
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

THAIS STEFANE

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS EM DOR LOMBAR CRÔNICA:
DESCRIÇÃO E INTENSIDADE DE DOR, QUALIDADE DE VIDA,
INCAPACIDADE E DEPRESSÃO**

São Carlos

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAIS STEFANE

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS EM DOR LOMBAR CRÔNICA:
DESCRIÇÃO E INTENSIDADE DE DOR, QUALIDADE DE VIDA,
INCAPACIDADE E DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem
da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Priscilla Hortense

SÃO CARLOS

2012

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

S816aa

Stefane, Thais.

Avaliação dos atributos em dor lombar crônica :
descrição e intensidade de dor, qualidade de vida,
incapacidade e depressão / Thais Stefane. -- São Carlos :
UFSCar, 2013.
86 f.

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

1. Enfermagem. 2. Avaliação da dor. 3. Dor - medição. 4.
Percepção da dor. 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: THAIS STEFANE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 29/11/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

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

Profa. Dra. Fatima Ap. Emm Faleiros Sousa
(EERP/USP)

Profa. Dra. Cláudia Carvalho Rizzo
(HCRP/USP)

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

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo amor, carinho e empenho que tiveram para possibilitar que eu estudasse.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que ao longo da minha vida sempre colocaram o estudo em primeiro lugar e que através de muito sacrifício e empenho puderam me proporcionar ótimas escolas e tempo exclusivo para me dedicar aos estudos. Sem o amor, compreensão e dedicação deles este trabalho não poderia ter sido realizado. Obrigada, amo vocês!

A minha orientadora por acreditar em mim, por me incentivar a seguir a carreira acadêmica e por mostrar que uma ótima orientação não precisa ser feita por hierarquização e sim através de uma parceria. Além de ser uma pessoa atenciosa, amiga, competente e dedicada. E com isso, sempre será um modelo de orientadora para eu seguir.

A Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão que me acolheu num momento de preocupação e me apresentou a minha orientadora, além das contribuições realizadas nas pesquisas.

Aos meus amigos de infância, da faculdade e do mestrado por todos os momentos de ajuda e descontração.

Ao médico Adriano Marinovic que cedeu sua clínica para que esta pesquisa acontecesse.

Aos indivíduos que participaram da pesquisa por dividirem comigo aspectos pessoais e íntimos de suas vidas.

Aos alunos da graduação que participaram das minhas aulas e contribuíram para minha formação como docente.

A FAPESP que através da bolsa de mestrado possibilitou a minha dedicação exclusiva a pesquisa.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Obrigada!

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”.

(Leonardo da Vinci)

Enfermeiro: “Manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão”.

(Artigo 18 do Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem)

Stefane T. Avaliação dos atributos em dor lombar crônica: descrição e intensidade de dor, qualidade de vida, incapacidade e depressão [Dissertação]. São Carlos: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2012. 86p.

RESUMO

A dor lombar crônica pode gerar um déficit na qualidade de vida, a qual compromete as atividades diárias, laborais, sociais, de lazer e ocasiona prejuízos emocionais. Este estudo justifica-se na necessidade de um maior conhecimento na percepção da dor lombar crônica em nosso contexto e sobre o seu impacto na vida diária, além de embasar a importância que a mensuração e avaliação da dor têm para possibilitar a eficácia do tratamento. Este estudo teve como objetivo geral avaliar os sujeitos com Dor Lombar Crônica e objetivos específicos caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico dos sujeitos com Dor Lombar Crônica, identificar o nível de incapacidade, o nível de qualidade de vida, o nível de depressão, a intensidade de dor crônica percebida, caracterizar a Dor Lombar Crônica por meio de descritores de dor e associar qualidade de vida e intensidade de dor, qualidade de vida e depressão, depressão e intensidade de dor, incapacidade e intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida, incapacidade e depressão. Foi realizado um estudo descritivo com corte transversal. A amostra de conveniência foi constituída por pacientes atendidos ambulatorialmente em uma Clínica de Dor da cidade de São Carlos, sendo que todos apresentavam o diagnóstico médico de dor lombar crônica. A coleta dos dados foi realizada mediante entrevistas estruturadas por meio dos seguintes instrumentos: instrumento para caracterização demográfica e socioeconômica do paciente; escala numérica (0-10) para mensurar a intensidade de dor; questionário Roland-Morris para avaliar o nível de incapacidade, BDI - Inventário de Depressão de Beck para avaliar o nível de depressão; WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida e a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) para caracterização da dor crônica. Participaram do estudo 97 indivíduos, sendo que a média da incapacidade foi 14,4 (6), da intensidade de dor no momento da entrevista 5,4 (2,9) e da qualidade de vida 48,1 (24,2) pontos. O domínio físico da qualidade de vida foi o mais prejudicado com 44,1 (21) pontos e a pontuação média de depressão de 15,3 (9,6), sendo que 21,6% da amostra apresentaram indicativo de depressão. Houve associação forte entre o domínio físico e a incapacidade. As associações entre depressão e intensidade de dor foram consideradas fracas. As associações entre a depressão e os domínios

da qualidade de vida apresentaram correlações negativas moderadas com a os domínios físico e psicológico da qualidade de vida e entre depressão e incapacidade apresentou correlação positiva moderada. Os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como sensitivos e avaliativos. Estes achados apontam que, possivelmente as pessoas com dor lombar crônica têm outras dimensões afetadas pela dor que não somente o físico, e desta forma, os profissionais da saúde necessitam realizar uma ampla avaliação da percepção dolorosa a fim de propor o seu manejo adequado.

Palavras-chave: Dor crônica. Dor lombar. Medição da dor. Percepção da dor

Stefane T. Evaluation of attributes in chronic low back pain: description and intensity of pain, quality of life, disability and depression. [Dissertation]. São Carlos: Department of Nursing, Federal University of São Carlos; 2012. 86p.

ABSTRACT

The chronic low back pain can cause a deficit in the quality of life, which commits daily activities, employment, social, leisure and causes emotional damage. This study justified the need for greater knowledge in the perception of chronic low back pain in our context and on its impact on daily life, reinforcing the importance of the measurement and assessment of pain in enabling the treatment effectiveness. This study aims to evaluate patients with chronic low back pain and specific objectives of socio-demographically that characterize these patients, to identify the level of quality of life, the level of disability, the level of depression, the intensity of perceived pain and characterize chronic low back pain through the pain descriptors and associate quality of life and pain intensity, quality of life and depression, depression and intensity of pain, disability and intensity of pain, disability and quality of life, disability and depression. A cross-sectional descriptive study was performed. The convenience sample consisted of patients treated as outpatients in a Pain Clinic of São Carlos, Brazil and everyone had the medical diagnosis of chronic low back pain. The data collection was accomplished by structured interviews using the following instruments: instrument to characterize demographic and socio-economic status of the patient; numeric scale (0-10) to measure the intensity of pain; BDI - Beck Depression Inventory for assess the level of depression; WHOQOL-BREF to assess quality of life, Roland-Morris Questionnaire for disability and the Multidimensional Pain Evaluation Scale (EMADOR) an instrument for descriptors of pain for the characterization of chronic pain. The study included 97 subjects, the pain intensity at the moment of interview was 5,4 (2,9) and the mean quality of life was 48,1 (24,2) points. The physical domain of quality of life was the most affected with 44,1 (21) points, the mean of disability was 14,4 (6) and the average score of depression was 15,3 (9,6), with 21,6% of the sample had some level of depression. There was a strong association between the physical domain of quality of life and disability. The associations between depression and pain intensity were considered weak. The associations between depression and quality of life domains showed moderate negative correlations with the physical and psychological domains of quality of life and between depression and disability correlated moderate positively. The

descriptors that best describe the pain were classified as sensitive and evaluative. These findings indicate that people with chronic low back pain may possibly have other dimensions affected by pain that not only the physical, and thus, health professionals need to perform a comprehensive assessment of pain perception in order to propose their appropriate management.

Key-words: Chronic pain. Low back pain. Pain measurement. Pain perception

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI – Inventário de Depressão de Beck

BPI – Inventário Breve de Dor

DLC – Dor Lombar Crônica

EMADOR – Escala Multidimensional de Avaliação de Dor

FAB – Fear Avoidance Beliefs

HADS – Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

LBP – Dor Lombar

MPQ – Questionário McGill

NHP – Perfil de Saúde de Nottingham

NPRS – Escala de Avaliação Numérica da Dor

ODI – Índice de Incapacidade Oswestry

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDI – Pain Disability Index

PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index

QV – Qualidade de vida

RMDQ – Questionário Roland Morris

SF-12 – Short form 12

SIP – Perfil de Impacto da Doença

TSK – Escala Tampa para Cinesiofobia

VAS – Escala Visual Analógica

SUMÁRIO

<i>1 INTRODUÇÃO</i>	13
1.1 Dor crônica: conceito e prevalência.....	14
1.2 Dor lombar crônica: problema e justificativa	16
1.3 Avaliação do indivíduo com dor lombar crônica	20
<i>2 OBJETIVO</i>	26
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
<i>3 RESULTADOS E DISCUSSÕES</i>	28
3.1 Dor, incapacidade e qualidade de vida em indivíduos com dor lombar crônica	29
Resumo	29
Abstract.....	29
Introdução	30
Método.....	31
Resultados.....	33
Discussão	39
Considerações finais	41
Referências	41
3.2 Descritores de dor e depressão relacionada à dor, incapacidade e qualidade de vida na lombalgia crônica	44
Resumo	44
Abstract.....	44
Introdução	45
Método.....	46
Resultados.....	48
Discussão	53
Considerações finais	56
Referências	56
<i>REFERÊNCIAS</i>	59
<i>APÊNDICES</i>	65
<i>ANEXOS</i>	72

1 INTRODUÇÃO

Texto revisado de acordo com as normas da língua portuguesa

1.1 Dor crônica: conceito e prevalência

A dor crônica já é considerada propriamente como uma doença e possui um estado patológico bem definido, no qual ocorre uma disfunção do sistema somatossensorial, o que perdura após a resolução do processo etiológico. “A cronicidade pode ser dividida pela sua duração, que comumente perdura por um tempo superior a seis semanas, sendo o marco temporal divisório entre o fenômeno agudo e crônico, considerado como a persistência da sintomatologia além de três meses” (DUVAL NETO, 2009, p320).

A dor crônica pode ser considerada um problema de saúde pública já que vários estudos apontam a sua alta prevalência no mundo. No Brasil, a sua prevalência foi de 41,4% em um estudo de Sá et al., 2008; já em Nova Zelândia, aproximadamente 1 em cada 6 neozelandeses (16.9%) relatou dor crônica (DOMINICK, BLYTH, NICHOLAS, 2012). Um estudo francês apontou prevalência em 63,2% da amostra (BOUHASSIRA et al., 2007); já estudo chinês relatou a prevalência de dor crônica de 87,4% (CHUNG, WONG, 2007). Estudo realizado em duas cidades suecas relatou a presença de dor crônica em aproximadamente 81% da amostra (DENISON et al., 2007); estudo israelense encontrou acometimento em 46% (NEVILLE et al., 2008). No Canadá, 18,9% dos adultos estudados sofrem de dor crônica (SCHOPFLOCHER, TAENZER, JOVEY, 2011).

A prevalência aumenta conforme a idade. Um estudo neozelandês apontou prevalência na faixa etária de 15-24 anos de 8,6%, aumentando para 28,1% em maiores de 75 anos (DOMINICK, BLYTH, NICHOLAS, 2012). Estudo francês apontou que a faixa etária de 35-49 anos apresentou 25,5% de pessoas com dor crônica, enquanto que na de 50-64 anos, esse percentual subiu para 40,1%; já entre 65-74 anos, foi de 46,3% e, acima de 75 anos, 52,4% (BOUHASSIRA et al., 2007). Estudo brasileiro apontou que a faixa etária com maior prevalência de dor crônica foi de 35-64 anos (52,6 %) (SÁ et al., 2008).

Essa alta prevalência de dor crônica resulta em absenteísmos, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações e redução em produtividade laboral, além da redução da qualidade de vida por causar incapacidades físicas e problemas de relacionamentos interpessoais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ELLIOTT, RENIER, PALCHER 2003; BLYTH et al., 2003).

Estudo realizado na Suécia teve como objetivo investigar a satisfação de vida percebida e as características relacionadas à dor (intensidade da dor, estresse pós-traumático e incapacidade) em sujeitos com dor crônica relacionada à lesão. A amostra apresentou que apenas 28,1% relataram estar satisfeitos com a vida de um modo geral e apenas 6,6% se consideravam satisfeitos com a saúde física. Esse estudo conclui que os indivíduos com dor crônica relataram altos níveis de intensidade da dor, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, com limitações de atividades na vida diária e baixa satisfação com a vida (STALNACKE, 2011).

Dentre os diferentes tipos de dor crônica, destaca-se a Dor Lombar Crônica (DLC), um dos tipos de dor com maior prevalência mundial e causadora de grande impacto negativo na vida diária das pessoas.

1.2 Dor lombar crônica: problema e justificativa

A lombalgia, também conhecida como dor lombar, é definida como a dor na região posterior do tronco inferior, do final das costelas até a prega glútea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2008). A Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da Organização Mundial de Saúde reconhece a lombalgia como um comprometimento que revela perda ou anormalidade da estrutura da coluna lombar de etiologia psicológica, fisiológica ou anatômica ou, ainda, como uma deficiência que traduz uma desvantagem que limita ou impede o desempenho pleno de atividades físicas (WHO, 1980).

A lombalgia é um problema extremamente comum, que afeta mais pessoas do que qualquer outra afecção, sendo a segunda causa mais comum de consultas médicas gerais, só perdendo para o resfriado comum (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2008). Um estudo realizado no National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) dos Estados Unidos apresentou que as dores lombares causam 2,63 milhões de atendimentos anuais nos EUA em departamentos de emergências (FRIEDMAN et al., 2010).

Em estudo realizado com a população rural na ilha de Creta na Grécia, 71,6% das pessoas relataram pelo menos um problema musculoesquelético durante o período de 12 meses anterior, sendo a lombalgia a dor mais frequente (43,2%), seguida por dor no joelho (31,3%), no ombro (31,1%) e no pescoço (26,1%) (ANTONOPOULOU et al., 2009). Estudo realizado em Pelotas, RS, Brasil apontou que 63,1% dos indivíduos entre 20 a 69 anos relataram dor nas costas pelo menos alguma vez em 12 meses, sendo que a região lombar foi a mais prevalente com 40%, seguida das regiões torácica (36%) e cervical (24%). Nessa população estudada, 39,1% relataram declínio nas atividades diárias relacionado à dor (FERREIRA et al., 2011).

Estudos vêm sendo realizados com o objetivo de caracterizar a prevalência, a epidemiologia e o impacto das queixas dolorosas para a vida de diferentes amostras da população de indivíduos adultos. Esses estudos são importantes, pois caracterizam a dor em diferentes culturas, promovendo um maior entendimento desse fenômeno, de suas causas e de suas consequências.

A dor lombar crônica apresenta uma crescente prevalência na população mundial. Estudo canadense apontou que a dor lombar foi a dor crônica mais comumente encontrada, sendo a artrite a sua causa mais frequente (SCHOPFLOCHER, TAENZER, JOVEY, 2011). Estudo brasileiro apontou que a dor crônica de maior prevalência é a lombalgia (21,1%), seguida da dor em membros inferiores (15,8%), cervicalgia (13,2%), dor em membros superiores (12,3%), dor generalizada (9,6%), cefaleia (7,0%) e dor orofacial (5,3%) (CIPRIANO, ALMEIDA, VALL, 2011).

Aproximadamente um terço das pessoas que relataram dor crônica, em estudo no Canadá, classificou-a com uma intensidade muito grave, sendo a dor lombar a mais prevalente (SCHOPFLOCHER, TAENZER, JOVEY, 2011). As duas amostras de um estudo sueco realizado com pessoas com dor crônica apresentaram a região lombar como sendo o local mais prevalente (DENISON et al., 2007). Estudo comparativo entre amostra australiana e brasileira apontou a região lombar como o local de maior prevalência, sendo 14,8% e 9,6%, respectivamente (SARDÁ et al., 2009). Whijnhoven et al. (2006) apresentaram a dor lombar crônica como a mais prevalente, sendo encontrada em 21,7% da amostra holandesa estudada. Também foi a região mais afetada (por dor crônica), representando 21,1%, 16,3% e 14,7% em três estudos brasileiros (CIPRIANO, ALMEIDA, VALL, 2011; ALMEIDA et al., 2008; SÁ et al., 2008) e 32% em amostra israelense (NEVILLE et al., 2008).

Entre os participantes de um estudo realizado na Turquia, 1.038 indivíduos (51%) declararam que sofreram graves dores lombares, pelo menos, uma ou mais vezes ao longo das suas vidas. Dentre eles, a prevalência da dor lombar crônica foi de 13,1%, dos quais 79,0% apresentaram em decorrência, alteração no cotidiano, no trabalho e na vida diária (ALTINEL et al., 2008).

Em uma revisão de literatura, cujo objetivo foi identificar as causas da dor lombar crônica em estudos publicados entre 2000-2009, foram encontrado como fatores etiológicos, o baixo nível de escolaridade (analfabeto ou indivíduos que leem e escrevem sem ter frequentado escola), a obesidade central (circunferência da cintura acima de 80 cm), o tabagismo, a obesidade (IMC > ou = 30), o levantar materiais pesados no trabalho, a falta de reconhecimento no trabalho, a satisfação baixa no trabalho, muito tempo de trabalho na mesma empresa e no mesmo cargo, a exposição a vibrações no trabalho, o pobre estado de saúde geral, o sedentarismo, o excesso de atividade física, o distúrbio do sono, a hipovitaminose D, o uso de contraceptivo oral por tempo prolongado, ter vivenciado múltiplas

experiências estressantes durante a infância, entre outros (CRISOSTOMO, NAPOLEÃO, HORTENSE, 2010). Esses fatores podem levar a alterações anatômicas e patológicas que ocasionam lombalgia, tais como discopatia (29,6%), mudanças degenerativas (28,7%), protrusão do núcleo pulposo (20,9%) e hérnia discal (20,9%) (JANOWSKI, STEUDEN, KURYLOWICZ, 2010).

Uma revisão de literatura teve o objetivo de apresentar uma descrição dos trabalhos publicados sobre características epidemiológicas, impacto e manejos atuais da dor lombar (LBP) no Irã. Um artigo dessa revisão apontou que a incidência de um ano de lombalgia incapacitante foi encontrada em 2,1% da amostra. Altos níveis de ansiedade e depressão também foram encontrados em vários estudos desta revisão, tendo os autores concluído que a dor lombar ocasiona grande impacto na idade produtiva para ambos os sexos (MOUSAVI et al., 2011).

Em estudo espanhol encontrou-se 19,9% como o índice de prevalência para dor lombar com predomínio no sexo feminino. Nesse estudo, os indivíduos que referiram cervicalgia ou dor lombar mostraram pior estado de saúde autorrelatada e eram mais prováveis a queixar-se de depressão (FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS et al., 2011).

Um estudo transversal com base em inquérito populacional foi desenvolvido em setores censitários da cidade de Salvador classificados por nível socioeconômico. Foram entrevistados 2.297 indivíduos, em que se avaliou a presença de dor lombar através do mapa corporal. Os resultados mostraram que a prevalência dessa dor na população foi de 14,7%, com maior frequência entre ex-fumantes (19,7%), pessoas com circunferência da cintura acima da normalidade (16,8%) e com escolaridade baixa (17,4%) em relação às demais categorias (ALMEIDA et al., 2008).

Matos et al. (2008) determinaram a prevalência de dor lombar e fatores associados em 775 indivíduos entre 20 e 59 anos de idade, titulares do plano de saúde da COOPERSINOS da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (RS). Foram abordadas questões demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e hábitos de vida por meio de questionários autoaplicados. Os resultados mostraram que a prevalência foi de 52,8% no último ano e de 46% no último trimestre. Pela regressão de Poisson, evidenciaram dor lombar em fumantes, em indivíduos de 40 a 49 anos de idade e naqueles que consideravam seu trabalho árduo.

Concluíram que, apesar do comprometimento das atividades laborais (29,9% dos trabalhadores), houve baixo índice de ausências no trabalho.

Em estudo realizado em Massachusetts – EUA, indivíduos que sofrem de lombalgia grave ou incapacitante tinham idade média de 45 anos, sendo que destes 70% apresentaram depressão e 39% ansiedade (ALLEGRETTI et al., 2010).

Considerando a alta prevalência de dor lombar crônica e o impacto que ela causa na saúde das pessoas, pode-se inferir que ela pode gerar um déficit na qualidade de vida, comprometendo as atividades diárias, laborais, sociais, de lazer e ocasionar prejuízos emocionais. Assim, existem diversas razões para avaliar a qualidade de vida, além de outras variáveis, em pessoas com dor lombar, tais como estabelecer objetivos e planejar o manejo, monitorar a evolução do quadro algico, bem como avaliar o resultado da assistência (WOOD-DAUPHINEE, 2001).

Neste contexto, entende-se que, ao se estabelecer o manejo adequado da dor percebida, haverá benefícios ao sistema público de saúde, à sociedade e ao ser humano que a percebe. No entanto, para que haja adequado manejo do sintoma doloroso, é necessário que haja avaliação multidimensional desse ser humano.

O presente estudo propõe-se a avaliar indivíduos com dor lombar crônica e as variáveis relacionadas – qualidade de vida, depressão e incapacidade, assim como características específicas da dor como intensidade e qualidade.

1.3 Avaliação do indivíduo com dor lombar crônica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e outros órgãos mundialmente importantes estabeleceram o consenso “alívio da dor como um direito universal humano” como o tema para o combate ao seu tratamento inadequado, já que evidências mostraram que menos de 50% dos indivíduos com dor aguda, dor crônica ou dor no câncer recebem tratamento adequado (COUSINS, BRENNAN, CARR, 2004; ORTEGA, 2009).

Cousins, Brennan e Carr (2004) apontaram que as razões para o alívio inadequado da dor estão relacionadas a atitudes dos profissionais da saúde, questões culturais, religiosas e políticas. Propuseram que as estratégias para o adequado alívio da dor devem ser iniciadas em conjunto entre os profissionais da saúde, a legislação e a ética, partindo do princípio de que a dor não aliviada diminui a habilidade da pessoa para pensar ou interagir socialmente e destrói sua autonomia, além dos problemas fisiológicos decorrentes. Pode-se acrescentar que as estratégias elaboradas para o manejo da dor devem ser resultantes de uma ação multi e interdisciplinar, ou seja, envolvendo todos os profissionais da saúde – fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, nutricionistas, médicos, dentre outros, cada um com seu conhecimento específico necessário para o melhor entendimento e manejo deste fenômeno.

Não é aceitável relatar os resultados do manejo da dor com base apenas em avaliação subjetiva como "excelente, bom ou ruim" ou o relato do cliente como sendo "satisfeito ou não satisfeito." Atualmente, os estudos clínicos randomizados e estudos longitudinais realizam uma avaliação da dor e de outras variáveis que são influenciadas pela dor, como qualidade de vida (QV), depressão, incapacidade, na tentativa de avaliar vários aspectos do problema. Instrumentos validados representam ferramentas objetivas ao se utilizar escores de pré e pós-manejo em intervalos de curto a longo prazo (DEVINE et al., 2011).

Qualidade de vida, depressão e incapacidade são os atributos pesquisados em pessoas com dor lombar crônica no presente estudo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1997), a qualidade de vida é definida como a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e valor, nos quais eles vivem em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QV é um termo complexo, pois

atinge desde a saúde física, passando por questões sociais, psicológicas e até o meio ambiente em que a pessoa se encontra. Minayo, Hartz, Buss (2000) destacam que a QV está relacionada à satisfação com a vida familiar, amorosa, social, ambiental e à satisfação pessoal atingindo padrões de conforto e bem-estar.

A depressão é um transtorno mental comum que se apresenta como humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, distúrbios do sono ou apetite, baixa energia, e baixa concentração. Esses acontecimentos podem levar a dificuldades na capacidade de realizar as responsabilidades cotidianas e se tornar crônicos e recorrentes (WHO, 2012a).

A incapacidade é um fenômeno complexo, refletindo uma interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade em que vive. As Incapacidades abrangem prejuízos, limitações de atividades e restrições de participação. Entende-se prejuízo como um problema funcional e estrutural do corpo, limitação de atividade, como uma dificuldade encontrada por um indivíduo na execução de uma tarefa, enquanto que restrição de participação é um problema no envolvimento de situações cotidianas (WHO, 2012b).

Uma revisão sistemática teve como objetivo identificar, descrever e apreciar os instrumentos de avaliação mais comuns utilizados em indivíduos com dor lombar crônica. Em relação ao aspecto funcional, o Índice de Incapacidade Oswestry (ODI), o questionário Roland Morris (RMDQ) e o Range of Motion são os instrumentos mais comuns. Tanto o ODI e o RMDQ foram estabelecidos como válidos, fidedignos e responsivos ao tratamento. Em relação à percepção da dor propriamente dita, a Escala de Avaliação Numérica da Dor (NPRS), a Escala Visual Analógica (VAS), o Inventário Breve de Dor (BPI), o Pain Disability Index (PDI) e o questionário McGill (MPQ) são os instrumentos mais comuns. Apenas o NPRS e a VAS foram instituídos como responsivos ao tratamento da CLBP. Em relação à avaliação psicossocial, o Fear Avoidance Beliefs (FAB), a Escala Tampa para Cinesiofobia (TSK) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) são os instrumentos mais comuns. Os três foram validados em populações com CLBP e instituídos como fidedignos. Em relação à avaliação geral/qualidade de vida, o Short Form 36, o Perfil de Saúde de Nottingham (NHP), o SF-12 (Short form 12) e o Perfil de Impacto da Doença (SIP) são os

instrumentos mais comuns e foram validados com sucesso e instituídos como fidedignos em populações com CLBP (CHAPMAN et al., 2011).

Um estudo francês apontou o nível de incapacidade, qualidade de vida e intensidade de dor em pessoas com dor lombar crônica, que foram avaliadas por meio do Questionário de Incapacidade Roland Morris, o Questionário de qualidade de vida SF-8 e a Escala Analógica Visual de 10 cm. Os autores encontraram que a incapacidade média foi pontuada com 10,6 pontos, variando de 0 a 24 (quanto maior a pontuação maior a incapacidade). Já o índice de qualidade de vida recebeu média do componente físico de 36,2 pontos e a média do componente mental de 43,6 pontos, sendo que a pontuação varia de 0 a 100 (quanto maior pontuação melhor a qualidade de vida). Quanto à intensidade de dor, a média foi de 5,6 cm nas avaliações diurnas e 3,6 cm nas avaliações noturnas (DEPONT et al., 2009).

Reneman et al. (2008), em estudo holandês, apontaram a média de intensidade de dor em indivíduos com CLBP de 49 mm (escala de 0-100), nível médio de incapacidade de 12,6 (RMDQ), pontuação média de qualidade de vida no componente físico de 43,5 (SF-36) e mental, de 65 pontos.

Reme et al. (2011), com o objetivo de avaliar a prevalência de comorbidade psiquiátrica em 565 indivíduos com CLBP, apontaram que a média de intensidade de dor foi 6,4 (escala 1-10); 99% tinham outras queixas de saúde além da dor lombar, com uma média de 10 queixas subjetivas, como queixas musculoesqueléticas, gastrointestinais e alergias. De acordo com o HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), 18% tinham sintomas de depressão e 21%, de ansiedade. Do total de indivíduos estudados, 38% apresentaram pelo menos uma doença psiquiátrica atual ou antiga, sendo que 31% apresentavam uma doença atual. Com isso, é importante fazer a triagem de comorbidades psiquiátricas na atenção secundária dos indivíduos com dor lombar crônica, já que psicopatologia pode levar a consequências graves para o prognóstico.

Devido à complexidade do fenômeno doloroso, a avaliação do indivíduo com dor deve ser realizada considerando a sua multidimensionalidade, ou seja, diversos aspectos que envolvem a percepção da dor. À medida que se compreende o fenômeno doloroso em toda a sua complexidade, novos instrumentos de avaliação são necessários na tentativa de direcionar o manejo.

Heffener et al. (2011), ao avaliarem a qualidade do sono com o uso do instrumento Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) em um grupo com LBP e em grupo controle, apontaram que o grupo de pessoas com LBP apresentaram pior qualidade de sono do que o grupo controle, apresentando distúrbio de sono clinicamente significativo.

Van de Water, Eadie, Hurley (2011) também estudaram a influência da CLBP na qualidade do sono, na incapacidade e na qualidade de vida em um grupo controle e em um grupo com LBP. Apontaram que o grupo com CLBP teve uma significativa pior qualidade de vida (SF-36) tanto no componente físico como mental. Em 93% da amostra, os participantes relataram ter problemas para dormir, numa média de 2 anos, e apresentaram moderada incapacidade (Oswestry Disability Index) e intensidade de dor (escala numérica de dor). Em conclusão, o estudo encontrou que pessoas com CLBP relataram ter uma pior qualidade de sono e altos níveis de insônia comparada ao controle. O autorrelato de sono foi fortemente associado com o autorrelato de incapacidade funcional, ansiedade e status mental de saúde. Com isso, conhecer se a pessoa com CLBP tem distúrbio do sono possibilita ao profissional da saúde direcionar o manejo e, desta forma, influenciar positivamente no processo de recuperação.

Cassidy et al. (2012), em estudo realizado no Reino Unido com sujeitos com DLC, apontaram que a intensidade de dor foi de 4.7 (item 4 do SF-8 escala de 1-6), incapacidade 17 (RMDQ 0-24), depressão 9.5 (HADS 0-21), ansiedade 11.3 (HADS 0-21) e catastrofização 30 (Pain Catastrophizing Scale 0-52). Os índices de correlação entre as variáveis apresentaram-se de fracos a moderados sendo as maiores correlações entre ansiedade e catastrofização ($r=.69$), incapacidade e catastrofização ($r=.64$), intensidade da dor e depressão ($r=.53$) e intensidade da dor e catastrofização ($r=.33$). Alperdoorn et al. (2012), ao avaliar sujeitos com DLC, encontraram uma pontuação média de 38,4 (variação de pontuação 17-68) no TSK Tampa scale of kinesiophobia, o que indica medo de movimentação (quanto maior a pontuação, maior o grau de cinesiofobia).

Esses estudos apontam que pessoas com CLBP podem ter componentes físicos e psicológicos afetados e hipotetizar que maiores índices de intensidade de dor podem levar ao aumento de incapacidade, depressão, ansiedade, sentimento de catastrofização e, ainda, cinesiofobia.

Crowe et al. (2010), em estudo qualitativo, apontaram alguns fatores que afetam as pessoas com dor lombar crônica: a imprevisibilidade da dor (expressa como sentimento de incapacidade de prever quais as ações que aumentam a dor, a crença de que a dor diminuiu ou aumentou, independentemente do que eles fizeram, um indivíduo citou sentir frustração em relação isso), a necessidade de vigilância (consequência da imprevisibilidade, pois é necessário que as pessoas fiquem atentas a suas ações e movimentos dos seus corpos) e a alteração da autopercepção (os indivíduos relataram que a experiência da dor não só alterou estilos de vida, mas também as suas autoimagens). O estudo também conclui que as enfermeiras são capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas com dor lombar crônica ao explorar os significados que ela tem para a pessoa afetada.

Allegretti et al. (2010) fizeram uma comparação entre médicos e clientes com LBP crônica acerca de suas percepções sobre a dor crônica. As áreas apontadas como incompatíveis, ou seja, áreas em que as percepções de ambas as amostras estudadas foram contrárias, foram a percepção do modelo de doença e o objetivo de tratamento. No que se refere ao modelo de doença, os médicos tratam como um problema apenas biomédico e os indivíduos, como biopsicossocial. Quanto ao objetivo do tratamento, para os médicos, o objetivo é o de melhorar/restabelecer a função e para os clientes é a redução da dor. Com esse estudo, evidencia-se que médicos e clientes possuem percepções diferentes quanto ao modelo da doença e o objetivo do tratamento. Desta forma, observa-se que a dor lombar crônica, por ter um impacto importante na vida das pessoas que a sentem, deve ser adequadamente manejada pela equipe multiprofissional.

Para que isso aconteça, é necessário que haja adequada avaliação desse fenômeno tão complexo e subjetivo. A avaliação e a mensuração da dor em seres humanos são essenciais para o estudo dos seus mecanismos e para a avaliação de métodos de controle (FALEIROS SOUSA; PEREIRA; HORTENSE, 2009).

Gelinas et al. (2008) apontaram que as escalas analógica visual, numérica, numérica de descritores verbais e de faces são exemplos de escalas que mensuram a experiência dolorosa em uma única dimensão e em um tempo específico; são, portanto utilizadas para mensurar a intensidade do componente sensitivo da dor. A utilização de instrumentos multidimensionais é mais relevante para capturar os diferentes componentes da experiência dolorosa.

Este estudo justifica-se pela necessidade de um maior conhecimento da percepção da dor lombar crônica e do seu impacto na vida diária na região em que estamos inseridos, além de embasar a importância que a mensuração e avaliação da dor têm para possibilitar a eficácia do tratamento.

Assim sendo, julga-se relevante um estudo de avaliação do indivíduo com dor lombar crônica, levando em consideração a qualidade de vida e outros indicadores que poderão nortear o seu manejo, como o índice de depressão, o índice de incapacidade, o nível de intensidade e a qualidade (características) da dor percebida.

2.1 Objetivo geral

- Avaliar os indivíduos com dor lombar crônica quanto aos atributos qualidade de vida, incapacidade, depressão e intensidade e qualidade da dor.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil demográfico e socioeconômico dos sujeitos com dor lombar crônica;
- Identificar o nível de qualidade de vida de indivíduos com dor lombar crônica;
- Identificar o nível de incapacidade de indivíduos com dor lombar crônica;
- Identificar o nível de depressão de sujeitos com dor lombar crônica;
- Mensurar a intensidade de dor crônica percebida;
- Caracterizar a dor lombar crônica por meio de descritores de dor;
- Descrever associações entre qualidade de vida e intensidade de dor, qualidade de vida e depressão, depressão e intensidade de dor, incapacidade e intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida, incapacidade e depressão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo e a sua discussão encontram-se subdivididos na forma de capítulos, os quais correspondem aos artigos científicos listados abaixo, que já se encontram submetidos para publicação.

3.1 Dor, incapacidade e qualidade de vida em indivíduos com dor lombar crônica

Resumo

Objetivo: avaliar a percepção da dor de indivíduos com dor lombar crônica e compará-la com os níveis de qualidade de vida e incapacidade física. Método: Estudo descritivo de corte transversal. Utilizou-se uma escala numérica de 11 pontos para mensurar a intensidade de dor, o questionário de Roland-Morris para incapacidade e o WHOQOL-Bref para mensurar a qualidade de vida. Realizou-se análise exploratória, coeficiente de correlação de Spearman e ajustados modelos de regressão linear. Resultados: 97 participantes, sendo que a média da incapacidade foi 14,4 (6); da intensidade de dor no momento da entrevista, 5,4 (2,9); e da qualidade de vida 48,1 (24,2) pontos. O domínio físico da qualidade de vida foi o mais prejudicado, com 44,1 (21) pontos. Houve associação forte entre o domínio físico e a incapacidade. Considerações finais: A amostra de indivíduos com dor lombar crônica estudada apresenta níveis elevados de dor e incapacidade, além de maior prejuízo no domínio físico da qualidade de vida. Foi encontrada forte associação entre incapacidade e o domínio físico da qualidade de vida.

Descritores: dor lombar, medição da dor, qualidade de vida, incapacidade

Abstract

Objective: To evaluate the pain perception, disability and quality of life in individuals with chronic low back pain. Method: A descriptive cross-sectional study. We used a 11-point scale to measure pain intensity, a Roland-Morris questionnaire for disability and WHOQOL-Bref to measure quality of life. We conducted exploratory analysis, using Spearman correlation coefficient and linear regression models. Results: 97 participants, and the mean disability was 14,4, while the intensity of pain at the time of interview was 5,4. The physical domain of quality of life was the most affected with 44,1 points. Conclusion: The pain perception was

considered high intensity, the level of disability found was considered serious and the physical domain of quality of life was the most prejudiced and strongly associated with the level of disability.

Descriptors: low back pain, pain measurement, quality of life, disability

Introdução

A dor crônica pode levar à diminuição da qualidade de vida (QV) por meio do sofrimento, tratamentos sem sucesso, dependência de medicamentos, isolamento social, dificuldades no trabalho e alterações emocionais. Além de limitar as atividades laborais e de lazer e reduzir a capacidade funcional. E, ainda, pode levar à irritação, atrapalhar o sono, diminuir o apetite e ocasionar graves consequências fisiológicas, psicológicas e sociais ^(1,2).

A dor lombar crônica é um problema musculoesquelético com alta prevalência e alto custo nas sociedades economicamente avançadas da atualidade. Pode levar à incapacidade ao longo do tempo, ao absenteísmo no trabalho e ao uso frequente dos serviços de saúde ⁽³⁻⁵⁾.

Com isso, a dor lombar é vista como um problema de saúde pública com importância clínica, social e econômica que afeta a população indiscriminadamente ⁽⁶⁾ e que deve ser manejada de maneira efetiva. O manejo adequado da experiência dolorosa só é possível por meio da avaliação e mensuração desse fenômeno subjetivo e dos fatores diretamente relacionados.

A mensuração e a avaliação da dor é um grande desafio para aqueles que desejam controlá-la adequadamente. A dor é entendida como uma experiência perceptual complexa, multidimensional, individual e subjetiva que pode ser quantificada apenas indiretamente ⁽⁷⁾. Deve-se valorizar o relato de dor e, dessa forma, proporcionar um cuidado individualizado, com o intuito de diminuir o sofrimento e garantir o direito de ter a dor aliviada ⁽⁸⁾.

Nesse contexto, avaliar a intensidade da dor, a qualidade de vida e a incapacidade física relacionada à dor possibilita o conhecimento aprofundado sobre o indivíduo com dor lombar crônica. Além disso, a mensuração dessas variáveis pode contribuir para o direcionamento do manejo da dor, por meio da monitorização da evolução do quadro algico e da avaliação do resultado da assistência. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção da dor de pacientes com dor lombar crônica e compará-la com os níveis de qualidade de vida e incapacidade física.

Método

Trata-se de estudo descritivo e corte transversal. O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 394/2009). Todos os participantes assinaram o “Termo de consentimento livre e esclarecido”, sendo respeitado o desejo ou não de participar.

A amostra de conveniência foi constituída de pessoas com dor lombar crônica. A coleta de dados ocorreu em uma Clínica de Dor de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, a qual atende pessoas do Sistema Único de Saúde, conveniados e particulares. Os prontuários médicos foram consultados previamente e foram selecionados os indivíduos que atendiam os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico médico de dor lombar crônica e maiores de 18 anos. Os indivíduos foram abordados no dia da consulta médica e convidados a participar da pesquisa, neste momento; outro critério de inclusão foi utilizado: eles não deveriam apresentar dificuldade de compreensão da tarefa solicitada.

Para a coleta de dados sobre a intensidade da dor, foi utilizada uma escala numérica de 11 pontos, empregando-se o método de estimação de categorias. Cada participante da pesquisa escolheu um número que correspondesse à intensidade de dor percebida. A escala numérica é uma escala ordinal, que varia de 0 a 10 pontos, sendo que “0” significa ausência de dor e “10” significa dor insuportável. Os escores intermediários de dor são utilizados para designarem intensidades intermediárias de dor. Os indivíduos apontaram um escore para a percepção de dor no momento da entrevista, um para a maior intensidade percebida na última semana e um para a menor intensidade percebida na última semana.

O questionário Roland-Morris é um instrumento específico utilizado para avaliar a incapacidade em indivíduos portadores de dor lombar, tendo sido adaptado e validado para a cultura brasileira. É um questionário composto de 24 itens relacionados às atividades de vida diária. O escore do questionário é calculado pelo total de perguntas assinaladas, variando de zero a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa ⁽⁹⁾.

Para avaliar a QV, utilizou-se a versão resumida do WHOQOL-100, instrumento construído pela Organização Mundial da Saúde e validado para a língua portuguesa – WHOQOL-bref. Trata-se de um instrumento composto por vinte e seis questões que abrange um domínio geral e quatro domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Sendo que as questões correspondentes aos domínios são: domínio geral questões 1 e 2; domínio físico questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18; domínio psicológico questões 5, 6, 7, 11, 19, 26; domínio relações sociais questões 20, 21, 22 e domínio meio ambiente questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. O método utilizado para a obtenção das respostas é o de categorias, cada questão possui uma escala com respostas que variam de 1 a 5. Os escores de qualidade de vida para cada domínio e para a avaliação geral de qualidade de vida total variam entre 0 a 100 – quanto maior o valor, melhor é o nível de qualidade de vida ⁽¹⁰⁾.

Para a análise estatística, inicialmente foi realizada uma avaliação exploratória dos dados. O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado para se estabelecer a correlação entre as variáveis de interesse. Para fazer a associação entre intensidade de dor, qualidade de vida e incapacidade, foram ajustados modelos de regressão linear, através do PROC REG do software SAS 9.1. Para cada variável resposta, foram ajustados modelos simples (apenas uma variável independente), resultando em um R^2 e, após isso, foram ajustados modelos múltiplos, contendo mais de uma variável independente, resultando em R^2 ajustados. As variáveis de controle – idade, sexo, IMC, tempo de diagnóstico, escolaridade, renda e fumo foram utilizadas. Para análise estatística dos dados, o software SAS versão 9.1 foi utilizado.

Resultados

A amostra foi composta por 97 indivíduos. Encontrou-se predominância do sexo feminino (69,0%) e média de idade de 54,2 (14,5) anos; 38,1% da amostra era constituída por pessoas com 60 anos ou mais. Já quanto ao nível de escolaridade, 41,24% apresentaram até 8 anos de estudo. Quanto à renda familiar, o estudo revelou que 70,53% recebem entre 2 e 8 salários mínimos mensais. Quanto ao IMC, observou-se que 73,20% apresentaram sobrepeso ou obesidade, sendo 32,98% com algum grau de obesidade, utilizando-se da classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde)⁽¹¹⁾. A variável renda familiar apresenta-se com valor amostral menor devido à recusa de alguns participantes em responder esta questão. Aproximadamente 80% da amostra não eram fumantes e a média de tempo de diagnóstico de dor lombar crônica foi de 77,4 meses (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de sujeitos com dor lombar crônica segundo dados socioeconômicos. São Carlos - SP, 2010-2011.

Variáveis		Número (%)
Sexo (n=97)	Feminino	67 (69,07)
	Masculino	30 (30,93)
Idade (n=97)	20 a 29 anos	4 (4,12)
	30 a 39 anos	11 (11,34)
	40 a 49 anos	26 (26,80)
	50 a 59 anos	19 (19,58)
	> 60 anos	37 (38,14)
	Média (DP) min-max	54,2 (14,5) 22-84
Escolaridade (n=97)	Nenhuma	2 (2,06)
	Até 8 anos	40 (41,24)
	9 a 12 anos	32 (32,99)
	Mais de 12 anos	23 (23,71)
Renda Familiar (n=95)	Até 2 SM	11 (11,58)
	2 a 8 SM	67 (70,53)
	Mais de 8 SM	17 (17,89)
Índice de Massa Corporal (n=97)	<18,5	1 (1,03)
	18,5 a 24,9	25 (25,77)
	25 a 29,9	39 (40,20)
	>30	32 (32,98)
Fumo (n=97)	Sim	19 (19,59)
	Não	78 (80,41)
Tempo de Diagnóstico (n=97)	Média (DP)	77,4 (85,10)

A média de pontuação obtida no questionário de incapacidade de Roland-Morris foi de 14,4 pontos, sendo 58,76% da amostra com pontuação maior de 14 pontos. Quanto à percepção da dor, a média da maior dor na última semana foi de 8,0 pontos, e 73,19% da amostra apresentou pontuação acima de 8,0 pontos. Já a média da menor dor percebida na última semana foi de 4,2 pontos e a média percebida no momento da entrevista foi de 5,4 pontos. A média geral da QV foi de 48,1 pontos, sendo o domínio físico o mais prejudicado, com 44,1 pontos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra de sujeitos com dor lombar crônica segundo intensidade de dor, nível de incapacidade e os domínios da qualidade de vida. São Carlos - SP, 2010-2011.

Variável	Média	Mediana	Desvio		
			Padrão	Mín.	Máx.
Intensidade de Dor					
Maior dor na última semana	8,0	8,0	2,3	0,0	10,0
Menor dor na última semana	4,2	4,0	2,5	0,0	10,0
Dor no momento da entrevista	5,4	6,0	2,9	0,0	10,0
Incapacidade	14,4	16,0	6,0	1,0	24,0
Qualidade de Vida					
Domínio físico	44,1	46,4	21,0	3,6	96,4
Domínio psicológico	61,4	62,5	18,0	20,8	100,0
Domínio relações sociais	65,6	66,7	18,7	16,7	100,0
Domínio meio ambiente	62,0	62,5	15,5	28,1	100,0
Domínio geral	48,1	50,0	24,2	0,0	100,0

As associações entre os três momentos da intensidade de dor com a incapacidade apresentaram correlações positivas de fracas a moderadas (maior dor $r=.22$ $p=.03$, menor dor $r=.45$ $p<.01$, dor no momento da entrevista $r=.35$; $p<.01$). A análise de regressão apresentou que a maior intensidade de dor em conjunto com as variáveis de controle explica, em 19%, a variabilidade da incapacidade. Somente a intensidade de dor é responsável por 4% dessa relação mostrando um forte fator de interação das variáveis de controle, nas quais o sexo (coeficiente=4,5 e $p=.00$) constitui a variável que mais influencia nessa relação. Demonstrando que os homens apresentam maior pontuação de incapacidade do que as mulheres (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados dos modelos de regressão – Intensidade de dor x Incapacidade.
São Carlos - SP, 2010-2011

Modelo	Parâmetros	Coefficientes	Valor p	R²	R² Ajustado
Maior dor na última semana	Intercepto	8,68	0,11	0,04	0,14
	Maior dor	0,43	0,11		
	Sexo	4,50	0,00		
	Idade	0,03	0,53		
	IMC	0,19	0,06		
	Escolaridade	-0,37	0,66		
	Renda	-1,96	0,11		
	Fumo	0,11	0,94		
	Tempo diagnóstico	-0,02	0,04		
Menor dor na última semana	Intercepto	5,13	0,28	0,2	0,19
	Menor dor	1,01	< 0,01		
	Sexo	3,96	0,00		
	Idade	0,03	0,46		
	IMC	0,23	0,01		
	Escolaridade	0,09	0,91		
	Renda	-1,61	0,15		
	Fumo	-0,96	0,48		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,04		
Dor no momento da entrevista	Intercepto	9,49	0,04	0,14	0,33
	Dor momento	0,70	< 0,01		
	Sexo	4,69	< 0,01		
	Idade	0,001	0,98		
	IMC	0,18	0,05		
	Escolaridade	-0,83	0,28		
	Renda	-1,55	0,18		
	Fumo	0,36	0,79		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,11		

As associações entre os três momentos da intensidade de dor com a QV apresentaram correlações negativas fracas com o domínio físico da qualidade de vida (maior dor $r=-.29$ $p<.01$, menor dor $r=-.38$ $p<.01$, dor no momento da entrevista $r=-.28$; $p<.01$). A análise de regressão revelou que a maior intensidade de dor, em conjunto com as variáveis de controle, explica em 15% a variabilidade do domínio físico. Somente a intensidade de dor é responsável por 8% dessa relação, mostrando um fator de interação das variáveis de controle, nas quais o sexo (coeficiente=-11,26 e $p=.02$) apresenta ser a variável que mais influencia nessa relação. Demonstrando que as mulheres apresentam maior pontuação no domínio físico

do que os homens (Tabela 4). As associações entre os outros domínios da QV não apresentaram evidência de associação com a intensidade de dor.

Tabela 4. Resultados dos modelos de regressão – Intensidade de dor x Qualidade de vida (Domínio Físico). São Carlos - SP, 2010-2011

Modelo	Parâmetros	Coefficiente	p-valor	R²	R² Ajustado
Maior dor na última semana	Intercepto	60,63	< 0,01	0,08	0,15
	Maior dor	-1,80	0,06		
	Sexo	-11,26	0,02		
	Idade	0,19	0,24		
	IMC	-0,68	0,06		
	Escolaridade	4,21	0,16		
	Renda	1,28	0,77		
	Fumo	-5,71	0,28		
	Tempo diagnóstico	0,02	0,42		
Menor dor Na última semana	Intercepto	63,69	< 0,01	0,14	0,21
	Menor dor	-2,63	< 0,01		
	Sexo	-9,94	0,03		
	Idade	0,20	0,18		
	IMC	-0,86	0,01		
	Escolaridade	3,51	0,23		
	Renda	0,62	0,88		
	Fumo	-3,18	0,54		
	Tempo diagnóstico	0,01	0,59		
Dor no momento da entrevista	Intercepto	54,63	< 0,01	0,10	0,23
	Dor momento	-2,36	< 0,01		
	Sexo	-11,95	0,01		
	Idade	0,29	0,05		
	IMC	-0,69	0,04		
	Escolaridade	6,00	0,03		
	Renda	0,03	0,99		
	Fumo	-6,68	0,19		
	Tempo diagnóstico	0,01	0,82		

As associações entre a incapacidade com os domínios da QV apresentaram correlação negativa forte com o domínio físico ($r = -0,77$, $p < 0,01$) e moderada com o domínio psicológico ($r = -0,45$, $p < 0,01$). A análise de regressão revela que a incapacidade, em conjunto com as variáveis de controle, explica em 65% a variabilidade da QV em seu domínio físico.

Somente a incapacidade é responsável por 61% dessa relação, mostrando um baixo fator de interação das variáveis de controle, nas quais a idade ($p=.01$) apresenta-se como a variável que mais influencia nessa relação. Com isso, o domínio físico da QV revela ser o que mais se relaciona com o nível de incapacidade do que os demais. Os dados completos encontram-se na Tabela 5. As associações entre os outros domínios da QV apresentaram pequena evidência de associação com a incapacidade.

Tabela 5. Resultados dos modelos de regressão – Incapacidade x Domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente da Qualidade de vida. São Carlos - SP, 2010-2011.

Domínios	Parâmetro	Coefficientes	Valor p	R²	R² Ajustado
Físico	Intercepto	79,58	<0,01	0,61	0,65
	Incapacidade	-2,81	< 0,01		
	Sexo	1,28	0,68		
	Idade	0,28	0,01		
	IMC	-0,21	0,37		
	Escolaridade	3,60	0,06		
	Renda	-4,00	0,16		
	Fumo	-5,63	0,10		
	Tempo diagnóstico	-0,02	0,16		
Psicológico	Intercepto	50,94	< 0,01	0,22	0,22
	Incapacidade	-1,54	< 0,01		
	Sexo	5,12	0,20		
	Idade	0,30	0,02		
	IMC	0,31	0,29		
	Escolaridade	1,89	0,43		
	Renda	0,46	0,90		
	Fumo	5,70	0,19		
	Tempo diagnóstico	0,01	0,67		
Relações sociais	Intercepto	33,00	0,06	0,01	0,02
	Incapacidade	-0,51	0,16		
	Sexo	5,27	0,26		
	Idade	0,34	0,02		
	IMC	0,44	0,21		
	Escolaridade	0,84	0,76		
	Renda	3,31	0,44		
	Fumo	1,08	0,83		
	Tempo diagnóstico	-0,02	0,55		
Meio ambiente	Intercepto	50,65	<0,01	0,08	0,08
	Incapacidade	-0,81	<0,01		
	Sexo	0,39	0,92		
	Idade	0,27	0,02		
	IMC	0,26	0,34		
	Escolaridade	1,30	0,57		
	Renda	-0,99	0,77		
	Fumo	4,49	0,27		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,68		

Discussão

De acordo com os resultados da pesquisa, verificou-se maior prevalência do sexo feminino em indivíduos com dor lombar crônica. Muitos outros estudos têm mostrado essa mesma prevalência^(3,6,12-15). Ela é resultado da associação das tarefas domésticas com as profissionais e, até mesmo, das características físicas do sexo feminino, como menor índice de massa muscular, menor estatura, menor massa óssea, maior quantidade de gordura por peso, menor resistência à sustentação de peso e articulações mais frágeis⁽¹²⁾.

No presente estudo, a média de idade encontrada foi de 54,2 anos; no entanto, 38,14% apresentavam 60 anos ou mais. A literatura aponta a idade avançada como fator de risco para o desenvolvimento da dor lombar crônica; evidências encontradas em estudos relacionam o aumento do desgaste osteomuscular e orgânico com o aumento da idade, fator que predispõe à presença de dor lombar^(6,12). Um estudo francês aponta uma média de idade de 54,3 anos em indivíduos com dor lombar crônica⁽¹⁶⁾, e um outro estudo italiano demonstrou uma prevalência de 31,9% em uma amostra de idosos⁽¹³⁾. Estudo brasileiro encontrou uma prevalência de dor lombar crônica em indivíduos com 60 anos ou mais⁽¹⁷⁾.

O presente estudo observou que grande parte da amostra apresenta sobrepeso ou obesidade. Um estudo brasileiro considera o sobrepeso e a obesidade como fatores predisponentes para a dor lombar crônica, provavelmente em decorrência da sobrecarga do sistema osteomuscular⁽¹²⁾. Estudo japonês não encontrou diferença no IMC dos portadores de dor lombar crônica e do grupo controle; no entanto, mostrou que o índice de massa gorda está mais relacionado com a dor lombar crônica do que o IMC⁽¹⁸⁾.

O nível médio de incapacidade observado nesta amostra por meio do questionário de Roland-Morris foi de 14,4 pontos, o que se configura como alto nível de incapacidade⁽¹⁹⁾ e corrobora a estudo realizado nos EUA⁽²⁰⁾. Outros estudos encontraram níveis menores de incapacidade em indivíduos com dor lombar crônica⁽²¹⁻²³⁾. Um estudo realizado na Eslovênia aponta que aproximadamente 50% da amostra com dor lombar crônica apresentou uma importante incapacidade⁽²⁴⁾.

A mensuração da maior dor na última semana revelou uma média de 8,0 pontos, outro estudo observou que 42% dos seus entrevistados demonstraram pontuação entre 7 e 10, em uma escala de 0 a 10, quando questionados sobre esse parâmetro⁽¹⁴⁾. Ressalte-se a

fragilidade das escalas de categorias para a mensuração da dor; primeiro, porque o número de categorias pelas quais os estímulos são julgados é fixo; depois porque 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 ⁽⁷⁾.

O domínio mais afetado da QV encontrado neste estudo foi o físico, o que vai de acordo com outros estudos anteriormente realizados ^(20, 21, 25). O domínio físico é composto por questões relativas à dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, o que nos leva a perceber o quanto esses fatores são afetados negativamente em indivíduos com dor lombar crônica.

O presente estudo encontrou uma fraca associação da intensidade de dor com incapacidade e com a QV, indicando que a sua intensidade está fracamente relacionada com o grau de incapacidade e QV. Esta relação deve ser melhor entendida em estudos futuros com o propósito de aprofundar o conhecimento sobre quais os fatores estão mais associados com a incapacidade, pesquisando outros atributos relacionados, como crenças de autoeficácia, catastrofização e depressão. Esse entendimento possibilita conhecer os fenômenos que envolvem o fenômeno dor crônica e, assim, direcionar seu manejo.

Observou-se forte associação entre incapacidade e o domínio físico da QV, o que vai de acordo com estudos realizados na Eslovênia ⁽²⁴⁾ e na Holanda ⁽²⁵⁾. Já estudo realizado na Suécia encontrou associação moderada entre essas variáveis ⁽²¹⁾. A dor lombar crônica pode ser a causa de maior incapacidade e menor qualidade de vida, especialmente em pacientes com comorbidades somáticas e mentais, em pacientes do sexo feminino e em pacientes com níveis mais elevados de dor crônica ⁽²⁴⁾. Os profissionais da saúde devem se concentrar em busca ativa de sinais de depressão e ansiedade e de uma melhor gestão da dor em pacientes com dor lombar crônica, especialmente na presença de comorbidades somáticas. Isso pode levar a uma importante redução na incapacidade e melhorar a qualidade de vida, expectativa para um adequado manejo dessas pessoas.

Considerações finais

A amostra de indivíduos com dor lombar crônica estudada apresenta níveis elevados de dor e incapacidade, além de maior prejuízo no domínio físico da qualidade de vida. Foi encontrada forte associação entre a incapacidade e o domínio físico da qualidade de vida. Pode-se inferir que elevados níveis de incapacidade física podem levar à diminuição da qualidade de vida quanto a dor, desconforto, energia, fadiga, sono e repouso. Este estudo possibilitou conhecer as relações entre os atributos estudados. Ressalte-se que os profissionais da saúde devem optar pela avaliação da pessoa com dor, considerando todos os atributos relacionados a este fenômeno.

Referências

1. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med.* 2003; 4(4):331-339.
2. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain.* 2003; 103(1-2):41-47.
3. Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine.* 2012; 37(11):E668-77.
4. Ibrahim T, Tleyjeh IM, Gabbar O. Surgical versus nonsurgical treatment of chronic low back pain: a meta-analysis of randomised trials. *Int Orthop.* 2008; 32(1):107-113.
5. Melloh M, Roder C, Elfering A, Theis JC, Muller U, Staub LP, et al. Differences across health care systems in outcome and cost-utility of surgical and conservative treatment of chronic low back pain: a study protocol. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008; 9(1):81-89.
6. Manchikanti L. Epidemiology of low back pain. *Pain Physician.* 2000; 3(2):167-192.
7. Faleiros Sousa F, Da Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Rev Dor.* 2005; 6(1):469-513.
8. Nascimento LAN, Kreling MCGD. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. *Acta paul. enferm.* 2011; 24(1): 50-54.
9. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res.* 2001; 34(2):203-210.

10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Públ.* 2000; 34(2):178-183.
11. 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.
12. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(2): 377-385.
13. Di Iorio A, Abate M, Guralnik JM, Bandinelli S, Cecchi F, Cherubini A, et al. From chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: the InCHIANTI study. *Spine.* 2007; 32(26):809-e815.
14. Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly MT, Erro J, Savetsky JB, Davis RB, et al. Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complementary and Alternative Medicine.* 2004; 4(9).
15. Magnago TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(2):187-93.
16. Sanchez K, Papelard A, Nguyen C, Jousse M, Rannou F, Revel M, et al. Patient-preference disability assessment for disabling chronic low back pain: a cross-sectional survey. *Spine.* 2009; 34(10):1052–9
17. Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev. Bras. Ortop.* 2008; 43(3):96-102.
18. Toda Y, Segal N, Toda T, Morimoto T, Ogawa R. Lean body mass and body fat distribution in participants with chronic low back pain. *Arch Intern Med.* 2000; 160(21):3265 – 3269.
19. Monteiro J, Faisca L, Nunes O, Hipolito J. Questionário de Incapacidade de Roland Morris – adaptação e validação para a língua portuguesa. *Acta Med Port.* 2010; 23(5): 761-766.
20. Wallace AS, Freburger JK, Darter JD, Jackman AM, Carey TS. Comfortably numb? Exploring satisfaction with chronic back pain visits. *Spine J.* 2009; 9(9):721-728.

21. Ekman M, Jonhagen S, Hunsche E, Jonsson L. Burden of illness of chronic low back pain in Sweden a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. *Spine*. 2005; 30(15):1777-1785.
22. Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain*. 2010; 151(3):790-797.
23. Huijnen IPJ, Verbunt JA, Peters ML, Delespaul P, Kindermans HPJ, Roelofs J, et al. Do depression and pain intensity interfere with physical activity in daily life in patients with Chronic Low Back Pain? *Pain*. 2010; 150(1):161-166.
24. Klemenc-Ketis Z. Predictors of health-related quality of life and disability in patients with chronic non-specific Low back pain. *Zdrav Vestn*. 2011; 80(5):379-385.
25. Kindermans HPJ, Huijnen IPJ, Goossens MEJB, Roelofs J, Verbunt JA, Vlaeyen JWS. "Being" in pain: The role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain*. 2011; 152(2):403-409.

3.2 Descritores de dor e depressão relacionada à dor, incapacidade e qualidade de vida na lombalgia crônica

Resumo

Objetivo: identificar o nível de depressão em indivíduos com dor lombar crônica, associar depressão à intensidade de dor, incapacidade, qualidade de vida e caracterizar a dor lombar crônica por meio de descritores de dor. Método: Estudo descritivo de corte transversal. Utilizou-se a escala numérica para mensurar a intensidade de dor, o questionário de Roland-Morris para incapacidade, o WHOQOL-Bref para qualidade de vida, o BDI - Inventário de Depressão de Beck para depressão e a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) para caracterizar a dor lombar crônica. Realizou-se análise exploratória, estatística descritiva, coeficiente de correlação de Spearman e ajustados modelos de regressão linear. Resultados: 21,6% da amostra apresentaram indicativo de depressão. As associações entre depressão e intensidade de dor foram consideradas fracas. As associações entre a depressão e os domínios da qualidade de vida apresentaram correlações negativas moderadas com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida, e entre depressão e incapacidade apresentou correlação positiva moderada. Os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como sensitivos e avaliativos. Conclusão: O presente estudo encontrou uma quantidade importante de indicativo de depressão, que está moderadamente associada à incapacidade e à qualidade de vida em seus domínios físico e psicológico.

Descritores: dor lombar, medição da dor, depressão

Abstract

Objective: To identify the level of depression in individuals with chronic back pain, to associate depression with the pain intensity, disability, quality of life and to characterize chronic low back pain through pain descriptors. Methods: A descriptive cross-sectional study. We used the numerical scale to measure the intensity of pain, the Roland-Morris questionnaire for disability, the WHOQOL-Bref for quality of life, the BDI - Beck Depression Inventory for depression and the Multidimensional Pain Evaluation Scale (EMADOR) to characterize chronic low back pain. We conducted an exploratory analysis, using descriptive statistics, Spearman correlation coefficient and linear regression models. Results: 21,6% of the sample had some degree of depression. The associations between depression and pain

intensity were considered weak. The associations between depression and quality of life domains showed moderate negative correlations with the physical and psychological domains of quality of life and between depression and disability correlated positively moderate. The pain descriptors that best describe the pain were classified as sensitive and evaluative. Conclusion: The present study found a significant number of indicative of depression which is moderately associated with disability and quality of life in their physical and psychological domains.

Descriptors: low back pain, pain measurement, depression

Introdução

Queixas de dor representam mais de 75% de todas as visitas ambulatoriais ⁽¹⁾, e a depressão está presente em 10-15% de todos os pacientes atendidos na atenção primária ⁽²⁾. Ambas as condições são, muitas vezes, inadequadamente tratadas e resultam em uma significativa incapacidade, redução na qualidade de vida e aumento da utilização e dos custos dos cuidados de saúde ⁽³⁾.

Condições musculoesqueléticas representam metade a dois terços de todos os transtornos de dor nos cuidados primários. A parte inferior das costas e membros inferiores são locais especialmente comuns de dor crônica musculoesquelética ⁽⁴⁾. Neste contexto, destaca-se a dor lombar crônica, que apresenta uma crescente prevalência na população mundial. Nos Estados Unidos, as dores lombares respondem por 2,63 milhões de atendimentos anuais em departamentos de emergências, além de causar incapacidade e prejudicar a qualidade de vida dessas pessoas ⁽⁵⁻⁶⁾.

Aproximadamente 50% dos pacientes com DLC sofrem de depressão, uma das comorbidades psiquiátricas mais prevalentes em indivíduos com dor lombar crônica ⁽⁷⁻⁸⁾. Embora seja comumente entendido que a dor crônica e a depressão são comorbidades comuns e que a sua combinação é mais custosa e mais incapacitante do que qualquer condição por si só, a sua interação não é totalmente compreendida ⁽⁹⁾.

Assim, avaliar a depressão em indivíduos com dor lombar crônica e sua relação com outros fatores como intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida, e, além disso, avaliar a linguagem utilizada pelos indivíduos que a percebem é de extrema importância como

uma forma de entender a multidimensionalidade do fenômeno doloroso ao investigar todas as dimensões envolvidas na percepção da DLC.

Assim, os objetivos deste trabalho foram identificar o nível de depressão em indivíduos com dor lombar crônica, associar depressão à intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida e caracterizar a dor lombar crônica por meio de descritores de dor.

Método

Estudo descritivo de corte transversal. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (nº 394/2009). A amostra de conveniência foi constituída por indivíduos atendidos ambulatorialmente em uma Clínica de Dor de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, todos com o diagnóstico médico de dor lombar crônica, maiores de 18 anos e que não apresentavam dificuldade de compreensão da atividade solicitada.

Para que os objetivos fossem atingidos, foram utilizados: um instrumento para caracterização demográfica e socioeconômica do indivíduo; o questionário Roland-Morris para incapacidade, o BDI - Inventário de Depressão de Beck, o WHOQOL-BREF para a qualidade de vida e a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) para caracterizar a dor lombar crônica.

O questionário Roland-Morris é um instrumento específico utilizado para avaliar a incapacidade em indivíduos portadores de dor lombar, tendo sido adaptado e validado para a cultura brasileira. É um questionário composto de 24 itens relacionados às atividades de vida diária. O escore do questionário é calculado pelo total de perguntas assinaladas, variando de zero a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa ⁽¹⁰⁾.

O Inventário de Depressão de Beck – (BDI) é um instrumento que atende ao propósito de avaliar a depressão, adaptado e validado para a língua portuguesa ⁽¹¹⁾. A somatória dos pontos no fim do questionário varia de 0 a 63 – quanto maior a pontuação maior o indicativo de depressão ⁽¹²⁾.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizada a versão resumida do WHOQOL-100, instrumento construído pela Organização Mundial da Saúde e validado para a língua portuguesa – WHOQOL-bref. Trata-se de um instrumento composto por vinte e seis questões

que abrange um domínio geral (composto por uma questão sobre percepção da qualidade de vida e uma sobre a percepção em relação à condição de saúde do cliente) e quatro domínios específicos (identificados pelas condições físicas, psicológicas, relações sociais e meio ambiente). Sendo que as questões correspondentes aos domínios são: domínio geral questões 1 e 2; domínio físico questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18; domínio psicológico questões 5, 6, 7, 11, 19, 26; domínio relações sociais questões 20, 21, 22 e domínio meio ambiente questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Cada questão possui uma escala tipo Likert com respostas dos escores que variam de 1 a 5. Os participantes da pesquisa julgaram cada questão de acordo com sua qualidade de vida e escolheram a alternativa mais adequada, que variavam de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, “nada” a “completamente” e “nada” a “extremamente”. Os escores de qualidade de vida dos domínios do WHOQOL-bref têm valor de 0 a 100, e quanto maior for o valor para cada domínio maior é a qualidade de vida⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Para mensurar a intensidade e a caracterização da dor lombar crônica, foi utilizada a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR), resultante de um estudo que identificou e validou os descritores de dor crônica para a língua portuguesa⁽¹⁶⁾. O Instrumento validado para a língua portuguesa aponta os 40 descritores que mais caracterizam a dor crônica. Para a realização deste estudo, escolheram-se os quinze descritores mais apontados e, para identificar os descritores que mais caracterizam a dor lombar crônica, foi utilizada uma escala numérica de 11 pontos para cada descritor. O paciente apontou um número para cada descritor na escala de 0 a 10, em que 0 significa que não caracteriza sua dor e 10 que caracteriza muito a sua dor. Os números intermediários também foram utilizados e significam que caracterizam intermediariamente a dor. A escala numérica para mensurar a intensidade de dor contém 11 pontos, variando de 0 a 10 pontos, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa dor insuportável, os escores intermediários de dor são utilizados para designarem intensidades intermediárias de dor. O participante escolheu um escore que traduzia a percepção de dor no momento da entrevista, um escore que traduzia a maior intensidade de dor percebida na última semana e um que traduzia a menor intensidade de dor percebida na última semana.

Para a análise estatística, inicialmente foi realizada uma avaliação exploratória dos dados. Para se correlacionarem as variáveis de interesse, foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman (CCS). Para se associar a depressão com intensidade de dor, qualidade de vida e incapacidade, foram ajustados modelos de regressão linear, através do PROC REG do software SAS 9.1. Para cada variável resposta, foram ajustados modelos

simples (apenas uma variável independente), resultando num R^2 ; após isso, foram ajustados modelos múltiplos, contendo mais de uma variável independente, resultando em R^2 ajustados. Foram utilizados, como variáveis de controle - idade, sexo, IMC, tempo de diagnóstico, escolaridade, renda e fumo. Para análise dos descritores, foi utilizada estatística descritiva: medidas de tendência central (média aritmética) e dispersão (desvio-padrão). Foi utilizado o software SAS versão 9.1.

Resultados

A amostra foi composta por 97 indivíduos diagnosticados com dor lombar crônica. Encontrou-se predominância do sexo feminino (69,0%) e média de idade de 54,2 (14,5) anos, sendo que 38,1% da amostra apresentava 60 anos ou mais. Já quanto ao nível de escolaridade, 41,24% da amostra apresentou até 8 anos de estudo. Quanto à renda familiar, o estudo revelou que 70,53% recebem entre 2 e 8 salários mínimos mensais. Quanto ao IMC, observou-se que 73,20% apresentaram sobrepeso ou obesidade, sendo 32,98% com algum grau de obesidade, utilizando-se da classificação da OMS (Organização Mundial da Saúde)⁽¹⁷⁾. Aproximadamente 80% da amostra não eram fumantes, e a média de tempo de diagnóstico de dor lombar crônica foi de 77,4 meses.

A pontuação média do nível de depressão encontrada foi de 15,3 (9,6), sendo que 18,5% apresentaram estado de disforia e 21,6% níveis indicativos de depressão. As associações entre os três momentos da intensidade de dor com a depressão apresentaram correlações positivas fracas (maior dor $r=.24$; $p=.01$, menor dor $r=.34$; $p<.01$, dor no momento da entrevista $r=.29$; $p<.01$). A análise de regressão apresentou que a maior intensidade de dor, em conjunto com as variáveis de controle, explica em 5% a variabilidade da depressão. Somente a intensidade de dor é responsável por 4% dessa relação mostrando um fraco fator de interação das variáveis de controle (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados dos modelos de regressão – Intensidade de dor x Depressão. São Carlos - SP, 2010-2011

Modelo	Parâmetros	Coefficiente	p-valor	R ²	R ² Ajustado
Maior dor na última semana	Intercepto	27,68	< 0,01		
	Maior dor	0,59	0,20		
	Sexo	0,52	0,82		
	Idade	-0,11	0,14		
	IMC	-0,07	0,67	0,04	0,05
	Escolaridade	-2,15	0,14		
	Renda	-1,86	0,38		
	Fumo	-0,61	0,81		
	Tempo diagnóstico	-0,02	0,23		
Menor dor na última semana	Intercepto	25,47	< 0,01		
	Menor dor	1,03	0,01		
	Sexo	-0,01	1,00		
	Idade	-0,12	0,12		
	IMC	-0,01	0,94	0,11	0,09
	Escolaridade	-1,80	0,21		
	Renda	-1,56	0,45		
	Fumo	-1,65	0,52		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,29		
Dor no momento da entrevista	Intercepto	28,07	< 0,01		
	Dor momento	1,14	< 0,01		
	Sexo	0,82	0,70		
	Idade	-0,15	0,03		
	IMC	-0,09	0,57	0,11	0,15
	Escolaridade	-2,81	0,04		
	Renda	-1,16	0,56		
	Fumo	-0,25	0,92		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,45		

As associações entre a depressão com os domínios da QV apresentaram correlações negativas moderadas, com o domínio físico ($r = -.59$, $p < .01$) e com o domínio psicológico ($r = -.68$, $p < .01$). A análise de regressão revela que a depressão, em conjunto com as variáveis de controle, explica em 45% a variabilidade da QV em seu domínio psicológico. Somente a depressão é responsável por 48% dessa relação, mostrando um baixo fator de confundimento das variáveis de controle. O domínio físico também apresenta uma importante associação com a depressão, que, em conjunto com as variáveis de controle, explica em, 38%,

a variabilidade do domínio físico. Somente a depressão é responsável por 31% dessa relação, mostrando um fator de interação das variáveis de controle, das quais o sexo (coeficiente=-10,8 e $p=.01$) e IMC (coeficiente=-0,85 e $p=.01$) apresentam-se como as que mais influenciam essa relação. As associações entre os outros domínios da QV apresentaram pequena evidência de associação com a depressão.

Tabela 2. Resultados dos modelos de regressão – Depressão x Qualidade de vida. São Carlos - SP, 2010-2011

Modelo	Parâmetros	Coefficiente	p-valor	R²	R² Ajustado
Domínio Físico	Intercepto	82,13	< 0,01	0,31	0,38
	Depressão	-1,14	< 0,01		
	Sexo	-10,80	0,01		
	Idade	0,09	0,49		
	IMC	-0,85	0,01		
	Escolaridade	2,57	0,31		
	Renda	-0,44	0,91		
	Fumo	-6,86	0,13		
	Tempo diagnóstico	-0,001	0,96		
Domínio psicológico	Intercepto	73,70	< 0,01	0,48	0,45
	Depressão	-1,27	< 0,01		
	Sexo	-1,14	0,72		
	Idade	0,11	0,31		
	IMC	-0,06	0,80		
	Escolaridade	-0,35	0,86		
	Renda	1,07	0,72		
	Fumo	4,78	0,19		
	Tempo diagnóstico	0,01	0,45		
Domínio Relações sociais	Intercepto	45,20	0,01	0,1	0,08
	Depressão	-0,56	0,01		
	Sexo	3,28	0,44		
	Idade	0,26	0,08		
	IMC	0,31	0,34		
	Escolaridade	-0,26	0,92		
	Renda	3,22	0,43		
	Fumo	0,72	0,88		
	Tempo diagnóstico	-0,02	0,52		
Domínio Meio ambiente	Depressão	-0,60	< 0,01	0,15	0,13
	Sexo	-2,96	0,39		
	Idade	0,18	0,12		
	IMC	0,07	0,79		
	Escolaridade	0,30	0,89		
	Renda	-0,51	0,88		
	Fumo	4,03	0,31		
	Tempo diagnóstico	-0,01	0,78		

A associação entre a incapacidade e a depressão apresentou correlação positiva moderada ($r=.57$ $p<.01$). A análise de regressão mostrou que a incapacidade, em conjunto com as variáveis de controle, explica em 36% a variabilidade da depressão. Somente a incapacidade é responsável por 32% dessa relação, indicando um fator de interação das variáveis de controle.

Tabela 3. Resultados dos modelos de regressão – Incapacidade x Depressão. São Carlos - SP, 2010-2011

Modelo	Parâmetros	Coefficiente	p-valor	R ²	R ² Ajustado
Incapacidade	Intercepto	20,30	0,01	0,32	0,36
	Incapacidade	1,01	< 0,01		
	Sexo	-4,02	0,04		
	Idade	-0,15	0,02		
	IMC	-0,25	0,08		
	Escolaridade	-1,89	0,11		
	Renda	0,06	0,97		
	Fumo	-0,66	0,75		
	Tempo diagnóstico	0,001	0,95		

A análise dos descritores de dor apresentou que os descritores desconfortável (8,77; 1,84), dolorosa (8,76; 1,92), prejudicial (8,36; 2,46), intensa (8,21; 2,48) e persistente (8,11; 2,18) foram encontrados como os que melhor descreveram a dor lombar crônica; e os três descritores que menos caracterizam esse tipo de dor foram: desastrosa (6,41; 3,69), esmagadora (6,57; 3,77) e assustadora (6,63; 3,82). (Tabela 3)

Tabela 4. Distribuição da amostra de sujeitos com dor lombar crônica segundo a caracterização da dor (descritores de dor). São Carlos - SP, 2010-2011.

Descritor	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Desconfortável	8,77	2	10	1,84
Dolorosa	8,76	2	10	1,92
Prejudicial	8,36	0	10	2,46
Intensa	8,21	0	10	2,48
Persistente	8,11	2	10	2,18
Insuportável	7,86	0	10	2,76
Atormentadora	7,75	0	10	3,07
Terrível	7,71	0	10	3,33
Agressiva	7,67	0	10	3,17
Cruel	7,45	0	10	3,37
Angustiante	7,42	0	10	2,86
Deprimente	7,27	0	10	2,67
Assustadora	6,63	0	10	3,82
Esmagadora	6,57	0	10	3,77
Desastrosa	6,41	0	10	3,69

Discussão

O presente estudo encontrou 21,6% da amostra com níveis indicativos de depressão. Estudo realizado na Hungria encontrou que 49% dos sujeitos apresentaram níveis que indicam depressão⁽⁸⁾ e estudo canadense encontrou sintomas depressivos em 83% de seus participantes com dor lombar crônica⁽³⁾. A pontuação média de depressão encontrada foi de 15,3 pontos. Outros estudos com indivíduos com dor lombar crônica observaram níveis entre 11 e 13,7 pontos⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Um estudo espanhol aponta uma pontuação média de 23,2 para a depressão⁽²¹⁾. Um estudo sueco utilizou a escala Zung Self-Rating Depression Scale – SDS

para avaliar depressão em indivíduos com dor lombar crônica e encontrou a presença de humor deprimido, o que não é indicativo de depressão⁽²²⁾.

Os níveis indicativos de depressão em pessoas com dor crônica são 15% maiores em relação às pessoas sem dor. Isso sugere um impacto psicológico significativo sobre essa população. Assim, a qualidade de vida e a saúde emocional ficam comprometidas, o que sugere a necessidade de tratamentos clínicos específicos sobre o impacto causado pela dor crônica⁽⁴⁾.

Apesar desse estudo ter encontrado associações positivas fracas entre intensidade de dor e depressão, alguns autores apontam que a dor e a depressão frequentemente coexistem⁽⁹⁾. Por isso, é ressaltada a possibilidade desta associação (intensidade de dor e depressão) não estar fortemente relacionada à intensidade de dor, mas principalmente à sua presença. Ressalte-se a importância de avaliar a existência desta variável para a escolha do tratamento na medida em que a dor afeta negativamente a resposta do tratamento para depressão e a depressão tem um efeito similar sobre a capacidade de resposta terapêutica da dor⁽²³⁾.

Um estudo de revisão teve como objetivo avaliar a prevalência de dor e de depressão, além de seus efeitos de comorbidade no diagnóstico, nos resultados clínicos e no tratamento. Os resultados mostraram que a prevalência de dor em uma amostra de pessoas com depressão e a prevalência da depressão em uma amostra de pessoas com dor crônica são maiores do que as taxas de prevalência quando as condições são individualmente examinadas. Em média, 65% das pessoas com depressão apresentam uma ou mais queixas de dor, e a depressão está presente em até 85% de pacientes com condições de dor. A depressão dificulta o manejo da dor e está associada a resultados menos eficazes. Os autores concluíram que, em pessoas com dor, a depressão está associada com mais queixas de dor, maior intensidade e duração da dor e maior probabilidade de uma não-recuperação. Alterações na atividade social, trabalho e limitações funcionais (como a mobilidade) são vistas quando a depressão e a dor coexistem. Com a presença do fator depressão é possível prever o aumento da utilização dos cuidados de saúde, uma pior adesão ao tratamento, pior satisfação do paciente e futuros episódios de dor⁽⁹⁾.

No presente estudo, foi encontrada associação moderada entre depressão e qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, o que se assemelha com os resultados de um estudo realizado no Reino Unido⁽²⁴⁾, que apresentou índice de correlação entre a depressão

e o componente físico da qualidade de vida de -0.56 e com os resultados de um estudo holandês⁽¹⁸⁾, que aponta correlação de -0.58 entre a depressão e o componente físico e de -0.74 entre a depressão e o componente psicológico da qualidade de vida. Por meio da análise do modelo de regressão, nossos achados podem confirmar que a depressão tem uma influência importante nos aspectos físico e psicológico da qualidade de vida. Tais resultados sugerem que indivíduos com DLC devem ser avaliados tanto no aspecto físico como no seu aspecto psicológico, já que intervenções direcionadas à melhora da depressão são susceptíveis de beneficiar os indivíduos por potencialmente melhorar a QV física⁽²⁴⁾.

Também foi encontrada associação moderada entre incapacidade e depressão nos indivíduos com dor lombar crônica, o que se assemelha aos valores encontrados por outros estudos com índice de correlação variando de $.51$ a $.66$ ^(18, 21-22, 25). Pela análise de regressão, pode-se inferir que a incapacidade contribui para a depressão e, por isso, deve ser incorporada no plano de cuidados.

A dor lombar é uma condição de saúde complexa e multidimensional que deve ser considerada dentro do contexto da história pessoal do indivíduo afetado, do seu estilo de enfrentamento e seus recursos ambientais. Dessa forma, avaliações multidimensionais devem ser realizadas para que se faça uma adequada avaliação da dor.

Evidências científicas apresentam que ocorre melhora da DLC (tanto em pacientes crônicos como naqueles com comorbidades psicossociais) com o uso do tratamento multidisciplinar. Com isso, deve ocorrer uma reestruturação dos serviços de saúde para que essa abordagem seja colocada em prática. Esse serviço pode ser custoso ao início, porém, a longo prazo, ocorrerá diminuição dos serviços de saúde além da redução no sistema previdenciário e, conseqüentemente, um restabelecimento da saúde desses indivíduos⁽²⁶⁾.

As análises de regressão apresentaram que todas as variáveis identificadas neste estudo explicam a variabilidade das variáveis dependentes de 4 a 48%, demonstrando que outras que não foram estudadas influenciam nessas relações. Assim, outros estudos devem ser realizados para investigar variáveis como cinesiofobia, ansiedade, raiva e autoeficácia. Esse estudo não apresentou um grupo controle, o que dificulta a comparação dos resultados encontrados com uma amostra sem dor.

A análise da linguagem do fenômeno doloroso por meio dos descritores apresentou que os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como

sensitivo (dolorosa) e avaliativos (desconfortável, prejudicial, intensa e persistente). Os descritores que pior descrevem a dor foram classificados em miscelânea (desastrosa), sensitiva (esmagadora) e afetiva (assustadora). Assim, o indivíduo com DLC apresenta respostas sensitivas à experiência dolorosa e faz avaliação da sua experiência global com o fenômeno doloroso. Com isso, avaliar a qualidade da dor por meio da linguagem, utilizando-se de descritores, possibilita conhecer outros aspectos da dor, que não só a intensidade.

Considerações finais

O presente estudo encontrou uma quantidade importante de indivíduos com dor lombar crônica que apresentam sintomas indicadores de depressão, em que a presença desta variável está moderadamente associada à incapacidade e à qualidade de vida em seus domínios físico e psicológico. A análise da linguagem do fenômeno doloroso por meio dos descritores apresentou que os descritores que melhor descreveram a dor foram classificados como sensitivos e avaliativos. Esses achados apontam que, possivelmente, as pessoas com DLC têm outras dimensões afetadas pela dor, que não somente o físico e, desta forma, os profissionais da saúde necessitam realizar uma ampla avaliação da percepção dolorosa a fim de propor o seu manejo adequado.

Agradecimentos: Ao CNPq, pelo financiamento por meio do Edital Universal, Processo 479593/2009-4. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão de Bolsa de Mestrado (Processo 2011/04626-6).

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria Nº 19/GM. 03 de janeiro de 2002. 3p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>> Acesso em: 01 mar. 2011
2. Kroenke K, Bair M, Damush T, Hoke S, Nicholas G, Kempf C, et al. Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study: design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007; 29(6):506-17.
3. Young RA, Benold T, Whitham J, Burge S. Factors Influencing Work Interference in Patients With Chronic Low Back Pain: A Residency Research Network of Texas (RRNeT) Study. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(5):503-10.
4. Raftery MN, Sarma K, Murphy AW, De la Harpe D, Normand C, McGuire BE. Chronic pain in the Republic of Ireland community prevalence, psychosocial profile and

predictors of pain-related disability: results and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1. *Pain*. 2011; 152(5):1096-103.

5. Friedman BW, Chilstrom M, Bijur PE, John Gallagher JE. Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010; 35(24):1406-11.
6. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor, incapacidade e qualidade de vida em indivíduos com dor lombar crônica. Submetido em *Acta paul. Enferm*.
7. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain*. 2011; 15(10):1075-80.
8. Edit V, Eva S, Maria K, Istvan R, Agnes C, Zsolt N, et al. Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatol Int*. 2012 [Epub ahead of print]
9. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003; 163(20):2433–2445.
10. Roland M, Morris R. A study of natural history of low back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*. 1983; 8(2):141-4.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961, (4):53-63.
12. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. de Psiquiatria Clínica*. 2001; 28(6):286-7.
13. World Health Organization (WHO). WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: WHO, 1997.
14. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 1999; 21(1):19-28.
15. Fleck MPA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista Saúde Pública*. 2000, 34(2):178-183.
16. Faleiros Sousa FAE, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional pain evaluation scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(1):03-10.
17. 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

18. Kindermans HPJ, Huijnen IPJ, Goossens MEJB, Roelofs J, Verbunt JA, Vlaeyen JWS. "Being" in pain: The role of self-discrepancies in the emotional experience and activity patterns of patients with chronic low back pain. *Pain*. 2011; 152(2):403-409.
19. Huijnen IPJ, Verbunt JA, Peters ML, Delespaul P, Kindermans HPJ, Roelofs J, et al. Do depression and pain intensity interfere with physical activity in daily life in patients with Chronic Low Back Pain? *Pain*. 2010; 150(1):161-166.
20. Neziri AY, Dickenmann M, Scaramozzino P, Andersen OK, Arendt-Nielsen L, Dickenson AH, et al. Effect of intravenous tropisetron on modulation of pain and central hypersensitivity in chronic low back pain patients. *Pain*. 2012; 153(2):311-8.
21. Moix J, Kovacs FM, Martín A, Plana MN, Royuela A. Catastrophizing, State Anxiety, Anger, and Depressive Symptoms Do Not Correlate with Disability when Variations of Trait Anxiety Are Taken into Account. A Study of Chronic Low Back Pain Patients Treated in Spanish Pain. *Pain Medicine*. 2011; 12(7):1008-1017.
22. Lundberg M, Frennered K, Hägg O, Styf J. The Impact of Fear-Avoidance Model Variables on Disability in Patients With Specific or Nonspecific Chronic Low Back Pain. *Spine*. 2011; 36(19):1547-1553.
23. Karp JF, Weiner DK, Dew MA, Begley A, Miller MD, Reynolds CF 3rd. Duloxetine and care management treatment of older adults with comorbid major depressive disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010; 25(6):633-42.
24. Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 2008; 135(1-2):142-150.
25. Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain*. 2010; 151(3):790-797.
26. Helfenstein Junior M, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2010; 56(5):583-9.

ALLEGRETTI, A. et al. Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: classic mismatch between patients and their doctors. *Fam Pract.* v. 27, n. 6, p. 676-83, dec. 2010.

ALMEIDA, I.C.G.B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev. bras. ortop.* vol.43, n.3, p. 96-102, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010236162008000200007&script=sci_arttext> Acesso em: 01 mar. 2011.

APELDOORN, A.T. et al. Identification of patients with chronic low back pain who might benefit from additional psychological assessment. *Clin J Pain.* v. 28, n.1, p. 23-31, jan. 2012.

ALTINEL, L. et al. The prevalence of low back pain and risk factors among adult population in Afyon region, Turkey. *Acta Orthop Traumatol.* vol. 42. n.5, p. 328-33, nov/dec. 2008.

ANTONOPOULOU, M.D. et al. Studying the association between musculoskeletal disorders, quality of life and mental health. A primary care pilot study in rural Crete, Greece. *BMC Musculoskelet Disord.* vol. 10. n. 143-150. 8p. nov. 2009.

BLYTH, F.M. et al. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain.* v.103, n.1-2, p. 41-47, may. 2003.

BOUHASSIRA, D. et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* Amsterdã, v. 136, n.3, p. 380-387, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria N° 19/GM. 03 de janeiro de 2002. 3p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>> Acesso em: 01 mar. 2011.

CASSIDY, E.L. et al. Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain.* v. 153, n. 3, p. 644-50. Epub 2012.

CHAPMAN, J.R. et al. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* v. 36, n. 21 Suppl, p. S54-68. oct 2011.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D.B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Rev Dor*. v.12, n. 4, p. 297-300, out-dez 2011.

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

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

CRISOSTOMO, R.P.; NAPOLEÃO, A.A.; HORTENSE, P. Análise conceitual do diagnóstico de enfermagem dor crônica. In Congresso de Iniciação Científica da UFSCar, n. 8, 2010, São Carlos. Resumos. São Carlos; UFSCar, 2010.

CROWE, M. et al. Listening to the body and talking to myself - the impact of chronic lower back pain: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. v. 47, n. 5, p 586-92, may. 2010.

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*. v. 8, n. 1, p. 67-74, jan. 2007.

DEPONT, F. et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. v. 24, n. 1, p. 101-8, aug. 2009.

DEVINE, J. et al. Evaluating the Correlation and Responsiveness of Patient-Reported Pain With Function and Quality-of-Life Outcomes After Spine Surgery. *Spine*, v. 36, n. 21S, p. S69-S74, oct. 2011.

DOMINICK, C.H.; BLYTH, F.M.; NICHOLAS, M.K. Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population. *Pain*. v. 153, n. 2, p. 293-304, feb. 2012, Epub 2011.

DUVAL NETO, G.F. Dor aguda versus dor crônica. In: NETO, O.A. et al. *Dor – princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.319-334.

ELLIOTT, T.E.; RENIER, C.M.; PALCHER, J.A. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med.*, v. 4, n. 4, p. 331-9, dec. 2003.

FALEIROS SOUSA, F.A.E.; PEREIRA, L.V.; HORTENSE, P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: NETO, O.A. et al. *Dor – princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.370-381.

FERNÁNDES-DE-LAS-PEÑAS, C. et al. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: a population-based national study. *Spine (Phila Pa 1976)*. v.36, n.3, p.213-9, feb. 2011.

FERREIRA, G.D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev. bras. fisioter.* v.15, n.1, p. 31-6, jan-fev. 2011. Ahead for print

FRIEDMAN, B.W. et al. Diagnostic testing and treatment of low back pain in United States emergency departments: a national perspective. *Spine (Phila Pa 1976)*. v. 35, n. 24, p. 1406-11, nov. 2010.

GELINAS, C. et al. Theoretical, psychometric and pragmatic issues in pain measurement. *Pain Management Nursing*, v.9, n.3, p.120-130, sep. 2008.

HEFFNER, K.L. et al. Chronic Low Back Pain, Sleep Disturbance, and Interleukin-6. *Clin J Pain*. v. 27, n. 1, p. 35–41, jan. 2011.

JANOWSKI, K.; STEUDEN, S.; KURYLOWICZ, J. Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Eur Spine J*. v. 19, n. 4, p. 613-23, apr. 2010.

MATOS, M.G. et al. Dor lombar em usuários de um plano de saúde: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. vol.24, n.9, p. 2115-2122, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000900017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 01 mar. 2011.

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

MOUSAVI, S.J. et al. Low back pain in Iran: A growing need to adapt and implement evidence-based practice in developing countries. *Spine (Phila Pa 1976)*. v.36, n.10, p. E638-46, jan. 2011.

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

ORTEGA, E.I. O tratamento da dor como um direito humano. In: NETO, O.A. et al. *Dor – princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.77-90.

REME, S.E. et al. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain*. v. 15, n. 10, p. 1075-80, nov, 2011. Epub 2011 May 17.

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? *J Occup Rehabil*. v. 18, n.2, p. 183-189, jun. 2008.

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

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*. v. 13, n.2, p. 189-195, feb. 2009.

SCHOPFLOCHER, D.; TAENZER, P.; JOVEY, R. The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag*. v. 16, n. 6, p. 445-50, nov-dec. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Principais Doenças e Orientações ao Paciente. Lombalgias. Disponível em:<
<http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Pagina=reumatologia/principaisDoencasEorientacoesPacienteResultados.asp> > Acesso em: 01 mar.2011.

STÅLNACKE, B.M. Life satisfaction in patients with chronic pain – relation to pain intensity, disability, and psychological factors. *Neuropsychiatri Dis Treat*. v.7, p.683-689, 2011.

VAN DE WATER, A.T.; EADIE, J.; HURLEY, D.A. Investigation of sleep disturbance in chronic low back pain: an age- and gender-matched case-control study over a 7-night period. *Man Ther.* v. 16, n. 6, p. 550-6, dec. Epub 2011 Jun 8.

WIJNHOVEN, H. A.H. et al. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain.* v. 124, n.1-2, p. 158-166, sep. Epub 2006 May 22.

WOOD-DAUPHINEE, S.L. Assessment of back-related quality of life: the continuing challenge. *Spine.* v.26, n.8, p. 857-61, apr. 2001.

WHO. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps (ICIDH). A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneve, 1980. 207p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health. Depression. 2012a. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health topics. Disabilities. 2012b. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>>. Acesso em nov. 2011.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

1) Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Avaliação do paciente com dor lombar crônica”

2) Ao participar desta pesquisa, você estará contribuindo para aumentar o conhecimento da comunidade científica no que se refere à dor crônica e suas relações com fatores sócio-demográfico, econômico, emocionais, qualidade de vida e incapacidade ocasionada pela dor. Você foi selecionado por realizar tratamento na clínica escolhida para a realização da pesquisa e preencher os critérios de inclusão (ter diagnóstico médico de dor lombar crônica, fazer tratamento ambulatorial, ser maior de 18 anos e estar em condições físicas e psicológicas de participar da pesquisa) e sua participação não é obrigatória.

Os objetivos deste estudo são: Avaliar a qualidade de vida de paciente com dor lombar crônica em tratamento e suas relações com fatores sócio-demográficos, econômicos, emocionais, intensidade da dor e incapacidade. Sendo os específicos: -Descrever o perfil sócio-demográfico e econômico dos pacientes com dor lombar crônica; -Descrever a qualidade de vida de pacientes com dor lombar crônica; -Identificar o nível de depressão de pacientes com dor lombar crônica; -Identificar o nível de incapacidade ocasionada pela dor; -Mensurar a intensidade de dor crônica percebida ; -Caracterizar a dor lombar crônica por meio de descritores de dor; -Descrever as associações entre qualidade de vida, intensidade da dor, incapacidade e depressão

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao pesquisador questões relacionadas a dados sócio-econômicos, dados relacionados à doença, à sua qualidade de vida, às atividades diárias, à incapacidade ocasionada pela dor, à sintomas emocionais, à intensidade de dor

3) Você levará aproximadamente 40 minutos para responder às perguntas solicitadas, mas estará em ambiente confortável e em companhia do pesquisador. Irá contribuir para conhecermos um pouco mais sobre sua doença e seu dia-a-dia. Poderá desistir a qualquer momento em participar.

4) A abordagem para a sua participação na pesquisa é neste dia em que retornou à Clínica para continuidade do tratamento, sendo que se desejar poderemos agendar um outro dia para a realização da pesquisa, sendo que a entrevista poderá ocorrer antes ou após a consulta médica,

sendo como for de sua preferência. Os responsáveis por executar a pesquisa são a Profa Dra Priscilla Hortense, professor do Departamento de Enfermagem da UFSCar, a discente Thais Stefane, aluna do curso de Pós- Graduação em Mestrado Acadêmico da Enfermagem da UFSCar.

5)A qualquer momento da realização da pesquisa, você poderá solicitar explicações relacionadas aos procedimentos realizados.

5)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.

6)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.

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

8)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.

Priscilla Hortense

Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem da

Universidade Federal de São Carlos

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2635, 14051-220 Ribeirão Preto SP, Fone: (16)

81113661/39662612

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.

São Carlos,

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE B - Questionário de Variáveis Demográficas e Socioeconômicas

Nome:Sexo: () F () M

Idade:Peso:

Altura:IMC:

Diagnóstico médico:

Tempo do diagnóstico médico:

Escolaridade:

() Ensino fundamental incompleto;

() Ensino fundamental completo;

() Ensino médio incompleto;

() Ensino médio completo;

() Ensino superior incompleto;

() Ensino superior completo;

() Pós graduação.

Renda familiar:

() Até um salário mínimo (R\$ 465,00);

() De um a dois salários mínimos (R\$ 465,00 a R\$ 930,00);

() De dois a quatro salários mínimos (R\$ 930,00 a R\$ 1860,00);

() De quatro a seis salários mínimos (R\$ 1860,00 a R\$ 2790,00);

() De seis a oito salários mínimos (R\$ 2790,00 a R\$ 3720,00);

() Mais que oito salários mínimos (R\$ 3720,00).

É tabagista? () Sim () Não

Qual a sua ocupação?

No seu trabalho você fica a maior parte do tempo:

() Sentado;

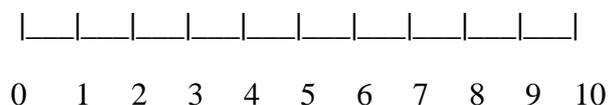
- () Em pé;
- () Agachado;
- () Deitado;
- () Sofrendo vibração/trepidação;
- () Carregando peso;
- () Fazendo movimentos repetitivos;
- () Não trabalha.

APÊNDICE C – Escala Numérica de Intensidade de Dor

Estamos interessados em saber o quanto foi a intensidade de sua dor neste momento e na última semana. Solicitamos que você circule o número abaixo o qual corresponde à sua dor.

Lembramos que o número 0 significa ausência de dor e 10 a pior dor sentida. Os escores de 1 a 9 significarão intensidades intermediárias de percepção da dor e também poderão ser utilizados.

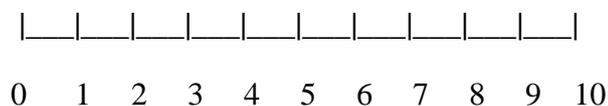
1) Aponte, em uma escala de 0 a 10, sendo que 0 significa nenhuma dor e 10 significa pior dor imaginável, o escore para a maior dor que sentiu na última semana.

ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR

2) Aponte, em uma escala de 0 a 10, sendo que 0 significa nenhuma dor e 10 significa pior dor imaginável, o escore para a menor dor que sentiu na última semana.

ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR

3) Aponte, em uma escala de 0 a 10, sendo que 0 significa nenhuma dor e 10 significa pior dor imaginável, o escore para a dor que está sentindo neste momento.

ESCALA DE INTENSIDADE NUMÉRICA DE DOR

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 3414.0.000.135-09

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA

Classificação: Grupo III

Procedência: Departamento de Enfermagem

Pesquisadores (as): Priscila Hortense, Diego Yujito (orientando), Regiane Crisóstomo Pereira (orientanda)

Processo nº:

Parecer Nº. 394/2009**1. 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 em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 21 de outubro de 2009.


Prof. Dra. Crisina Paiva de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar

ANEXO B - Questionário Roland-Morris de Incapacidade

Quando suas costas doem você pode achar difícil fazer coisas que normalmente fazia. Esta lista contém frases de pessoas descrevendo a si mesmas quando sentem dor nas costas. Você pode achar entre estas frases que você lê algumas que descrevem você hoje. À medida que você lê estas frases, pense em você hoje. Marque a sentença que descreve você hoje. Se a frase não descreve o que você sente, ignore-a e leia a seguinte. Lembre-se, só marque a frase se você tiver certeza que ela descreve você hoje.

	1- Fico em casa a maior parte do tempo devido a minha coluna.
	2- Eu mudo de posição freqüentemente para tentar aliviar minha coluna.
	3- Eu ando mais lentamente do que o meu normal por causa de minha coluna.
	4- Por causa de minhas costas não estou fazendo nenhum dos trabalhos que fazia em minha casa.
	5- Por causa de minhas costas, eu uso um corrimão para subir escadas.
	6- Por causa de minhas costas, eu deito para descansar mais freqüentemente.
	7- Por causa de minhas costas, eu necessito de apoio para levantar-me de uma cadeira.
	8- Por causa de minhas costas, eu tento arranjar pessoas para fazerem coisas para mim.
	9- eu me visto mais lentamente do que o usual, Por causa de minhas costas.
	10- Eu fico de pé por períodos curtos, Por causa de minhas costas.
	11- Por causa de minhas costas, eu procuro não me curvar ou agachar.
	12- Eu acho difícil sair de uma cadeira, Por causa de minhas costas.
	13- Minhas costas doem a maior parte do tempo.
	14- Eu acho difícil me virar na cama Por causa de minhas costas.
	15- Meu apetite não é bom por causa de dor nas costas.
	16- Tenho problemas para calçar meias devido a dor nas minhas costas.
	17- Só consigo andar distâncias curtas Por causa de minhas costas
	18- Durmo pior de barriga para cima.
	19- Devido a minha dor nas costas, preciso de ajuda para me vestir.
	20- Eu fico sentado a maior parte do dia Por causa de minhas costas
	21- Eu evito trabalhos pesados em casa Por causa de minhas costas
	22- Devido a minha dor nas costas fico mais irritado e de mau humor com as pessoas, do que normalmente.
	23- Por causa de minhas costas, subo escadas mais devagar do que o usual.
	24- Fico na cama a maior parte do tempo Por causa de minhas costas.

ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enjoado de mim.

3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D - WHOQOL – bref - Qualidade de vida

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
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(a) 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	1	2	3	4	5

	acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária	1	2	3	4	5

		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
		Nada	muito pouco	médio	muito	Completa-mente
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
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 insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito

				insatisfeito		
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	frequente mente	muito frequente mente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO E – Escala Multidimensional de Avaliação de Dor - EMADOR

Ao participar deste experimento você gastará 30 minutos ou menos de seu tempo. A tarefa a ser realizada é fácil e não há certo ou errado nos julgamentos que você irá fazer, portanto, o que nos importa é a sua opinião seja ela qual for. Sua participação será valiosa para a realização dessa pesquisa e você estará colaborando para o avanço dos conhecimentos sobre a avaliação da experiência dolorosa. Seguindo em anexo uma lista de várias palavras denominadas “descritores de dor”. A definição que consideramos mais adequadas a cada descritor de dor vem logo abaixo de cada um deles.

Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que você irá atribuir a cada um deles, através de uma escala ordinal, de onze pontos, graduada de zero (0) a dez (10), colocada logo abaixo de cada definição. Observe cada descritor em letras maiúsculas e identifique-o; Leia com atenção a definição que foi colocada logo abaixo do descritor; Identifique a escala de onze pontos, desenhada logo abaixo de cada definição. Nela você deve assinalar a nota que será atribuída ao descritor. A nota zero (0) indica nenhum grau de caracterização da sua dor e a nota dez (10) indica o maior grau de atribuição que o descritor receberia na caracterização dessa dor. As notas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), 6 (seis), 7 (sete), 8 (oito), 9 (nove), também devem ser utilizadas, lembrando que, quanto mais a nota estiver próximo ao dez, maior o grau de atribuição do descritor e, quanto mais próxima ao 0 (zero), menor seu grau de atribuição.

DESCRITORES DE DOR

01- DEPRIMENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

02- PERSISTENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

03- ANGUSTIANTE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10- DESCONFORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável, desconfortável.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11- TERRÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. 3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12- AGRESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que agride, denota ou envolve agressão.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13- ATORMENTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Aquela que tortura; sulicia; flagela; angustia; modifica; aflige.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14- INTENSA

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15- ESMAGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2. opressiva, tirânica. 3. indiscutível; irretorquível; irrefutável.

Nota:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10