Quality of Life? **Clinic J Pain**. Washington, v. 24, p. 22-29, 2008.

MANNERKORPI, K.; SVANTESSON, P. T. U.; BROBERG, C. Relationships Between Performance-Based Tests and Patients' Ratings of Activity Limitations, Self-Efficacy, and Pain in Fibromyalgia. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. Filadélfia, v. 87, p. 259-264, 2006.

McCRACKEN, L. M.; ECCLESTON, C. A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measure in a sample of chronic pain sufferers. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 10, p. 23-29, 2006.

MEANA, M.; CHO, R.; DESMEULES, M. Chronic Pain: The Extra Burden o Canadian Women. **BMC Women's Health**. Londres, v. 4 suplemento 1, p. 1 – 17, 2004.

MECHLIN, M. B. et al. African Americans Show Alterations in Endogenous Pain Regulatory Mechanisms and Reduced Pain Tolerance to Experimental Pain Procedures. **Psychosomatic Medicine**. San Antonio, v.67, p.948-956, 2005.

MEDINA-MIRAPEIX, F. et al. Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. **BMC Musculoskeletal Disorders**. Londres, v. 10, p. 155-163, 2009.

MEREDITH, P.; STRONG, J.; FEENEY, J. A. adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. **Pain**. Amsterdã, v. 126, p. 146-154, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M.; Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOLT, R. W. et al. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. **Psychol Health Medicine**. Oxfordshire, v. 14, n. 1, p. 111-124, jan, 2009.

MOORE, R. A. et al. Fibromyalgia: Moderate and substantial pain intensity reduction predicts improvement in other outcomes and substantial quality of life gain. **Pain**. Amsterdã, v. 149, p. 360-364, 2010.

MORIN, P. L. R.; GILOMUR, H. CHRONIC PAIN AT AGES 12 TO 44. **Health Reports**. Ontário, v. 21, n. 4, dez, 2010.

MORONE, N. E. et al. Impact of chronic musculoskeletal pathology on older adults: a study of differences between knee OA and low back pain. **Pain Medicine**. Amsterdã, v. 10, n. 4, p. 693-701, 2009.

MURTEZANI, A. et al. A comparison of high intensity aerobic exercise and passive modalities for treatment of workers with chronic low back pain: a randomized controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**. Torino, v. 47, p. 1-8, 2011.

NAKAMURA, M. et al. Prevalence and characteristics of chronic musculoskeletal pain in Japan. **Journal Orthopedhia Sei**. New York, v. 16, p. 424-432, 2011.

NEVILLE, A. et al. Chronic Pain: A population-based study. **IMAJ**. Ramat Gan, v. 10, p. 676-680, out/2008.

NETTINA, S. M. Cuidado do Idoso. In:\_\_\_\_. **Prática de Enfermagem**. 7. Ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 157-187. (a)

NETTINA, S. M. Afecções Dermatológicas. In:\_\_\_\_. **Prática de Enfermagem**. 7. Ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 998-1021. (b)

NETTINA, S. M. Distúrbios Imunológicos Pediátricos. In:\_\_\_\_. **Prática de Enfermagem**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 1518-1533. (c)

NEWLAND, P. K.; NAISMITH, R.T.; ULLIONE, M. The Impact of Pain and Other symptoms on Quality of Life in Women With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. **The Journal of Neuroscience Nursing**. New York, v. 41, n. 6, p. 322-328, 2009.

OLIVEIRA, P.P. et al. Relação entre qualidade de vida e fratura vertebral em mulheres idosas residentes no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. Rio de Janeiro, v.33, n.5, p. 231-237, 2011.

PANG, M. Y. C. et al. Association of Depression and Pain interference with disease-management self-efficacy in community-dwelling individual with spinal cord injury. **Journal of Rehabilitation Medical**. Uppsala, v. 41, p. 1068-1073, 2009.

PEDROSA, D. F. A. et al. Evaluation of the Quality of Life of Clients with Chronic Ischemic Pain. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 67 – 72, jan/fev, 2011.

PEDROSO, A. R.; CELICH, K. L. S. Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 270 – 276, abr/jun, 2006.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Dieta e Medicamentos no Tratamento da Hiperuricemia em Pacientes Hipertensos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v 76, p. 463 – 467, 2001.

PIMENTA, C. A. M.; PORTINOI, A. G. Dor e Cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Dor: Um estudo multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Editora Summus Editorial, 1999, p. 140 – 158.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: **\_\_\_Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.163-198.

PREUPER, H. R. S. et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. **Europe Spine Journal**. Heidelberg, v. 17, p. 1448-1456, 2008.

RAHMAN, A. et al. Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. **Rheumatology**. Oxford, v. 47, p. 1803-1808, 2008.

RENEMAN, M. F. et al. General and Specific Self-efficacy reports of patients with chronic low back pain: are they related to performances in a functional capacity evaluation? **Journal of Occupational Rehabilitation**. Nova York, v. 18, p. 3183-189, 2008.

RUDY, T. E. et al. The impact of chronic low back pain older adults: A comparative study of patients and controls. **Pain**. Amsterdã, v. 131, n. 3, p. 293-301, 2007.

SÁ, K. N. et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. **Pain**. Amsterdã, v. 139, p. 498-506, 2008.

SAASTAMOINEN, P. et al. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. **Pain**. Amsterdã, v. 114, p. 364-371, 2005.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n. 1, p.135-40, 2007.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 32, n. 4, p.202-210, 2005.

SALVETTI, M. G. et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 111 – 117, 2007.

SANCHEZ, A. I. et al. Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia. **The Spanish journal of psychology**. Madrid, v. 14, n. 1, p. 366-373, 2011.

SARDÁ, J. J. et al. The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: A comparison between Australian and Brazilian samples. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 13, p. 189-195, 2009.

SBED - Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. 2009. São Paulo: International Association for the Study of Pain. **Conheça mais sobre a dor**. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/publico/impactos.asp> > Acesso em 13/maio/2010.

SCHAEFER, C. et al. The comparative burden of mild, moderate and severe Fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the United States. **Health and quality on Life Outcome**. Londres, v. 9, n. 71, 2011.

SCHIRBEL, A. et al. Impact of pain on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. **World Journal of Gastroenterology**. Beijin, v. 16, n. 25, p. 3168-3177, 2010.

SCHNEIDER, C.; KRAYENBÜHL, N.; LANDOLT, H. Conservative treatment of lumbar disc disease: patient's quality of life compared to an unexposed cohort. **Acta Neurochirurgica**. Nova York, v. 149, p. 783-791, 2007.

SENGUL, Y.; KARA, B.; ARDA, M.N. The relationship between health locus of control and quality of life in patients with chronic low back pain. **Turkish Neurosurgery**. Ankara, v. 20, n. 2, p. 180-185, 2010.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, J. N. **Estatística não paramétrica para ciência do comportamento**. 2ª Ed. Porto Alegre: Ed Artmed, 2006.

SILVA, M. C.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C.J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, mar/abr, 2004

SILVA, V. R. L.; MENEZES, A. M. B.; NOAL, R. B. Sintomas articulares crônicos em adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.25, n.12, pp. 2571-2581.

SMEETS, R. J.E.M. et al. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. **The journal of pain**. Amsterdã, v. 7, n. 4, p. 261-271, abril. 2006.

SMITH, B. et al. Health and Quality of Life Associated with Chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. **Clin J Pain**. Washington, v. 23, n. 2, p. 143-149, 2007.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Avaliação e medição da dor em contexto clínicos e de pesquisa. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**. São Paulo, v. 5, n. 4, p. 408-429, 2004.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 469-513, 2005.

SPIRDUSO, W. W. **Physical dimensions of aging**. Champaign: Human Kinetics, 1995. 432p.

STUBBS, D. et al. Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. **Pain Medicine**. Amsterdã, v. 11, p. 232-239, 2010.

SULLIVAN, M. J.L.; LYNCH, M. E.; CLARK, A. J. Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. **Pain**. Amsterdã, n. 113, p. 310-315, 2005.

TAN, G. et al. Further validation of the chronic pain coping inventory. **The journal of pain**. Amsterdã, v. 6, n. 1, p. 29-40, jan. 2009.

TELCH, M. J.; BANDURA, A., et al. (1982). Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance, **Behavior Therapy**, 13, 694-701. Disponível em: < <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1982BT.pdf> > Acesso em: 19/09/2011.

TURNER, J. A.; ERSEK, M.; KEMP, C. Self-Efficacy for Managing Pain Is Associated With disability, Depression, and Pain Coping among Retirement Community Residents With Chronic Pain. **The Journal of Pain**. Amsterdã, v. 6, n. 7, jul, p. 471-479, 2005.

VAN HOOFF, M. L. et al. daily functioning and self-management in patients with chronic low back pain after an intensive cognitive behavioral programme for pain management. **Europe Spine Journal**. Heidelberg, v. 19, p. 1517-1526, 2010.

WAHL, A. K. et al. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life of general Norwegian population. **Qual Life Res**. Frakfurt, v. 18, p. 971-980, 2009.

World Health Organization (WHO). WHOQOL – BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: **WHO**, 1996. [citado 2011 Nov 20]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHOQOL-BREF.pdf>

World Health Organization (WHO). WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: **WHO**, 1997. [citado 2011 Nov 20]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

World Health Organization (WHO). Global Database on Body Mass Index. BMI Classification. [internet]. Geneva; 2008. [citado 2011 Nov 15]. Available from: [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

WIJNHOFEN, H. A.H.; VET, C. W.; PICALET, H. S et al. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. **Pain**. Amsterdã, v. 124, p. 158-166, 2006.

WIESENFELD-HALLIN, Z. Sex differences in pain perception. **Gender Medicine**. Filadélfia, v. 2, n. 3, p. 137-145, 2005.

WOBY, S. R.; URMSTON, M.; WATSON, P. J. Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. **European Journal of Pain**. Amsterdã, v. 11, p. 711-718, 2007.

XIMENES, A. C.; MELO, A. M. P.; CUSTÓDIO, D. M. E. J. Dor Osteoarticular. In: NETO, O. A.; et al. **Dor- Princípios e Prática**. 1 ed. Porto Alegre: Ed Artmed, 2009. p. 487-490.

ZAVANELA, P. M. et al. Incidência de Osteófito na Coluna Vertebral. **Revista Medica**. São Paulo, v. 87, n. 2, p. 148-153, 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1) Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da Auto-eficácia e Qualidade de Vida em pacientes com Dor Crônica” entre pacientes com dores crônicas

2) Você foi selecionado por pertencer a esta Unidade de Saúde da Família e apresentar diagnóstico médico de patologia que resulta em dor crônica. Sua participação não é obrigatória. Poderá desistir a qualquer momento em participar sem ocasionar alterações na conduta durante seu atendimento.

3) Os objetivos deste estudo são: Avaliar a dor percebida, as crenças de auto-eficácia e os níveis de qualidade de vida em pacientes com dor crônica; Caracterizar sócio-demograficamente os pacientes estudados; Identificar os níveis de dor crônica percebida; Identificar as crenças de auto-eficácia em pacientes com dor crônica; Identificar os níveis de qualidade de vida em pacientes com dor crônica; Relacionar níveis de dor crônica percebida, crenças de auto-eficácia e qualidade de vida em pacientes com dor crônica; Caracterizar a dor crônica por meio dos descritores de dor.

4) Sua participação na pesquisa consistirá em realizar as tarefas solicitadas para atingir aos objetivos, para isso deverá responder Instrumentos de Coleta de Dados, o qual consta de perguntas objetivas a respeito de características sócio-demográficas, crenças de auto-eficácia, qualidade de vida e caracterização da percepção de dor.

5) Você levará aproximadamente 20 min para responder às perguntas solicitadas, mas estará em ambiente confortável, sentado e em companhia do pesquisador. Poderá correr o risco de cansar-se com a entrevista, no entanto, poderá interromper no momento em que achar necessário. Irá contribuir para conhecermos um pouco mais sobre sua doença.

6) A abordagem para a sua participação na pesquisa será o melhor horário que estiver disponível. Você poderá sentir-se cansado ao responder aos instrumentos, no entanto, assim que sentir-se cansado, você poderá interromper sua participação decidindo continuar em outro momento ou não. Para minimizar o cansaço poderá posicionar-se da maneira que achar mais confortável.

7) A responsável por executar a pesquisa é a aluna de mestrando do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Mariana Souza e Silva e a professora responsável é a Profa Dra Priscilla Hortense, deste mesmo departamento.



8)A qualquer momento da realização da pesquisa (antes, durante ou após), você poderá solicitar explicações relacionadas aos procedimentos realizados.

9)A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para o seu tratamento, em relação ao pesquisador ou à instituição.

10)As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os instrumentos de coleta de dados conterão somente as iniciais do participante e sem maiores informações que o identifiquem.

11)Você não terá gastos financeiros ao participar desta pesquisa.

12)Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, os riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCAR que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis, Km 235, Caixa Postal 676, CEP 13565 905, São Carlos, São Paulo, Brasil. Fone: (16) 33518110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br).

São Carlos, de de

---

Priscilla Hortense  
Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem  
Universidade Federal de São Carlos  
Endereço: Rua Padre Anchieta, 2635, 14051-220  
Ribeirão Preto SP, Fone: (16) 81113661

---

assinatura do sujeito da pesquisa

**APÊNDICE 2**  
**Coleta de dados sócio demográficos**

Iniciais do nome: .....Sexo: ( ) F ( ) M

Idade: .....Peso:

Altura: .....IMC:

Cor da pele: ( ) negro ( ) mulato ( ) pardo ( ) amarelo ( ) branco

Situação conjugal: ( ) solteiro ( ) amasiado ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo

Diagnóstico médico:

Tempo do diagnóstico médico:

Uso de medicamentos? Quais?

Terapia não medicamentosa? Quais?

Escolaridade:

- ( ) Ensino fundamental incompleto;
- ( ) Ensino fundamental completo;
- ( ) Ensino médio incompleto;
- ( ) Ensino médio completo;
- ( ) Ensino superior incompleto;
- ( ) Ensino superior completo;
- ( ) Pós graduação.

Quantas pessoas moram com você?

Quantas pessoas da casa trabalham?

Renda familiar:

- ( ) Até um salário mínimo (R\$ 560,00);
- ( ) De um a dois salários mínimos (R\$ 560,00 a R\$ 1120,00);
- ( ) De dois a quatro salários mínimos (R\$ 1120,00 a R\$ 2240,00);
- ( ) De quatro a seis salários mínimos (R\$ 2240,00 a R\$ 3360,00);
- ( ) De seis a oito salários mínimos (R\$ 3360,00 a R\$ 4480,00);
- ( ) Mais que oito salários mínimos (R\$ 4480,00).

Realiza atividades físicas periodicamente?

- ( ) Sim: ( ) semanalmente ( ) 2 vezes semanais ( ) 3 ou + vezes semanais; ( ) Não

Quantas vezes por semana?

É tabagista? ( ) Sim ( ) Não

Quantos maços por dia?

Qual a sua ocupação?

## ANEXOS ANEXO A



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS  
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676  
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil  
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR  
[cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br) <http://www.proq.ufscar.br>

### Parecer Nº. 495/2010

**Título do projeto:** AVALIAÇÃO DA AUTO-EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA

**Área de conhecimento:** 4.00 - Ciências da Saúde / 4.04 - Enfermagem

**Pesquisador Responsável:** PRISCILLA HORTENSE

**Orientador:** PRISCILLA HORTENSE

**Colaborador(es):** MARIANA SOUZA E SILVA

**CAAE:** 5035.0.000.135-10 **Processo número:** 23112.003978/2010-22 **Grupo:** III

#### **Análise da Folha de Rosto**

A Folha de Rosto foi devidamente preenchida e está adequada.

#### **Descrição sucinta dos objetivos e justificativas**

O objetivo do trabalho é avaliar a dor percebida, as crenças de auto-eficácia e os níveis de qualidade de vida em pacientes com dor crônica. Como justificativa é referido que ao se fortalecer o senso de auto-eficácia há uma melhora na eficácia do tratamento de dor crônica e da qualidade de vida destes pacientes.

#### **Metodologia aplicada**

Trata-se de um estudo descritivo e serão utilizados escores de qualidade de vida. Depois os resultados serão submetidos à análises estatísticas.

#### **Identificação de riscos e benefícios**

Os riscos e benefícios são bem analisados e ponderados e existe a proposta de minimizar esse risco.

#### **Forma de recrutamento**

Pacientes com diagnóstico de patologias que lhes causam dor crônica, residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade do interior de São Paulo, ambos os sexos, maiores de 18 anos.

#### **Cronograma**

Está adequado e suficiente para completar o projeto.

#### **Orçamento financeiro detalhado**

Não haverá gasto adicional e não receberá fomento.

#### **Adequação do TCLE**

O TCLE é claro e objetivo.

#### **Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa**

A pesquisadora está apta para realizar este projeto.

#### **Conclusão**

O projeto atende a Resolução 196/96. **Aprovado.**

#### **Normas a serem seguidas:**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito


participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 7 de dezembro de 2010.



Prof. Dr. Daniel Vendruscolo  
Coordenador do CEP/UFSCar





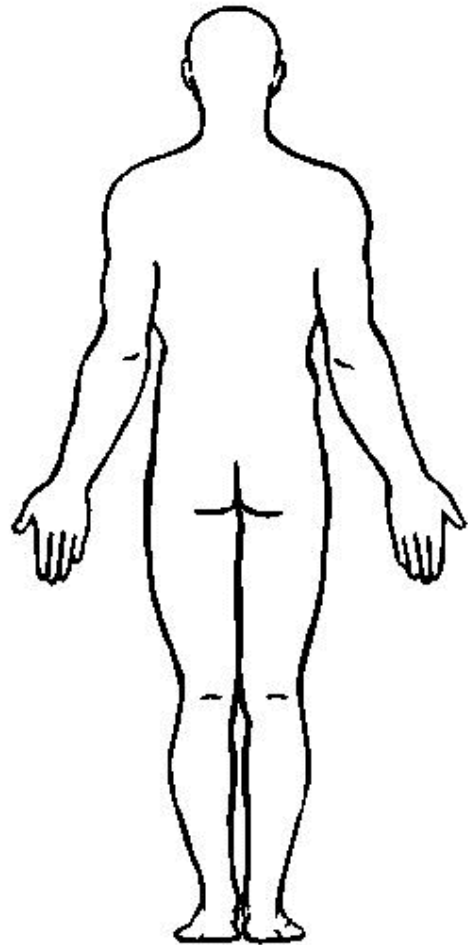
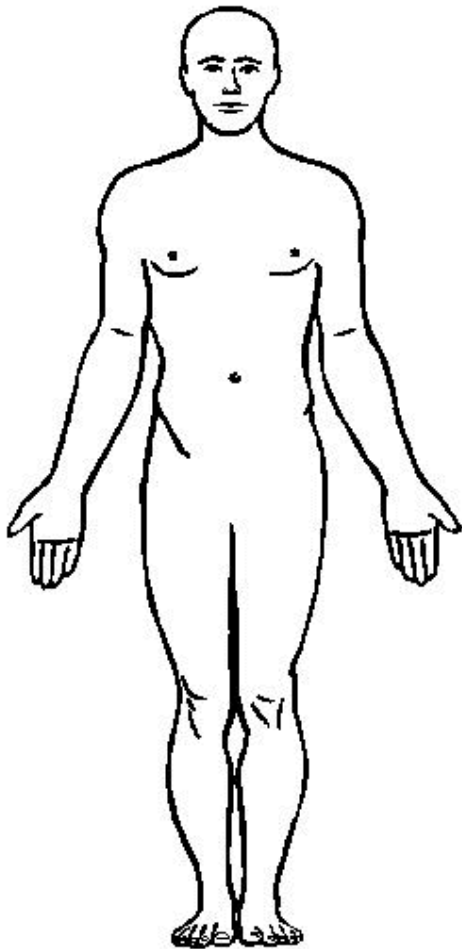
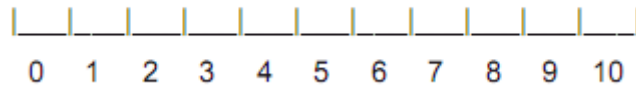


## ANEXO C

### ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR

O pesquisador solicitará ao cliente que julgue a intensidade de dor utilizando os valores de 0 a 10 na escala abaixo, na qual 0 indica “sem dor” 10 “dor máxima” e outros escores de 2 a 9 deverão ser utilizados para indicar níveis intermediários de dor sentida. Após assinalar na figura os locais de dor.

#### ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR





## ANEXO D

### WHOQOL – ABREVIADO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número e lhe pareça à melhor resposta. Por favor tenha em mente com referência as duas últimas semanas.

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você é acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	1	2	3	4	5

As questões seguintes sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	Muito pouco	medio	muito	completamente
--	--	------	-------------	-------	-------	---------------

10	Você tem energia suficiente para seu dia-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-dia	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com sua	1	2	3	4	5

	capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parent es, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está cm sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebeu de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		Nunca	Algumas vezes	freqüente	Muito freqüente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade,	1	2	3	4	5

	depressão					
--	-----------	--	--	--	--	--

Alguém            lhe            ajudou            a            preencher            este  
questionário? \_\_\_\_\_

Quanto            tempo            você            levou            para            preencher            este  
questionário? \_\_\_\_\_