



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Maria Salomé Martins Ferreira
**Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica:
Um estudo com doentes em Tratamento de
Fisioterapia e Acupunctura**

Maria Salomé Martins Ferreira

**Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica:
Um estudo com doentes em Tratamento de
Fisioterapia e Acupunctura**



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Maria Salomé Martins Ferreira

**Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica:
Um estudo com doentes em Tratamento de
Fisioterapia e Acupunctura**

Dissertação de Doutoramento em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira

Maio de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE, APENAS
PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO
INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Maria Salomé Martins Ferreira

À minha mãe, que sempre acreditou... e cuja presença me acompanha em todos os
momentos

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria da Graça Pereira, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento, pelo apoio e compreensão,

Aos directores das Clínicas de fisioterapia onde se efectuou a colheita de dados, Dr. José Oliveira, Dr. Jaime Milheiro, Dr. João Parente, Dr. Ernesto Matos, Dr. António Castro por terem abraçado este projecto e colaborarem como o mesmo.

Ao director das clínicas de acupunctura onde se efectuou a colheita de dados, Dr. Pedro Choy, pelo seu incentivo e disponibilidade e por ter abraçado este projecto

A todos os terapeutas que colaboraram na colheita de dados

A todos os doentes que participaram neste projecto, pela forma como aceitaram partilhar os seus sentimentos, emoções e experiências,

À Joana e à Edite pela presença e amizade, pelo estímulo e partilha ao longo deste percurso,

À Helena pela ajuda e incentivo nos momentos necessários,

Ao Luís pela ajuda e contribuição na formatação da tese,

À Dr.^a Paula Araújo pela ajuda na revisão do texto,

Ao João Pedro, pelos momentos de ausência, compreensão e apoio incondicional,

Ao Tiago, pelas palavras de encorajamento e pela tranquilidade transmitida,

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que, de forma directa ou indirecta me apoiaram em todos os momentos deste percurso.

RESUMO

A lombalgia é um problema muito comum de etiologia complexa que pode desenvolver sintomas com componentes cognitivos, afectivos e comportamentais, para a qual estão disponíveis várias formas de tratamento. Actualmente, pensa-se que estes sintomas apenas podem ser compreendidos numa perspectiva biopsicossocial na qual a dor é entendida como um fenómeno multifactorial, resultado da interacção de factores fisiológicos, psicológicos e sociais.

Este estudo teve como finalidade estudar a lombalgia crónica em doentes em tratamento de fisioterapia e de acupunctura. A amostra inclui 203 indivíduos dos quais 113 no grupo de fisioterapia e 90 no grupo de acupunctura. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal.

Os instrumentos utilizados na avaliação foram: “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R); Questionário Modos de Lidar com a Dor; Questionário de Satisfação do Utente (QUASU); Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ); Reported Adherence to Medication Scale (RAM); Hospital Anxiety, & Depression Scale (HADS); Short-Form General Health Survey (MOS 20); Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ); Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II).

Os resultados revelaram que os dois grupos de doentes em tratamento de fisioterapia e acupunctura se distinguem ao nível das representações cognitivas da doença (identidade, controlo e causas), representações dos fármacos e incapacidade funcional.

Da análise das variáveis predictoras da qualidade de vida, verificamos que no grupo de acupunctura, são predictores as habilitações literárias, depressão, ansiedade, satisfação com as despesas, incapacidade funcional e pertencer ao tipo de família extrema. A qualidade de vida é tanto maior quanto maior for o controlo de tratamento e quanto maior for a satisfação com os cuidados recebidos e, tanto pior, quanto maior for a identidade da doença, duração da doença, consequências da doença, representação emocional da doença, causas da doença, ansiedade, depressão e incapacidade funcional. No grupo de Fisioterapia, são predictores da qualidade de vida a depressão, ansiedade, incapacidade funcional e consequências da doença. A qualidade de vida é tanto maior quanto maior for o controlo de tratamento e, tanto pior, quanto maior a identidade,

duração, consequências, coerência, representação emocional e causas da doença, ansiedade, depressão e incapacidade funcional.

Da análise das variáveis predictoras da incapacidade funcional, verificamos no grupo de acupunctura, que as variáveis que melhor predizem a incapacidade funcional são a duração da doença, a coerência da doença e a qualidade de vida, enquanto no grupo de fisioterapia, as variáveis que mais contribuem para a incapacidade funcional são a qualidade de vida e as estratégias de alívio activo da dor.

A ansiedade e a depressão apresentaram-se como variáveis mediadoras entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida. A variável tipo de família apresentou-se como variável moderadora na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida.

No grupo de acupunctura as variáveis que discriminam os doentes com incapacidade funcional baixa dos doentes com incapacidade funcional alta, são a qualidade de vida e a percepção das consequências da doença. Os doentes que apresentam melhor qualidade de vida (total) e menor percepção das consequências da doença são os que registam menor incapacidade funcional i.e. pertencem ao grupo de incapacidade funcional baixa. No grupo de fisioterapia, as variáveis que discriminam os doentes com incapacidade funcional baixa dos doentes com incapacidade alta são a qualidade de vida, representação emocional da doença, ansiedade, depressão e estratégias de alívio activo e de transformação da dor. Os doentes com representações da doença mais negativas, mais depressão, mais ansiedade, mais estratégias de alívio activo e de transformação de dor e menor qualidade de vida são os que pertencem ao grupo com incapacidade alta.

As análises exploratórias revelaram que as variáveis como o género, idade, estado civil, habilitações, frequência e intensidade da dor, toma da medicação e percepção do estado de saúde actual têm impacto diferenciado ao nível das variáveis psicossociais nos dois grupos considerados.

Os resultados do estudo têm implicações ao nível da abordagem do doente com lombalgia crónica, nomeadamente na intervenção e treino de profissionais de saúde.

ABSTRACT

Low back pain is a very common complaint of complex etiology that may develop symptoms with cognitive, affective and behavioral components, for which several treatments are available. Nowadays, it is accepted that these symptoms can only be understood in a biopsychosocial perspective, in which pain is understood as a multifactorial phenomenon, resulting from the interaction of physiologic, psychological and social factors.

This study sought to investigate chronic low back pain in patients receiving physiotherapy and acupuncture treatments. The sample consists of 203 individuals of which 113 were in the physiotherapy group and 90 in the acupuncture group. This is a descriptive, correlation and transversal study.

The instruments used in the assessment were: "Revised Illness Perception Questionnaire" (IPQ-R); Means to Cope With Pain; Patient Satisfaction with Health care Services (QUASU); Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ); Reported Adherence to Medication Scale (RAM); Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS); Short-Form General Health Survey (MOS 20); Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ); Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES II).

Results showed that the two groups of patients in physiotherapy and acupuncture treatments revealed differences on illness' representations (identity, control and causes), beliefs about medicines and functional incapacity.

In the acupuncture group, the predictors of quality of life were: school qualifications, depression, anxiety, and satisfaction with expenses, functional incapacity and belonging to an extreme family. Quality of life is higher when treatment control and satisfaction with care are higher and is lower when illness identity, duration, consequences, emotional representation, causes of disease, anxiety, depression and functional incapacity are higher. In the physiotherapy group, the predictors of quality of life were: anxiety, functional incapacity and consequences of the disease. Quality of life is higher when treatment control is high and is lower when illness identity, duration, consequences, coherence, emotional representation, causes of the disease, anxiety, depression and functional incapacity are higher.

In the acupuncture group, the predictors of functional incapacity were: disease duration, disease coherence and quality of life, whereas in the physiotherapy group the variables that mostly contribute to functional incapacity were quality of life and active pain relief strategies.

Anxiety and Depression were shown as mediator variables between functional incapacity and quality of life and the variable type of family was shown to be a moderator in the relationship between functional incapacity and quality of life.

In the acupuncture group, the variables that discriminate patients with low from high functional incapacity were quality of life and perception of illness consequences. The patients that present better quality of life (total) and lower perception of illness consequences belong to the group with low functional incapacity. In the physiotherapy group, the variables that discriminate patients with low from high functional incapacity are quality of life, emotional representation, anxiety, depression, active relief and pain transformation strategies. Patients with more negative illness representations, more depression, more anxiety, more active relief strategies and pain transformation and lower quality of life have more functional incapacity.

Exploratory analysis revealed that variables such as gender, age, marital status, school qualifications, pain frequency and intensity, medication, and actual health perception have a differentiated impact on psychosocial variables in the two treatment groups considered.

The results of this study have implications on how to deal with patients with low back pain particularly in terms of intervention and training of health professionals.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
ÍNDICE DE QUADROS	xix
LISTA DE SIGLAS	xxv
INTRODUÇÃO.....	27
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1. DOR: COMPREENSÃO DO FENÓMENO.....	33
1.1. Dor: Evolução do Conceito	33
1.2. Abordagem Fisiológica da Dor	34
1.3. Abordagem Psicológica da Dor.....	40
1.4. Factores Psicossociais e Dor	46
1.5. Abordagem Energética da Dor	50
1.5.1. Fisiologia da Acupunctura.....	52
2. LOMBALGIA	59
2.1. Anatomia da Coluna Vertebral.....	59
2.1.1. Dados Epidemiológicos.....	63
2.1.2. Quadro Patológico da Lombalgia.....	64
2.2. A Lombalgia na Medicina Ocidental	65
2.2.1. Modelos Etiológicos.....	65
2.2.2. Conceptualização Clínica.....	67
2.2.3. Tratamento.....	68
2.3. A Lombalgia na Medicina Tradicional Chinesa.....	70

2.3.1. Modelos Etiológicos.....	70
2.3.2. Conceptualização Clínica.....	72
2.3.3. Tratamento.....	74
3. VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA LOMBALGIA.....	79
3.1. Representações da Doença.....	79
3.1.1. Representações Face aos Médicos e à Medicina.....	87
3.1.2. Representações Acerca dos Medicamentos.....	89
3.2. Adesão Terapêutica.....	91
3.3. Qualidade de Vida.....	98
3.4. Coping.....	102
3.5. Morbilidade Psicológica.....	108
3.6. Incapacidade Funcional.....	111
3.7. Funcionamento Familiar.....	114
3.7.1. Modelo da Família Psicossomática.....	117
3.7.2. Modelo de Ajustamento e Adaptação da Resposta Familiar.....	118
3.7.3. Modelo de Rolland.....	120
3.8. Satisfação com os Cuidados.....	123
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	127
4. METODOLOGIA.....	131
4.1. Tipo de Estudo.....	131
4.2. Objectivos do Estudo.....	131
4.3. Questões de Investigação.....	132
4.4. Hipóteses.....	133
4.5. Variáveis do Estudo.....	133
4.5.1. Variáveis Psicológicas:.....	133
4.5.2. Variáveis Clínicas:.....	134

4.5.3. Variáveis Sócio-Demográficas.....	134
4.6. População e Amostra.....	134
4.6.1. Critérios de Inclusão na Amostra	135
4.7. Procedimento de Recolha de Dados	135
4.8. Instrumentos	136
4.9. Características Psicométricas dos Instrumentos.....	137
4.9.1. Questionário Sócio – Demográfico e Clínico.....	138
4.9.2. Revised Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)	138
4.9.3. Questionário de Meios de Lidar com a Dor	149
4.9.4. Questionário de Satisfação do Utente – QUASU.....	152
4.9.5. Atitudes Towards Doctors and Medicine Scale - ADTMS	158
4.9.6. Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ).....	163
4.9.7. Reported Adherence to Medication Scale (RAM)	167
4.9.8. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	170
4.9.9. Short-Form General Health Survey - MOS 20.....	175
4.9.10. Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).....	181
4.9.11. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II).....	185
PARTE III – RESULTADOS	189
5. RESULTADOS DESCRITIVOS	193
5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	193
5.2 Caracterização Clínica da Amostra.....	195
6. RESULTADOS DOS TESTES DAS HIPÓTESES.....	201
6.1. Hipótese 1	201
6.2. Hipótese 2.....	203
6.3. Hipótese 3.....	206
6.4. Hipótese 4.....	214

6.5. Hipótese 5	218
7. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS.....	224
7.1. Variáveis Psicossociais e Género	224
7.2. Variáveis Psicossociais e Idade	225
7.3. Variáveis Psicossociais e Estado Civil	227
7.4. Variáveis Psicossociais e Habilitações Literárias.....	227
7.5. Variáveis Psicossociais e Frequência da Dor	229
7.6. Variáveis Psicossociais e Intensidade da Dor	229
7.7. Variáveis Psicossociais e Número de Consultas Médicas.....	231
7.8. Variáveis Psicossociais e Duração da Toma da Medicação.....	232
7.9. Variáveis Psicossociais e Saúde Actual	233
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	237
8.1. Variáveis Sócio -Demográficas	237
8.1. Hipóteses Principais	242
8.1.1. Hipótese 1	242
8.1.2. Hipótese 2.....	244
8.1.3. Hipótese 3	247
8.1.4. Hipótese 4.....	253
8.1.5. Hipótese 5	255
9. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS.....	258
9.1. Variáveis Psicossociais em Função do Género, Idade, Estado Civil e Habilitações Literárias.....	258
9.2. Variáveis Psicossociais em Função da Frequência, Intensidade da Dor e Procura de Consultas Médicas.....	260
9.3. Variáveis Psicossociais em Função do Duração da Toma de Medicação e Saúde Actual.....	261
CONCLUSÕES.....	265

REFERÊNCIAS	275
ANEXOS	315

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Transmissão de Informação Nociceptiva da Medula para a Estrutura Encefálica	38
Figura 2 - Esquema da Teoria das Beta Endorfinas	53
Figura 3 - Feixe Espinho-Talâmico	54
Figura 4 - Vertebra lombar	59
Figura 5 – Coluna Vertebral	60
Figura 6 - Etiologia da Lombalgia na Medicina Tradicional Chinesa	72
Figura 7 - Pontos de Acupuntura no Tratamento da Lombalgia	76
Figura 8 - Modelo de Auto-Regulação	85
Figura 9 - Mediação da variável Ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.....	215
Figura 10 - Mediação da variável Depressão na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.....	216

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Coeficiente de Consistência Interna do IPQ-R em doentes com lombalgia crónica	143
Quadro 2 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Duração Aguda/Crónica	144
Quadro 3 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Consequências	144
Quadro 4 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Controlo Pessoal	145
Quadro 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Controlo de Tratamento	145
Quadro 6 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Coerência da Doença	146
Quadro 7 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Duração Cíclica	146
Quadro 8 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Representações Emocionais	147
Quadro 9 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Identidade	148
Quadro 10 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R Dimensão: Causas	148
Quadro 11 - Resultados da Consistência Interna do Modos de lidar com a dor, na amostra em estudo	151
Quadro 12 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor - Dimensão: Transformação da Sensação de dor	151
Quadro 13 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor Dimensão: Distracção da Dor	152

Quadro 14 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor - Dimensão: Estratégias de alívio Activo da Dor	152
Quadro 15 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Acessibilidade	156
Quadro 16 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Despesas	156
Quadro 17 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Qualidade Técnica.....	157
Quadro 18 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU Dimensão: Comunicação e Informação.....	157
Quadro 19 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Relações Interpessoais	158
Quadro 20 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Scale – ADTMS - Dimensão: Atitudes Positivas face aos Médicos e à Medicina	162
Quadro 21-Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do ADTMS - Dimensão: Atitudes Negativas face aos Médicos e à Medicina.....	162
Quadro 22 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do BMQ - Dimensão: Crenças Acerca dos Fármacos – Parte Geral	166
Quadro 23 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do BMQ - Dimensão: Crenças Acerca dos Fármacos – Parte Específica.....	167
Quadro 24 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM - Escala Total.....	169
Quadro 25 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM Dimensão: Alterações das doses da Medicação	170
Quadro 26 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM - Dimensão: Esquecimento da Toma a Medicação	170
Quadro 27 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do HADS - Dimensão: Ansiedade	174
Quadro 28 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do HADS - Dimensão: Depressão	175

Quadro 29 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Escala Global	179
Quadro 30 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20- Dimensão: Funcionamento Físico	180
Quadro 31 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Desempenho de Papéis Sociais	180
Quadro 32 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Saúde Mental.....	181
Quadro 33 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Percepção do Estado de Saúde	181
Quadro 34 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Roland and Morris Disability Questionnaire	183
Quadro 35 - Estrutura do Roland and Morris Disability Questionnaire – RMDQ.....	184
Quadro 36 - Interpretação Linear da FACES II	186
Quadro 37 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do FACES II– Dimensão: Coesão	187
Quadro 38 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach FACES - Dimensão: Adaptabilidade.....	188
Quadro 39 - Média de idades dos sujeitos da Amostra	193
Quadro 40 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Sócio-Demográficas.....	194
Quadro 41 - Caracterização da Amostra segundo a Duração da Doença.....	195
Quadro 42 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas	196
Quadro 43 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas	197
Quadro 44 - Tratamentos a que foi submetido anteriormente	198
Quadro 45 - Profissionais de Saúde Consultados Antes do Tratamento Actual	199
Quadro 46 - Resultados da Mancova nas variáveis Representações de Doença, Modos de Lidar com a Dor, Crenças acerca dos Fármacos, Morbilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional controlando as variáveis Duração da Doença, Habilitações e Sexo	202

Quadro 47 - Resultados do teste Q_i^2 Para a diferença entre os dois grupos, relativamente ao Tipo de Família	203
Quadro 48 - Resultados da moderação (Família Extrema) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Dentes com Lombalgia Crónica.....	204
Quadro 49 - Resultados da moderação (Família Intermédia) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Doentes com Lombalgia Crónica.	205
Quadro 50 - Resultados da moderação (Família Equilibrada) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Doentes com Lombalgia Crónica.	205
Quadro 51 - Resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional, no grupo de Acupunctura.....	207
Quadro 52 - Resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional, no grupo de Fisioterapia.....	208
Quadro 53 - Predictores da Qualidade de Vida no Grupo de Acupunctura	210
Quadro 54 - Predictores da Qualidade de Vida no Grupo de Fisioterapia	211
Quadro 55 - Predictores da Incapacidade Funcional no Grupo de Acupunctura	212
Quadro 56 - Predictores da Incapacidade Funcional no Grupo de Fisioterapia.....	213
Quadro 57 - Resultados da Mediação da Ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.....	215
Quadro 58 - Resultados da mediação da Depressão na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.....	217
Quadro 59 - Variáveis Psicossociais que discriminam os Doentes com Incapacidade Baixa/Alta no grupo de Acupunctura	219
Quadro 60 - Resultados da Discriminação da Função.....	219
Quadro 61 - Estrutura Matricial da Análise Discriminativa.....	220
Quadro 62 - Resultados do Teste da Função Discriminante	220
Quadro 63 - Matriz de Classificação da Função para a Incapacidade Funcional.....	220

Quadro 64 - Variáveis Psicossociais que discriminam os indivíduos com Incapacidade Funcional Baixa/Alta no grupo de Fisioterapia.....	221
Quadro 65 - Resultados da Discriminação da Função.....	222
Quadro 66 - Estrutura Matricial da Análise Discriminativa.....	222
Quadro 67 - Resultados do Teste da Função Discriminante	223
Quadro 68 - Matriz de Classificação da Função para a Incapacidade Funcional.....	223
Quadro 69 - Resultados significativos do Teste Mann-Whitney, nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função do Género, no grupo de Acupunctura.....	224
Quadro 70 - Resultados significativos do T Teste nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função do Género, no Grupo de Fisioterapia	225
Quadro 71 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em Função da Idade, no Grupo de Acupunctura	226
Quadro 72 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função da Idade, no Grupo de Fisioterapia.....	226
Quadro 73 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis no Controlo de Tratamento e Representação Emocional, em função do Estado Civil, no Grupo de Fisioterapia	227
Quadro 74 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, Satisfação com os Cuidados, em função das Habilitações Literárias, no Grupo de Acupunctura.....	228
Quadro 75 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função das Habilitações Literárias, no Grupo de Fisioterapia	228
Quadro 76 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Variáveis Psicossociais, em função da Frequência da Dor, no Grupo de Fisioterapia	229
Quadro 77 - Resultados significativos da Manova na Qualidade de Vida, em função da Intensidade da Dor, no Grupo da Acupunctura	230
Quadro 78 - Resultados significativos da Manova nas Representações de Doença, em função da Intensidade da Dor, no Grupo de Fisioterapia	230

Quadro 79 - Resultados significativos da Manova nas Representações de Doença, em função das Consulta Médicas, no Grupo de Fisioterapia	231
Quadro 80 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis, nas Representações de Doença e Satisfação com os Cuidados, em função da duração da Toma da Medicação, no Grupo de Acupuntura.....	232
Quadro 81 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função da duração da Toma da Medicação no Grupo de Fisioterapia.....	233
Quadro 82 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função da Saúde Actual, no Grupo de Acupuntura.....	233
Quadro 83 - Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença em função da Saúde Actual, no Grupo de Fisioterapia	234

LISTA DE SIGLAS

APA-DA Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas

DGS - Direcção Geral de Saúde

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

GA - Grupo de Acupunctura

GF- Grupo de Fisioterapia

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

WHO - World Organization of Health

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas e as consequentes incapacidades podem afectar o dia-a-dia das pessoas que dela sofrem, levando muitas vezes à diminuição do potencial do indivíduo para experienciar o lado mais positivo da vida (Annte, Tracey, Revenson, & Tennen, 2007). A dor é um fenómeno perceptivo complexo, subjectivo e multidimensional e, na mediada em que constitui uma experiência única de cada indivíduo, faz com que a sua avaliação dependa da forma como o doente a comunica, quer ao nível verbal quer ao nível comportamental (Turk & Kifuji 2002).

Segundo o plano nacional de “Luta Contra a Dor” (Direcção Geral de Saúde, 2001), a dor é considerada um verdadeiro problema de saúde pública, atendendo à frequência e potencial para causar incapacidade, o que justifica a necessidade de nos debruçarmos sobre esta temática a bem da promoção da redução das desigualdades, da qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, assim como desenvolver uma actualização planeada, organizada e validada cientificamente.

Segundo o Ministério da Saúde (Direcção Geral de Saúde 2003), existe uma elevada percentagem de pessoas que já experienciaram situação de dor. De entre as várias situações causadoras de dor, o presente estudo debruça-se sobre a dor lombar designada por Lombalgia.

As dores lombares são comuns na população em geral, principalmente nos países industrializados, cuja prevalência ronda os 70% (Silva, Fassa, & Vale, 2004). Na população mundial, 65 a 85% das pessoas poderão desenvolver lombalgia em algum momento de sua vida (Borenstein, 2000; Silva, Fassa, & Vale, 2004; Rosenthal, 2002) com uma incidência de 5% por ano (Matus, Galilea, & Martin, 2003) e 90% dessas pessoas apresentarão mais de um episódio. Em Portugal, Ponte (2005) encontrou na Região Norte e em adultos, uma prevalência de lombalgia de 49% e Almeida e Oliveira (2005), em adolescentes na região de grande Lisboa, encontrou uma prevalência de 39,4%.

A lombalgia constitui uma causa frequente de incapacidade e são várias as circunstâncias que contribuem para o desencadear de síndromes dolorosas lombares (Moraes & Silva, 2003). Algumas dessas causas apresentam uma relação de causa -

efeito com os factores psicossociais, estilos de vida, condições profissionais, hábitos posturais e condições emocionais que podem levar à dor lombar ou agravar as queixas resultantes de outras causas orgânicas já existentes (Kummel, 1998). A Lombalgia enquanto síndrome clínica, representa um potencial de sofrimento e de incapacidade, transformando-se num problema abrangente com consequências ao nível pessoal e familiar e constitui, por isso, uma das áreas de intervenção privilegiadas da Psicologia da Saúde.

Ao longo dos tempos têm sido várias as formas utilizadas para a compreensão da dor (Paviani, 2000) e o presente estudo debruça-se sobre a problemática dos factores psicossociais na dor lombar, procurando analisar as representações de doença, modos de lidar com a dor, satisfação com os cuidados recebidos, atitudes face aos médicos e medicina, crenças acerca dos fármacos, adesão terapêutica, morbidade psicológica, qualidade de vida, incapacidade funcional e funcionamento familiar em doentes que sofrem de lombalgia crónica.

Dado que o doente tem um papel activo no processo saúde/doença, uma vez que as suas ideias e o seu comportamento interferem na forma como interpreta e lida com a doença (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001), é pertinente investigar os aspectos psicossociais envolvidos com vista à melhor avaliação, compreensão e ajuda do doente com lombalgia.

O presente trabalho divide-se em cinco partes: o enquadramento teórico, que apresenta a literatura acerca do tema da dor em geral, desde o seu conceito, evolução até à abordagem fisiológica, psicológica e energética da dor e da lombalgia em particular; a metodologia do estudo empírico; a apresentação dos resultados dos testes de hipóteses e das análises exploratórias; análise e discussão dos dados; e as conclusões, limitações e implicações deste estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I – DOR

Este capítulo é dedicado ao fenómeno da dor considerando a evolução do conceito e as abordagens fisiológica, psicológica e energética.

1. DOR: COMPREENSÃO DO FENÓMENO

A dor é uma experiência conhecida por todo o ser humano. Ela expressa o sofrimento nas mais variadas formas e tem constituído para as várias disciplinas da área da saúde um problema constante, na medida em que cada vez mais se encontra um maior número de razões que explicam a concorrência multifactorial para este fenómeno. De facto, têm-se desenvolvido esforços para estudar, compreender e controlar a dor, resultando daí diferentes teorias na sua abordagem e comportamentos diversificados face à sua avaliação e controle.

1.1. Dor: Evolução do Conceito

A dor representa um fenómeno associado a uma sensação desagradável, independente da sua duração ou origem, definido pela maioria dos autores como um acontecimento individual e subjectivo. Ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, encontrámos na maioria das definições, a concorrência de vários factores, nomeadamente físicos, psicológicos, emocionais, sociais e culturais, intervindo em toda a dimensão deste fenómeno. Sternbach (1968) tenta definir a dor considerando o facto de que esta é algo que simplesmente não pode ser definida sem o risco de circularidade ou omissão. O autor define dor como: (1) um conceito abstracto que reme para a sensação pessoal de estar magoado; (2) um estímulo nocivo que assinala a ameaça de dano ou o dano efectivo do tecido; (3) um padrão de respostas que funcionam para proteger o organismo do dano.

De acordo com Barber (1959), a resposta a um estímulo nocivo normalmente inclui pelo menos quatro componentes: a sensação de dor, desconforto, movimentos de retirada e algumas modificações fisiológicas mensuráveis, tais como uma alteração na pressão arterial. Por outro lado, enquanto Zborowski (1978) enumera cinco grupos nas respostas de comportamento num indivíduo com dor: (1) respostas motoras (mover o corpo, ou partes do corpo, andar, saltar, torcer o corpo, cerrar os dentes); (2) respostas vocais (chorar, gritar); (3) respostas verbais (queixar-se, falar da dor, pedir ajuda); (4) respostas sociais (alterações do padrão de comunicação, as mudanças nos hábitos

sociais ou a aparência pessoal); (5) a ausência de comportamento manifesto de dor (esconder a dor ou suprimir sinais exteriores de dor). O autor considera ainda que um indivíduo com dor pode apresentar um comportamento com qualquer combinação destas categorias de resposta.

A associação internacional para o estudo da dor (IASP) define a dor como uma experiência emocional, sensitiva, de carácter desagradável, provocada ou não por lesão real ou potencial dos tecidos orgânicos. Nesta definição está contemplado o aspecto sensitivo, como por ex. a lesão somática; a componente emocional, como a raiva, tristeza, ansiedade e depressão; e a componente cognitiva e avaliativa, como o pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão, etc. (Frutuoso & Cruz, 2004).

Chapman (1990) descrevem a dor como uma constelação de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis e de determinadas respostas autónomas psicológicas e comportamentais que lhes estão associadas, provocadas por ferimento, doença ou inflamação. Para McCaffery e Pasero (2002) não existe uma definição precisa, sendo a dor aquilo que a pessoa que a sente diz que é, existindo quando o indivíduo diz que existe. Independentemente da forma como a descrevemos, a interpretação que o doente faz da sua dor é tão individual como o seu carácter, tornando a dor numa experiência subjectiva e única, difícil de classificar ou categorizar e de a descrever numa escala comum (Melzack, 1996).

1.2. Abordagem Fisiológica da Dor

As teorias acerca do fenómeno “dor” tiveram o seu início no século XV e sob o enfoque da fisiologia, tem vindo a ser desenvolvidas por vários autores (Pimentel-Souza, Barbosa, & Resende 1990). A fisiopatologia da dor engloba, além do conhecimento das estruturas do sistema nervoso periférico e central, a compreensão dos diferentes mecanismos dos vários neurotransmissores, responsáveis pela estimulação nociceptiva que provocam a sensação de dor (Gyton, 1996).

Melzack e Wall (1965) apresentam a mais antiga concepção de dor, proposta por Descartes (1664), que descreve a dor como uma sensação percebida no cérebro, resultado de uma estimulação nos nervos sensoriais. De acordo com Descartes, a dor seria um mecanismo linear e directamente proporcional à intensidade do estímulo.

Os trajectos dos impulsos nervosos que dão origem à dor incluem: o sistema nervoso periférico, a medula espinal, o tronco cerebral, o tálamo e o córtex cerebral, podendo ser modulados em cada uma dessas regiões, e o primeiro passo na origem do fenómeno sensitivo - doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de acção que, através das fibras nervosas periféricas, são transmitidas para o SNC, em que a nocicepção é a percepção e a resposta do corpo à dor, para a qual o organismo possui um complexo sistema nervoso (Gyton, 1996).

As fibras nervosas dividem-se em dois tipos as fibras A e C, sendo as do tipo A subdivididas em: alfa, beta, gama e delta. As fibras do tipo A são típicas dos nervos espinhais, de grande diâmetro e mielinizadas, que conduzem impulsos com alta velocidade, enquanto as do tipo C são de pequeno diâmetro, não mielinizadas, que conduzem impulsos com baixa velocidade.

Relativamente às fibras sensoriais, estas dividem-se em cinco grupos de fibras:

Grupo I A - terminações de fusos musculares com diâmetro médio de 17 micrómetros, correspondendo na classificação geral às fibras do tipo A alfa;

Grupo I B - fibras dos órgãos tendinosos de Golgi, com diâmetro médio de 16 micrómetros, correspondendo também às fibras A alfa;

Grupo II - fibras dos receptores tácteis cutâneos e dos fusos musculares, com um diâmetro médio de 8 micrómetros, correspondendo às fibras dos tipos A beta e A gama;

Grupo III - fibras que conduzem o tacto grosseiro, a temperatura e a dor aguda, tendo um diâmetro médio de 3 micrómetros, sendo do tipo A delta na classificação geral.

Grupo IV - fibras não mielinizadas que conduzem a dor crónica, a temperatura e o tacto grosseiro, com um diâmetro médio de 0.5 a 2 micrómetros, sendo na classificação geral chamadas do tipo C.

As fibras nervosas que transmitem a informação dolorosa são as do grupo III (que conduzem a dor rápida), e as do grupo IV (que conduzem a dor lenta). Estes dois tipos de fibras são de pequeno diâmetro e têm um alto limiar de excitação quando comparadas com as do grupo II (Law & Reed, 2001).

Os corpos celulares das fibras A delta e C são encontrados nos gânglios da raiz dorsal e suas conexões centrais entram na medula espinal através das raízes dorsais

(excepto cerca de 30% das fibras C, que retomam ao nervo periférico e entram na medula pela raiz ventral), onde elas fazem sinapse com as células de transmissão nociceptiva central. As células específicas da nocicepção encontram-se principalmente na lâmina I da substância gelatinosa e respondem apenas aos nociceptores. Contudo, encontram-se células com amplas faixas dinâmicas na lâmina V, recebendo impulsos de nociceptores e fibras A beta de grande diâmetro. A partir dessas estruturas, a informação é transmitida pela via directa (feixe espinotalâmico) até ao tálamo, ou indirectamente, pelo feixe espino-rículo-talâmico, sendo que, a partir do tálamo, a informação é, então, transmitida para o córtex somatossensorial e outras regiões corticais (Law & Reed, 2001).

A actividade dos receptores nociceptivos é modulada pela acção de substâncias químicas, denominadas álgicas, libertadas em elevada concentração nos tecidos na sequência de processos inflamatórios, traumáticos ou isquémicos. São originadas por células lesadas, leucócitos, mastócitos, plaquetas e por moléculas livres presentes no interior dos vasos sanguíneos. De entre as substâncias álgicas destacam-se: a acilcolina, as prostaglandinas, a histamina, a serotonina, a bradicinina, o leucotrieno, a substância P, o factor de activação plaquetária, e os iões de potássio, (Berson, 1983).

As vias nervosas primárias têm o corpo celular localizado nos gânglios sensitivos, de onde emergem, dividindo-se em fibras proximais e distais. As fibras proximais agrupam-se e penetram na medula espinal pelas raízes posteriores e anteriores. Cerca de um terço das raízes anteriores é sensitivo e predominantemente doloroso. No ponto situado aproximadamente a um milímetro antes da penetração na medula espinal, a bainha de mielina produzida pelos oligodendrocitos junta-se à bainha de mielina produzida pelas células de Schwann (West, 2001). No ponto de penetração das raízes nervosas na medula espinal, ou no tronco encefálico, as fibras nociceptivas destacam-se das aferentes mais espessas, concentram-se no feixe ventrolateral das radículas, dividem-se em ramos ascendentes e descendentes e entram na constituição do trato de Lissauer, de onde se projectam para o corno posterior da substância cinzenta da medula espinal (CPME), (West, 2001).

Além das fibras aferentes oriundas dos nervos periféricos, as células do CPME recebem projecções originadas nas estruturas subcorticais do córtex cerebral e no tronco encefálico, que participam do mecanismo de modulação segmentar da actividade sensitiva. As fibras aferentes primárias do grupo C projectam-se nas porções profundas

da lâmina I e superficiais da lâmina II do corno posterior da medula e as fibras aferentes A-ba e A-delta penetram na porção media do CPME, alcançando as lâminas IV, V, VI e IX. As células das porções profundas da lâmina II e da lâmina III (substância gelatinosa) recebem fibras A-ba e A-delta que veiculam informações mecânicas de baixo limiar e estas estruturas estão envolvidas no mecanismo de modulação da dor na medula espinal.

West (2001) identificou mais de uma dezena de neuropeptídeos neurotransmissores nos gânglios das raízes sensitivas e nas fibras aferentes, incluindo-se entre eles a substância P, a substância K, somatostatina, peptídeo relacionado com a calcitonina, peptídeo vasoactivo intestinal, encefalinas, factor de libertação de corticotrofina, arginina-vasopressina, oxitocina, angiotensina II e galanina, entre outros. O autor refere ainda que há evidências de que aminoácidos, como o ácido glutâmico e o aspártico, a serotonina, a dopamina, a tirosina e a adenosina apresentem, também, actividade neurotransmissora nas vias aferentes primárias. A existência de múltiplos neurotransmissores pode estar relacionada com a codificação do estímulo nociceptivo periférico.

O peptídeo vaso activo intestinal parece estar envolvido no mecanismo de aferência nociceptiva visceral. O ácido-glutâmico e o ácido-aspártico estão envolvidos na veiculação da informação nociceptiva aguda e a substância P com a veiculação da dor crónica (West, 2001).

Os receptores das unidades neuronais do CPME, onde se ligam os neurotransmissores das vias aferentes primários, são de várias categorias. Destacam-se, entre eles, os envolvidos no mecanismo de acção dos aminoácidos (ácido glutâmico) e das taquiquininas (substância P). Os receptores AMPA (activados pelo ácido 2-amino-3-hidroxi-5-mil-4-isoxasole-propiónico) e os cainatos são adicionados imediatamente após a libertação de aminoácidos excitatórios (incluindo o ácido glutâmico) e estão envolvidos no mecanismo de localização tèmoro-espacial e na intensidade da dor. Os receptores NMDA (activados pelo N-mil-D-aspartato) são desplotados por neurotransmissores excitatórios (ácido-glutâmico) e modulados por neuropéptidos (por exemplo, a substância P) imediatamente a seguir ao estímulo. Os receptores de neuroquininas activados por taquiquininas actuam segundos após a libertação destes neurotransmissores. Os receptores NMDA e os de neuroquininas estão relacionados

com o mecanismo de sensibilização dos neurónios do CPME, com a origem da dor crónica e com a modelação da nociceção (Weste, 2001).

A estimulação nociceptiva aumenta a excitabilidade dos neurónios do corno posterior da substância cinzenta da medula espinal (CPME) e a sensibilização dos neurónios do CPME, bem como a activação das sinapses NMDA inactivas, são duas das causas de hiperalgesia secundária (dor à estimulação mecânica em pontos distantes daqueles que sofreu lesão (Berson, 1983). A estimulação nociceptiva prolongada pode resultar em persistência do fenómeno doloroso, mesmo após a remoção do agente causador, em decorrência da estruturação dos mecanismos de sensibilização dos neurónios do CPME, sendo este um dos mecanismos da ocorrência da dor crónica.

A transmissão das informações nociceptivas da medula espinal (Figura 1) para as estruturas encefálicas é realizada mediante sistemas neuronais que compõem o feixe espinotalâmico, espinorricular, espinomesencefálico e espinocervical (Berson, 1983).

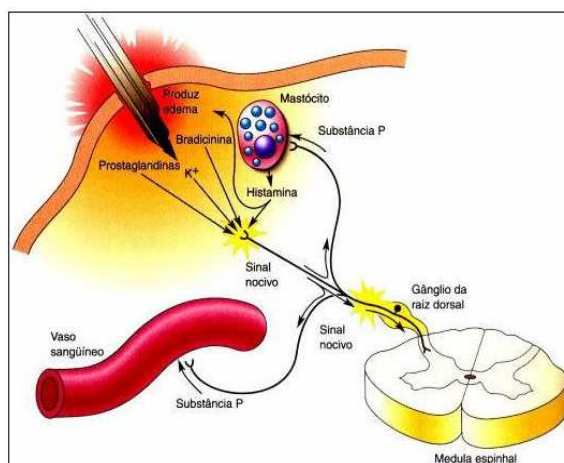


Figura 1- Transmissão de Informação Nociceptiva da Medula para a Estrutura Encefálica

Fonte: Bear, Connors e Paradaise (2002, pp. 77)

Turk e Okifuji (2001) consideram que a definição da dor deveria contemplar não só os mecanismos fisiológicos envolvidos, bem como a dimensão temporal. De acordo com a dimensão temporal do quadro algico, a dor pode ser classificada de: aguda, crónica ou episódica. A dor aguda é rápida, localizada, permanece enquanto o agressor estiver presente e funciona como um sinal de alarme biológico que protege o organismo e garante a sua sobrevivência na sequência de uma lesão específica, enquanto a dor crónica se define como um conjunto de sintomas que persistem para além da lesão

causal e implicam o envolvimento e a interação de factores bio psicossociais na manutenção e persistência dos comportamentos de dor. A dor crónica instala-se muitas vezes de forma insidiosa, com ou sem lesões subjacentes. Quando desencadeada por lesão orgânica, a dor torna-se crónica se esta permanecer para além da consolidação da lesão. É uma dor que persiste para além do curso usual de uma doença aguda ou para além do tempo considerado normal para o controle da experiência dolorosa. Este período, para a maioria dos autores, é superior a três meses mas pode durar anos assumindo a condição de uma síndrome ou mesmo de uma doença, (Turk & Okifuji, 2001). Segundo Cailliet (1999), existem estados dolorosos que são considerados crónicos em menor período de tempo. A dor crónica, apesar de ser diferente da dor aguda, comporta-se igualmente como uma entidade patológica autónoma, distinta da causa inicial, provocando consequências físicas, psicológicas e sociais nocivas que lhe são próprias (Pearce & McDonald, 2001). Caracteriza-se pela expressão dos sinais físicos da doença orgânica e pela ocorrência de depressão, ansiedade, hostilidade, aumento das preocupações somáticas e do período de repouso forçado com as consequências económicas e sociais que daí advêm (Andrade, 2001).

A dor crónica não tem uma relação tão estreita com a sobrevivência e pela sua intensidade e frequência pode gerar desconforto físico e psicológico devido às limitações e dificuldades que impedem a pessoa de desenvolver as suas actividades quotidianas (Frutuoso & Cruz, 2004), conduzindo a grandes alterações quer ao nível da qualidade de vida individual e familiar, quer nos relacionamentos sociais e por vezes utilizada como pretexto para cativar a atenção e simpatia dos familiares mais próximos e do próprio profissional de saúde.

Já se estabeleceu fisiologicamente a identificação de tipos específicos de fibras que transmitem a sensação de dor, havendo evidências de que as sensações dolorosas são transportadas em canais específicos da medula espinal. Porém, não é certo que a interrupção desses canais elimine ou modifique a sensação de dor, como se observa na nevralgia pós herpética, ou na dor fantasma (Cailliet, 1999).

Beecher (1959) considera que a dor é mediada por outros factores que não somente os fisiológicos. De facto, Beecher (1959), um médico anestesista, publicou o resultado de observações feitas num hospital durante a Segunda Guerra. Ele acompanhou em grandes cirurgias, civis que tinham ferimentos semelhantes aos dos soldados feridos em combate e concluiu que apenas 30% dos soldados pediam morfina, para controlar a dor,

enquanto 80% dos civis a pediam. O autor concluiu que não havia uma relação directa simples entre os ferimentos e a dor experimentada/referida. Constatou que, enquanto no soldado o significado do ferimento ou a resposta à lesão era de alívio e gratidão por ter escapado vivo do campo de batalha, para o civil a cirurgia era considerada uma tragédia. Com esta verificação, foi descartada a linearidade entre o estímulo doloroso (nocivo) e a dor percebida (Baum, 1998) e releva que tão importante são as características do estímulo nocivo e as estruturas anatomofisiológicas, como são as experiências anteriores do indivíduo, o contexto e o comportamento apresentado perante a dor. Todas estas variáveis fazem com que um ferimento similar em pessoas diferentes não significa a mesma percepção de dor (Baum, 1998).

Assim, estamos perante uma nova abordagem da dor. Verifica-se que se há lesões graves sem dor e outras benignas com dores extrema, há casos em que a dor persiste mesmo após o tratamento da patologia que a causava. Esta nova abordagem da dor é reforçada por Oliveira (2000) quando refere que os mecanismos da biologia não são suficientes para explicar e compreender a síndrome da dor crónica e os componentes emocionais envolvidos na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativos do que os sensitivos, sendo necessário investigar, além dos sintomas físicos e orgânicos, os aspectos psicológicos associados à experiência dolorosa (Sanford; Kersh, Thorn, Rich, & Ward, 2002).

1.3. Abordagem Psicológica da Dor

A componente psicológica não é menos real e pode ser bem mais importante que a dor sensorial (Rachlin, 1985). Esta componente pode mediar a relação entre o estímulo nocivo e a resposta à dor. Para Carvalho (2003), o nível de percepção da dor é influenciado por três aspectos ou componentes fundamentais: o sensorio descritivo, o directivo motivacional e o cognitivo-afectivo. O primeiro permite a identificação da lesão no tempo e no espaço, determinando a sua extensão, necessitando da integridade das estruturas transmissoras dos estímulos dolorosos da periferia ao córtex. O aspecto directivo motivacional activa as várias alterações somáticas do sistema nervoso autónomo, tendentes à protecção do processo lesivo bem como aos comportamentos adversos. Neste estado, nenhuma informação espacial ou temporal está envolvida, podendo-se verificar uma resposta sem quaisquer interferências do córtex. O

componente afectivo cognitivo é muito complexo e altamente influenciado por outros factores (Carvalho, 2003).

Os processos psicológicos influenciam a percepção de dor (Ribeiro, 1998) e a cronicidade da dor conduz frequentemente a alterações significativas do estilo de vida, dos níveis de actividade e dos relacionamentos sociais (Soares, Figueiredo, & Lemos, 1999).

Melzack e Wall (1965), desenvolveram a teoria do portão ou o modelo da comporta para explicar a activação e inibição da dor. Neste modelo, as informações provenientes das vias eferentes das diferentes estruturas cerebrais actuam na inibição e activação da sensação dolorosa.

Para Melzack e Wall (1965), a experiência de dor assim como a via pela qual esta é percebida comporta três aspectos: o sensorial, que diz respeito à discriminação da dor no tempo, no espaço e em intensidade; o emocional, refere-se ao sentimento negativo que desencadeia as respostas comportamentais à dor; o cognitivo, que está ligado à quantidade do conhecimento, avaliação, interpretação e conceitualização da dor em que estão implicados os centros do córtex cerebral. Nesta abordagem da dor são contemplados três modos diferentes de responder à dor -o fisiológico, o subjectivo e o comportamental, sendo por isso importante que se valorize não só as respostas verbais dos doentes mas também se compreenda as suas experiências sensoriais e os efeitos da dor nas suas experiências emocionais e cognitivas.

Supõe-se que o mecanismo anteriormente citado tem lugar nos cornos dorsais da espinal-medula e desempenha o papel intermediário que permite, ou não, a passagem de sinais da periferia para o sistema nervoso central (Melzack & Wall, 1965), sendo que o grau de abertura deste portão depende dos sinais ascendentes (que vêm dos nervos periféricos) e dos sinais descendentes (que vêm do sistema nervoso central). Os sinais ascendentes derivam de um equilíbrio entre o nível de activação das fibras de largo diâmetro (A-ba) e das de pequeno diâmetro (A e C-delta). Na formulação inicial desta teoria, a natureza dos sinais descendentes era pouco clara, mas a intenção era de comparar os factores psicológicos, nomeadamente a ansiedade, a depressão, o stress e mesmo experiências anteriores, na resposta à dor. Assim, os sinais de dor são modulados no portão (gate control), localizado na substância gelatinosa da espinal-medula, antes que o indivíduo se afirme sob dor. Ao olharmos para o papel preponderante do sistema nervoso central na abertura ou não do “portão” para a dor,

verificamos que esta teoria pode explicar fenómenos que anteriormente não eram passíveis de explicação. A grande força desta teoria reside na capacidade de integrar elementos fisiológicos, psicológicos e comportamentais, apresentando-os como diferentes níveis de explicação de um sistema global e holístico sendo abolida a ideia de que a dor é uma sensação simples e projectada dos centros de integração da dor.

Melzack e Wall (1965) foram os primeiros a pensar sobre a importância das variáveis psicológicas na dor, abrindo as portas a outro tipo de intervenção que não apenas a médica, passando a ser considerada não apenas como uma sensação, ligada a um estímulo ou à experiência física e à informação anterior, mas também à percepção dessa sensação, com uma reacção comportamental consequente. Desde então, a psicologia é aceite como uma das disciplinas que deve estar envolvida no estudo da dor.

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

A dor é, de facto, um fenómeno perceptivo complexo, subjectivo e multidimensional, constituindo uma experiência única de cada um, dependendo a sua avaliação da forma como o indivíduo a comunica, quer na forma verbal, quer comportamental (Dias & Brito, 2002).

A dor crónica leva a disfunções psicológicas e sociais importantes (Brandão 2006). Para Teixeira (1999), os componentes emocionais envolvidos na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativos do que os sensitivos, enquanto para Rangé (2001) os problemas psicossociais causam frequentemente a intensificação das queixas do doente que sofre de dor. Na abordagem efectiva da dor, é então necessário considerar que cada indivíduo traz consigo um somatório de aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos que o colocam numa situação especial de percepção da sua dor e, perante um quadro algico, temos que procurar, para além dos sintomas físicos e orgânicos, os aspectos psicológicos associados à experiência dolorosa (Sardá, Kupek, & Cruz, 2000; Sanford et al., 2002).

Comportamento de Dor Apreendido

Fordyce (1997) e Ribeiro (1998) propuseram dois tipos de aprendizagem, a respondente e a operante. A primeira envolve a formação de uma associação entre um estímulo neutro e uma emoção negativa associada à dor. Biologicamente, a resposta emocional condicionada garante a sobrevivência uma vez que ajuda o organismo a evitar situações potencialmente perigosas, dado o seu carácter automático face ao estímulo nociceptivo antecedente (Loeser & Melzack 1999).

Por sua vez, a aprendizagem operante requer que o indivíduo emita comportamentos específicos de dor, quer sejam de evitamento, queixa ou de procura de ajuda, quer sejam seguidos por acontecimentos recompensadores (entre os quais a atenção social ou o carinho) ou de punição, que alteram a sua probabilidade de ocorrência (Ribeiro, 1998). Desta forma, o comportamento de dor é parte integrante dos problemas de dor e é subjectivamente influenciado pelas suas consequências. Se o comportamento de um doente com dor não é reforçado e moldado pelos outros, também influencia e molda o seu comportamento.

Coping

Para Jersen, Turner, Romano e Karoly (1991) os doentes com dor crónica que utilizam estratégias de coping passivas, como a catastrofização, o ignorar, reinterpretar e rezar têm níveis mais elevados de incapacidade; e os doentes com maior controlo percebido ou que têm um coping activo têm um funcionamento mais eficaz. Thompson, Karen, Abrams e Phillips (1992) concluíram que os comportamentos de evitamento, apesar de terem como objectivo reduzir o desconforto, conduzem a um ciclo vicioso caracterizado por uma baixa auto-eficácia, medo e incapacidade. Este comportamento é mantido, uma vez que o evitar as actividades indesejáveis ou temidas diminui a ansiedade sentida. Tal como em algumas fobias, parece que em determinados casos de dor crónica, os indivíduos têm medo da dor e evitam a sensação de dor, uma vez que receiam vivenciar um estado de ansiedade.

Ansiedade e Depressão

É possível que a ansiedade tenha um impacto na forma como a pessoa percebe a situação. Ou seja, as cognições relacionadas com o valor enquanto ameaça de determinado acontecimento futuro podem predispor o indivíduo a criar esquemas mentais propensos à dor. A ansiedade considerada uma resposta emocional básica frente à dor, na medida em que esta representa uma ameaça, está associada com um aumento

da percepção dolorosa e com factores que aumentam e complicam o risco de saúde física (Berber, Kupek, & Berber (2005).

Bonica (1992) e Bond e Hussar (1991) defendem que os estados de ansiedade podem provocar alterações a nível fisiológico, proporcionando a experiência de dor, pelo que se conclui que quanto maior a ansiedade, maior a dor sentida (Ribeiro, 1998).

A relação entre depressão e dor parece ser mediada por outros factores, como o desânimo aprendido e a atribuição de causalidade. Ou seja, são os aumentos na gravidade da dor que predizem alterações na vida do doente e uma diminuição do autocontrolo, o que se relacionam também com o aumento dos sintomas de depressão (Turk & Flor, 1999). Brown (1990) aponta a presença de dor crónica como um dos factores que prediz a depressão, sendo a relação inversa pouco frequente. A presença de sintomas depressivos em doentes com dor crónica prediz piores resultados físicos, menores benefícios da intervenção, maior frequência na percepção de dor e pior qualidade de sono (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

Em casos de pacientes com dor crónica, esta promove uma redução nos reforços positivos disponíveis levando à depressão, o que explica a alta morbidade psicológica nestes quadros, que pode levar o indivíduo a perceber-se de forma negativa, generalizando os seus pensamentos depressivos e negativos de forma inadequada (Menegatti, Amorim, & Avi, 2005).

Crenças acerca da Dor

Também as representações cognitivas contribuem para os resultados físicos e emocionais da intensidade da dor. Por exemplo, Spigel e Bloom (1983) evidenciaram a relação entre interpretação do significado da dor e dor e Williams & Wilkins (2000) descobriram que doentes que acreditavam que a dor era uma condição crónica não tinham sucesso na terapia.

Além disso, os doentes com dor crónica também diferem no grau em que percebem ter controlo (ou não) sobre a doença. De acordo com Tooney e Mann (1991), os doentes com locus de controlo interno elevado descrevem níveis mais baixos de dor. Conant (1998), concluiu que as pessoas com locus de controlo interno de saúde elevado tinham menor probabilidade de ter dor e, mesmo quando sentiam dor, a dor descrita não era tão severa como a relatada pelos indivíduos com baixo locus de controlo interno (Keef, Dunsmore, & Burnt, 1992).

Auto-Eficácia

A auto-eficácia é outra variável que prediz o nível de tolerância à dor. Para Bandura (1992), indivíduos com elevados níveis de auto-eficácia tinham maior tolerância à dor e maior activação opióide endógena. Além disso, a auto-eficácia promove a execução de movimentos físicos (como realizar tarefas quotidianas) e os resultados do tratamento (Keefe et al., 1992).

Apoio Social

Relativamente ao apoio social, a investigação demonstra que doentes com dor crónica que relatam níveis elevados de apoio social adaptam-se à dor com maior eficácia, dado que são mais activos, têm níveis mais baixos de stress psicológico e são mais encorajados a procurar ajuda médica (Keefe, & France (1999); Brannon & Feist, 1997). Também Jamison e Virtis (1990), citado por (Ribeiro, 1998) concluíram que as pessoas que têm um apoio familiar satisfatório, que vivem perto dos seus familiares e que também cultivam a sua rede de apoio lidam melhor com a dor, de forma mais adaptada e adequada.

Nem sempre a experiência dolorosa comporta simultaneamente factores orgânicos, fisiológicos e psicológicos. Quando a dor faz parte dos transtornos comportamentais e mentais, ou ainda de doenças psiquiátricas, os sintomas psicológicos associados à dor podem ser considerados como a causa ou a consequência (Frutuoso & Cruz, 2004). Em alguns casos de dor cuja lesão possui diagnóstico preciso e em que o tratamento é conhecido, parece que os sintomas psicológicos são a consequência da dor e, quando tratada a causa orgânica, os sintomas psicológicos desaparecem sem necessidade de intervenção psicológica (Wallis, Lord, Barnsley & Bogduk, 1998). Em algumas síndromes de dor crónica, (que incluem as cefaleias, as lombalgias as mialgias, as doenças articulares relacionadas com o trabalho e as cervicalgias) o modelo médico não se encaixa, sendo o modelo psicossocial mais adequado quando as queixas apresentadas no consultório são baseadas em ausência de sinais orgânicos mas que os indivíduos referem sofrimento e incapacidade (Oliveira, 2000).

Alencar e Leila (2002) sugerem que factores psicossociais predizem com mais eficácia as causas das lombalgias ocupacionais do que os factores biomecânicos. Os autores desenvolveram um estudo e concluíram que 69,3% do grupo avaliado referiu falta de motivação e de elogios, nomeadamente o reconhecimento e incentivo por parte

da empresa em que trabalha; 41% referiram queixas do supervisor. Os autores apontam ainda factores psicológicos tais como a tendência à depressão, o sentimento de tristeza e a ansiedade, e factores sociais, como a baixa educação e a insatisfação com o trabalho, como factores envolvidos na progressão para a cronicidade do mecanismo de lombalgia (Valat, 2004).

Para além destes, há ainda a implicação de outros factores como os valores e modelos culturais, as experiências anteriores, a idade e o ambiente.

1.4. Factores Psicossociais e Dor

Múltiplos factores psicossociais estão envolvidos na percepção e descrição da dor crónica, entre os quais os valores e modelos culturais, o género e a idade.

Modelos e Valores Culturais

A cultura é um sistema compartilhado de significados que é aprendido, interiorizado, mantido e defendido no contexto em que as pessoas interagem (Helman 2003). Esse sistema tem por função mostrar aos indivíduos a sua forma de ver o mundo, de o vivenciar e de se comportar perante as suas realidades, quer em relação ao meio ambiente natural quer às outras pessoas, o que faz com que diferentes culturas possam assumir diferentes atitudes em relação à dor (Zborowski, 1998). Segundo o autor, a cultura de um grupo transmitida de geração em geração através de símbolos, linguagem, rituais e artes fornecendo ao grupo a coesão e a sua continuidade influencia o limiar da dor, a tolerância à dor encorajada que representa a quantidade de um estímulo doloroso que um indivíduo suporta quando encorajado a tolerar níveis altos de estimulação e as expressões de dor, influenciando e condicionando, de cultura para cultura, os padrões de reacção à dor e o conhecimento das atitudes do indivíduo para esta, sendo este facto de extrema importância para a compreensão da reacção do indivíduo à dor (Zborowski, 1978). Essas atitudes são descritas como: expectativa da dor, aceitação da dor, a aprendizagem com a dor e ansiedade pela dor. É o caso do festival anual da suspensão em gancho, em algumas aldeias remotas da Índia, no qual um faquir é suspenso numa armação de bambu móvel, por dois ganchos através da pele e fixados aos músculos em posição paravertebral, sendo transportado de aldeia em aldeia para abençoar o povo e os campos. No final balança-se preso unicamente pelos ganchos, não mostrando qualquer

sinal de dor durante o estado de transe em que se encontra durante todo o ritual (Beymer,1995).

O papel da família também é muito importante na relação entre as experiências de dor e as reacções a estímulos dolorosos. A atitude da família perante uma vivência de dor condiciona a percepção da sensação dolorosa no indivíduo adulto (Wall & Melzack, 1996) tais como: que situações é que provocam dor; quais as circunstâncias que podem provocar a dor e que devem, por isso, ser evitadas; quais os métodos para aliviar ou evitar a dor; qual o comportamento certo e errado perante uma experiência de dor, quais as possíveis consequências da dor, como por ex. sentir a atenção do outro, etc., quais as atitudes face à dor alheia, como por ex. atenção aos outros, etc. Assim, todo o indivíduo tem conhecimentos, crenças, atitudes comportamentos aprendidos no seu contexto cultural, em relação à dor (Quartilho, 2001), porque cada cultura ou grupo social e, às vezes, até cada família, tem uma linguagem de sofrimento única e própria, que é um conjunto complexo de termos próprios por meio do qual os indivíduos enfermos ou infelizes fazem com que as outras pessoas se tornem cientes de seu sofrimento (Helman, 2003).

Zborowsky (1978) examinou os comportamentos de dor em quatro grupos culturais nos Estados Unidos e encontrou diferenças significativas, como por ex. os americanos que se desenvolveram no seio de culturas judaicas e italianas tinham um limiar mais baixo à dor, os Ítalo-Americanos queixavam-se do desconforto causado pela dor e os Judeus americanos tinham preocupações relativas às implicações futuras do sintoma. Estudos em americanos de origem irlandesa revelaram-nos mais propensos à negação da dor e os anglo-americanos mostravam-se menos expressivos na verbalização das suas queixas.

Apesar da importância histórica destes estudos sobre o papel da etnicidade na expressão dos comportamentos de dor, também é verdade que o seu impacto tem contribuído negativamente para a criação de estereótipos étnicos e intemporais para generalizações abusivas que se têm sobrepuesto a particularidades individuais e situacionais, contrastando assim com a necessidade de se compreenderem as situações peculiares dos indivíduos afectados pela dor – indivíduos com uma história única, com medos e ambições particulares que vivem nas suas comunidades e num determinado período histórico (Quartilho 2001).

Género

Unruh e Gender (1996) refere que as mulheres relatam níveis mais severos de dor e sofrimento mais grave, períodos de dor mais frequentes e de duração superior quando comparadas com homens. O autor também concluiu que as mulheres têm mais probabilidades de experimentar dores recorrentes e podem ter um risco aumentado de deficiência resultante de dor. O autor refere ainda que, apesar das mulheres relatarem mais dor que os homens, estas estão em maior risco de serem rotuladas como tendo um transtorno psicológico que as torna mais vulneráveis à dor. Fillingim (2003) realça que as mulheres possuem maior risco e maior severidade por muitas condições clínicas de dor, baixa tolerância à dor e referem mais dor que homens. Além disto, o sexo feminino apresenta algumas características anatomo-funcionais favoráveis à dor (nomeadamente menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menor adaptação ao esforço físico pesado), que podem contribuir para o surgimento das dores lombares (Silva, Fassa, & Valle 2004).

Idade

A idade tem também uma interferência na tolerância à dor e quanto mais idade o indivíduo tiver maior é a sua capacidade de suportar a sensação dolorosa. Enquanto a dor aguda ocorre com prevalência semelhante nos diferentes grupos ários, a prevalência da dor crónica aumenta com a idade (Andersson, Ejlertsson, Ledon, & Rosenberg, 1993; Helme & Gibson, 2001) Enquanto a criança só sente dor quando se exercem estímulos nocivos na superfície do seu organismo ou nos órgãos internos, à medida que vai crescendo, as experiências de dor por que passa, com a produção de um certo número de ideias, de acções ou de sentimentos, vão ficar ligadas às pessoas e às situações específicas do meio ambiente em que surgiram. Por isso, a dor começa a não poder significar apenas uma simples resposta fisiológica, mas a adquirir um valor psicológico normativo, que vai desempenhar um papel relevante no processo de adaptação do indivíduo (Andrade, 2001).

Hofland e Tarzian (2001) realçam que os adultos mais velhos percebem a dor como algo esperado e normal com o avançar da idade. Esta ideia é reforçada por outros autores como Ruzicka (1998) e Weiner e Rudy (2002). Estes últimos desenvolveram um trabalho com população adulta e concluíram que 43% da amostra atribuíam como causa de dor o normal processo de envelhecimento, e 36% referiu este sintoma como um sinal de advertência de doença.

A relação entre a dor e a idade pode ter como explicação a deterioração do sistema nervoso que se inicia por volta dos trinta anos. No entanto, a experiência do indivíduo mais velho, também é importante porque o pode ajudar a desenvolver mecanismos de suporte e superação da sensação dolorosa. Por ter vivido mais tempo, terá também uma aceitação diferente das possíveis consequências da dor (Urbano, Ferreira & Sampaio, 2000).

Pelo exposto, conclui-se que, ao longo do tempo, se tem verificado desenvolvimentos na forma como se perspectiva a avaliação e o tratamento da dor. O paradigma do olhar isolado do médico sobre a dor, na década de oitenta, em que os doentes com dor de longa duração apenas podiam esperar intervenções de carácter biomédico (Pearce & McDonald, 2001), tem sido substituído pelo olhar e intervenção multidisciplinar, estando hoje em dia disponíveis formas de avaliar a dor e programas de tratamentos que integram intervenções psicossociais, com provas de eficácia em especial no tratamento da dor crónica, reflectindo uma preocupação crescente das políticas de saúde, com ênfase na humanização dos cuidados, na qualidade de vida dos doentes. Segundo os autores, os factores psicossociais estão intimamente associados à problemática da dor crónica e manifestam-se como variáveis mediadoras e consequentes da mesma, que alteram a experiência de dor e, por isso, dignos de atenção clínica.

Neste contexto, as terapias cognitivo-comportamentais tornaram-se comuns como opção de tratamento não farmacológico para indivíduos que sofrem dor crónica não maligna (Kerns, Otis, & Marcus, 2001), constituindo-se a abordagem biopsicossocial como alternativa ao conceito biomédico da dor.

Em Portugal, celebra-se o Dia Nacional de Luta contra a Dor, desde 14 de Junho de 1999. Tem instituído um Plano Nacional de Luta Contra a Dor, no qual está definido o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, bem como orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais na abordagem da dor (Direcção Geral de Saúde, 2001). A dor é assumida como o 5º sinal vital (Direcção Geral de Saúde, 2003) onde se pode ler que “a dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é muitas vezes rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes”, pelo que os factores psicossociais devem ser sistematicamente avaliados em pacientes com dor lombar e levados em consideração em todo o seu processo, desde o diagnóstico ao tratamento.

1.5. Abordagem Energética da Dor

Do ponto de vista estritamente energético, há uma série de conceitos básicos necessários para se perceber o mecanismo da acção e os processos patológicos em geral e, a dor em particular (Aznar & Pérez, 1998).

O conceito de *Qi* não tem tradução e significa, “energia”, “força vital” e está associado a um carácter “fluido” que lhe permite adoptar formas diversas e ser diferente em função das suas circunstâncias (Ernest & White, 2001). O conceito *Qi* está no próprio âmago da acupunctura e assimilar a noção de *Qi* é o salto conceptual necessário para compreender a Medicina Chinesa (Mole, 1993).

Os *Canais ou meridianos* são vias de condução do *Qi* que coordenam e regulam todas as estruturas, actividades, funções, movimentos energéticos e materiais do organismo (Schipper, Chinch e Powell, 1994). Os sistemas de meridianos têm sido estudados na perspectiva da morfogénese e a relação entre a embriogénese e o sistema de meridianos é observada há décadas (Lorenz, Sung, & Liao, 1997). O “modelo da transdução do sinal epitelial embriogénico” propôs, nos anos 80, que o sistema de meridianos contém células epiteliais indiferenciadas e conectadas por junções “gap” que fazem a transdução de sinais e desempenham um papel fundamental na mediação dos efeitos da acupunctura (Shang, 2000). Os autores referem que o epitélio mantém, normalmente, uma diferença de voltagem de 30-100mV e esta voltagem representa não o potencial de membrana mas a diferença de potencial entre camadas celulares. Assim, um ponto de acupunctura com alta densidade de junções “gap” e elevada condução eléctrica também corresponde a um local com densidade de corrente eléctrica máxima, um ponto de convergência da corrente da superfície (Shang, 2001). Esse é um ponto singular (ponto de descontinuidade que promove a transição abrupta de um estado para o outro), da mudança rápida no fluxo da corrente eléctrica e pequenas alterações à volta dos pontos singulares têm efeitos sobre o sistema. O mapeamento do campo electromagnético do couro cabeludo mostra um ponto singular na superfície onde as trajectórias do fluxo magnético convergem e entram no corpo. Esse ponto coincide com o ponto 20 VG (*Bai Hui*), (Cohen, Palty, Cuffin, & Schmid, 1980). A via convergente do fluxo magnético no couro cabeludo coincide com o “Vaso Governador” do sistema de meridianos. No desenvolvimento, o destino de uma área mais ampla é controlado por um conjunto de células, os centros organizadores, pontos de alta condutibilidade

eléctrica na superfície do corpo, (Meinhardt, 1982) e a activação de centros organizadores pode estar envolvida nas funções apropriadas da cura de feridas e resposta ao stress (King, Schez, Jacob, & Martin, 1989). A acupunctura pode acelerar o processo de cicatrização de ferimentos e promover uma cura global e diminuição do stress (Guimarães, Pinge, Yamamura, & Melo, 1997). Técnicas que envolvem o estímulo dos meridianos, nomeadamente a acupunctura, pode activar o sistema de auto-organização de um organismo e melhorar a sua estrutura e função a um nível mais fundamental do que o alívio sintomático (Mcgee, Sancier, & Chom, 1996)

Os *Pontos de Acupunctura* ou pontos energéticos (Qixue) são os lugares particulares situados sobre os meridianos, por onde se manifesta a energia circulante e onde esta está acessível para realizar as intervenções terapêuticas (Ernest & White, 2001).

As relações entre os pontos de acupunctura e o córtex cerebral estão observadas e descritas na literatura (Liu, 1996; Filshie, & White, 1998). Por exemplo, disfunções visuais localizadas e tratadas pela medicina ocidental em pontos ao longo do eixo retina/nervo óptico/lobo occipital podem, segundo a medicina chinesa, ser diagnosticadas pelas alterações no pulso radial correspondentes aos canais da bexiga e da vesícula biliar. Por sua vez, tais condições podem ser tratadas mediante a introdução de agulhas ao longo desses meridianos, em pontos específicos do dedo do pé e da parte inferior da perna, (Liu, 1996; Filshie & White, 1998). De facto, o meridiano da bexiga é composto por 67 pontos, tem o seu início no ângulo interno do olho e o seu término no ângulo ungueal externo do dedo mínimo do pé, enquanto o meridiano da vesícula biliar, composto por 44 pontos, tem início no ângulo externo do olho e o seu término no ângulo ungueal externo do 4º dedo do pé.

Wu, Hsieh, Xiong, Yang, Pan e Chen (1999) bem como Schik, Eng-Keat, Russell, Blinder, Ferenc e Jolesz (2004) usaram a ressonância magnética funcional para avaliar a actividade cerebral em resposta à colocação de agulhas nos pontos de acupunctura, nomeadamente nos pontos Hegu (4GI) e Su Zan Li (36E), em pacientes normais e verificaram que estes pontos produziam actividade cerebral detectada por ressonância magnética. Lee e colaboradores (2003) testaram a inserção de agulhas no ponto 67 da bexiga, ponto tradicionalmente utilizado para tratar doenças dos olhos e detectaram, por ressonância magnética funcional, aumentos reproduzíveis do fluxo sanguíneo do córtex visual. Os efeitos foram comparados às alterações no fluxo sanguíneo do córtex visual

produzidas por estímulo da retina com flash de luz. Os autores detectaram ainda, pela estimulação do ponto Xiá Xi, 43 de Vesícula Biliar, forte activação do córtex auditivo, de forma semelhante ao estímulo auditivo directo com música.

Sob o ponto de vista energético a dor é interpretada como uma obstrução. O elemento obstruído pode ser a energia, o sangue, os líquidos orgânicos ou os alimentos e uma das manifestações ao obstáculo do fluxo energético é a dor (Sionneau & Lu, 2005). A obstrução pode ocorrer numa zona específica do corpo, num meridiano ou num órgão. Do ponto de vista do diagnóstico energético, a dor é interpretada segundo as oito regras do diagnóstico: o tipo de dor, Yin ou Yang, a natureza, frio, calor ou humidade, a localização, superficial ou profunda e o estado, excesso ou deficiência.

Relacionando os conceitos descritos anteriormente, pode-se explicar a acção da acupunctura como um sistema que modifica o desequilíbrio, interpretado como uma obstrução à passagem da energia nos meridianos, pela utilização de agulhas em pontos específicos, cuja acção é encaminhar e restabelecer o fluxo energético através dos meridianos (Aznar & Pérez, 1998).

1.5.1. Fisiologia da Acupunctura

Muitas teorias têm sido elaboradas sobre os mecanismos fisiológicos da acupunctura com o intuito de explicar os efeitos analgésicos desta. Filshie & White (1998) avançou com a hipótese de que um estímulo de um ponto de acupunctura específico fornece informação para áreas corticais correspondentes, permitindo que os centros cerebrais superiores regulem as actividades controladas pelos sistemas endócrino e autónomo. O autor defende que, para que isto ocorra, é necessário que o hipotálamo e o corpo amigdalóide desempenhem um papel fundamental tanto na mediação dos impulsos sensoriais para o córtex pré-frontal, quanto na recuperação de informação no córtex pré frontal. Para explicar os fenómenos da acupunctura nestes mecanismos neurobiológicos apresenta a teoria da B - endorfina, (Figura 2).

Naslund e Odenbring (2002) defendem que a resposta fisiológica da acupunctura ocorre a três níveis: um efeito local, que ocorre quando um ponto de acupunctura é estimulado através da inserção de uma agulha; o efeito sobre a medula espinal que ocorre após a inserção da agulha com a libertação de neuropeptídeos para o líquido cefaloraquidiano; o efeito ao nível cortical, com a libertação de endorfinas e serotonina.

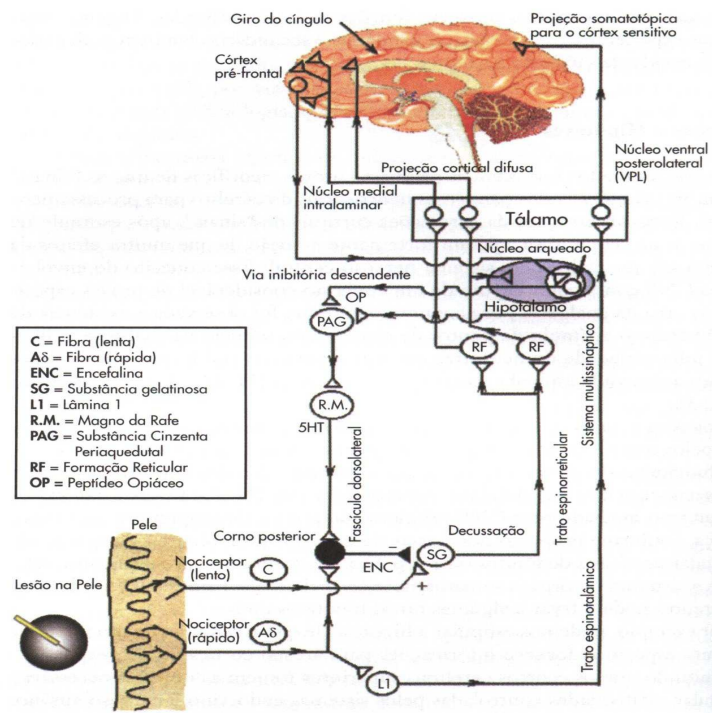


Figura 2 - Esquema da Teoria das Beta Endorfinas

Fonte: Stux e Hammerschlag (2005, pp. 102)

A Figura 2 representa uma hipótese do alívio da dor que envolve as áreas corticais superiores. O hipotálamo e outras áreas corticais superiores estão envolvidos na libertação da B-endorfina, bem como outros opiáceos e neurotransmissores. Esta hipótese sugere o envolvimento das áreas corticais superiores, como o córtex sensitivo e o córtex frontal, sobretudo o córtex pré-frontal e as áreas límbicas.

O fenómeno sensitivo-doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de acção que, das fibras nervosas periféricas, são transmitidas para o SNC. Os receptores nociceptivos são representados por terminações nervosas livres presentes nas fibras mielínicas finas A-delta e amielínicas C das estruturas superficiais e profundas do tegumento, da parede das vísceras e dos vasos sanguíneos e nas fibras correspondentes III e IV do sistema músculo-esquelético. Os nociceptores relacionados com as fibras C têm uma taxa de transmissão lenta e respondem a estímulos térmicos, mecânicos e químicos. Induzem uma dor surda ou mais prolongada, sensação de queimadura ou de prurido intenso, enquanto as fibras A-delta, que têm uma taxa de

transmissão rápida, respondem ao toque e a estímulos térmicos, transmitindo a sensação de dor aguda.

A estimulação dos pontos de acupuntura possibilita o acesso directo ao sistema nervoso central (Ristol, 1997; Farber, 1994). Através da inserção de agulhas, há estimulação das fibras sensitivas A, de condução mais rápida (mielínica), das fibras C, de condução mais lenta (amielínica), responsáveis pela condução da dor, em especial de características difusas as quais levam os estímulos até ao corno posterior da medula e este estímulo ascende pelo trato espinho-talâmico (Figura 3).

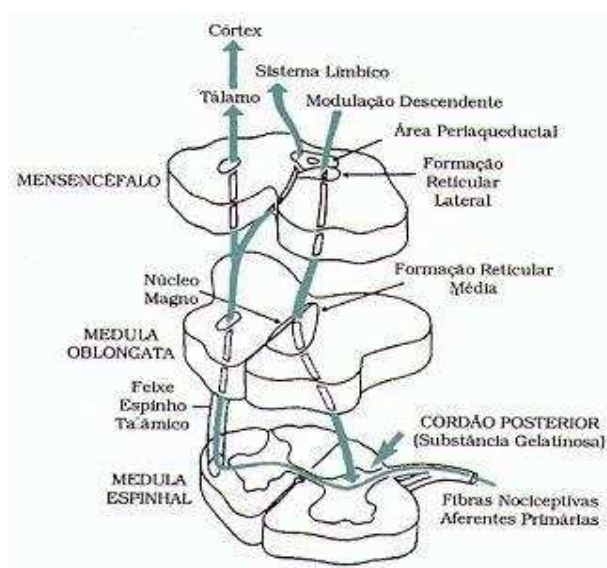


Figura 3 - Feixe Espinho-Talâmico

Fonte: Edzard e Adrian (2001, pp.44)

As fibras do tipo A, em especial as fibras Ab, são responsáveis pela percepção mais fina como o tacto e as fibras do tipo C pela condução da dor, em especial de característica difusa. (Lewith & Kenyon, 1984). Nas lâminas I, II, III e V do corno posterior da medula, são libertadas substâncias analgésicas, tais como a substância P, somatostatina e encefalina e no tálamo, através de mecanismos neuro-humorais e são libertadas substâncias, como a endorfina, encefalina e neurotransmissores, originando, além do efeito analgésico, um relaxamento muscular através de reflexo víscero - somático (Lewith & Kenyon, 1984). Por este mecanismo, ao estimularmos os pontos de acupuntura, estamos a agir como um apaziguador da dor.

De acordo com os autores, a acupuntura estimula as fibras nervosas nos músculos que enviam impulsos para a medula espinhal e activam três centros (medula espinhal,

mesencéfalo e hipotálamo/hipófise) para promover a analgesia. A medula espinal utiliza transmissores como encefalina e dinorfina para bloquear os estímulos aferentes de baixa frequência e outros, nomeadamente o ácido gama-amino-butírico ou GABA, para bloquear os estímulos de alta-frequência. O mesencéfalo utiliza a encefalina para activar o sistema de Rafe descendente, que inibe a transmissão da dor pela medula espinal, através de um efeito sinérgico das monoaminas, serotoninas e norpinefrinas. O mesencéfalo possui ainda um circuito que evita as ligações endorfinérgicas em estímulos de alta-frequência. Por fim, no centro hipotálamo/ hipofisário, a hipófise liberta B-endorfina, sendo este centro activado apenas por baixas frequências (Stux & Hammerschlag, 2005). Por conseguinte, quando as agulhas são inseridas próximo do local da dor ou ainda em pontos dolorosos (Ashi), eles maximizam os circuitos que estimulam os neurónios dentro da medula espinal e ainda os neurónios nos outros dois centros. Quando as agulhas se inserem em pontos distais da dor activam o centro hipotalâmico-hipofisário sem o benefício do efeito no local da dor. A inserção local de agulhas (segmentais) produz, normalmente, uma analgesia mais intensa que a inserção de agulhas distais, porque utiliza os três centros (Stux & Hammerschlag, 2005). Na electro-acupunctura, além da agulha é feita uma estimulação eléctrica dos pontos de acupunctura e o uso da acupunctura por laser (estimulação dos pontos de acupunctura sem agulha) é uma opção bastante utilizada em crianças e em pacientes que não apreciam submeter-se às agulhas.

CAPITULO II - LOMBALGIA

Este capítulo aborda a Lombalgia ao nível da anatomia da coluna vertebral, suas estruturas e quadro patológico. É ainda apresentada a lombalgia na perspectiva da medicina ocidental e da medicina tradicional chinesa, tendo em atenção os modelos etiológicos, conceptualização clínica e tratamento.

2. LOMBALGIA

2.1. Anatomia da Coluna Vertebral

A coluna é a estrutura que permite a sustentação estática e a funcionalidade dinâmica, composta por 33 vértebras distribuídas em: 7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sagradas e 4 coccígeas (Cherem, 2001; Putz & Pabst, 2000; Cailli, 2001). Cada vértebra possui basicamente um corpo, um grande forame (forame vertebral) e um processo espinhoso, um prolongamento delgado da vértebra. As vértebras sobrepõem-se umas às outras, pelas articulações posteriores entre os corpos vertebrais e os arcos neurais conferindo estabilidade e flexibilidade à coluna, condições necessárias para a mobilidade do tronco, postura, equilíbrio e suporte de peso (Dangelo & Fattini 1998; Cailli, 2001). No seu interior, os forames vertebrais, no seu conjunto formam o canal vertebral que segue as diferentes curvaturas da coluna. Este é largo e triangular nas partes em que a coluna possui mais liberdade de movimento, nomeadamente nas regiões lombar e cervical. e é pequeno e arredondado na região torácica, onde os movimentos são mais limitados. É no canal vertebral que a medula espinal se encontra e, por isso, protegida por ele (Dangelo & Fattini, 1998), (Figura 4).

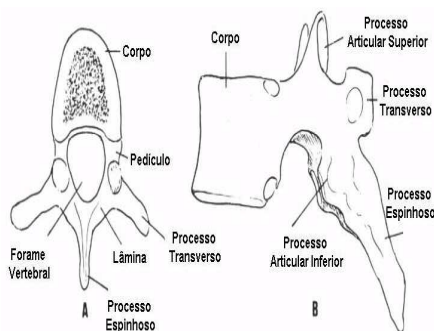


Figura 4 - Vértebra lombar

Fonte: Dangelo & Fattini (1998, pp. 374)

Os discos intervertebrais encontram-se em toda a coluna vertebral excepto entre a primeira e a segunda vértebra cervical (Cox, 2002). Os dois componentes básicos da estrutura do disco vertebral são o anel fibroso (parte externa) e o núcleo pulposo (parte interna) e, no seu conjunto formam uma articulação cartilaginosa. O núcleo pulposo é

um gel que corresponde a 40-60% do disco e é composto por 70 a 90% de água e proteoglicanos, com a capacidade de se deformar quando submetido à pressão, com participação nos mecanismos de absorção de choques e distribuição de forças, equilibrando as tensões. O anel fibroso é composto por uma série de camadas de fibras de colagénio dispostas em forma de espiral, encapsulando o núcleo pulposo. Este anel auxilia a estabilização da coluna e funciona como um ligamento (Vieira, 2000; Cox, 2002).

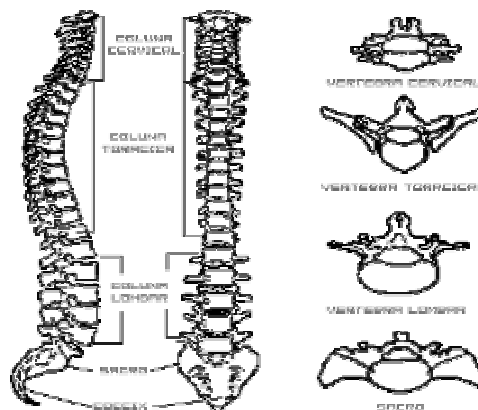


Figura 5 – Coluna Vertebral

Fonte: www.portaldacoluna.com

A coluna vertebral (Figura 5) possui 4 curvas sagitais: duas cifoses primárias, torácicas e sacral, e duas lordoses secundárias, cervical e lombar. A curva cervical, dorsal e lombar em posição erecta constitui a chamada postura fisiológica (Putz & Pabst, 2000) e a lordose lombar é provocada pelo esforço anti gravitacional dos músculos erectores e da fraqueza da musculatura abdominal.

Todas as vértebras e discos são conectados entre si pelos ligamentos, sendo os principais: o longitudinal anterior, o inter espinhal e supra-espinhal. Os músculos são compostos por uma ampla faixa de tecido espesso, com fibras longitudinais distribuídas em várias camadas, sendo que as fibras mais profundas unem as vértebras adjacentes (próximas) e as superficiais estendem-se por duas a quatro vértebras. (Cox, 2002). Além dos ossos e do disco, toda a coluna é percorrida por uma complexa rede de músculos, tendões e ligamentos que sustentam o corpo e, ao mesmo tempo, proporcionam força e flexibilidade, sendo os principais músculos responsáveis pelas posturas, os músculos flexores, os extensores, os rectos abdominais, os oblíquos internos e externos e os rotadores (Rasch, Philip, Burke, & Roger, 1977; Putz & Pabst, 2000).

Segundo Carnaval (1998); (Cox, 2002) a boa postura é aquela em que um indivíduo, em posição ortostática, exige pequeno esforço da musculatura e dos ligamentos para se manter nessa posição. Se os músculos que sustentam a coluna forem fracos pode-se acentuar notavelmente a curvatura em qualquer direcção e os ligamentos podem ficar sujeitos a tensões agudas ou crónicas, (Cailliet, 2001). Na perspectiva da cinesiologia, o equilíbrio está relacionado com a linha de gravidade que se estiver localizada anteriormente ao eixo de articulação lombo sagrada faz com que qualquer elevação de carga leve a um aumento da contracção dos músculos lombo sagrados do dorso; se a linha de gravidade estiver localizada atrás deste eixo, os músculos abdominais irão contrair-se. A posição erecta não é uma posição firme ou rígida mas sim o resultado de uma série de contínuos ajustes dinâmicos integrados com precisão e devidamente graduados pela transmissão centrípeta das sensações cinestésicas originadas nos músculos, ligamentos, tendões e aparelhos locomotores (Cox, 2002).

Na postura em pé, a maior parte do peso é transferida ao chão através dos pés, ficando os joelhos e o quadril quase ou totalmente estendidos, mas quando estamos sentados flectimos a articulação do quadril, o que leva à rotação de seus ossos e as pontas dos ossos que estavam voltadas para trás passam a apontar para baixo, provocando a rectificação da coluna lombar ou até a sua inversão. Assim, parte do peso do corpo é descarregada através das duas pontas dos ossos da bacia. Para se equilibrar e manter o tronco na posição erecta, os músculos paravertebrais desenvolvem uma contracção estática; como os músculos paravertebrais estão firmemente fixados nos corpos vertebrais, esta contracção muscular resulta no aumento da pressão nos discos lombares. Assim, para reduzir este esforço, o indivíduo tende a apoiar os cotovelos sob a mesa, reduzindo a carga muscular no dorso, o que pode resultar na compressão do nervo que passa superficialmente nessa região (Couto, 2000).

Quando deixamos a posição de pé e nos sentamos, verificam-se uma série de mudanças posturais no esqueleto e no funcionamento dos músculos. Na posição sentada, a inclinação do tronco para a frente provoca queda do corpo devido à acção da gravidade e nesta posição o indivíduo deve manter os joelhos semi-flexionados em cerca de 45° e com os pés apoiados, se necessário num apoio especial. Nesta posição, a flexão do quadril relaxa tanto o musculo psoas ilíaco que este é incapaz de se contrair suficientemente para traccionar a pelve que inclina naturalmente para trás sendo retida pelo estiramento do músculo retro femoral. Nesta posição, os abdominais traccionam a

grade costal para baixo e tendem a flexionar a coluna torácica, movimento este que é neutralizado pela contracção estática acentuada dos músculos extensores da coluna dorsal enquanto os extensores da coluna lombar estão distendidos. Quando os músculos isquiotibiais estão distendidos e os flexores abdominais contraídos, provocam o equilíbrio da pelve e da coluna na posição sentada (Rasch, Philip, Burke, & Roger, 1977; Putz & Pabst, 2000; Cailliet, 2001).

O principal grupo de afecções na coluna relaciona-se com as posturas e movimentos corporais inadequados e com as condições de segurança e higiene do trabalho, que determinam actividades laborais anti ergonómicas, capazes de produzir danos na coluna vertebral (Caraviell, Wasserstei, Chamlian & Masiero, 2005). Os vícios posturais adoptados durante o desenvolvimento das actividades ou durante o descanso provocam tensão e contracção muscular, rupturas e traumatismos leves, provocados por esforços que comprometem os músculos e os ligamentos que sustentam a coluna, manifestando-se muitas vezes em primeiro lugar por dor nas costas, entre elas na região lombar, assumindo assim a situação clínica de lombalgia (Cox, 2002).

As crises de dor nas costas são a causa mais comum de faltas ao trabalho nos países desenvolvidos, provocando, além do problema médico, também um problema económico, pois atinge principalmente a população em idade economicamente activa, podendo ser altamente incapacitante, e é uma das mais importantes causas de absentismo (Freire, 2000) e 80% da população mundial, pelo menos uma vez na vida, vai sofrer de lombalgia (Caraviello et al., 2005).

A dor lombar (Lombalgia) pode ser definida como uma “dor no terço inferior da coluna, mais especificamente entre as vértebras L1 e L5 e aparece frequentemente associada a lombociatalgia em que a dor é irradiada para os membros inferiores através do nervo ciático, por vezes acompanhada de um espasmo nos músculos da região lombar (Rosental, 2002). Segundo o autor, esta patologia atinge os dois sexos de igual forma e surge em qualquer tipo de actividade laboral. A maioria destas pessoas pode manter as suas actividades habituais, mas na maioria das vezes fazem-nas com períodos de desconforto ou dor e cerca de 30% deste grupo faltará ao trabalho devido à lombalgia.

2.1.1. Dados Epidemiológicos

A dor lombar constitui uma causa frequente de morbilidade e de incapacidade, sobreposta apenas nos distúrbios dolorosos que afectam as pessoas pelas cefaleias. No entanto, no atendimento primário, para apenas 15% das lombalgias e lombociatalgias é encontrada uma causa específica (Campbell & Muncer, 2005).

A prevalência da lombalgia é conhecida em vários países, havendo mesmo estudos que demonstram uma tendência a aumentar (Waddell, 2004). Na população em geral, oscila entre os 10 e os 45% e a sua incidência é de 5 a 10% (Queiroz, 1996). No Reino Unido, a prevalência da lombalgia é de 59%, com um predomínio no grupo etário 45-59 anos, sendo a principal causa de absentismo laboral (Papageorgiou, et al., 1995). Na Suíça, a prevalência da lombalgia foi estimada em 20,2% a 28,5% nos homens e entre 31 % e 38,5% nas mulheres (Eggimann et al., 2000). Na Noruega, a prevalência de lombalgia crónica para o sexo masculino e feminino é de 2,4% e 1,7%, respectivamente (Hoddevik & Selmer, 1999).

Nos Estados Unidos, a lombalgia é a primeira causa das consultas de reumatologia, a primeira causa de limitação da capacidade funcional nas pessoas com idade inferior a 45 anos e a segunda causa da procura de consultas em clínica geral (Andersson, 1999; Waddell, 2004). A estatística nacional, nos EUA, indica uma prevalência anual geral na população norte-americana, de 15 a 20% e, entre essas pessoas em idade produtiva, 50% admitem ter episódios de dor lombar. Por ano perdem-se aproximadamente 175 milhões de dias de trabalho, com perda adicional de produtividade de 20 biliões de dólares (Ijzelenberg & Burdorf, 2004).

Na França, a lombalgia representa 2,5% da prescrição dos medicamentos e 8% dos exames radiológicos e 30% da actividade dos fisioterapeutas. Afecta igualmente os dois sexos até aos 60 anos de idade, embora seja mais frequente entre os 30 e os 40 anos e parece haver, depois dos 60 anos, uma predominância no sexo feminino (Krause, Rugulies, Ragland, & Syme, 2004). Para Rosenthal (2002), 60% a 80% das pessoas poderão ter de encarar uma lombalgia pelo menos uma vez durante a sua vida e 90% dessas pessoas apresentarão mais de um episódio. A alta prevalência de lombalgia foi demonstrada entre os adolescentes jovens e na idade adulta (Taimela, Kujala, Salminen, Viljanen & Hakala, 2002; Hestbaek, Leboeuf-Yde, & Kyvik, 2006), tendo os autores concluído que a probabilidade de se sofrer desta situação aumenta com a idade. Hakala,

Rimpela, Salminen, Virtanen, & Rimpelä (2002) sugere que para se ter uma ideia da prevalência da lombalgia, se deve utilizar a regra dos 5 e que consiste em determinar o seguinte: 1/5 da população geral sofre de lombalgia; destes doentes, 1/5 recorre ao médico de família; destes, 1/5 das pessoas são enviadas ao especialista, o qual por sua vez interna 1/5 dos doentes e dos doentes internados, 1/5 necessita de fazer uma cirurgia.

Em Portugal, os estudos de prevalência de lombalgia são escassos e realizados em meio hospitalar (Quintal, 1993), conhecendo-se muito pouco sobre os dados epidemiológicos desta patologia em Portugal. Ponte (2000) apresenta os resultados de um trabalho de investigação desenvolvido num Centro de Saúde da Região Norte, em que um dos objectivos era determinar a prevalência de lombalgia em adultos portugueses. A autora concluiu que a prevalência de lombalgia foi de 49% com intervalo de confiança a 95 %. As faltas ao trabalho devidas a dor lombar foram de 18,6%, com uma média de 2,5 dias de faltas. As mulheres apresentaram uma prevalência de lombalgia superior à dos homens, 54,2% e 44,2%, respectivamente, não sendo esta diferença estatisticamente significativa. Relativamente à idade, a autora verificou que a dor lombar tem maior prevalência no grupo de 50-65 anos de idade sendo mais frequente nos viúvos e divorciados comparativamente com os solteiros e casados (Ponte, 2005).

Coelho, Almeida e Oliveira (2005) concluíram que a prevalência da lombalgia nos adolescentes na Região da Grande Lisboa é de 39,4% e, na maioria dos casos (72%), a lombalgia foi «uma situação benigna» resolvida espontaneamente em dois dias, mas pelo menos um em cada quatro jovens “sofredores” recorreu ao apoio externo (por exemplo tratamento médico, fisioterapia) e 13% tornaram-se “sofredores” de lombalgia com agravamento do quadro inicial.

2.1.2. Quadro Patológico da Lombalgia

O quadro patológico da lombalgia classifica-se em agudo, sub-agudo ou crónico em função do factor tempo (Marras, 2000). A lombalgia é considerada aguda quando tem uma duração inferior a 6 semanas, sub – aguda quando permanece entre as 6 e as 12 semanas e crónica quando a sua duração é superior a 3 meses (Kendall, Linton, Main, 1997; Waddell, 1998; Andersson, 1999).

A causa precisa da lombalgia aguda pode ser identificada em 20% dos casos nomeadamente um traumatismo específico ou uma actividade extenuante podem provocar dor. Entretanto, 80% das vezes a causa da lombalgia não é óbvia, sendo assim assumida como uma lombalgia não específica (Hulley, Cummings, & Browner, 2003). O prognóstico costuma ser muito bom, em 90% dos casos a dor desaparece num período de quinze dias. No entanto, em 10% dos casos, os sintomas podem ser mais duradouros (Andersson, 1999; Hulley, Cummings, & Browner, 2003).

A maioria das pessoas fica sem dor num período de 3 meses (Andersson, 1999) mas, em certos casos, a dor não melhora como esperado ou as crises começam a repetir-se com frequência, ultrapassando os três meses, desenvolvendo uma lombalgia crónica com limitações nas actividades do dia a dia, dificuldades no trabalho, alterações no humor, no sono, e quadros psicológicos depressivos (Sardá, 2000), depressão, irritabilidade e, em casos extremos, o suicídio (Abyholm & Hjortahl, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (1998) refere que lombalgia crónica resulta da progressão de uma lombalgia aguda não resolvida e pode ser causada por doenças inflamatórias, degenerativas, alterações congénitas, debilidade muscular, predisposição osteoarticular, sinais de degeneração dos discos intervertebrais, entre outras. É caracterizada por ter um início impreciso, com períodos de melhoria e de agudização e quando evolui para a cronicidade, os pacientes costumam apresentar alguma alteração estrutural, nomeadamente: uma espondilite, um quadro degenerativo, uma discopatia dolorosa, ou uma patologia músculo-esquelética.

2.2. A Lombalgia na Medicina Ocidental

2.2.1. Modelos Etiológicos

Entre os principais factores de risco das lombalgias incluem-se a altura superior a 1,80m no homem e 1,70m na mulher, a obesidade, a diminuição da força dos músculos dorsais e abdominais, as alterações do equilíbrio estático (hipercifose dorsal, hiperlordose lombar); as malformações da coluna vertebral, gravidez; traumatismos; condução automóvel; desportos violentos, entre outros (Queiroz, 1996). Alguns destes factores de risco estão relacionados com a actividade profissional, trabalhos pesados, elevação de cargas, posturas prolongadas em pé, movimentos frequentes de flexão ou de

rotação, colocando na origem da lombalgia os problemas mecânicos da coluna vertebral devido às alterações na sua função. A estas causas mecânicas, juntam-se as degenerativas, formando o grupo das causas orgânicas da lombalgia (Queiroz, 1996).

Dentro das causas mecânicas, podemos destacar as causas musculares que com alguma frequência são a causa da lombalgia em que a dor resulta de um estiramento agudo (lombalgia aguda), provocada por traumatismo, por esforços repetidos, por actividade não habitual, posições inadequadas para fazer certos movimentos ou para trabalhar e /ou por erro postural, por posições não ergonómicas no trabalho ou por tónus muscular deficiente. Neste caso a dor é localizada em áreas circunscritas de músculo ou grupos musculares próximos da coluna. (Queiroz, 1996).

A degeneração do disco intervertebral pode estar presente em pessoas com 50-60 anos de idade e tem sido significativamente mais frequente nas pessoas que referem dor na coluna, quando comparados com as que a não referem (Adams, Mcmillan, Green, & Dolan, 1996). No entanto, a degeneração do disco na coluna lombar não foi significativamente associada à carga ocupacional, história de lesões na coluna, exposição à vibração no desenvolvimento da actividade profissional ou ao tabagismo. Os factores genéticos são apresentados como grandes responsáveis na degeneração do disco. Num estudo com 115 pares de gémeos demonstrou-se que a herança genética era responsável por 50 a 60% das alterações do disco (Revel, 2006).

Num grupo de 65 pacientes submetidos a cirurgia do disco lombar, 44,6% tinha uma história familiar de doença degenerativa, enquanto 25,4% dos pacientes no grupo de controlo tinham uma história familiar negativa. No grupo de estudo, 18,5% dos pacientes já tinham realizado uma cirurgia à coluna, comparado com 4,5% no grupo de controlo, o que leva a concluir que pode existir uma predisposição familiar à doença degenerativa do disco juntamente com outros factores de risco (Adams, 1996). Dos factores individuais, a idade pode ser o mais importante, enquanto o sexo, o tabagismo e a postura corporal são apresentados como factores prováveis de risco para o desenvolvimento da lombalgia (Anderson, 1999). O autor refere que os factores ocupacionais estão também associados a um risco aumentado de dor lombar, com destaque para o trabalho físico pesado; posturas de trabalho estáticas; inclinar-se e girar o tronco frequentemente; levantar, empurrar e puxar, trabalho repetitivo; trabalho sujeito a vibrações e os factores psicológicos, nomeadamente o stress e a ansiedade (Anderson, 1999).

A obesidade é também considerada como uma das causas da lombalgia. De facto o excesso de peso, associado à flacidez e à distensão da parede abdominal produz maior pressão sobre os discos intervertebrais, as raízes nervosas, as articulações e os ligamentos, causando dor por causa mecânica (Marras, 2000). Há um outro grupo de causas da lombalgia, mas que é muito menos frequente e que engloba: a osteoporose, espondilite anquilosante e tuberculose óssea (Queiroz, 1996).

As causas psicossociais também são muito frequentes nas situações de lombalgia (Queiroz, 1996). A perda recente de um familiar, uma mudança no emprego, um divórcio, um conflito familiar, etc. pode estar na origem das queixas que levam o doente ao médico (Queiroz, 1996). Com grande frequência, podemos encontrar associados à lombalgia a depressão e a ansiedade. Estas, por sua vez, podem prolongar o quadro doloroso, o que gera angústia, incapacidade e insatisfação, seja no trabalho ou na vida social (Caraviello et al., 2005).

De facto, a dor lombar crónica não decorre de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas, nomeadamente factores sócio-demográficos como a idade, o sexo, a escolaridade; comportamentos de saúde como o fumo e actividade física; condições de trabalho como trabalho físico pesado, trabalho sujeito a vibração, posição viciosa, movimentos repetitivos e outros como a obesidade e a morbilidade psicológica, o que torna a lombalgia como uma síndrome de etiologia multifactorial (Keyserling, Pinnett, Fine, & Trunk, 2000).

2.2.2. Conceptualização Clínica

Para formular um diagnóstico correcto de Lombalgia é fundamental ter atenção, o motivo da consulta. Há doentes que quando consultam o médico referem emoções extremamente fortes como o medo, zanga, ódio, remorsos, culpa, etc. e o desconforto gerado por estes sentimentos não expressos, pode produzir sintomas como fadiga, cefaleias e lombalgias” (Queiroz, 1996). Na consulta é ainda muito importante o exame físico que contempla a inspecção, a palpação, a irradiação da dor, a intensidade, os factores de agravamento ou de acalmia da dor e a sua evolução desde que apareceu. É necessário ter em atenção que os sintomas variam de pessoa para pessoa considerando a natureza e a lesão do disco intervertebral envolvido (Keyserling, Pinnett, Fine, & Trunk, 2000). O diagnóstico diferencial das doenças da coluna vertebral é bastante amplo, mas

sabe-se que boa parte das afecções está relacionada com a postura e movimentos corporais inadequados (Caraviello et al., 2005). Normalmente, numa fase inicial (aguda) os doentes queixam-se duma dor que vai e vem e que se agrava com alguns movimentos, nomeadamente com movimentos de flexão ou de carga, enquanto num estado mais avançado as queixas relacionam-se com dor na posição de sentado ou de pé por longos períodos de tempo e melhoram com a hiper extensão da coluna lombar (Keyserling et al., 2000; Campbell & Muncer, 2005). É necessário excluir a presença de uma hérnia discal em que a dor se manifesta unilateralmente com irradiação para um dos membros inferiores (Queiroz, 1996; Nachemson & Jossion, 2000).

Não menos importantes são os exames complementares de diagnóstico: o raio X à coluna, de perfil, anterior ou posterior é muito importante no diagnóstico da doença da coluna, nomeadamente na patologia discal e degenerativa. Existem ainda outros exames complementares, nomeadamente a tomografia axial computadorizada e a ressonância electromagnética que, não sendo exames de primeira linha na avaliação da coluna lombar, são muito importantes na avaliação da lombalgia, quando esta não é possível apenas com os raios Xs. Todos os exames referidos são de extrema importância e é muito importante *“estar atento e procurar os sinais radiológicos das patologias menos frequentes, tais como lesões osteófiticas ou osteocondensações do corpo vertebral, bem como sinais de osteoporose”* (Queiroz, 1996, pp.398).

2.2.3. Tratamento

Para além da dor, normalmente os doentes com lombalgia apresentam alterações ao nível da flexibilidade lombar, do relaxamento e do equilíbrio estático (Luoto, Salto, Taimela, Hurri, Pyykko, & Alaranta 1998). De facto, diferentes danos iniciais ao nível da coluna, podem levar a uma hipertonia muscular e, conseqüentemente, a uma circulação inadequada, o que estimula e acentua a dor, levando a longo prazo à imobilização, acentuando-se ainda mais com a cronicidade da dor (McGorry, Webster, Snook, & Hsiang, 2000; Abenhaim, Rossignol, Valat, Nordin, Avouac, Blotman, et al., 2000).

Na medicina convencional, os tratamentos para a lombalgia podem ser farmacológicos e não farmacológicos. Há vários recursos terapêuticos à disposição, que incluem o uso de medicamentos, medidas físicas de termoterapia e programas de

exercícios que visam o melhor condicionamento muscular, alinhamento postural e relaxamento. Tais formas de tratamento podem ser usadas em associação ou isoladamente. No entanto, algumas vezes não se consegue obter o resultado esperado (Lima, Seguchi, Imamura, Saito & Pinho, 1999). No primeiro caso, o tratamento farmacológico nas lombalgias e lombociatalgias, após afastadas causas específicas como neoplasias, fracturas, doenças infecciosas e inflamatórias, deve ser centrado no controle sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional o mais rapidamente possível (Waddell, 1998). Os medicamentos utilizados podem ser os analgésicos e os anti inflamatórios, relaxantes musculares, tomados isoladamente ou em associação, para combater a dor e assim melhorar o movimento da coluna. Associado a este tratamento, normalmente é recomendado o repouso, que não deve ser muito prolongado, devido aos problemas da inactividade sobre o aparelho locomotor. Logo que a actividade e a deambulação forem possíveis, o paciente deve ser estimulado a retomar gradualmente as suas actividades habituais, favorecendo o retorno ao trabalho e diminuindo a limitação funcional a longo prazo e a taxa de recorrência (Waddell, Feder, Lewis, 1997; Bromeen, Krom & Wilmink, 1999;).

Relativamente aos tratamentos não farmacológicos, temos a fisioterapia, com a aplicação de frio, eficaz sobretudo quando a dor é de origem traumática; a aplicação de calor, eficaz sobretudo nas situações crónicas; a aplicação de ondas curtas, laser e ultrassom, o treino de resistência muscular, os alongamentos, ou outros exercícios escolhidos livremente, tendo-se mostrado a extensão lombar, particularmente eficaz (Hartigan, Rainville, Sobel, & Hipona, 2000). Embora os exercícios terapêuticos não pareçam ter benefícios num estado agudo, alguns tipos de exercício parecem ser eficazes quando a dor se torna crónica (Van, Malmivaara, Esmail, & Koes, 2000). O exercício de vibração de corpo é um dos tipos de exercício que está actualmente a ser utilizado na reabilitação da lombalgia (Rittweger, Beller, & Felsenberg, 2000) proporcionando um aumento da actividade muscular através de alongamentos reflexos tendo sido demonstrado que existem aumentos da potência metabólica durante os exercícios de vibração, sugerindo uma melhoria da actividade dos músculos do tronco (Rittweger, Schiessl, & Felsenberg, 2001).

Uma outra opção de tratamento é a cirurgia que, segundo Gill e White (1955) é indicada quando a sua principal causa é a estenose ao nível do canal e do forame havendo por isso a necessidade de uma intervenção, laminectomia e foramnectomia

isoladas ou associadas. A cirurgia está também indicada nos casos de défice neurológico grave agudo, com ou sem dor; na lombociatalgia hiperálgica e, nas outras de menor intensidade, mas cujas melhorias não se verificam após 90 dias com o tratamento farmacológico (Gibson, Grant, & Waddell, 1999).

Molin e Barros (1996) desenvolveram uma investigação com 25 pacientes submetidos a cirurgia lombar, tendo concluído que 60% dos pacientes obtiveram resultados satisfatórios e 40% resultados não satisfatórios. Os autores referem ainda que em pacientes biologicamente jovens, que tenham hérnia de disco lombossagrado sintomática com indicação cirúrgica, a cirurgia terá maior probabilidade de resultados satisfatórios a longo prazo, se, associada à discectomia, for realizada a artrodese lombossagrada, que consiste numa fixação de vértebras vizinhas com uma ponte de osso, mantendo-as alinhadas e estáveis.

2.3. A Lombalgia na Medicina Tradicional Chinesa

2.3.1. Modelos Etiológicos

Para o pensamento chinês e para a medicina tradicional chinesa, a “energia” (Qi) é a base de toda a existência: a Vida, a Terra, o Universo, a Natureza e o ser Humano. A energia origina a matéria e a matéria tem origem na energia. O Yang origina o Yin, o Yin o Yang. Deste equilíbrio, mais ou menos variável, surge a noção de saúde em Medicina Tradicional Chinesa e as perturbações patológicas são energéticas, podendo ter maiores ou menores repercussões na matéria (Choy, 2000).

A lombalgia, designada por Yao Tong, é definida por uma dor unilateral ou bilateral na região lombar, devida a uma alteração energética ao nível nesta região, classificada como “o palácio do Rins” (Wang, 1999). Esta região fornece ao ser humano a força necessária para que possa suportar o peso do corpo e dos objectos. Para Wang (1999), esta zona corporal pode ser afectada por esforço físico excessivo ou contínuo, idade, excessiva actividade sexual e por uma invasão da região lombar, provocada por factores patogénicos externos, nomeadamente o frio, o vento e a humidade, que assumem a condição de “energias perversas” ao organismo. Estes factores, isolados ou em conjunto, provocam uma deficiência da energia do rim, ou uma plenitude devido à obstrução da passagem energética, culminando na manifestação “dor” na região lombar.

A lombalgia diferencia-se em duas categorias: lombalgia por deficiência (Xu), devia à insuficiência da energia do rim e lombalgia por plenitude (Shi), devido à obstrução dos vasos resultante de uma agressão externa, por factores designados de patogénicos, nomeadamente: frio, humidade, vento ou calor, ou por estase de sangue (Legge, 1997; Vangermeersch & Sun Pei-Lin, 2001). Assim, a lombalgia tem como causas, factores de origem interna e factores de origem externa. A lombalgia de causa externa, representada pela obstrução dos meridianos da região lombar, é provocada por agentes patogénicos externos, particularmente a humidade (Legge, 1997; Sionneau & Gang, 2005). Quando a humidade agride o organismo, a lombalgia traduz-se por uma dor lombar “surda” associada à sensação de peso nesta região anatómica. À energia perversa, humidade, podem ainda estar associadas as energias perversas frio, vento ou calor, como causas de lombalgia de origem externa. Ainda dentro das lombalgias de causa externa, temos as de origem traumática, em que a dor surge porque existe uma má circulação do sangue que estagna nos meridianos da região lombar e consequentemente má circulação da energia (Wang, 1999; Sionneau & Gang, 2005).

A lombalgia de causa interna tem como factores responsáveis: a fadiga física, um excesso de actividade sexual ou deficiência do corpo devido à idade (velhice). Nestes três casos a essência energética é deficitária, podendo chegar à exaustão e a uma deficiência do Qi e do sangue, impedindo que os músculos e os tendões sejam alimentados ao nível da região lombar, (Legge, 1997; Vangermeersch & Sun Pei – Lin, 2001; Wang, 1999; Sionneau & Gang, 2005).

As emoções podem igualmente estar na origem da dor lombar. A ansiedade e os pensamentos obsessivos lesam a energia do baço; a cólera lesa o fígado e as frustrações lesam o rim. Todos estes factores perturbam o mecanismo do Qi, por consequência o Qi dos rins estagna por deficiência e o “palácio dos rins” não é mais alimentado levando ao surgimento da lombalgia (Yin & Liu, 2000). Dentro das causas internas da lombalgia, encontramos ainda certas substâncias patológicas produzidas pelo organismo, nomeadamente a humidade, as mucosidades e humidade associadas, a acumulação de alimentos e a retenção de líquidos que quando afectam a região lombar provocam a lombalgia (Vangermeersch & Sun, 2001). No sentido de tornar mais perceptível a

conceptualização clínica da lombalgia, na Medicina Tradicional Chinesa, apresenta-se um esquema, (Figura 6¹), adaptado de Wang (1999).

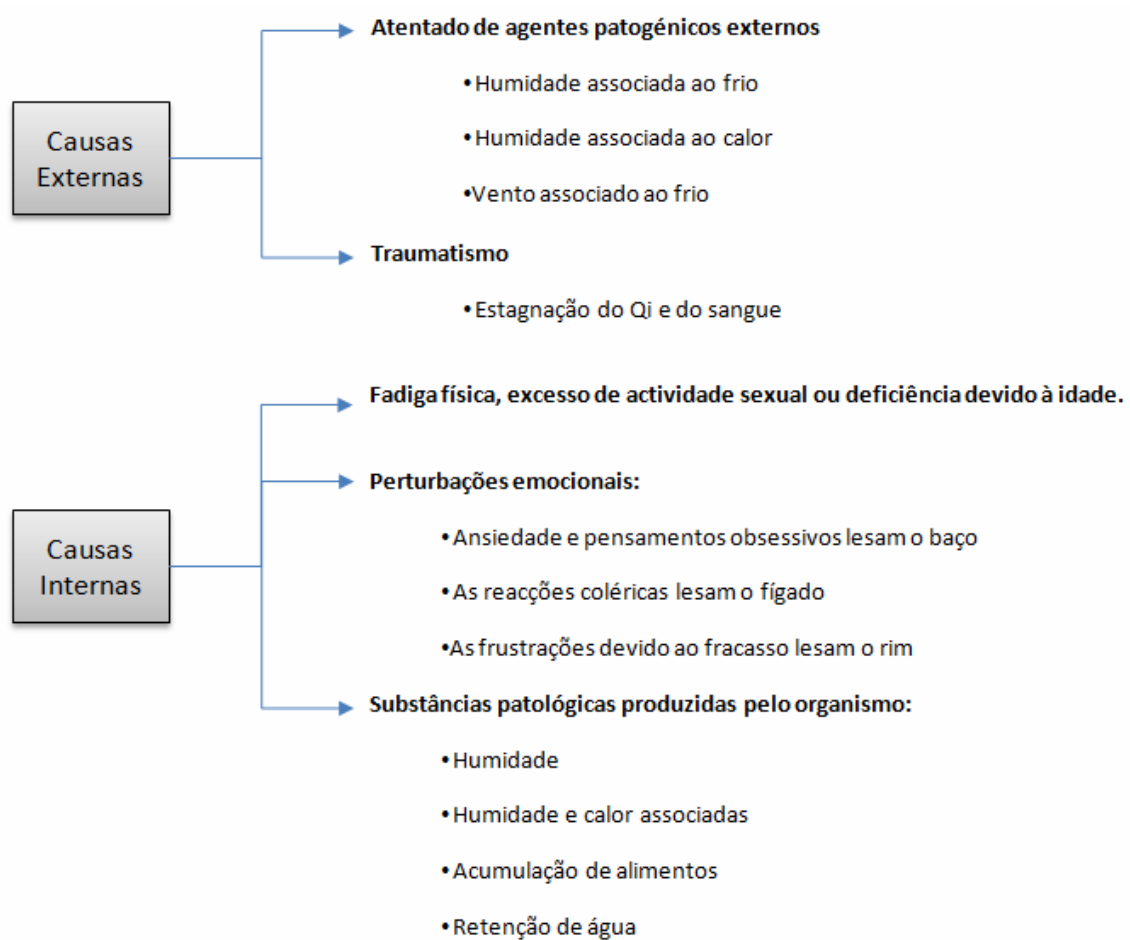


Figura 6 - Etiologia da Lombalgia na Medicina Tradicional Chinesa

2.3.2. Conceptualização Clínica

Em medicina tradicional chinesa há a considerar seis pontos importantes na avaliação da lombalgia, nomeadamente: a idade e a constituição física do indivíduo; o clima e a região onde habita; a existência ou não de excesso de trabalho e de actividade física e intelectual. a localização da dor e os sintomas concomitantes (Sionneau & Lu 2005). A lombalgia aguda é aquela que evolui rapidamente, em indivíduos jovens ou robustos, que se agrava com o movimento, corresponde geralmente ao síndrome de plenitude (Shi), (Wang, 1999; Maciocia, 1998). A lombalgia crónica, com uma evolução lenta, em que a dor diminui com o repouso e agrava-se progressivamente com

¹ etiologia da Lombalgia, adaptado de Wang Xi Zhe, (1999), pp. 41

o movimento, presente em indivíduos com mais idade ou de constituição psíquica frágil e com agravamento em caso de fadiga, é definida como um síndrome de deficiência (Xu) por deficiência da energia (Qi) dos rins, (Maciocia, 1998).

Relativamente à influência do clima na lombalgia, de uma forma geral a lombalgia surge com mais frequência no Inverno e nas regiões onde o clima é mais frio e húmido, ou ainda onde existem maiores níveis de humidade, agravando-se nos casos em que esta é associada ao calor (Vangermeersch & Sun 2001).

Nos casos em que a alimentação contém excesso de gordura, de açúcar ou com álcool, a lombalgia é geralmente causada por humidade associada a mucosidades (Wang, 1999). Quando a lombalgia resulta de um excesso da actividade sexual, considera-se que a lombalgia é devida a uma insuficiência da essência dos Rins, enquanto se a dor resultar de uma ansiedade excessiva com pensamentos obsessivos, esta é devida a uma insuficiência do Baço (Sionneau & Lu, 2005). Quando resulta de uma emoção não expressa, que afecta o fígado, a lombalgia é devida a uma estagnação da energia (Qi) do fígado, enquanto se resultar de frustrações que afectam a mente, a lombalgia é devida à deficiência da energia (Qi) dos rins e do coração (Vangermeersch & Sun 2001).

Relativamente à localização da dor, torna-se necessário esclarecer o local da dor e sua irradiação, os antecedentes, pesquisa de lesões traumáticas, tumefacções locais entre outras (Maciocia, 1998). Em medicina tradicional chinesa, na avaliação da lombalgia, distinguem-se três tipos de dor: a primeira, uma dor “surda” e difusa acompanhada de adormecimento local em que a rotação do tronco é difícil e a dor não se agrava à pressão. Esta dor é causada por deficiência da energia dos rins; a segunda, uma dor “aguda de evolução rápida”, que se agrava à pressão e em que a rotação do tronco é impossível, podendo a dor irradiar para o membro inferior. Esta dor corresponde a um atentado externo ou a uma estase de sangue; a terceira, em que a dor lombar “é acompanhada por uma sensação de mal-estar e de distensão da região lombar” devido à acumulação de humidade de mucosidades (Legge 1997; Wang, 1999).

De acordo com a localização da dor, identificamos os meridianos afectados. Assim, a lombalgia do meridiano (Tay Yang do pé), meridiano da bexiga, caracteriza-se por ser uma dor que vai desde as vértebras cervicais até à região sagrada; a lombalgia do meridiano (Yang Ming do pé), meridiano do estômago, caracteriza-se por uma impossibilidade de rotação e, ao tentar rodar o tronco, a dor intensifica-se pois o

meridiano do Estômago atravessa o tórax e o abdómen; a lombalgia do meridiano da Vesícula Biliar (Shao Yang do pé), caracteriza-se pela impossibilidade de realizar a flexão e a extensão do tronco associada a mobilidade reduzida da região cervical. Neste caso, a lombalgia acompanha-se de uma sensação de formigueiro; a lombalgia do meridiano do Baço (Ta yin do pé), é caracterizada por uma dor que irradia para a região hipogástrica, hipocôndrio e fossa ilíaca, tornando a extensão do tronco completamente impossível; A lombalgia do meridiano do Fígado (Jue Yin do pé), é acompanhada de uma forte tensão muscular na região lombar, podendo esta dor irradiar até aos flancos (Maciocia 1998; Sionneau & Gang, 2005).

2.3.3. Tratamento

Em medicina tradicional chinesa, o princípio base de todo o tratamento é restabelecer o desequilíbrio energético (Leeg, 1999). O tratamento da lombalgia crónica é prescrito de acordo com os sintomas, meridianos afectados e a etiologia da dor. Se a dor lombar é causada por frio e humidade, que penetrou ao nível da região lombar e está a obstruir os meridianos, impedindo que a circulação do Qi e do sangue circule, o doente vai apresentar uma dor lombar acompanhada de uma sensação de frio, a dor não melhora com o repouso e pode mesmo agravar-se, mas que se atenua com a actividade, piora com a chuva e melhora com o calor. Nesta situação, o princípio terapêutico é expulsar a humidade, aquecer os meridianos e desobstruir as ramificações (Wang, 1999; Vangermeersch & Sun, 2001; Lu, 2005). Na lombalgia causada por vento e frio em que a dor lombar se acompanha de uma sensação de frio com irradiação para a região cervical, uma dor móvel que tanto dói à direita como à esquerda, alivia com o calor e com a palpação, o paciente tem receio do frio, o princípio do tratamento é relaxar os músculos, aquecer o corpo e dispersar o vento – frio (Vangermeersch & Sun, 2001; Lu, 2005).

Na lombalgia causada por humidade calor, cujos sintomas são: dor na região lombar e nas fossas ilíacas, podendo irradiar para a região cervical, sensação da calor no local da dor, agravamento no tempo chuvoso e húmido, tumefacção, dor e calor nas vértebras lombares, o princípio do tratamento é refrescar o calor, eliminar a humidade e relaxar os músculos para parar a dor (Maciocia, 1997; Stux, & Hammmerschlag, 2005).

Na lombalgia causada por estase de sangue em que o doente refere uma dor fixa, que se agrava à pressão, não tolerando que se toque, tumefacção e distensão local, dor que se agrava pelo movimento, nomeadamente nos movimentos ventilatórios, agrava-se de noite e atenua durante o dia, flexão e extensão do tronco difícil e rotação impossível de realizar, o princípio do tratamento é activar a circulação sanguínea, dissolver a estase e regularizar o Qi (Lu, 2005).

A lombalgia causada por deficiência da energia dos rins, muito frequente na lombalgia crónica, é manifestada por uma dor “surda”, difusa, acompanhada de astenia nos membros inferiores. Esta dor é aliviada com o repouso, com a palpação ou com a massagem e agrava-se com a fadiga; o princípio terapêutico consiste em nutrir a energia dos rins.

Na lombalgia, devido a uma obstrução dos meridianos por mucosidades, o paciente vai referir uma dor fixa, com sensação de frio e tumefacção no local da dor. Esta dor é insensível às alterações climáticas e o paciente refere ainda a presença de expectoração. Nesta situação, o princípio terapêutico é favorecer a circulação do Qi e evacuar as mucosidades (Maciocia, 1997; Wang, 1999; Lu, 2005).

Na lombalgia devida às perturbações emocionais, é referida uma dor lombar com irradiação para o abdómen e flancos, associada a uma ansiedade constante, edema nos membros e na face e entorpecimento da área dolorosa; o princípio terapêutico é regularizar a circulação energética (Qi), libertar a estagnação, reforçar o órgão afectado (baço ou fígado), acalmar o espírito e nutrir o coração (Vangermeersch & Sun, 2001; Lu, 2005).

O tratamento da lombalgia é seleccionado com base em todas as variáveis referidas e efectuado através da acupunctura (aplicação de agulhas) em pontos dos meridianos, escolhidos em função da cada situação e das funções de cada ponto quando puncturado. A Figura 7 apresenta alguns dos pontos mais usados no tratamento de acupunctura na lombalgia.

A acupunctura mostrou-se ser eficaz no tratamento da dor lombar (Patel 1989) e na lombalgia crónica em particular (Van Tulder, Malmivaara, Esmail, & Koes, 2000). À acupunctura pode ou não ser associada a eletroestimulação com vista a melhores resultados e este tratamento pode ser um importante suplemento ao tratamento ortopédico conservador para a manutenção do tratamento de lombalgia crónica

(Molsberger, Mau, Pawelec, & Winkler, 2002; Meng, Wang, Ngeow, Lao, Person, & Paget, 2003).

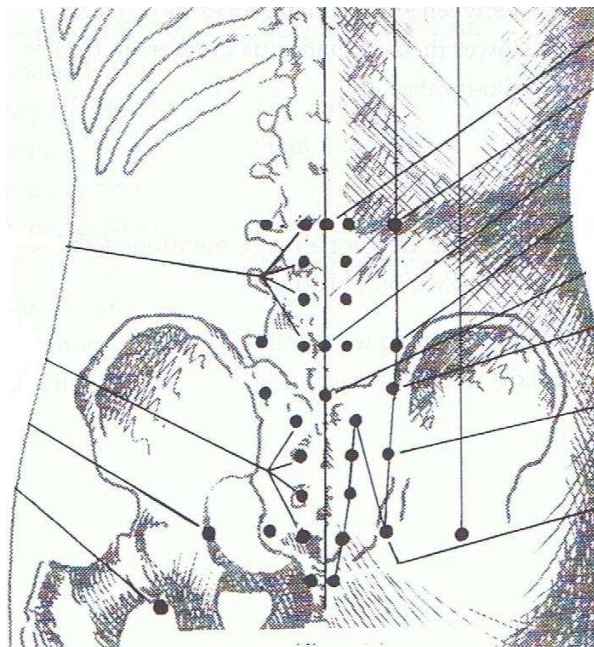


Figura 7 - Pontos de Acupuntura no Tratamento da Lombalgia

Fonte: Leege (1997 pp.215)

Segundo Stux e Hammershlag (2005), a lombalgia é tratada com um número de pontos que varia entre 2-14 pontos por tratamento. Na lombalgia crónica o adequado são 10 pontos por tratamento num período de pelo menos 10 sessões, como tratamento mínimo. Nos quadros de diagnóstico padrão da lombalgia crónica, são aconselhados entre 9-11 pontos no caso de Humidade - frio; 10-11 pontos no caso de vazio da energia de Rim; e 11-12 pontos no caso de lombalgia por humidade mucosidades (Sherman; Cherkin, Connelly, & Erro, 2004).

CAPÍTULO III – VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA LOMBALGIA

Este capítulo é dedicado aos factores psicológicos na lombalgia sendo abordadas as representações e cognições da doença, representações acerca dos médicos, da medicina e dos fármacos, adesão terapêutica, qualidade de vida, coping, morbidade psicológica, incapacidade funcional e funcionamento familiar.

3. VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA LOMBALGIA

A dimensão psicológica parece apresentar uma importante influência em termos da presença, ausência, diminuição ou agravamento da dor. De facto, os factores psicológicos podem influenciar a forma como o sujeito percebe a dor principalmente nomeadamente a depressão, a ansiedade, o significado atribuído à dor e o coping com a mesma, a qualidade de vida, atitudes e comportamentos, satisfação com os cuidados recebidos, entre outros (Melzack & Wall, 1987).

3.1. Representações da Doença

O comportamento e a atitude do indivíduo em relação à doença e à dor que sente, às estratégias de coping e ao significado atribuído aos sintomas constituem factores modificáveis da percepção de doença, da sensação dolorosa e do desenvolvimento de sintomas crónicos e/ou limitações funcionais, pelo que a explicação dos comportamentos de saúde e das reacções à dor, não faz hoje sentido sem a avaliação das representações que o indivíduo tem da dor (Pincus, 2006).

O termo doença é assumido como o reflexo da combinação de aspectos da experiência subjectiva dos indivíduos, situações socioculturais e aspectos biológicos (Gomes, Mendonça, Pontes, 2002). Cada pessoa tem uma forma de estar e uma relação específica com o meio em que está inserida e, por isso, é importante considerar a variabilidade quer da experiência quer do significado de doença para cada indivíduo (Ribeiro, 1998). A forma como as pessoas vêem a sua doença ou dor pode afectar o modo como a enfrentam e, no confronto com esta, a forma como o indivíduo reage aos sintomas físicos é influenciada pela sua visão pessoal de saúde e de doença (Reis, 2005).

As representações individuais e experiências de doença determinam a interpretação dos sintomas, assim como as expectativas que os indivíduos geram acerca das causas destes. A avaliação dos sintomas torna-se assim subjectiva e influenciada pelo tipo de atribuições de cada indivíduo, sendo estas atribuições, por sua vez, determinadas pelas características dos sintomas (Knauper, 2001). A tomada de consciência da presença dos sintomas é afectada por factores psicológicos podendo o seu relato ser influenciado

pelas ideias e crenças do indivíduo sobre a doença, condicionando a atribuição de mais ou menos atenção ao seu corpo (Prie & Devich, 2007). Cada paciente constrói a sua própria história da sua experiência de doença e dor (Martin, 2005) e há pacientes aos quais não lhes é permitido partilhar essas representações e são muitas vezes relutantes em falar sobre as suas crenças acerca, nas consultas médicas, receando ser conotados como mal informados ou entrar em desacordo com o médico (Prie & Weinman, 2006). Segundo Sterba, DeVellis, Lewis, DeVellis, Jordan, & Baucom (2008) o indivíduo desenvolve uma representação cognitiva implícita da dor, a qual é baseada no conhecimento pessoal, assim como na informação que recebe do médico, família e amigos.

Cognições da Doença

As cognições de doença são definidas por Leventhal, Meyer e Nerenz (1980) como “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre a sua doença”. Esta definição sugere que as cognições proporcionam ao paciente um esquema que lhe permite compreender a sua doença, dar-lhe informação sobre os cuidados a ter no caso de ficarem doentes e formas de lidar com a doença (Ogden, 2004). O modelo de percepção de sintomas de Leventhal e colaboradores (1984), postula que os indivíduos tendem a construir a sua representação individual dos sintomas ou da doença e esta representação vai influenciar o seu comportamento ao nível da procura de ajuda e da adesão terapêutica.

Leventhal, Brisse e Leventhal (2003), identificaram cinco dimensões cognitivas destas crenças, nomeadamente: a identidade, que se refere ao diagnóstico da doença; a causa percebida da doença, que pode ser biológica ou psicossocial. A dimensão temporal, que contempla as crenças que o doente tem relativamente ao tempo que a doença vai durar; as consequências, que se referem à percepção que o doente tem dos efeitos da doença na sua vida e a possibilidade de cura e controlo da doença, que se refere à capacidade que o doente tem de acreditar ou não na sua cura. Estas componentes, juntamente com as crenças sobre a eficácia das acções de remediação, vão dirigir as respostas comportamentais e emocionais do indivíduo (Edgar & Skinner, 2003).

As crenças sobre estar doente ou estar saudável coexistem e as crenças de saúde podem ser compreendidas dentro de diversas dimensões, nomeadamente: física, comportamental, psicológica, ausência de doença e consequências futuras (Lau, 1995).

De facto as pessoas, quando estão doentes, respondem de forma muito variada aos seus problemas de saúde desde o nível dos sintomas físicos, que constitui um dos fenómenos que mais preocupa o profissional de saúde. A presença de sintomas, por si só, não é suficiente para levar o indivíduo a procurar cuidados de saúde. De facto, alguns indivíduos evitam procurar o médico porque não levam os seus sintomas a sério e acreditam que vão passar rapidamente, enquanto outros receiam que estão perante uma situação de saúde grave, preferindo a sua confirmação (Straub, 2002).

Enquanto há pessoas que ignoram sintomas graves, ou que recorrem ao médico numa fase muito avançada da doença, outras há que procuram a ajuda dos profissionais de saúde logo que detectam a menor alteração física. Bishop (1994), Leventhal e colaboradores (1997) explicam esta variabilidade individual pelo papel que as representações em saúde e/ou doença significam para cada pessoa, pois a representação da ameaça ao estado de saúde, juntamente com os mecanismos de coping e a avaliação dos resultados, são os componentes principais do esforço do indivíduo em regular o seu comportamento.

O modelo de crenças da saúde parte do pressuposto de que os comportamentos saudáveis são determinados de forma racional pela vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde. A avaliação de sintomas é subjectiva e influenciada pelo tipo de atribuições pessoais de cada pessoa e estas atribuições são, por sua vez, determinadas pelas características dos sintomas. A atribuição de sintomas tem em conta não só estes aspectos como também as consequências que podem ter na vida do indivíduo (Knauper, 2001). O autor defende que sintomas que causam dor e/ou sintomas incapacitantes têm maior probabilidade de serem interpretados como sinais de doença séria e apresentam uma maior probabilidade de levar o indivíduo a procurar cuidados médicos. O indivíduo acaba por atribuir a estas percepções um valor que o leva a acreditar ou não na eficácia das acções que conduzem à melhoria da sua saúde porque a representação da ameaça ao estado de saúde, juntamente com os mecanismos de coping e a avaliação dos resultados, são os componentes principais do esforço do indivíduo em regular o seu comportamento. Assim, a partir destas crenças, é possível prever diferentes comportamentos relacionados com a saúde, quer ao nível da prevenção da doença, quer no nível da promoção da saúde (Teixeira & Leal, 1993). Consequentemente, temos de considerar o significado que cada indivíduo atribui à doença crónica, neste caso a lombalgia (Ribeiro, 1998), pois cada pessoa desenvolve uma representação cognitiva

baseada no conhecimento que tem sobre o seu problema de saúde. Furz, Roebuck, Bull, Lewin e Thompson (2002), num estudo com 132 pessoas que sofriam de angina, concluíram que as convicções sobre uma doença podem contribuir para reduzir os factores de risco ou para um agravamento dos mesmos, levando os doentes a ficarem inválidos.

A representação de uma doença é constituída por vários atributos como por ex. a identidade ou as consequências, que exercem uma influência importante na selecção e manutenção dos comportamentos relacionados com a saúde e os indivíduos têm esquemas mentais, ou protótipos de doença, que influenciam o seu comportamento (Bishop, 1994; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). Segundo Weinman, Prie, Moss-Morris e Horne, (1996), a percepção da doença está associada à forma como os indivíduos a interpretam. A avaliação da sua saúde e da saúde dos outros, em geral, é feita pelas pessoas de forma subjectiva e não especializada (Bishop, 1994). A sintomatologia percebida da doença é um elemento essencial na elaboração da representação da mesma e serve também de guia para futuras acções (Baumann, Cameron, Zimmerman, & Leventhal, 1989). Neste sentido, Gameiro (1999) refere que os indivíduos constroem os seus próprios modelos de doença e que estes modelos servem de referência para as suas estratégias de coping. Há estudos que demonstram que a posição social ocupada pelos indivíduos influencia a sua percepção acerca dos acontecimentos (Bishop, 1994), assim como a informação obtida através dos meios de comunicação social (Gaecia, Wax, & Ghwrtzmann, 1996). A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza socio-demográfica, nomeadamente o género, o nível sócio-económico e educacional, o número de elementos do agregado familiar, o acesso a cuidados de saúde, os factores de natureza situacional, a influência interpessoal dos pares e família, os factores de natureza psicológica, emocionais e cognitivos e os factores relacionados com a percepção dos sintomas (Prie & Weinman, 1997). A avaliação da representação cognitiva da doença tem sido realizada através do uso de entrevistas (Leventhal & Benyamini, 1997) e, mais recentemente, através de questionários (Moss-Morris, Weinman, Horne, Cameron, & Buick, 2002). Vários estudos utilizaram esta abordagem através do Questionário de Percepção da Doença (IPQ-R; Moss-Moss-Morris et al., 2002) que inclui, na sua mais recente versão, oito dimensões nomeadamente: identidade, duração (aguda, crónica e cíclica), consequências, controlo do tratamento,

controlo pessoal, coerência da doença, representação emocional e atribuições causais. Segundo os autores, os indivíduos podem ter crenças consistentes que podem ser usadas para dar sentido às suas doenças e ajudar a perceber o desenvolvimento dos sintomas (Ogden, 2004). Estas cognições de doença estão incorporadas num modelo de comportamento de doença que analisa a relação entre a representação cognitiva de doença do indivíduo e o seu conseqüente comportamento de coping (Ogden, 2004), denominado de modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal.

Por auto-regulação entende-se o processo sistemático de tentativas conscientes de modular pensamentos, emoções e comportamentos, por parte do indivíduo, no sentido de alcançar objectivos num ambiente em mudança (Zeidner, Boekaerts, & Printrich 2000) e, quando este conceito se aplica à saúde, espera-se que uma boa auto-regulação se associe a menor probabilidade em desenvolver comportamentos de risco e maior probabilidade para adoptar comportamentos saudáveis.

O modelo de auto-regulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal e Benyamini (1997) surge com uma visão dinâmica, centrada nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença. Este modelo tem contribuído para a compreensão dos factores subjacentes à selecção, início e adopção de comportamentos relacionados com a saúde (Leventhal & Crouch, 1997). Referindo-se ao modelo de auto-regulação do comportamento, Bishop (1991; 1994), defende que as pessoas leigas em matéria de saúde possuem representações de doença, bem organizadas e estáveis, com importantes implicações na interpretação que os indivíduos fazem da informação sobre a doença, nas estratégias de coping que cada um utiliza para lidar com ela e na avaliação que efectuam relativamente à eficácia do confronto que fazem com a situação. Podemos então dizer que um sintoma não é analisado de forma objectiva mas é integrado num esquema de doença pré-existente, que conduz a distintas representações de doença entre os diferentes indivíduos (por ex. a representação que um indivíduo pode fazer de uma forte dor de costas pode ser muito ansiogénica se um familiar próximo faleceu recentemente com um tumor no rim, enquanto outro sujeito, sem uma experiência semelhante, pode encarar o mesmo sintoma com naturalidade, atribuindo-o ao facto de ter estado sujeito a um esforço intenso durante muitas horas seguidas. Este modelo associa os conceitos teóricos de cognição de doença com a resolução de problemas de modo a explicar o comportamento de coping em que o indivíduo tem um papel activo na sua resolução de problemas.

O papel que cada indivíduo adopta nos comportamentos relacionados com a saúde é explicado por Leventhal, Brisse, e Leventhal (2003) e por Maes e Gebhardt (2000), através do modelo de auto-regulação em que, perante um problema de saúde, um indivíduo é motivado a resolver o problema, utilizando várias estratégias de coping para voltar ao seu estado de equilíbrio. O modelo de Leventhal (1980) fornece uma construção/explicação teórica que ajuda a compreender os factores influenciadores das percepções da pessoa às ameaças de doença, a descrição dos sintomas da doença relatados pela própria pessoa e a sua relação com as suas percepções referidas, a influência das crenças pessoais com os comportamentos de saúde, que conduzem à promoção da saúde ou a ignorar as ameaças de doença. Neste modelo, para a abordagem da doença coexistem dois processos paralelos: a cognição, que corresponde à interpretação objectiva da ameaça de doença e a emoção, que representa a reacção subjectiva a uma ameaça, sendo estes processos activos e interactivos.

As respostas à doença seguem normalmente três etapas que se encontram esquematizadas na Figura 8.

1.ª Representação Cognitiva e Emocional da Ameaça à Saúde ou Interpretação

Em que o doente, ao ser confrontado com as pistas internas (sintomas) ou externas (ex. informação) com uma doença real ou potencial, tenta atribuir um significado ao problema, de acordo com as suas cognições acerca dessa patologia e com as dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. O indivíduo, através da representação cognitiva do seu problema, atribui-lhe determinado sentido, o que vai influenciar as estratégias por ele adoptadas para lidar com a sua doença. Ao mesmo tempo ocorrem alterações no seu estado emocional que vão ser determinantes na adopção de estratégias para enfrentar a situação.

2.ª Desenvolvimento e Implementação do Plano de Acção ou Coping.

Nesta fase, o doente é capaz de identificar e seleccionar as estratégias que lhe permitam adquirir o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Para tal, o indivíduo desenvolve um conjunto de estratégias de coping que habitualmente se reúnem em dois grupos: coping de aproximação, relacionado com a resolução de problemas e a procura de apoio social, ou um coping de evitamento, que se relaciona com a negação do problema.

3.ª Ponderação ou Avaliação do Resultado do Plano de Acção.

Esta fase envolve uma ponderação/avaliação sobre as estratégias de coping utilizadas, para se adaptar à sua doença ou suas consequências mantendo, dentro do possível, a sua qualidade de vida

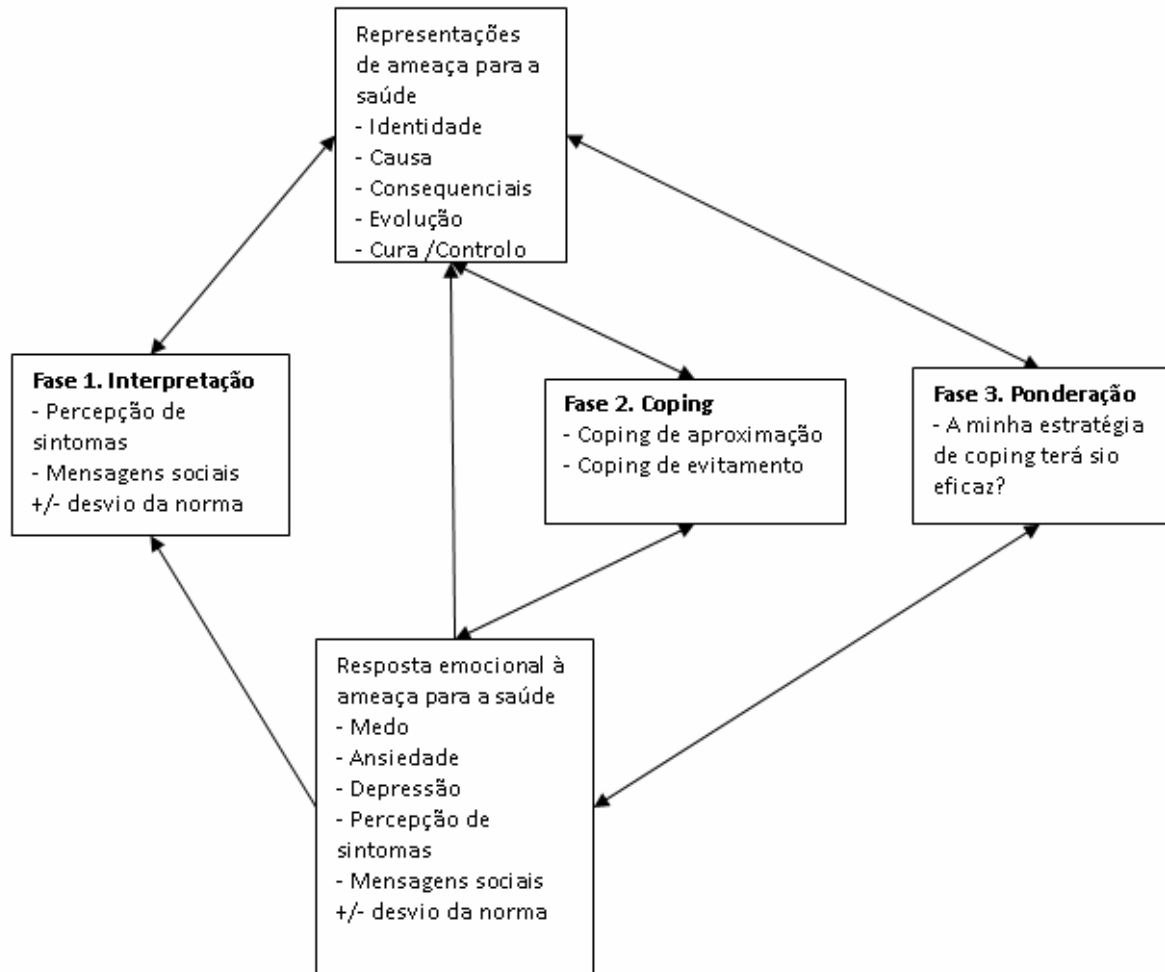


Figura 8 - Modelo de Auto-Regulação

Fonte: Ogden (1999, pp. 61)

Este modelo realça a estrutura e o papel das representações de doença em resposta às ameaças da saúde. Sugere ainda um conjunto de variáveis cognitivas e afectivas com importância para a percepção de risco individual e torna-se, então, claro que na procura dos serviços de saúde cada pessoa leva consigo as suas experiências e as suas crenças sobre o contínuum saúde/doença que vai influenciar os seus comportamentos e atitudes perante o actual problema de saúde.

Aspectos relacionados com a representação específica que o indivíduo faz de si próprio podem também interferir na construção das representações de doença (Leventhal et al., 2003). Foster, Elaine, Chris, Rob, Jon e Elaine (2008) avaliaram as

percepções de doença através da aplicação do Illness Perception Questionnaire (IPQ) a 1254 sujeitos com lombalgia crónica, tratados no serviço nacional de saúde. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes referiu que a lombalgia permanecia estável após os 6 meses de evolução, o controlo pessoal dos sujeitos era fraco (3.8, num máximo de 30). Na dimensão “Identidade” (número e natureza dos sintomas associados à doença), os sintomas mais comuns foram: a dor, em 96% dos sujeitos; dificuldade em dormir (72%) e ‘Rigidez nas articulações em (60%) dos casos e estes sintomas permaneceram razoavelmente estáveis após 6 meses (92%, 60% e 52%, respectivamente). As “causas” percebidas como as mais comuns da doença foram: acidente ou lesão (56%), envelhecimento (39%) e meu próprio comportamento (31%). Estes resultados também se mantiveram relativamente estáveis ao fim de 6 meses de tratamento.

Sloan, Gupta, Zhang e Walsh (2008) aplicaram o questionário “Pain Beliefs Questionnaire” (PBQ) a três grupos de doentes que sofriam de lombalgia crónica. Um grupo de doentes tinha lombalgia não inflamatória, o segundo lombalgia inflamatória e o terceiro era formado por indivíduos que sofriam de lombalgia crónica mas no momento da recolha de dados estavam sem dor. Os autores concluíram que as convicções de dor orgânicas estão associadas com a catastrofização aumentado em pacientes com lombalgia crónica. Os pacientes com Lombalgia não inflamatória apresentaram convicções de dor orgânica mais forte (por exemplo, aquela dor necessariamente indica dano) que os doentes com lombalgia inflamatório e estes mais forte que os indivíduos sem dor. Os pacientes com Lombalgia não inflamatória apresentaram níveis mais altos de catastrofização (por exemplo, que a dor nunca vai melhorar) do que os indivíduos com lombalgia inflamatória. Além disso, as análises de regressão permitiram confirmar que a intensidade da dor diminui a função física e ser do sexo feminino prediz o diagnóstico de lombalgia não inflamatória.

Donna, Robin, Flavia, Jisheng, Andrew e Susan, (2009) desenvolveram um estudo com 506 mulheres, que sofriam de lombalgia, com idades compreendidas entre os 24 e os 80 anos, utilizadoras dos serviços de saúde, com o objectivo de caracterizar a comunidade das mulheres relativamente às crenças sobre a lombalgia. Os autores referem que as mulheres geralmente apresentam crenças positivas sobre a sua lombalgia. No entanto os subgrupos de mulheres com relato de alta intensidade de dor et alta incapacidade funcional apresentam crenças mais negativas com opiniões mais pessimistas sobre a lombalgia. Os autores encontraram ainda uma associação entre as

crenças negativas sobre a lombalgia e a alta intensidade da dor et alta incapacidade funcional. Para os autores os resultados deste estudo sugerem que as crenças negativas sobre a lombalgia podem ser predictivas da dor crónica e da incapacidade funcional.

No presente estudo, considerou-se importante atender às cognições da lombalgia tendo em conta as suas implicações na comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde, no grau de confiança depositada pelos pacientes nos seus médicos (Haug, Wykle, & Namazi, 1989) e duma forma global, na utilização dos serviços de saúde (Pereira, Barbosa, Sousa, Santiago, & Lima, 2002). De facto, a experiência de uma condição crónica, como por exemplo, a lombalgia, pode desenvolver alterações ao nível cognitivo, sensorial e físico e afectar o quotidiano do indivíduo e a avaliação que este faz da vida (Melzer & Parahyba, 2004), pois após o diagnóstico de lombalgia, os pacientes geralmente desenvolvem um padrão de crenças determinante para a gestão da doença. Moss-Morris, Weinman, Prie, Horne, Cameron e Buik (2002) desenvolveram uma escala de avaliação das representações de doença “Revised Illness Perception Questionnaire” que tem por objectivo avaliar a representações cognitivas e emocionais da doença. Optamos por utilizar esta escala, no presente estudo, para avaliar as representações dos indivíduos que sofrem de lombalgia crónica.

3.1.1. Representações Face aos Médicos e à Medicina

Há vários factores que explicam a importância dos comportamentos dos indivíduos face aos seus processos de saúde e doença, nomeadamente as representações cognitivas que os mesmos constroem relativamente aos profissionais de saúde e da medicina em geral (Conner & Norman, 2005). De facto, ao longo dos vários contactos que os indivíduos, nomeadamente os que sofrem de doença crónica, estabelecem com o sistema de saúde e com os profissionais de saúde, vão construindo um conjunto de atitudes face aos mesmos, consoante a avaliação pessoal que vão fazendo desses contactos e dos resultados que daí resultam (Bishop, 1994; Marteu, 1990). Encontram-se na literatura vários estudos que demonstram o quanto é importante atender a estas cognições tendo em conta as suas implicações na qualidade da comunicação estabelecida entre o indivíduos e os profissionais de saúde (King, 1984), no grau de confiança depositado pelos paciente nos seus médicos (Haug, Wykle, & Namazi, 1989) e, de uma forma global, na utilização dos serviços de saúde (Pereira et al., 2002).

Pereira, Soares e McIntyre (2001) desenvolveram um estudo em dois hospitais do norte de Portugal e concluíram que as atitudes face aos médicos e à medicina se relacionam com a qualidade técnica percebida e a qualidade nas relações estabelecidas bem como a informação e comunicação recebida.

Na prática clínica, na relação médico - doente existem quatro situações básicas que sempre se repetem: diagnóstico, tratamento, prognóstico e prevenção. Ao longo destas fases, para que o doente seja um participante activo, torna-se necessário que em cada uma dessas situações básicas, o médico saiba aceder à informação, avaliá-la entendendo as limitações (vantagens e desvantagens) de cada situação e planear de forma correcta para que seus resultados sejam válidos (Sackt, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Se o doente entender como as informações são geradas, interpretadas e aplicadas, será um participante activo no processo de tomada de decisão que o irá afectar.

Hoje em dia é cada vez mais difícil ter tempo para ouvir, examinar, aconselhar, apoiar e esta dificuldade aumenta em relação directa com os avanços técnicos da medicina. Os médicos podem ser agrupados cada vez mais, em dois grupos: os médicos de cuidados primários, que conhecem o doente a fundo; que têm de ter tempo para os "seus" doentes; que conhecem o contexto familiar e social dos indivíduos; que ouvem e apoiam; e os técnicos diferenciados, que tratam de doenças específicas que se especializam em alguns dos sistemas desse "universo" que é o ser humano i.e. os médicos que tratam doentes e os médicos que tratam doenças (Antunes, 2005).

A forma como o médico comunica com o doente, que pode ser utente dum Sistema de Saúde público ou privado e, por vezes, cliente numa relação também comercial (Mendes, 2007), vai interferir na forma como o doente vê o profissional de saúde e na importância que lhe atribui. A compreensão e a disponibilidade para ajudar, aproxima, dá confiança mútua e promove o estabelecimento da empatia entre dois seres que afinal dependem um do outro (Mendes, 2007).

A perspectiva biopsicossocial veio dar ao doente a oportunidade de ter um ponto de vista sobre a doença, e a relação médico-doente passou a ser estudada como qualquer outra relação social, considerando-se que a existência de uma boa comunicação é uma condição necessária para que esta relação seja eficaz (Paul & Fonseca, 2001). Para Fullen, Bury, Daly, Doody, Baxter e Hurley (2006) a experiência passada, a educação do médico que atende o paciente, o tempo gasto com o doente e os recursos de saúde apresentados são factores que influenciam as atitudes e convicções perante o médico.

Os autores desenvolveram um estudo na Irlanda com doentes de lombalgia crónica e concluíram que o impacto negativo da falta de recursos em opções de tratamento (falta de serviços multidisciplinares) e tempo de espera prolongados para uma consulta com o seu médico, aumentou o stress nos pacientes com lombalgia. Os autores concluíram ainda que as convicções e atitudes perante os médicos e a forma como eles fazem a gestão da doença, podem ter influência nos resultados dos pacientes e na utilização dos recursos dentro do serviço de saúde. Marteau (1990) desenvolveu uma escala, “Atitudes Towards Doctors and Medicine Scale” para avaliar as atitudes dos indivíduos face aos médicos e à medicina. Por considerarmos que as atitudes face aos médicos e à medicina são muitas vezes invocadas na exploração de fenómenos da relação médico-paciente, mas raramente são avaliadas, decidimos investigar estas atitudes nos pacientes com lombalgia crónica, utilizando para o efeito, a versão Portuguesa desta escala de Pereira e Roios (2007).

3.1.2. Representações Acerca dos Medicamentos

A população em geral tem crenças de senso comum acerca dos medicamentos, independentemente da experiência directa com uma doença, que podem influenciar os comportamentos relacionados com a saúde (Figueiras, Machado, & Alves, 2002) condicionando a aceitação deste ou daquele medicamento, na medida em que esta é influenciada pelas características individuais, crenças subjectivas sobre o tratamento e representações da doença do consumidor (Figueiras, Marcelino, & Cortes, 2007).

No âmbito da Psicologia da Saúde, as crenças sobre a doença e o tratamento são um ponto de partida para analisar e compreender os comportamentos dos indivíduos, nomeadamente nos aspectos associados à percepção dos sintomas, às reacções ao diagnóstico, e à escolha e adesão ao tratamento. Os “modelos do senso comum” são idiossincráticos e estão constantemente a ser actualizados em função das experiências anteriores de doença, de influências do meio sócio-cultural, nomeadamente dos *mass media*, informações trocadas com profissionais de saúde e com elementos da rede de apoio social (Figueiras et al., 2007). A interacção de todos estes factores pode promover a construção de percepções subjectivas sobre diferentes aspectos relacionados com as doenças e o tipo de medicamentos disponíveis. As preocupações com a medicação

podem traduzir uma reacção emocional de medo e ansiedade diminuindo assim a adesão ou influenciando a escolha de um certo medicamento (Horne et al., 2003).

As crenças sobre o tratamento de uma doença desenvolvem-se de acordo com os modelos de senso comum sobre a doença, e com as expectativas relativamente à eficácia e necessidade desse tratamento (Horne, 2000). O indivíduo é um agente activo na escolha dos cuidados de saúde, o que vai ter implicações nas decisões sobre o seu próprio tratamento. Para Horne, (2006) as crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular, são influenciadas pelas crenças sobre a doença em causa e sobretudo pela percepção da gravidade desta. Gaither, Kirking, Ascione, e Welage (2001) referem que os consumidores de prescrições médicas que percebem a doença como mais grave apresentam menor probabilidade de aceitar uma prescrição de um medicamento genérico.

Menckeberg, Bouvy, Madelon, Kaptein, Hubert, Raaijmakers et al., (2008), num estudo com 238 pacientes com asma, com idades compreendidas entre 18-45 anos, com o objectivo de verificar se as crenças acerca dos medicamentos tinham impacto na adesão, verificaram que a adesão destes doentes aos medicamentos foi entre 45 e 60% e que esta adesão estava relacionada com as crenças acerca dos medicamentos. Doentes definidos como cépticos, indiferentes e ambivalente divergiram no que diz respeito às suas atitudes em relação aos medicamentos em geral e à adesão à medicação. Segundo os autores este dado é extremamente útil para ajudar os clínicos a valorizar as crenças dos pacientes.

Kumar, Gordon, Toescu, Buckley, Horne, Nightingale e Raza (2008), num estudo desenvolvido no Reino Unido com minorias étnicas, concluíram que o grupo da população asiática tem níveis muito altos de preocupação sobre os anti-inflamatórios e está geralmente preocupada com os medicamentos que são prescritos. O estudo mostrou ainda que pacientes com artrite reumatóide acreditavam que os medicamentos, de uma forma geral, quando usados durante muito tempo, eram mais eversivos que outras formas de tratamento. Segundo os autores, isto pode ter um impacto na adesão deste grupo de pacientes e seria interessante desenvolver trabalho adicional com vista a entender as razões de tais convicções.

Estudos com pacientes portadores de doença cardíaca a fazerem varfine mostraram que estes doentes acreditavam mais que a sua saúde era controlada por Deus ou destino do que pelos medicamentos e pelo médico (Lip, Kamath, Jafri, Mohammed, &

Bareford, 2002). Além disso, uma história familiar de artrite reumatóide ou de lúpus eritematoso foi associada com o uso excessivo de medicação por parte dos médicos em geral e efeitos nocivos da medicação. Isto pode reflectir o facto que os pacientes com uma história familiar de doença pode ter aumentado a consciência da mesma e das suas potenciais complicações e dos riscos particulares das suas terapias (Lip et al., 2002; Lip, Khan, Bhatnagar, Brahmabhatt, Crook, & Davies 2004). Neame e Hammond (2005) encontraram uma correlação significativamente positiva entre a Necessidade Específica de Medicação e as Preocupações Específicas com a Medicação. Os autores encontraram ainda correlações positivas entre as Necessidades Específicas de Medicação, Preocupações Específicas com a Medicação e a Dor. Treharne, Lyons e Kitas (2004), referem que as convicções fortes sobre a necessidade de medicamentos, e acreditar que os medicamentos geralmente não vão ser usados por muito tempo predizem uma maior adesão terapêutica.

A investigação mostra a importância que a perspectiva do paciente, relativamente às convicções pessoais sobre os medicamentos, tem na não adesão à medicação. A não adesão está frequentemente relacionada com o modo como os pacientes avaliam a necessidade do medicamento que lhes é prescrito, podendo estes apresentar efeitos adversos devido às suas preocupações sobre os potenciais efeitos negativos dos medicamentos que estão a tomar (Horne, 2006; Treharne, Lyons, & Kitas 2004).

As crenças acerca dos fármacos, foram avaliadas no presente estudo, dado a literatura sugerir a sua influência nos comportamentos relacionados com a saúde (Figueiras, Machado, & Alves, 2002) e na adesão terapêutica (WHO, 2003).

Horne, Weinman e HanKins, (1997) desenvolveram a escala “Beliefs about Medicines Questionnaire” (BMQ) para avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos. No presente estudo foi utilizada a versão Portuguesa de Pereira e Roios (2007).

3.2. Adesão Terapêutica

A adesão, denominada inicialmente por Haynes (1979) de “compliance”, podia ser definida como o grau em que o comportamento do doente coincide com a prescrição clínica. O termo inicial “compliance”, associado à conotação hierárquica de um médico onipotente e um doente subordinado, foi sendo substituído pelo termo “adherence”

(Feinstein, 1990) que compreende a cooperação e igualdade na relação médico-doente, numa verdadeira aliança terapêutica, sendo actualmente a “adesão ao tratamento”, o termo mais utilizado e familiar de todos os profissionais de saúde. Para Pamplona, (1997) a adesão pode ser definida de forma estrita (tomar os medicamentos recomendados) ou de forma extensa que inclui o conhecimento do nome dos medicamentos, a assiduidade relativamente às consultas, entre outros, e implica uma série de comportamentos como por exemplo: tomar a medicação, alterar os hábitos de vida ou cumprir um dia que coincida com o regime terapêutico prescrito (Rice & Lzker, 1984); (WHO, 2003). Outros autores defendem que a adesão pode ser avaliada pela falta às consultas, por o indivíduo tomar medicação a mais ou ingeri-la fora das horas prescritas, por terminar o tratamento antes do recomendado, por não conhecer o nome dos fármacos a tomar e ainda por manter práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais de saúde nomeadamente alimentar-se de forma adequada, fazer exercício físico, não beber álcool de forma abusiva, abster-se de fumar e evitar o stress (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Epstein & Cluss, 1985). A adesão pode ainda ser avaliada pela entrada e a permanência em programas de tratamento, a comparência às consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a sua administração de forma adequada, o seguimento de regimes alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco (Meichenbaum & Turk, 1987; Wright, 1993).

Partindo do princípio que as prescrições em saúde representam a melhor intervenção para o problema do indivíduo, então a não adesão reflecte-se numa perda de oportunidade de saúde assim como um desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde (Horne, 2000; WHO, 2001). A não adesão reflecte-se em custos que, para além dos problemas relacionados com o prolongamento do sofrimento inerente à doença, vai implicar mais visitas aos serviços de saúde, provavelmente mais hospitalizações, tempo de recuperação mais prolongado e faltas ao trabalho (Ley, 1997).

Sarafino (2002) refere que a taxa média de adesão aos medicamentos para tratamento de doenças agudas em regimes de curto prazo é de cerca de 78% e para doenças crónicas com regimes de longo prazo decresce para 54%. O autor refere ainda que a taxa média de adesão para tomar medicamentos para prevenir as doenças é cerca de 60%, para regimes de curto e longo prazo; a adesão dos pacientes a entrevistas

marcadas com o médico é muito maior se for o próprio doente a marcar a consulta em vez do médico.

A adesão é considerada um problema multi-factorial extremamente complexo e que exige grande amplitude na avaliação e estimativas da mesma através das diferentes doenças e tratamentos, e até dentro do mesmo regime terapêutico (Leventhal & Cameron 1987). Calaça, Pechilga, Sousa e Correia (1986) realizaram um estudo com 100 hipertensos, com o objectivo de avaliar a adesão terapêutica relativamente às consultas e verificaram que do total de doentes avaliados, 14 abandonaram a consulta e oito faltaram entre uma a três vezes às mesmas. Um outro estudo desenvolvido por Cruz (1998), que pretendia avaliar a questão da adesão da aquisição dos medicamentos prescritos pelo médico de família concluiu que apenas 1,1% das mesmas não foram adquiridas e justifica este facto pela relação de confiança existente entre o doente e o médico de família que fez a prescrição.

Em média, 40% dos doentes não aderem convenientemente aos tratamentos (Bond & Hussar 1991). Sheridan e Radmacher (1992) após revisão de vários estudos, concluíram que cerca de 50% dos pacientes não toma a medicação de acordo com a prescrição, 20% a 40% não efectuam as vacinações recomendadas e 20% a 50% faltam a consultas previamente marcadas. Os autores verificaram ainda, nos casos em que a adesão implica alterar hábitos bem estabelecidos como por ex. alterar a ingestão de alimentos ou deixar de fumar, os índices de não adesões são ainda mais altos.

De acordo com DiMatteo (1994), cerca de 38% dos pacientes não seguiram os planos de tratamento de curta duração e mais de 45% não aderiram às recomendações para tratamentos de longa duração. Ramalhinho (1994) avaliou a adesão terapêutica anti-hipertensiva em 95 doentes hipertensos e concluiu que a adesão foi apenas de 46,3 % aos medicamentos anti-hipertensivos. O autor, baseando-se em três revisões de literatura (McGavoc, 1996; Nichol, Venturini, & Sung, 1999; Stockwell & Schulz, 1992) refere que a adesão aos tratamentos de longa duração se situa a maior parte das vezes abaixo dos 50% e, Leite e Vasconcellos (2003), consideram que adesão implica que os indivíduos sigam as prescrições em pelo menos 80% do estabelecido.

Tendo em conta a complexidade e a diversidade dos comportamentos referidos anteriormente, quando nos referimos à questão da adesão aos tratamentos está implícita a dificuldade em determinar de forma precisa o nível de não adesão aos tratamentos, na

medida em que este depende do tipo de doença, do regime terapêutico e da metodologia utilizada para avaliar esta mesma adesão aos tratamentos (Bond & Hussar, 1991).

Ley (1981) propôs um modelo de adesão segundo o qual esta se podia prever através de uma combinação da satisfação do doente relativamente à consulta, com a compreensão da causa com os órgãos envolvidos e o seu tratamento, e com a capacidade de interiorizar e recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde. Este modelo foi criticado por Leventhal (1987), Haynes e colaboradores (1987), Conrad (1985) e Ogden (2004) por considerarem que era insuficiente para explicar a adesão.

Bond e Hussar (1991) e O'Brien, Prie e Raeburn (1992) apresentam alguns métodos de avaliação da adesão terapêutica, nomeadamente os marcadores bioquímicos, as entrevistas, a contagem de medicamentos e os resultados terapêuticos, todos eles importantes para avaliar a adesão, ou a não adesão, mas com dificuldade na selecção do método mais fiável na avaliação desta.

Roter, Hall, Merisca, Nordstrom, Crind e Svarstad (1998) apresentaram como medidas de adesão os resultados dos tratamentos de saúde nomeadamente a hospitalização; indicadores directos como os exames ao sangue ou à urina; indicadores indirectos como por exemplo a contagem dos medicamentos e as entrevistas aos pacientes; e utilização dos serviços de saúde como por exemplo a comparência às consultas ou a utilização das consultas de prevenção.

Para Bond e Hussar (1991), os métodos directos, como detectar o medicamento nos fluidos biológicos do doente torna-se numa medida de adesão complexa, quando se consideram as diferenças individuais de reacção aos fármacos (Eraker, Kirscht, & Beeker, 1984). As entrevistas também não são totalmente fiáveis, uma vez que o paciente quando deseja agradar ou evitar a desaprovação leva a que por vezes responda para se valorizar a ele próprio e sobretudo aos outros, como mais aderente do que realmente é (Bond & Hussar 1991). Meichenbaum e Turk (1987) referem que o resultado clínico não deve ser considerado como um critério válido para medir a adesão terapêutica, na medida em que o doente pode-se curar ou estar controlado por outras razões que não a adesão aos tratamentos tal qual foram prescritos ou então, apesar do doente aderir, pode não conseguir obter o efeito desejado (O'Brien et al., 1992). Relativamente à contagem de medicamentos, se o doente se apercebe, ou é avisado que está a ser controlado com o objectivo de medir a sua adesão aos tratamentos, pode tomar

os medicamentos com maior assiduidade do que tomaria normalmente, ou até mesmo deitá-los fora, de modo a procurar agradar ao seu médico ou aos investigadores (Ramalinho, 1994).

Ao determinar a nível de adesão, dá-se visibilidade ao conceito de não adesão classificado por Greenstein e Seigal (2000) em três grupos: a não adesão acidental, a vulnerável e a decidida. Os autores definiram estes três grupos com o objectivo de formularem um método de intervenção dirigido para diferentes perfis de doentes. Assim, enquanto para doentes que apresentem uma não adesão do tipo decidido, o mais útil poderá ser um método de doseadores ou contagem de comprimidos, para doentes com uma não adesão acidental as abordagens educativas poderão ser mais eficazes.

Verifica-se que é muito difícil assumir uma classificação mono dimensional da adesão, por isso devem-se considerar várias características como a temporalidade, a frequência, a motivação e a certeza do diagnóstico (Chapman, 2003).

O modelo biomédico foca-se, essencialmente, na identificação das características dos pacientes, da doença e dos profissionais de saúde que antevêm a não adesão visando promover os índices de adesão terapêutica dos pacientes. Neste modelo, assume-se que as características do indivíduo e da doença podem ser usadas para prever quem vai ou não aderir, mas não explica as razões da não adesão. Este modelo identifica factores relacionados com a adesão como: a idade, o género, a etnia e o nível sócio-económico, e considera outras variáveis como a complexidade dos regimes de tratamento, os efeitos colaterais da medicação e a gravidade da doença, para determinar o grau em que cada um destes afecta a adesão (Bishop, 1994; Sarafino, 2002).

Efectivamente, a adesão terapêutica pode ser perspectivada como um comportamento relacionado com a saúde/doença, de tal forma que a compreensão dos factores que levam as pessoas a aderir ou não às recomendações médicas enquadra-se, assim, no âmbito da psicologia (Brannon & Feist, 1997a; Horne, 1997), sendo a não adesão o conceito tradicionalmente empregue para designar a falta no seguimento das prescrições médicas.

Nos modelos cognitivos, recorre-se ao conceito de auto-eficácia como o principal predictor, para explicar as diferenças encontradas a nível dos comportamentos de adesão terapêutica e para antecipar os índices de adesão numa ampla variedade de prescrições de saúde. No entanto, autores como Miller, Wilkoff e Hiatt (1992) procuraram na Teoria

da Acção Racional (TAR) a tentativa de prever e determinar o grau em que pacientes com uma doença recentemente diagnosticados, nomeadamente a hipertensão, iriam aderir às recomendações médicas como por exemplo alterar a dieta, deixar de fumar, fazer mais actividade física evitar situações stressantes e tomar medicação diariamente. Os autores concluíram que os comportamentos de adesão associados eram directamente influenciados pelas instituições que, por seu lado, eram directamente influenciadas pelas atitudes dos pacientes e pela sua motivação em aderir. De acordo com a Teoria da Acção Racional, os pacientes avaliam os benefícios e os obstáculos da adesão quanto à sua probabilidade de ocorrência e este modelo também reconhece a importância das influências sociais nos indivíduos, nomeadamente percepções acerca das normas subjectivas, o grau de motivação do indivíduo para aderir e as expectativas dos grupos de referência (Miller et al., 1992).

O Modelo de Crenças de Saúde inicialmente proposto para explicar os comportamentos preventivos de saúde foi utilizado para explicar o papel dos comportamentos de doença na adesão aos regimes terapêuticos (Brannon & Feist, 1997). Este modelo assume que a interacção entre diferentes tipos de crenças bem como os comportamentos preventivos ou promotores da saúde influenciam a adesão, (Brannon & Feist, 1997. Na perspectiva deste modelo, as pessoas avaliam os benefícios em relação à probabilidade de prevenção da doença, o alívio de sintomas do controlo e da cura (Conrad, 1985), o que faz com que os indivíduos com a percepção de que são vulneráveis a uma determinada doença e acreditam que esta pode trazer consequências graves para a sua saúde, são as pessoas com maior probabilidade de aderir. Surge assim uma perspectiva que encara a não adesão como um processo de tomada de decisão racional. A maior parte das teorias tem localizado as fontes de baixa adesão na interacção entre o médico e o paciente, no conhecimento ou crenças do paciente acerca do tratamento e também na natureza do regime ou da doença (Conrad, 1985). Os avanços tecnológicos da medicina que levam ao desenvolvimento de tratamentos comprovadamente eficazes para prevenir e/ou controlar as doenças crónicas implicam, na sua maioria, mudanças de comportamentos e hábitos de vida e condicionam a sua eficácia, basicamente, à adesão dos indivíduos (Almeida, Versiani, Dias, Novaes, & Trindade, 2007). Vários estudos sugerem que, hoje em dia, os pacientes pretendem obter mais informação e mais oportunidades de se tornarem activos na sua interacção com o profissional de saúde (Donovan & Blake, 1992) e os profissionais de saúde tem que

lidar com a dificuldade de prever o nível de adesão ou não adesão aos tratamentos sobretudo em tratamentos de longa duração e complexos (Brooks, Richards, Kohler, Soong, Martin, Windson, & Bailey, 1994); Chesney, Morin, & Sherr, 2000).

Com a finalidade de ultrapassar algumas dificuldades apresentadas e, sobretudo, com o objectivo de criar um método que, oferecendo boas qualidades psicométricas, permitisse ao mesmo tempo avaliar a adesão aos medicamentos em qualquer contexto clínico, Morisky, Green e Levine, (1986) desenvolveram uma medida de quatro itens para avaliar a adesão aos tratamentos, a cujos itens os inquiridos respondiam de forma dicotómica (“sim/não”). Esta escala foi utilizada por Shea e colaboradores (1992); Brooks e colaboradores (1994) e Ramalinho (1994) que encontraram algumas dificuldades com a mesma, nomeadamente o facto de esta estar formatada em respostas dicotómicas que a tornava pouco sensível na captação das diversas situações em termos de comportamentos de adesão. As respostas de coping em relação à doença, quando consideradas como o comportamento de adesão terapêutica, são influenciadas pelas representações que os indivíduos constroem acerca da sua doença. Com base nesta perspectiva, o comportamento de não adesão pode ser encarado como uma resposta coerente do indivíduo à não partilha das suas ideias com as do médico, relativamente ao seu problema e respectivo tratamento prescrito (Horne, 1997).

Por outro lado, as ideias ou crenças que as pessoas desenvolvem relativamente aos fármacos em geral são susceptíveis de influenciar as suas próprias decisões acerca de quais os tratamentos apropriados para uma doença específica (Echabe, Guillen, & Ozamiz, 1992; Horne, 1997). Segundo estas perspectivas, poder-se-à concluir que os pacientes avaliam as acções dos médicos e os fármacos prescritos conforme o que eles próprios sabem e pensam acerca da doença e da medicação e a decisão de deixar de tomar medicamentos é a resposta às suas perspectivas relativamente à eficácia dos fármacos, ou seja, a opção de aderir ou não às prescrições médicas pode ser uma forma de os doentes expressarem a forma como lidam com a doença. De facto a adesão aos medicamentos prescritos pelo médico depende de uma série de factores, em que o doente faz a sua própria triagem podendo não aderir ao medicamento prescrito pelo médico, enquanto indicações populares como as da vizinha ou família, são mais facilmente aceites (Leite & Vasconcelos 2000).

Horne, Weinman e Hankins (1997) desenvolveram uma escala de avaliação da adesão aos medicamentos, Reported Adherence to Medication Scale, (RAM), composta

por 4 afirmações relacionadas com a adesão, em que a resposta é dada numa escala de tipo “Likert”. Esta escala foi desenvolvida pelos autores, por considerarem que as escalas dos níveis de adesão existentes, não se adequavam por não serem específicas da medicação (DiMatteo et al., 1993; Kravitz et al., 1993), ou por não possibilitarem o registo da frequência do ajustamento ou alteração das doses de fármacos prescritas (Morisky et al., 1986). Assim optamos por utilizar esta escala no nosso estudo para avaliar os níveis de adesão aos medicamentos, numa população que sofre de lombalgia crónica.

3.3. Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de vida (QV) remonta aos anos 60 e desde então utilizado na linguagem comum, interpretado de pessoa para pessoa de forma diferente, de acordo com a sua perspectiva, mas muito utilizado e estudado em múltiplos contextos no âmbito dos cuidados de saúde. O conceito QV foi desenvolvido inicialmente com pessoas doentes, descrito como um juízo subjectivo do grau de satisfação ou um sentimento de bem-estar pessoal, mas associado a determinados indicadores objectivos biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais. A American Thoracic Society, 2004 define Qualidade de Vida como um conceito subjectivo que se baseia na percepção individual que os indivíduos têm do impacto das suas experiências de vida. Este conceito está assim relacionado com a percepção do bem-estar ou da satisfação pessoal em domínios centrais da vida dos indivíduos.

Ao longo dos anos, a literatura científica tem revelado alguma dificuldade na definição e mensuração do conceito, o qual deve ser entendido tendo em conta o enquadramento cultural e social dos indivíduos e os contextos de intervenção. A American College of Physicians em 1988, afirmou que a função fundamental dos médicos não era apenas a de tratar problemas biológicos, mas também a de olhar para o bem-estar funcional (Neves, 2000).

Na análise das concepções associadas à qualidade de vida (QV), Schipper, Clinch e Powell (1994) explicam que das concepções acerca desta se salientam cinco abordagens, que contribuem para explicar as actuais correntes. Uma primeira concepção está associada à abordagem psicológica que pressupõe a distinção entre ter uma doença e sentir-se doente; a segunda concepção prende-se com a abordagem custo-benefício

que se baseia na dicotomia quantidade de vida, versus qualidade de vida; a terceira concepção refere-se à abordagem centrada na comunidade, que organiza as variáveis de forma a considerar o impacto da doença na comunidade; como quarta concepção está a abordagem funcional que dá ênfase à reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, numa harmonia para que a vida do indivíduo se adapte às consequências de uma doença incapacitante. Esta abordagem caracteriza-se por ignorar os aspectos emocionais e valorizar os aspectos funcionais. Na perspectiva do autor, a última concepção associada à QV é a lacuna de Calman que conceptualiza a QV como a lacuna entre o que o doente consegue realizar e as suas expectativas e quanto maior for esta lacuna maior é a sua QV (Schipper et al., 1994).

Para Levi e Drotar (1998), o conceito de QV está associado ao impacto da doença, do tratamento médico ou a política de cuidados de saúde individuais e as alterações na qualidade de vida dos doentes, principalmente dos que sofrem de doença crónica representam uma área de grande importância na prestação dos cuidados, na adesão ao tratamento e na satisfação, tornando a QV uma variável de grande importância na avaliação dos cuidados de saúde (Ferreira, 1998). Realça-se o facto de a QV não quantificar apenas a presença ou a gravidade dos sintomas de uma doença, mas também se preocupa em demonstrar como as manifestações de uma doença ou respectivo tratamento são experienciadas e percebidas pelo indivíduo (Berzon, 1998).

A qualidade de vida é uma variável multidisciplinar com um papel de relevo no campo da saúde e da doença (Baker & Smith, 1992; Bergner, 1989) em particular na área das doenças crónicas. Bowling (1997) e Lopez, Mejia e Espinar (1996) referem-se à qualidade de vida como um conceito amplo e ambíguo, que ultrapassa a mera condição física e inclui outros aspectos não menos importantes da vida humana. WHO (1998), define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Os conceitos de bem-estar físico, mental e social, frequentemente associados à qualidade de vida, não são novos. A Carta Magna da Organização Mundial de Saúde (1946) defendia a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença (OMS, 1958; Amorim & Coelho, 1999; Neves, 2000; Duarte, 2002). Esta definição de saúde fez desencadear novas orientações ao nível das políticas de saúde

(Fagulha, Duarte & Miranda, 2000; Neves, 2000) uma vez que pela primeira vez associou a saúde às actividades de vida diárias do indivíduo e ao seu estado funcional.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, dinâmico e individual mas mais abrangente do que o conceito de saúde e uma das dificuldades de abordagem da QV, prende-se com a sua definição, pois definir qualidade de vida é difícil, tal como a definição de saúde, podendo significar concepções diferentes, conforme são abordadas pessoas diferentes, dependendo de vários aspectos desde os valores culturais, de cada indivíduo, aos aspectos de ordem económica (Amorim & Coelho, 1999). De facto, encontramos na literatura vários conceitos associados à QV e muitas vezes ligados aos instrumentos que estão na base da sua avaliação sendo que é consensual que a QV é uma medida de percepção pessoal, subjectiva, multifactorial e que varia com o tempo (Schipper, Clinch, & Powell, 1990) e um termo abrangente que representa uma experiência individual subjectiva que relaciona directa e indirectamente a saúde, a doença, a incapacidade e o dano, sendo os determinantes e avaliação da QV altamente específicos de um indivíduo (Carr, Gibson, & Robison, 2001).

A perspectiva psicológica da QV refere-se essencialmente à perspectiva que o indivíduo tem de se sentir doente, de avaliar o seu bem-estar. Para Noack (1991), o bem-estar e a QV sobrepõem-se mas acrescenta que as medidas de bem-estar psicológico se dividem nos componentes: bem-estar afectivo e funcionamento cognitivo e mental. Linhoff, Ventegodt e Hennebey (2002) consideram o bem-estar subjectivo como um dos elementos da QV, enquanto Silva (2003) defende a QV como um constructo mais abrangente do que o bem-estar subjectivo. O primeiro grande estudo realizado sob este tema foi publicado em 1976 em que são focadas as experiências de vida como um mecanismo que contribui para condicionar a vida de um indivíduo (Ribeiro, 2004). Segundo o autor, a qualidade de vida é uma medida que não avalia apenas a presença de doença ou a perspectiva do seu tratamento experienciada pelo indivíduo, mas corresponde subjectivamente ao grau de satisfação das suas necessidades, nas várias dimensões da sua vida (Ribeiro, 2004).

Os serviços de saúde têm como principais objectivos centrar-se na prevenção das doenças, nos seus tratamentos, no alívio dos sintomas, assim como no prolongamento da vida (Farguar, 1995), tornando-se um pouco difícil, a estes níveis, estabelecer critérios de qualidade de vida. Nem todas as doenças são curáveis, e quando são podem deixar sequelas, incapacidades ou alterações irreversíveis a nível da funcionalidade. O

envelhecimento da população e o conseqüente aumento das doenças crónicas nas últimas décadas contribuíram para a substituição dos clássicos indicadores de mortalidade e expectativa de vida por um maior interesse relativamente à qualidade de vida (Amorim & Coelho, 1999; Pimentel, 2004).

Qualidade de Vida e Lombalgia

Na lombalgia crónica, os indivíduos deparam-se com mudanças em todas as áreas de funcionamento pessoal e social e muitas pessoas apresentam alterações que levam à alteração da sua qualidade de vida com exacerbação dos sintomas físicos e interferência nos esforços de reabilitação (Katon & Sullivan, 1990; Romano & Turner, 1985).

Lamers, Meerding, Severens e Brouwer (2005) desenvolveram um estudo com 483 pacientes de lombalgia, em que estudaram a QV e a produtividade. Os autores encontraram uma correlação moderada entre produtividade e qualidade de vida e concluíram que baixos níveis de qualidade de vida estão associados à perda de eficiência e ao absentismo. Isto é importante essencialmente quando se considera a avaliação económica nos programas de cuidados de saúde.

Mason, Victoria, Mathias, Skevington e Suzanne (2008) também desenvolveram um estudo em doentes com lombalgia crónica com objectivo de relacionar a aceitação da dor com a qualidade de vida e concluíram que a qualidade de vida está positivamente associada com a aceitação da dor, e com o compromisso da actividade, ou seja, relatos de dor mais baixos estavam associados a melhor qualidade de vida e menor incapacidade física. Horng, Hwang, Wu, Liang, Jang, Twu et al., (2005) num estudo com 232 doentes de lombalgia crónica, a fazerem tratamento por fisioterapia, em clínicas privadas, concluíram que havia uma correlação significativa entre a intensidade da dor, a qualidade de vida e a duração da incapacidade física. Alterações no domínio ambiental, dias de incapacidade, nível de educação, toma de medicação, e fisioterapia foram os predictores significativos para as mudanças na qualidade de vida e segundo os autores, a qualidade de vida dos pacientes com lombalgia dependia da capacidade funcional e dos factores psicológicos, mais do que a simples deficiência física.

A literatura também apresenta estudos noutras áreas. Núñez, Núñez, Yoldi, Llorenç, Hernández e Muñoz-Gómez (2006), desenvolveram um estudo com objectivo de determinar a relação entre saúde e qualidade de vida em duas amostras de doentes, uma com doentes de artrite reumatóide e outra com doentes de lombalgia crónica e

concluíram que os doentes com artrite reumatóide e os doentes com lombalgia usaram percepções claramente diferenciadas para descrever a qualidade de vida. Enquanto para os doentes com artrite reumatóide, as palavras mais usadas foram “ser capaz”, “capaz”, “casa”, e, a coisa mais importante para a qualidade de vida era poder fazer algum trabalho doméstico, os doentes com lombalgia, para descrever QV, usaram as palavras: vida, saúde e qualidade, e estes doentes referiram que a saúde era a coisa mais importante para a qualidade de vida.

A qualidade de vida foi incluída no presente estudo, por ter um papel de relevo no campo da saúde e doença, em particular na dor crónica (Bowling, 1997) e pelo facto de este conceito surgir, em parte, da emergência dos novos paradigmas com influência nas políticas e nas práticas da saúde. De facto os indivíduos com lombalgia crónica deparam-se com mudanças a vários níveis que levam a alterações da sua qualidade de vida, muitas vezes com exacerbação dos sintomas físicos e interferência nos esforços de reabilitação (Katon & Sullivan, 1990).

Estão disponíveis na literatura vários instrumentos para avaliar Qualidade de Vida. Stewart, Hays e Ware (1998) desenvolveram o “Medical Outcome Studies Short-Form Health Survey” (MOS-20) com o objectivo de avaliar o funcionamento e bem-estar de pessoas que sofrem de doenças crónicas. A versão Portuguesa desta escala (Geada, 1996) foi escolhida para avaliar a qualidade de Vida dos pacientes com lombalgia crónica, no presente estudo, por considerarmos ser uma escala de auto-avaliação breve, de fácil compreensão e preenchimento, constituída por 20 questões sobre seis dimensões da Qualidade de Vida.

3.4. Coping

Lazarus e Folkman (1984) definem coping como o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Quando o coping é ajustado a determinada situação conduz a um ajustamento adequado e como evidência da adaptação, ou ajustamento, encontramos o “bem-estar, o funcionamento social, e a saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, pp. 770).

Os acontecimentos de vida do dia -a - dia do indivíduo interferem com o equilíbrio humano e cada situação é percebida pela pessoa como mais ou menos ameaçadora, a partir da avaliação que faz dela em função do significado que esta tem para si (Lazarus e Folkman 1984). Um acontecimento é considerado ameaçador ou stressor se for percebido como causador de prejuízo ou perda, levando o indivíduo a tentar fazer algo para controlar a situação ou as reacções emocionais à mesma (Evans, 1998). Perante o confronto com os acontecimentos de vida, avaliados como perturbadores, o organismo reage de forma a gerir esses acontecimentos e a ajustar-se aos mesmos (Bishop, 1994).

O stress, resultante das cognições, traduz-se a nível fisiológico (dores de cabeça, fadiga, tremores), emocional (tensão, irritabilidade, ansiedade, depressão), do comportamento interpessoal (excesso de bebida, tabaco, negligencia para com a própria pessoa, impaciência, intolerância, isolamento) e da adaptação psicossocial (Paúl & Fonseca, 2001).

A auto-regulação da dor e o seu impacto na vida das pessoas dependem de formas encontradas por estas para lidarem e se ajustarem de forma a diminuírem a dor e o desconforto, ou seja, das suas estratégias de coping (McIntyre & Soares, 1999). O coping manifesta-se através de atitudes tomadas de forma espontânea e/ou intencionalmente podendo ser classificados em estratégias de coping, das quais fazem parte várias formas de distração, pensamentos positivos acerca da diminuição da dor, da procura de informação e da resolução do problemas, ou estratégias de coping abertas que incluem o descanso, a toma da medicação, o uso de relaxamento. Importa salientar que nem todas as estratégias de coping usadas são adaptativas e vice-versa. As estratégias de coping activas, nomeadamente os esforços para continuar a funcionar apesar da dor, utilizando por exemplo técnicas de distração estão associadas a um funcionamento adaptativo, enquanto estratégias de coping passivas, como por exemplo depender dos outros para ter ajuda no controlo da dor, ou a restrição das actividades estão relacionadas com maiores níveis de dor (Turk & Flor, 1999).

Lazarus e Folkman (1984) referem que a avaliação das situações é feita por um processo de avaliação cognitiva, segundo o qual o indivíduo percebe a situação causadora de stress e o nível de stress que ela gera. O stress, resultante das cognições, traduz-se a nível fisiológico (dores de cabeça, fadiga, tremores), emocional (tensão, irritabilidade, ansiedade, depressão), do comportamento interpessoal (excesso de

bebida, tabaco, negligência para com a própria pessoa, impaciência, intolerância, isolamento) e da adaptação psicossocial (Paúl & Fonseca, 2001).

Lazarus e Folkman (1984) apresentam duas formas de avaliação: a avaliação primária, em que o indivíduo determina o significado que o acontecimento pode ter para o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente), e a secundária quando o acontecimento é visto como negativo, e ocorre a avaliação dos possíveis recursos para o enfrentar. O conceito de “avaliação” está profundamente interligado com o conceito “significado”, i.e. o significado de um acontecimento é o resultado de um processo de avaliação cognitiva e é o conceito de avaliação cognitiva e de significado que se atribui a responsabilidade pelo largo leque de diferenças individuais em respostas emocionais a situações semelhantes (Vasco, 1985).

Partindo do pressuposto que a doença funciona como uma crise geradora de stress, o indivíduo põe em prática mecanismos que visam voltar ao seu estado de equilíbrio inicial, sendo que a capacidade para confrontar a situação está relacionada com as suas capacidades de coping que, por sua vez envolvem inúmeros factores biológicos, psicológicos e sociais (Paúl & Fonseca, 2001).

Quando se está perante situações difíceis ou momentos stressantes, o coping funciona como um factor estabilizador (Holahan & Moos, 1987). Estes autores apresentam várias definições de coping nomeadamente qualquer esforço de gestão de stress; acções que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.

Para Lazarus e Folkman (1985) é a partir da década de 70 que o coping passa a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo ou stressante, distinguindo-o assim dos comportamentos automáticos adaptativos porque é centrado no processo salientado pelos esforços do indivíduo e na gestão da situação problemática, o que faz com que o coping nem sempre seja bem sucedido, ou nem sempre tenha sucesso (Parker & Endler, 2006).

De facto, as pessoas não são todas iguais e um acontecimento que deixa um indivíduo muito perturbado pode ser indiferente para outro, existindo uma grande variabilidade entre os acontecimentos indutores de stress, a vulnerabilidade e a forma de

reagir à situação. Esta perspectiva, orientada para o processo, caracteriza-se por (1) salientar a descrição dos pensamentos e acções que ocorrem numa determinada situação stressante ou em vários estádios dessa situação; (2) a avaliação do coping não questiona o que o indivíduo costuma fazer numa determinada situação, o que podia fazer ou devia fazer ou pensar, mas questiona, apenas, o que se passou num determinado contexto; (3) a avaliação do coping implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas acções e pensamentos relacionadas com o coping; (4) ao avaliar o processo de coping deve-se ter em conta o indivíduo, os seus objectivos, as suas preocupações e os resultados procurados, pelo que a conclusão de que o processo é bom ou mau deve ser feita com prudência, estando dependente de cada pessoa. O autor refere ainda que, nesta perspectiva, o coping passa a ser considerado essencialmente como um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo (Parker & Endler, 1992). Quando os indivíduos usam a distração para aliviar o humor negativo, alguns destes distractores podem afastá-los das interacções sociais. Uma resposta de coping que facilita a adaptação a curto prazo é o isolamento social, que pode ajudar a regular as respostas emocionais, apoiando a restauração do estado afectivo (Repetti, 1991). O autor justifica esta posição por várias razões: porque o estado emocional negativo resultante de uma situação prévia leva, por vezes, a uma diminuição das respostas sociais numa nova situação; em segundo lugar, porque um período de solidão parece ter um efeito posterior positivo sobre o humor; e por último porque o estado de humor negativo (tristeza, ansiedade e hostilidade), que normalmente resulta da exposição ao stressor, parece estar associado com o acréscimo da introspecção, constituindo-se numa fase transitória, que reflecte um processo de auto-regulação (Repetti, 1991).

As estratégias de coping são eficazes quando fazem com que o indivíduo, reduza a tensão ocasionada pelo evento stressante, de forma a conseguir adaptar-se à situação (Vinay, Esparbès-Pistre, & Tap, 2000). De acordo com Paul e Fonseca (2001), o conceito de stress «abrange as reacções emocionais e cognitivas às ameaças e desafios inerentes ao quotidiano e aos acontecimentos de vida» (pp. 62). Porque há modificadores situacionais dos efeitos do coping sobre a saúde, o coping centrado na emoção regula ou controla os efeitos negativos resultantes do stress, embora muitas vezes seja associado com o aumento do distress (Aldwin, 1994). As actividades solitárias como a leitura, ver televisão, ouvir música ou montar um puzzle, podem

facilitar a distração, desviando os pensamentos dos eventos stressores e as estratégias de evitamento, como a negação, a distanciação e a fuga do problema, apesar de parecerem relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com o acontecimento stressante, se utilizadas de forma crónica podem ser um factor de risco para respostas adversas (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996; Stroebe & Stroebe, 1999).

McCaul, Sandgren, King, O'Donnell, Branstter e Foreman, (1999) classificam o coping em coping activo, focalizado no problema, em que os indivíduos recorrem a estratégias de aceitação e tentam lidar activamente com a sua situação; e coping de evitamento, em que o indivíduo recorre principalmente a estratégias para tentar evitar o problema e se distanciar da situação. O coping activo inclui estratégias como a resolução activa do problema, procura de apoio emocional e planeamento da resolução. O coping de evitamento inclui estratégias como negação, alterações de comportamento e uso de álcool e outras drogas. Nesta conceitualização, o coping activo é visto geralmente como positivo e coping de evitamento é visto geralmente como negativo. Porém, Lazarus (2000) refere que nenhuma estratégia deve ser assumida como boa ou má, pois depende da situação e do resultado, de acordo com cada pessoa.

A dor crónica é tipicamente associada ao stress, secundário às alterações do sono, às alterações no emprego, às tensões interpessoais e dificuldades na realização de tarefas básicas do dia a dia (Taal, Seydel, Rasker, & Wiegman, 1993). As alterações psicossociais decorrentes da dor crónica podem ser activadas por comportamentos de inadaptação à dor e podem surgir com corte nas relações com a família, amigos e conhecidos, bem como com os elementos da equipa nomeadamente com o médico (Fordyce, 1976; Keefe, Dunsmore, & Burnett, 1992).

O papel do coping com a dor é particularmente pertinente porque a avaliação da dor é uma experiência altamente pessoal e multidimensional que envolve factores motivacionais, afectivos, cognitivos, e elementos sensório -fisiológicos (Turk & Melzack, 1992). Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop, 1994).

A investigação identificou vários mecanismos cognitivos específicos utilizados para lidar com a dor crónica, nomeadamente: a catastrofização, o coping activo versus passivo; desânimo apreendido, auto-eficácia; pensamento racional (Lenhart & Ashby, 1996). Outros autores diferenciaram estratégias de coping específicas e globais para a

população com dor crónica, sugerindo que as estratégias de coping específicas e as cognitivas podem interferir nos níveis de limitação física. Níveis elevados de limitação foram associados a uma diminuição nos estilos de coping activos (Flor e Turk, 1998). Uma gama de emoções negativas inclusive depressão, raiva e ansiedade são frequentemente experienciadas por pessoas que sofrem de dor crónicas. Altos níveis de humor negativo tendem ser associados com dor crónica mais severa (Craig, 1999; Robinson & Riley, 1999).

A avaliação do Coping com a dor é importante porque a dor é uma experiência que envolve factores afectivos, cognitivos, motivacionais e sensorio-fisiológicos (Melzack, 1996) e, na lombalgia crónica, os factores cognitivos são cruciais na adaptação à dor influenciando a forma como os indivíduos avaliam a sua saúde e as suas estratégias pessoais para lidar com esta.

Na lombalgia crónica, os factores cognitivos desempenham um papel crucial na adaptação à dor e influenciam a forma como os indivíduos avaliavam a sua saúde e as suas habilidades / estratégias pessoais para lidar com a dor. Estes factores podem ser afectados pela forma como cada indivíduo avalia as suas habilidades/estratégias para resolver os problemas da sua vida quotidiana e a forma como mantém o sentido de confiança e controlo para resolver esses problemas. Quando um indivíduo acredita que consegue resolver os problemas com que está confrontado, apresenta um ajustamento psicossocial que tem impacto no seu amor-próprio e na sua afectividade, levando-o à solução do problema. Assim, os indivíduos que têm maior capacidade para resolver os problemas do dia-a-dia apercebem-se de que possuem estratégias para lidar com certas e determinadas situações ou para evitar outras situações consideradas como problemáticas (Heppner, Hibel, Neal, Weinstein, & Rabinowitz 1988).

Boothby, Thorn, Stroud, e Jensen (1999) e DeGood (2000) desenvolveram uma pesquisa para analisar o papel do coping no humor negativo e na incapacidade funcional e chegaram à conclusão que as tentativas para ignorar a dor se correlacionam positivamente com as expressões emocionais.

Tan, Jensen, Robinson-Whelen, Thornby e Monga (2001) desenvolveram um estudo com doentes que sofriam de dor crónica e concluíram que a catastrofização e o desânimo apreendido se correlacionam positivamente com o aumento da incapacidade física e a diminuição das auto-afirmações de coping. Os autores concluíram ainda que a catastrofização é o predictor mais forte da depressão e da severidade da dor. No entanto,

outros autores não encontraram associações significativas entre os baixos níveis de dor e as estratégias de coping e consideram ainda que o nível de dor não é predictivo da adopção das estratégias de coping (Affleck, Tennen, Keefe, Lefebvre, Kashikar-Zuck, & Wright, 1999) assim como, Van e colaboradores (1994) não encontraram nenhuma relação significativa entre a dor e o coping focalizado no problema.

De facto é muito importante na avaliação das pessoas que sofrem de dor, as estratégias encontradas para fazer frente à sua dor. Brown (1999) desenvolveu um questionário “Modos de lidar com a dor” que tem por objectivo avaliar a forma como os doentes lidam com a dor. Neste estudo, optamos por este questionário, na versão Portuguesa de McIntyre e Araújo-Soares, (1999) com o objectivo de avaliar as estratégias de coping com a dor nos doentes com lombalgia crónica.

3.5. Morbilidade Psicológica

A dor é mais que um conceito de “estimulação neurofisiológica” (Paviani 2000), pois ela é uma experiência pessoal e subjectiva, que só é possível de se conhecer a partir da comunicação daquele que a sofre, podendo um mesmo estímulo ser assimilado de várias formas, dependendo da pessoa, provocando ou não dor em maior ou menor intensidade. A depressão e ansiedade também interagem na percepção da dor através de mecanismos inibitórios e facilitatórios ainda não elucidados de forma muito adequada, pois pensa-se que talvez as vias noradrenérgicas e serotoninérgicas estejam envolvidas no mecanismo normalmente associado à dor crónica (De Vitta, 1996). A presença de problemas psicológicos, como depressão ou outros distúrbios emocionais, tem muito a ver com manifestações dolorosas crónicas e incapacidades (Weiner et al., 2004).

Segundo Menegatti, Amorim e Avi (2005), do ponto de vista comportamental, a dor só possa ser compreendida em relação às ocorrências passadas e actuais em que a pessoa especificamente está inserida, nas dimensões física, emocional e cultural. O autor acrescenta que a dor é a única sensação que envolve não só uma capacidade de identificação do início, duração, localização, intensidade, características físicas do estímulo inicial, como também inclui funções motivacionais, afectivas e cognitivas dirigidas a um comportamento pessoal de desprazer e aversão, dando, ao mesmo tempo, uma interpretação do estímulo em termos de experiências presentes e passadas. Segundo os autores, o conceito de dor é individual, sendo constituído através da vivência de cada

um no meio sócio-cultural em que está inserido e o comportamento da dor inclui expressões e atitudes públicas que fazem parte dos episódios interpessoais, situação que pode ser convertida em algo muito reforçador socialmente e, assim, persistir mesmo após ter desaparecido a causa física da dor (Menegatti, Amorim & Avi, 2005). Nesta perspectiva, segundo os autores, o resultado “dor” surge não só de uma estimulação nociceptiva, mas de uma complexa combinação entre história de aprendizagem, ocorrências actuais e o estado emocional do indivíduo. Assim, é importante avaliar a influência das emoções que interferem no fenómeno doloroso, entre elas a ansiedade e a depressão.

Diversos estudos relacionam a experiência anterior, a intensidade depressiva e/ou o nível de ansiedade com o comportamento da dor (Harma 2002; Linton 2000; Pincus, 2002). A associação da dor crónica com a depressão é conhecida na comunidade científica. Para Craig (1999), cerca de 18% dos doentes com dor crónica podem ser considerados deprimidos. Sullivan e Turk (2001) relataram grande variabilidade na ocorrência de depressão (entre 10% e 100%) e a média de prevalência à volta de 50%. Os autores referem ainda que na síndrome da dor crónica, bem como nos quadros depressivos, se verifica diminuição de serotonina e noradrenalina com modificações comportamentais, como isolamento, diminuição da actividade, podendo contribuir para a depressão e maior percepção da dor. Matthew, Bair, Jingwei Damush, Jason, Sutherland et al., (2008) num estudo com doentes que sofriam de dor músculo-esquelética, crónica, concluíram que a conjugação da depressão e ansiedade com a dor crónica é fortemente associada com dor mais severa, maior incapacidade funcional e qualidade de vida mais pobre.

Com grande frequência, podemos encontrar associados à lombalgia, a depressão e a ansiedade. Estas, por sua vez, podem prolongar o quadro doloroso, o que gera angústia, incapacidade e insatisfação, seja no trabalho ou na vida social (Elkayam et al., 1996). Muitos pacientes de lombalgia experimentam os efeitos da depressão, apresentando angústia interpessoal com restrição da sua mobilidade e redução do seu bem-estar geral, impedindo-os de trabalhar (Smith, Timothy, Carmody, & Smith 2004). Também Bréder, Oliveira, Dantas e Silva (2006) concluiu que as horas de trabalho e factores psicossociais (ansiedade, sentimento de tristeza, stress, insatisfação no trabalho e nível de educação) se comportaram como factores de risco para lombalgia. A dor relacionada com o medo e o evitamento parece ser uma característica essencial da lombalgia

crónica, resultando num pobre desempenho comportamental (Brooks, Richards, Kohler, Soong, Martin, Windson, et al., 2003). Ostelo, Raymond, Henrica, Waddell, Gordon, Kerckhoffs, et al., (2003) afirmam que, nestes pacientes que sofrem os sintomas por um período de vários meses, os aspectos psicossociais, tais como dor catastrófica ou medo do movimento, podem ser muito importantes, devendo ser considerados na intervenção. Para Weiner, Rudy, Kim e Gollas (2004) a presença de problemas psicológicos, como a depressão ou outros distúrbios emocionais, tem muito a ver com manifestações dolorosas crónicas e incapacidades. Os autores, num estudo desenvolvido com motoristas de autocarro que sofriam de lombalgia, concluíram que de entre os factores de risco que podem afectar estes indivíduos estavam o stress, o medo, a ansiedade e a duração da dor que interferem no mecanismo da activação do sistema endógeno da morfina envolvido na modulação da analgesia. Os autores referem ainda que factores psicológicos (tendência à depressão, sentimento de tristeza, ansiedade) estão envolvidos na progressão para a cronicidade do mecanismo da lombalgia.

Seyed-Mahmoud, Ahmad e Javad (2007) desenvolveram um estudo com 112 pacientes de lombalgia com o objectivo de avaliar os factores psicossociais associados à lombalgia e concluíram que 46,4% dos pacientes apresentavam altos níveis de ansiedade e 48,2% apresentavam-se deprimidos.

Serpa e Cruz (2005) encontraram uma associação significativa entre depressão, ansiedade e somatização associadas à lombalgia. Também Strunin e Boden (2004) encontraram índices elevados de depressão e ansiedade nos doentes com lombalgia e ainda uma relação entre a qualidade de vida, a depressão e a ansiedade com a ansiedade e a depressão a predizerem pior qualidade de vida.

Mok e Lee (2008) num estudo que pretendia avaliar a relação entre ansiedade, depressão e intensidade da dor em doentes com lombalgia verificaram, numa amostra de 102 doentes, que a ansiedade e a depressão relacionaram-se positivamente com a intensidade da dor e concluíram que a ansiedade e a depressão não só estavam associadas com a intensidade da dor mas também eram predictoras da intensidade da dor, em doentes com lombalgia. Para Cailliet (2001), a avaliação psicológica do paciente com dor lombar tornou-se parte integrante da avaliação, diagnóstico e formulação do seu plano de tratamento, já que a dor não é apenas um termo descritivo da nocicepção experimentada, mas um fenómeno multidimensional. A dor compreende

não só factores psicológicos, mas também emocionais, sociais, culturais e até mesmo educacionais.

No presente estudo, a avaliação da morbilidade psicológica foi avaliada através da escala de ansiedade e depressão (HADS) de Zigmound & Snaith (1983) na versão Portuguesa de Gouveia e McIntyre (2003).

3.6. Incapacidade Funcional

A noção de vida saudável contempla o bem-estar físico, mental ou social mas também a incapacidade funcional (Robine, Romieu, Cambois, 1999). A experiência de uma doença com potencial para gerar deficits no funcionamento cognitivo, sensorial e físico afecta o desempenho quotidiano do indivíduo e a avaliação subjectiva que este faz de sua vida (Melzer & Parahyba, 2004).

As doenças crónicas podem afectar qualquer um dos sistemas orgânicos e, apesar da diferença etiopatogénica, há aspectos que se aplicam às várias situações de cronicidade, nomeadamente o prolongamento no tempo que afecta profundamente a vida do doente crónico com implicações emocionais e físicas. Ao nível das implicações físicas, nas doenças crónicas, é muito frequente a incapacidade funcional que segundo Jte (1996) e Lamb (1996) provoca grande efeito negativo no bem-estar individual, gera maior necessidade de assistência, quer formal quer informal e necessita de cuidados por longos períodos. Os indivíduos com doença crónica têm que enfrentar o desconforto e a incapacidade, seguir o tratamento de forma regular, modificar comportamentos para minimizar os resultados indesejáveis, ajustar sua vida social e o trabalho às suas limitações funcionais e ainda lidar com as consequências emocionais (Lorig, Ritter, Stewart, Sobel, Brown, Bandura, et al., 2001).

A incapacidade funcional é normalmente definida como a restrição da capacidade do indivíduo para desempenhar actividades usuais da vida diária e quantifica o impacto de doenças ou acidentes. Estão incluídas as actividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis no trabalho, os papéis não ocupacionais e os papéis no lazer (Jette, 1996; Lamb, 1996). A incapacidade refere-se a problemas no funcionamento social do desempenho de actividades normais da vida diária e de papéis socialmente definidos dentro de um ambiente particular, social cultural e físico e compreender a incapacidade é incluir na sua avaliação as características da situação em que a pessoa funciona,

considerando não apenas as capacidades, mas também a relação da pessoa com aspectos relevantes da situação (Jte, 1996). A expectativa de vida saudável é normalmente estimada por meio da avaliação da expectativa de vida livre de incapacidade funcional (Bone, Bebbington, & Nicolaas, 1998), ou seja, livre de dificuldades em realizar actividades da vida diária e a expectativa de vida, livre de incapacidade funcional, fornece, não só, informações sobre a potencial duração da incapacidade mas também sobre a prevalência da incapacidade funcional e o tempo pelo qual a pessoa vai precisar de cuidados pessoais (Agree, 1999). De facto, é muito importante fazer a avaliação da situação da incapacidade e reacção à mesma por parte do indivíduo, pois desta forma são contemplados não apenas a influência da patologia e da condição médica, mas os factores psicológicos e sociais envolvidos na incapacidade. Os factores psicológicos reflectem a percepção subjectiva do indivíduo e a sua avaliação da situação, funcionando como recursos para enfrentar e atenuar a adversidade das situações stressantes e ajudam na determinação das implicações da incapacidade funcional, sendo por isso muito importantes na adaptação à incapacidade.

A literatura apresenta estudos na área da incapacidade funcional, em doenças crónicas como é o caso de Lamb (1996), que num estudo com doentes que apresentavam incapacidade física, verificou que os indivíduos mais incapacitados funcionalmente e com perfis mais depressivos apresentavam percepção de saúde mais negativa, níveis de humor mais baixos e menor satisfação com as visitas de familiares e amigos. Clarke (2003) desenvolveu uma investigação com pessoas idosas e concluiu que as doenças crónicas e as consequentes incapacidades podem afectar significativamente o bem-estar das pessoas.

Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002) verificaram que doenças crónicas e deficiências funcionais limitam o bem-estar especialmente entre os idosos mais velhos. Segundo estes autores, as acumuladas situações de stress provocadas pela doença crónica limitam o potencial dos indivíduos mais velhos para experienciar o lado positivo da vida, o que faz com que vivenciar um evento negativo, como por exemplo, ficar incapacitado, represente uma ameaça ao controle pessoal implicando consequências para a vida do indivíduo.

Vinaccia (2005) ao estudar doentes com artrite reumatóide concluiu que a capacidade funcional se correlacionava positivamente e significativamente com a intensidade de dor, e que esta constitui uma variável de intervenção fundamental na

percepção de dor. Stefano (2007), também em doentes com artrite reumatóide, encontrou uma correlação positiva entre a Capacidade Funcional e a intensidade de dor.

Segundo Fortes e Neri (2004), eventos inesperados relacionados com saúde, como o caso duma incapacidade provocada pela dor, exigem da pessoa um grande esforço adaptativo e propõem uma alteração à personalidade individual, orientando-a para enfrentar os desafios provenientes do evento não desejado e o ajustamento psicológico e social. Ayis, Goodberman-Hill e Ebrahim (2003) concluíram que as limitações decorrentes das doenças crónicas estavam associadas ao stress psicológico, vulnerabilidade percebida, percepções mais negativas da própria saúde e falta de expectativa de uma vida longa. Segundo os autores, as variáveis prováveis de explicar os efeitos limitadores da doença crónica são o ambiente físico e social, as condições da doença, o suporte social e os aspectos psicológicos, nomeadamente a solidão, sentido de controlo e de vulnerabilidade.

Para Bandura (2004), as crenças de eficácia pessoal funcionam como um forte elemento contra os efeitos adversos da incapacidade, porque influenciam a motivação para o coping dos stressores e a forma como se lida com o ambiente social e físico. O indivíduo dotado de habilidades e crenças nas suas capacidades é mais capaz de adoptar comportamentos que promovem a saúde, de eliminar aqueles que a incapacitam e de obter melhores resultados no tratamento da incapacidade física (Bandura, 2004).

Caraviello, Wassertein, Chamlian e Masiero (2005) com o objectivo de avaliar a evolução da dor e da incapacidade funcional em doentes com lombalgia submetidos a um programa de reabilitação concluíram que num total de 33 pacientes, 46,7% apresentavam grande incapacidade funcional antes de iniciar o programa de reabilitação e após 10 semanas de tratamento apenas 26,7% apresentava grande incapacidade funcional.

No presente estudo, a incapacidade funcional é muito importante porque os indivíduos com lombalgia crónica têm frequentemente que enfrentar o desconforto e a incapacidade, modificar comportamentos para minimizar os resultados indesejáveis, ajustar sua vida social e o trabalho às suas limitações funcionais e ainda lidar com as consequências emocionais da doença (Lorig et al., 2001).

Roland e Morris (1999) desenvolveram uma escala para medir a incapacidade física em doentes com lombalgia com o objectivo de avaliar as limitações físicas resultantes

da dor lombar. No presente estudo foi usada a versão portuguesa de Pereira e Ferreira (2007).

3.7. Funcionamento Familiar

A família é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e como tal, a primeira a sentir a crise subsequente à doença (Pinctus, 2006). No conceito individual de saúde e doença, é importante a definição familiar da doença.

O significado da palavra família tem-se modificado ao longo dos tempos e evoluído desde a altura em que a família era vista num contexto alargado, com a mulher a ocupar uma função central na criação/educação dos filhos, e a sua identidade determinada essencialmente pelas suas funções de mãe e esposa (Carter, 1995), até ao contexto actual em que o papel da mulher mudou radicalmente face ao tradicional ciclo de vida familiar. Hoje assiste-se cada vez mais a uma transformação da natureza da união conjugal aumentando a existência de famílias mono parentais e reconstituídas e, assim, a sociedade é mais tolerante à existência de vários tipos de famílias. De facto, não são apenas os laços parentais que definem o conceito de família, mas também os laços afectivos entre as pessoas, a proximidade geográfica, a coabitação na mesma residência ou mesmo a utilização de redes de apoio de que se serve (Stanhope & Lencaster, 1999).

No sistema familiar, de acordo com Relvas (2000), podemos encontrar 4 unidades sistémico-relacionais: a individual, constituída pelo indivíduo com as suas funções e papéis noutros sistemas que interagem com o seu desenvolvimento pessoal; a conjugal, que engloba o casal; a parental que tem a seu cargo a protecção e educação das gerações mais novas; e a fraternal, que tem funções específicas no que diz respeito ao treino de relações entre iguais. Cada uma destas unidades tem funções diferentes mas estreitamente relacionadas entre si e a estrutura da família apresenta a forma como se organizam estes subsistemas, bem como o tipo de relações que se desenvolvem entre eles e no interior de cada um.

A funcionalidade familiar constitui a qualidade emergente de toda a vida humana (Benoit, 1988). Considerando que a família é um sistema que funciona no interior de outros sistemas, o esquema conceptual do funcionamento familiar comporta três elementos fundamentais: 1) a família como sistema sociocultural aberto e em transformação; 2) a família atravessando estádios que exigem reestruturação; e, por fim,

3) a família adaptando-se às mudanças da vida, no sentido de manter a sua continuidade e favorecer o crescimento psicossocial de cada um dos seus membros (Minuchin & Fishman, 1990).

Phipps (1995) reforça a ideia que um elemento da família influencia e é influenciável pelo comportamento dos outros, sendo este conjunto de relações que define o comportamento familiar. O autor descreve a família como um grupo de pessoas que se relacionam entre si de tal forma que qualquer alteração que surja num determinado membro, como o caso da doença, implica modificação nos restantes elementos da família e quando a família tem um elemento doente todos os elementos sofrem ansiedade e stress. Os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença e com o sofrimento e, conseqüentemente referem sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança, frustração e depressão. Por outro lado, a unidade familiar sofre rupturas do seu estilo de vida a vários níveis, desde a sua privacidade até alteração ao nível do rendimento (Bolander, 1998). No processo da doença, a família pode ser obrigada a redistribuir as tarefas, por outros elementos da família, que até então não tinham essa responsabilidade (Martins, 2002).

O modelo sistémico concebe a família como um sistema em que o que se passa com um membro afecta todos os outros, da mesma forma que este elemento também é afectado com o que se passa com cada um dos outros membros da família. Assim, a mudança no seio da família acontece porque os seus elementos mudam, respeitando a auto-organização individual e familiar (Relvas, 2000), e a família adapta-se às necessidades e exigências do desenvolvimento psicológico dos seus membros tendo em conta a individualidade de cada um (Ferros, 2003).

A doença crónica representa uma crise significativa para o doente e família. De facto, o doente e a família geralmente não estão preparados para as alterações físicas, nem para as alterações entre períodos de crise e de estabilidade e a incerteza do futuro (McDaniel, Hepworth, & Doherty (1994). A doença crónica, num elemento da família, acarreta mudanças que afectam a família como um todo, seja na preocupação com a pessoa doente ou na resolução de problemas de ordem prática, como o trabalho, viagens ou outros compromissos. Normalmente, os membros da família cedem às exigências do doente e a tensão familiar pode tender a aumentar. De uma forma geral, quanto mais próximo o grau de parentesco maior será o impacto e a tendência dos familiares

modificarem a sua vida em função dos cuidados ao doente (Viana, Barbosa, & Guimarães, 2007).

O doente crónico está sujeito a perdas, nomeadamente a saúde física e funcional, perda de papéis de responsabilidade, perdas de auto-estima e auto-imagem, perdas de sonhos abrangendo um vasto leque de potenciais interrupções na vida, de reacções emocionais perturbadoras, de mudanças psicológicas e da imprevisibilidade do futuro (Canhão & Santos 1996). Para que uma pessoa com doença crónica continue a viver o seu dia a dia, tem de promover alterações cognitivas, comportamentais, emocionais e sociais mais ou menos complexas (Ribeiro, 1998).

Sendo a família vista como um grupo de pessoas que se relacionam entre si, facilmente se pode perceber de que modo as próprias modificações do indivíduo como parte integrante da família influencia o restante comportamento do grupo. Na opinião de Segalen (1999), a influência da família sobre a saúde e a doença é diversificada, mas é no interior desta que se formam as atitudes, os hábitos que se relacionam com a saúde, o equilíbrio físico e mental. Para Cresson (1995) é a partir da família que se conjugam grandes mudanças acerca da saúde e mudanças de atitudes relacionadas com ela. O autor salienta que são as famílias com índices de escolarização mais elevados e melhor condição social que exercem um papel mais interventivo na saúde, quer através das práticas da vida quotidiana, nomeadamente ao nível da alimentação, da higiene, da tentativa de conciliação entre as relações familiares e sociais e os horários de trabalho, quer pela forma como recorrem, de forma mais assídua, aos serviços de saúde e ao médico. Ainda segundo o autor são estas famílias que apresentam mais persistência na adesão às orientações e recomendações dos profissionais de saúde ou às campanhas nacionais ao nível da melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida. Phipps (1995) dá ênfase às variáveis que mais significativamente interferem na aquisição de uma nova estabilidade, sendo elas: a fase de desenvolvimento da doença, o ciclo de vida em que a família se encontra, a intensidade do impacto que a doença crónica tem sobre os vários elementos, assim como as repercussões na dinâmica familiar. A doença assume-se, assim, como um factor de risco para a manutenção do equilíbrio familiar, em que a sua homeostasia depende de um conjunto de factores inerentes ao indivíduo doente, assim como da família onde este se inclui.

Para Cresson (1995), os pais são os primeiros a transmitir as noções de saúde e doença e em função destas desenrolar-se-ão todo um conjunto de acções positivas ou

negativas em torno da saúde e da doença. A família serve de intermediária com o exterior, ou seja, com as instituições de saúde e profissionais que lidam com a doença crónica, fazendo face aos momentos de crise familiar, gerindo os conflitos tendo em consideração as diferentes necessidades dos seus membros, de forma a fazer face às solicitações urgentes. Segundo o autor e de acordo com esta perspectiva, a doença exige um esforço de adaptação da família, provocando alterações psicossociais importantes, quer no desenvolvimento da família, quer no indivíduo portador de doença crónica. No entanto, estes aspectos são muitas vezes ignorados pela própria noção de serviço de saúde, quase sempre centrado no profissional de saúde e doente, esquecendo o trabalho das famílias a este respeito.

A doença crónica interfere ao nível físico, psicológico, social e familiar e vários autores se debruçaram sobre a relação entre a doença e a família, tendo sido apresentados alguns modelos explicativos dessa relação. De seguida apresentaremos alguns dos principais modelos na área de família e doença.

3.7.1. Modelo da Família Psicossomática

A propósito da interacção de factores familiares com o curso da doença, Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, e Todd, (1975) propuseram o “Modelo da Família Psicossomática”, que pretende explicar o modo como o sistema familiar contribui para desencadear uma determinada patologia, para a qual existia já uma predisposição, ou afectava o curso de uma doença já estabelecida. Com trabalhos desenvolvidos na área da terapia familiar na anorexia nervosa e diabetes, os autores apresentam um modelo determinante do tipo e do curso da doença que contempla três grandes vectores: 1) a vulnerabilidade fisiológica ou constitucional que implica uma fragilidade e predisposição para um dado tipo de patologia. O autor classifica como doenças “psicossomáticas” aquelas em que as componentes psicológicas podem contribuir para iniciar a doença ou para agravar a mesma; 2) características da estrutura familiar relacionadas com a coesão, a adaptabilidade e a interacção. Relativamente à coesão, o emaranhamento que traduz um envolvimento mútuo implica intrusão e deixa pressupor limites frágeis entre os subsistemas familiares. Quanto à adaptabilidade, o principal factor disfuncional é a rigidez que implica grande resistência à mudança e dificuldades em mudar as regras e os procedimentos, quando mudam os contextos. No contexto de

doença ou nas diferentes fases do ciclo de vida, as famílias rígidas vivem cronicamente em “stress” dado o défice de mecanismos homeostáticos. Relacionado com a interacção, identifica-se a super protecção, que se refere ao modo como os membros da família se vêem mutuamente e à atribuição de fragilidades. Este factor implica uma grande preocupação mútua e o comportamento sintomático da pessoa doente pode funcionar como forma de distracção desta exagerada preocupação. Uma outra característica interaccional é a deficiente capacidade para resolver conflitos. Quando a família não dispõe de meios para resolver os conflitos, estes são vividos de modo muito angustiante e a família evita enfrentá-los o que tornará a relação conjugal menos satisfatória, o que levará ao envolvimento com o doente num ciclo crescente; 3) o envolvimento da criança nos conflitos do casal. As características transaccionais da família, antes descritas, fornecem o contexto para o uso da doença como modo de comunicação, contribuindo, assim, para a emergência da “função” da doença. O terceiro vector implica que a criança e a sua doença cumpram um papel importante como mecanismo de coping de conflitos, o que constitui um poderoso reforço dos sintomas (Minuchin, et al., 1975).

O modelo inicialmente criado como modo de abordagem da doença “psicossomática” foi entendido como recurso na compreensão e, também, na intervenção nas situações de doença crónica na criança, particularmente nos casos em que a família demonstra grande dificuldade em lidar com o doente. A adaptação psicossocial do doente e o seu sucesso nas tarefas desenvolvimentais que se impõe em diferentes níveis do seu desenvolvimento, particularmente as que se referem à diferenciação e à construção da autonomia, podem ser prejudicadas pelos padrões interactivos familiares. Também o curso da doença, nomeadamente o que resulta de dificuldades de “coping” e adesão aos tratamentos é muitas vezes influenciado negativamente pelos mesmos factores familiares, com consequências no agravar da situação (Silver, Stein, & Dadds, 1996).

3.7.2. Modelo de Ajustamento e Adaptação da Resposta Familiar

A teoria de stress familiar (Mcubbin & Patterson, 1982-1983) descreve a adaptação das famílias que se confrontam com diferentes stressores, nomeadamente a doença. Os stressores, eventos da vida que afectam um membro da família, levam a mudanças do sistema familiar que se podem manifestar e interferir na dinâmica familiar ao nível dos

papéis, regras, objectivos e fronteiras. O modelo (ABCX) tem por base um stressor, factor “A” (por ex. lombalgia crónica) que tem impacto na família podendo ocasionar mudanças no sistema social familiar. O factor “B” representa os recursos da família, vai responder às exigências do stressor e é descrito como a capacidade da família prevenir uma crise ou uma disfunção familiar. O factor “C” refere-se à gravidade que a família atribui ao stressor e reflecte os valores familiares e as suas expectativas prévias em lidar com crise e mudança. O factor “X” representa a crise como variável contínua e descreve a quantidade da disfunção, incapacidade no sistema familiar ou desorganização (Burr, Hill, Nye, & Reiss, 1993). A partir do modelo (ABCX) desenvolveu-se o modelo de ajustamento e resposta adaptativa familiar (FAAR), proporcionando um desenvolvimento na compreensão do papel da família no decurso da adaptação à doença crónica ao longo do tempo (McCubbin & Patterson, 1993). Os autores propuseram uma conceptualização do stress familiar que engloba quatro domínios: (*demands*), problemas/exigências; as (*capabilities*), capacidades; os (*meanings*), significados; e os (*outcomes*), resultados.

O modelo parte do pressuposto que a família tenta manter o equilíbrio, utilizando os seus recursos (capacidades de coping), tentando dar resposta aos stressores e exigências, associados à doença crónica e, quando a família é confrontada com novos problemas ou exigências, tenta manter o equilíbrio, utilizando as capacidades e recursos que possuía. Isto é, perante uma mesma situação, famílias com histórias e estratégias diferentes reagirão de forma diferente. Isto vai influenciar os significados (as crenças, atribuições) dados à doença bem como o que fazer para lidar com ela. Vai influenciar ainda as suas capacidades para manter um funcionamento equilibrado resultando este no ajustamento ou adaptação familiar. Quando a adaptação é positiva, a família conseguirá um equilíbrio, a manutenção da unidade familiar e o desempenho dos seus papéis que permitirão cumprir as tarefas do seu ciclo de vida.

Este modelo articula-se em três fases: a fase de ajustamento, em que predomina a homeostasia; a fase de crise, representada pelo período de desorganização e mudanças; e a fase de adaptação, em que procura restaurar o equilíbrio. Perante uma doença crónica num dos elementos da família, como uma situação de lombalgia crónica, a família vivencia um período de ajustamento, tentando restabelecer o seu equilíbrio e desenvolvendo novos recursos e comportamentos de coping com vista à sua adaptação. O modelo FAAR tem ênfase ao nível individual, familiar a comunitário, preconizando

que não tanto o indivíduo mas o sistema familiar deva ser o principal alvo de análise clínica e de intervenção na doença (Sousa, 2005).

3.7.3. Modelo de Rolland

Jonh Rolland (1984-1988) descreveu a forma como as fases de desenvolvimento de uma doença são tão significativas na fase do ciclo de vida de uma família. Este autor adopta uma abordagem sistémica, em que a família, o indivíduo e a doença se influenciam mutuamente. A relação entre as capacidades de resposta de uma família e as exigências psicossociais de uma doença crónica estão na base de uma adaptação bem sucedida ou insuficiente do doente e da família à doença.

O seu modelo apresenta três dimensões em que a primeira diz respeito à “classificação das doenças crónicas segundo tipos psicossociais”. Nesta dimensão, Rolland (1995) apresenta uma tipologia de doença que permita diferenciar as respostas da família baseadas nas características da própria doença. As doenças, quanto ao modo de aparecimento, são classificadas como agudas (ex. enfarte do miocárdio) ou graduais (ex. artrite reumatóide, lombalgia) e estas últimas permitem à família mobilizar-se de forma menos rápida do que numa doença aguda.

A consequência de uma doença relaciona-se com o facto de esta ser considerada, ou não, como fatal. Todas as doenças crónicas envolvem um compromisso da identidade e das relações interpessoais mais íntimas. A expectativa antecipada da perda futura pode levar a que o indivíduo e os seus familiares percam a capacidade de solução dos problemas, levando a um agravamento das respostas mal adaptativas, e uma maior demissão do indivíduo em relação às suas responsabilidades, podendo levar a um isolamento emocional do indivíduo relativamente ao seu meio, o que poderá levar ao agravamento do seu prognóstico.

Relativamente ao grau de incapacidade, as doenças podem ser incapacitantes ou não. Neste modelo, a lombalgia está classificada como tendo um início gradual, um curso progressivo e recidivante, causando incapacidade mais ou menos acentuada, dependendo do seu estágio. Rolland (1995) obteve assim uma tipologia com 32 tipos psicossociais de doenças em que as doenças crónicas são agrupadas segundo as suas exigências psicossociais podendo acontecer que doenças diferentes ao nível da

avaliação médica possam apresentar consequências psicossociais semelhantes ao nível da família.

A segunda dimensão, os “períodos principais do desenvolvimento da doença”, sugere que cada período tem tarefas básicas, que podem ser comuns a qualquer tipo de doença ou específico de cada doença. No entanto, cada fase de uma doença crónica vai exigir da família diferentes atitudes ou mudanças. Rolland (1995) conceptualizou três fases da doença: a fase da crise, a fase crónica e a fase terminal. A primeira, fase de “crise” decorre entre um período assintomático e o ajustamento inicial após o diagnóstico definitivo e a estabilização do regime terapêutico. Por seu lado, a fase crónica decorre entre o primeiro ajustamento à doença e o momento em que a morte surge como inevitável. Este período pode ser marcado por estabilidade, progressão ou ainda por alterações episódicas e ocorrem geralmente na família mudanças permanentes, a nível psicológico e de organização. Numa situação extrema, a fase crónica pode prolongar-se por décadas de um modo estável e não fatal. Manter a autonomia por parte de todos os membros da família constitui uma tarefa importante, concomitantemente com uma certa dependência mútua necessária. Se nos reportarmos à lombalgia, na fase crónica torna-se necessário que o doente e a família aceitem a possibilidade de ocorrência de períodos de agudização, sendo necessária a redistribuição de tarefas e responsabilidades, no sentido de manter um equilíbrio entre a vida própria da família e o apoio ao doente.

A terceira dimensão do modelo é a “dimensão familiar”. Esta contempla três aspectos: a etapa do ciclo de vida, o sistema de crenças e valores adquiridos e transmitidos ao longo das gerações e o padrão de funcionamento familiar. Para McDaniel, Hepworth, e Doherty (1994), a doença crónica ocorre em todos os ciclos de vida de uma família e John Rolland (1995), sugeriu que os clínicos considerassem a interface entre a doença e o ciclo de vida do indivíduo e da família. Por outro lado, Gonzalez, Steinglass e Reiss (2005) verificaram que as necessidades normativas das famílias geralmente estão subordinadas às necessidades da doença ou do elemento doente dentro da família. Por vezes existem necessidades dos elementos da família que podem ser negligenciadas, resultando em frustração, ressentimento e até uma comunicação pobre. É muito importante que se verifique uma dinâmica familiar que permita a participação do doente no planeamento do seu funcionamento relacionado com a doença. Cada fase da doença vai requerer diferentes atitudes ou mudanças por

parte da família e a transição de uma fase para outra constitui um momento de reavaliação das novas exigências da doença e, por conseguinte, da reavaliação da sua estrutura familiar.

Para Pereira (2002), o impacto da doença na família vai depender da fase de desenvolvimento em que a família se encontra aquando do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afectada e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar. Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos não só à doença, mas também ao estado de desenvolvimento da família e, se necessário, discutir essa relação com a família e ajustar o acompanhamento técnico. Este acompanhamento deve ser personalizado e adequado à família em questão, implicando disponibilidade para a informação, para os aspectos emocionais e psicológicos (Silva, Pires, Gonçalves, & Moura, 2002).

Aceita-se que a família influencia e é influenciada pelo estado de saúde dos seus membros e há estudos que demonstram que a família tem uma influência poderosa no estado de saúde dos seus elementos e que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes serão os que resultam da cooperação entre o médico, o paciente e a sua família (McDaniel, 1992). Olson (1986) desenvolveu um método de avaliação, que permite operacionalizar a avaliação do funcionamento familiar, pela avaliação da coesão e adaptabilidade, utilizando a “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales” (FACES). Segundo o autor, a coesão refere-se aos vínculos e aos laços emocionais que os membros da família estabelecem entre si, avalia a grau de separação ou ligação de cada membro da família. A adaptabilidade é definida como a capacidade para a mudança, do sistema familiar, ao nível da sua estrutura de poder e regras de relação perante o stress accidental ou desenvolvimental. Este método de avaliação tem inspirado diversas investigações sobre pessoas com doença crónica e a sua família. Gustafsson, Kjellman, Ludvigsson e Cederblad (1987), comparando famílias de crianças asmáticas com famílias de crianças diabéticas e famílias de crianças saudáveis, verificaram que as primeiras mostravam com mais frequência padrões de interacção disfuncionais, dos tipos emaranhado, desagregado e caótico. Chaney e Paterson (1989) investigaram o papel das variáveis familiares no funcionamento de crianças face à Artrite Crónica Juvenil utilizando, também, o FACES e concluíram que níveis de organização familiar extrema, envolvendo a interacção das dimensões adaptabilidade e coesão, estavam associados a uma pobre adesão ao tratamento. Viana e colaboradores

(2007), num estudo desenvolvido em Portugal com 28 famílias de crianças com Artrite Crónica Juvenil, concluiu que uma grande parte das famílias estudadas se situava nos extremos quanto à adaptabilidade e à coesão, eram emaranhadas ou desmembradas e caóticas ou rígidas. Poucas destas famílias se situavam nas categorias centrais onde o funcionamento é considerado mais adequado no que respeita às dimensões adaptabilidade e coesão.

O presente estudo inclui uma avaliação do funcionamento familiar em doentes com lombalgia, sendo o primeiro a incluir este aspecto, em Portugal. Foi utilizado o questionário “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale” (FACES II), na versão Portuguesa de Fernandes (1995).

3.8. Satisfação com os Cuidados

Um dos objectivos dos cuidados de saúde é a satisfação dos pacientes, que juntamente com a recuperação da doença ou melhoria dos problemas clínicos apresentados, é um factor muito importante no controle da doença, pois um paciente satisfeito com o seu tratamento colabora mais facilmente nos cuidados (Donabedian 1986). Segundo o autor, a satisfação dos utentes deve ser considerada como uma área de investigação importante na avaliação da qualidade de cuidados prestados pelos sistemas de saúde, pois esta permite vários indicadores dos processos de cuidados de saúde e dos resultados desses processos e de facto tem-se verificado uma tendência para realizar estudos de satisfação dos utentes que permitam conhecer as suas experiências com os serviços e a satisfação com os resultados dos cuidados prestados.

Para Rossi (1987), a satisfação dos utentes dos serviços de saúde é a resposta, cognitiva e emocional do doente, à avaliação que faz dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde durante o período em que, na qualidade de utente, usufruiu do serviço de saúde. As percepções dos pacientes sobre saúde e os cuidados de saúde de que são alvo são expressas em atitudes que reflectem o comportamento de saúde (Nagy & Wolfe, 1984). Para Fitzpatrick e Hopkins (1997) a satisfação do utente é medida pela avaliação dos cuidados recebidos por parte deste, contendo estas, reacções emocionais e cognitivas. Fitzpatrick e Hopkins (1993) consideram que os modelos teóricos existentes para explicar estes constructos são insuficientes, no entanto, a satisfação com os serviços tem vindo a afirmar-se, gradualmente, como uma das áreas prioritárias na

avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde e os avanços na psicologia da saúde têm demonstrado a importância da cognição em lidar com a doença (Nagy & Wolfe 1984). O impacto da satisfação do paciente encontra suporte em modelos como o Modelo de Comportamento de Saúde (Becker & Maiman, 1975) e Modelo Cognitivo de Ley (1986). Para Ovretveit (1992), o modo como os utentes se apercebem dos serviços prestados depende de duas ordens de factores: as expectativas conscientes, ou seja, os utentes apercebem-se de um determinado factor do serviço prestado porque já tinham expectativas conscientes sobre o mesmo e as percepções inconscientes, que são alcançados ou não quando usufruem do serviço. Dentro das expectativas, o autor apresenta 3 tipos de expectativas ou suposições: o que os utentes desejam receber do serviço, quando comparado com o seu ideal daquele serviço; o que os utentes esperam, na realidade, do serviço, isto é, que serviço é que os utentes pensam que vai ser prestado e por último, o que os utentes pensam necessitar. Se a experiência do utente com o serviço, está abaixo das suas expectativas e suposições, pode dizer-se que o utente está insatisfeito com o serviço, ou seja, a insatisfação dos utentes traduz-se pelo grau em que o serviço fica aquém das suas expectativas. No entanto, quando a sua experiência com o serviço supera as suas expectativas e suposições, o utente está satisfeito e esta satisfação vai-se manifestar pelo grau em que o serviço dá resposta às suas expectativas (Hjortdahl & Laerum, 1992).

Em 1992, foi realizado um estudo de opinião sobre os serviços de saúde na União Europeia, e os resultados mostraram que 71% dos inquiridos Europeus acham que a qualidade dos cuidados de saúde que a população recebeu é boa. Neste estudo verificase que na população Portuguesa só 43% dos inquiridos consideraram o mesmo. Relativamente aos serviços de saúde acessíveis ao cidadão, 50% dos Europeus inquiridos consideram que são ineficientes e os doentes não são tratados tão bem quanto deveriam ser, enquanto 80% dos portugueses são da mesma opinião (Ministério da Saúde, 1997).

Segundo o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde Britânico (2002), os valores obtidos no Reino Unido sobre o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde revela que 40% dos inquiridos referiu que os serviços funcionavam de forma adequada e apenas 7% se mostrou muito satisfeito com os mesmos.

Nos anos 1989 – 1990, o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde de Portugal desenvolveu um Inquérito de Saúde aos habitantes com mais de 15 anos de

idade, da Região de Lisboa e Vale do Tejo e os resultados mostraram que 80,8% dos inquiridos manifestaram uma opinião favorável a respeito dos centros de saúde (Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde: 1990). A Equipa de Missão para a Organização e Funcionamento da Administração do Estado desenvolveu um estudo sobre a «Imagem dos Serviços Públicos em Portugal», em 2001. Os resultados permitem concluir que os hospitais e os centros de saúde foram os serviços da Administração Pública a que os inquiridos mais recorreram. Num total de 1.048 inquiridos, 81%, afirmaram já ter utilizado o Serviço Nacional de Saúde, dos quais 66,6% se manifestou “satisfeito” ou “muito satisfeito” e 33,4% referiram estar “nada satisfeito”. A literatura apresenta vários estudos com referência aos aspectos dos cuidados de saúde que influenciam as avaliações do utente. Roter (1989), na sua pesquisa, verificou que o factor mais importante na satisfação do utente era o fornecimento da informação por parte do profissional em relação ao seu problema e respectivo tratamento. Segundo o autor, um outro factor que interfere na satisfação é a interacção entre o profissional e o utente i.e. o profissional dialoga com o utente e tenta compreender o seu problema.

Tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com a profissão actual e ter um estado de saúde melhor (Levental, Zimmerman, & Gutman, 1984). Para Flocke, Miller e Cabtree (2002), a maior parte da literatura que examina os efeitos da satisfação dos pacientes foca-se na relação médico-paciente. A satisfação do paciente constitui um predictor de readmissões hospitalares menos frequentes (Druss, Rosenheck, & Stolar 1999) e pode determinar a manutenção da medicação ou adopção de medidas preventivas (Arrol, 2004).

Um estudo com 137 utentes de três centros de saúde da sub-região de Braga revelou que os sujeitos que apresentam uma avaliação global mais favorável dos serviços prestados pelo Centro de Saúde apresentam também níveis mais elevados de atitudes positivas face aos médicos (Pereira, Soares, & McIntyre, 2001).

A literatura é muito pobre na apresentação de resultados de avaliação dos cuidados de saúde oferecidos por clínicas privadas. Hespanhol (2005) refere que as avaliações negativas dos serviços do estado (hospitais e centros de saúde) são muito superiores às que merecem os serviços privados (consultórios, clínicas médicas, centros de

diagnóstico e farmácias). Em patologias específicas, e na lombalgia, não existe nenhum estudo que avalie a satisfação dos utentes.

As percepções dos pacientes sobre os cuidados de saúde recebidos são importantes pois estas são expressas em atitudes que reflectem o comportamento em saúde, tendo a satisfação com os serviços vindo a afirmar-se gradualmente, como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Nagy & Wolfe, 1984). Assim, no presente estudo foi utilizado o questionário de avaliação da satisfação do utente (QUASU) de McIntyre, Pereira, Silva, Correia e Fernandes (1999) que avalia a satisfação do utente em relação aos cuidados recebidos nas suas várias dimensões da prestação dos cuidados de saúde.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPITULO IV – METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos as questões metodológicas, nomeadamente o tipo de estudo, finalidade e objectivos, questões de investigação, hipóteses, variáveis e procedimento de colheita de dados. São ainda apresentadas as características psicométricas dos instrumentos utilizados.

4. METODOLOGIA

Neste capítulo prende-se descrever a metodologia utilizada no estudo empírico, apresentar os objectivos, as questões de investigação e hipóteses a testar, as análises exploratórias complementares, descrever a amostra e respectivos critérios de inclusão/exclusão, as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados e as suas características psicométricas, o procedimento na recolha e tratamento de dados e, por fim, as análises estatísticas efectuadas.

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, cujo objectivo consiste em descrever os factores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno (Fortin, 1999), transversal (um momento de avaliação no tempo) e correlacional, dirigido para a compreensão e a predição do fenómeno através da formulação de hipóteses sobre as relações entre as variáveis (Fortin, 1999; Almeida & Freire, 2003).

4.2. Objectivos do Estudo

Este estudo, pretende contribuir para um maior conhecimento dos factores psicológicos na área da lombalgia e contribuir para a promoção de intervenções eficazes, numa perspectiva verdadeiramente interdisciplinar, nos doentes com esta patologia. Assim, pretende-se avaliar as representações relativamente à doença, aos médicos e medicina e fármacos, adesão terapêutica, qualidade de vida, satisfação com os cuidados recebidos, coping com a dor, morbidade psicológica, incapacidade funcional e funcionamento familiar, em doentes que sofrem de lombalgia crónica e que são submetidos a tratamento convencional (fisioterapia) e tratamento por acupunctura.

Neste estudo foram definidos os seguintes objectivos:

- Avaliar os dois grupos de doentes ao nível das Representações da Doença; Atitudes face aos Médicos e Medicina; Coping com a Dor; Crenças acerca dos

Fármacos; Morbilidade Psicológica; Qualidade de Vida; Incapacidade Funcional, Adesão Terapêutica e Funcionamento Familiar (tipo de família).

- Avaliar se o Tipo de Família é uma variável Moderadora na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.
- Identificar preditores da Qualidade de Vida e da Incapacidade Funcional em cada grupo de tratamento.
- Avaliar se a Morbilidade Psicológica (depressão e ansiedade) são variáveis Mediadoras na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.
- Discriminar os doentes em função do nível de Incapacidade Funcional (Baixa versus Alta) ao nível das variáveis psicológicas em cada um dos grupos.

4.3. Questões de Investigação

Em função dos objectivos, as questões de investigação definidas para este estudo foram as seguintes:

1) Será que os doentes dos dois grupos de tratamento se distinguem ao nível das Representações de Doença, Modos de Lidar com a Dor, Crenças Acerca dos Fármacos, Atitudes face aos Médicos e Medicina, Morbilidade Psicológica, Qualidade de Vida, Incapacidade Funcional, Adesão Terapêutica e Funcionamento Familiar (Tipo de Família)?

2) Será que a variável Tipo de Família é moderadora na relação entre Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida?

3) Qual será a contribuição das diferentes variáveis (Representações de Doença, Crenças acerca dos Fármacos, Adesão Terapêutica, Satisfação com os Cuidados, Ansiedade, Depressão, Modos de Lidar com a Dor e Tipo de Família) para a Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional em cada um dos grupos de doentes?

4) Será que a Morbilidade Psicológica (Depressão e Ansiedade) são variáveis mediadoras entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida?

5) Será que os doentes em função do nível da Incapacidade Funcional (Baixa versus Alta) se diferenciam nas restantes variáveis psicológicas em cada um dos grupos de tratamento?

4.4. Hipóteses

Em Função das questões de investigação, definimos as seguintes hipóteses:

1) Espera-se que os dois grupos de doentes se distingam ao nível das representações de doença, crenças acerca dos fármacos e atitudes face aos médicos e medicina, mas não nas restantes variáveis: morbilidade psicológica, qualidade de vida, incapacidade funcional, formas de lidar com a dor, adesão terapêutica e tipo de família.

2) Espera-se que a variável Tipo de Família seja moderadora na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

3) Prevê-se que as diferentes variáveis (representações de doença, crenças acerca dos fármacos, adesão terapêutica, satisfação com os cuidados recebidos, ansiedade, depressão, modos de lidar com a dor e tipo de família) contribuam de forma diferente para a qualidade de vida e para a incapacidade funcional em cada grupo.

4) Espera-se que a depressão e a ansiedade sejam variáveis mediadoras na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

5. Espera-se poder discriminar os doentes que apresentam Incapacidade Funcional Baixa dos que apresentam Incapacidade Funcional Alta nas variáveis psicológicas para cada um dos grupos.

4.5. Variáveis do Estudo

As variáveis do estudo podem ser agrupadas em três grupos:

4.5.1. Variáveis Psicológicas:

As variáveis psicológicas consideradas no presente estudo foram as seguintes:

- Representações de Doença
- Coping com a Dor
- Crenças relativas aos Fármacos
- Atitudes face aos Médicos e Medicina

- Adesão Terapêutica
- Qualidade de Vida
- Tipo de Família
- Morbilidade Psicológica (depressão e ansiedade)
- Satisfação com os Cuidados Recebidos
- Incapacidade Funcional

4.5.2. Variáveis Clínicas:

As variáveis clínicas foram as seguintes: tipo de tratamento, duração da lombalgia, frequência e intensidade da dor, características da dor, número de consultas médicas, duração da toma de medicação, número de vezes que os doentes recorrem à urgência, número de internamentos e saúde actual do doente.

4.5.3. Variáveis Sócio-Demográficas

As variáveis sócio-demográficas analisadas foram as seguintes: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional e situação profissional actual.

4.6. População e Amostra

A obtenção da amostra para o nosso estudo foi possível através de um conjunto de acções continuadas, desde a definição da população alvo até ao estabelecimento dos diferentes contactos institucionais e individuais.

O presente estudo incidiu sobre uma amostra de doentes que sofrem de lombalgia crónica, que se encontravam a fazer tratamento convencional (fisioterapia) e tratamento de acupunctura.

Relativamente aos doentes a fazerem tratamento de acupunctura e, pelo facto de esta profissão ainda não estar regulamentada no nosso país, a amostra dos doentes foi recolhida junto de clínicas em que os acupunctores possuam a licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa e Acupunctura, pela APA-DA, (Associação Portuguesa

de Acupunctura e Disciplinas Associadas), no sentido de garantir a utilização dos mesmos procedimentos. A amostra foi recolhida em clínicas de Lisboa, Coimbra e Porto.

No que diz respeito aos doentes a fazerem tratamento de fisioterapia, a amostra foi recolhida junto de clínicas que têm protocolo com os vários subsistemas de saúde existentes em Portugal, após entrevistas com os directores das mesmas e garantida a utilização dos mesmos procedimentos. A amostra foi recolhida em 5 clínicas do Norte do País.

Em ambos os grupos foi utilizada uma amostra de conveniência que incluiu os doentes que preenchiam os critérios de inclusão e se mostraram disponíveis para participar no estudo (Almeida & Freire, 2003).

4.6.1. Critérios de Inclusão na Amostra

- Sofrer de Lombalgia há mais de 3 meses;
- Não estar a fazer tratamento para mais nenhuma situação patológica causadora de dor;
- Ter idade superior a 20 anos;
- Saber ler e escrever;
- Estar a realizar fisioterapia ou acupunctura sem acumular com outro tipo de tratamento para a lombalgia com excepção de medicação para a dor.

4.7. Procedimento de Recolha de Dados

Após a selecção das clínicas de fisioterapia e de acupunctura, retomou-se o contacto com os directores das clínicas escolhidas, foram agendadas reuniões com o objectivo de apresentar o projecto de investigação, finalidades e objectivos do mesmo aos outros elementos da equipa e pedir colaboração para a recolha de dados.

Após o primeiro contacto com os terapeutas de cada clínica, foi pedida a colaboração na identificação dos doentes e na entrega/recolha dos questionários. Como um dos questionários abordava a satisfação com os cuidados recebidos foi definido que

todos os instrumentos de colheita de dados eram entregues aos doentes no final do quinto tratamento.

Por cada clínica (fisioterapia e acupuntura) foi identificado um responsável por entregar os questionários aos doentes e os recolher e por devolver os questionários ao investigador. Esse responsável explicava aos doentes, que preenchiam os critérios de inclusão na amostra, os objectivos da investigação (lendo um guião) e garantindo a confidencialidade dos resultados. A participação dos doentes foi voluntária.

O procedimento para o preenchimento dos questionários foi o mesmo em todos os locais de recolha. Os doentes preenchiam o consentimento informado, respondiam aos questionários e, no final, entregavam o caderno de questionários ao terapeuta responsável.

O investigador encontrava-se uma vez por semana com o terapeuta responsável no sentido de fazer o acompanhamento da recolha de dados. O período de recolha de dados decorreu entre Outubro de 2007 e Maio 2008.

Num total foram recolhidos 222 questionários e destes foram eliminados 19, por não estarem correctamente preenchidos. A amostra total é assim composta por 203 indivíduos, dos quais 113 pertencem ao grupo de Fisioterapia e 90 ao grupo de Acupuntura.

4.8. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos utilizados e tendo em conta os objectivos do estudo, as hipóteses delineadas e as características da amostra, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sócio-demográfico, criado para os objectivos do estudo (Pereira & Ferreira, 2006).
- Questionário de Representações de Doença “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R), de Moss-Morris, Weinman, Prie, Horne, Cameron, e Buick; (2002), Versão Portuguesa de Figueiras, Machado e Alves (2002).

- Questionário de Modos de Lidar com a Dor de Brown (1999), Versão Portuguesa de McIntyre e Araújo-Soares, (1999).
- Questionário de Satisfação do Utente (QUASU) de McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes e Correia (1999).
- Escala de Atitudes Face aos Médicos e à Medicina - “Attitudes Towards Doctors and Medicine Scale (ADMS) de (Marteau (1990); Versão Portuguesa de Pereira e Roios (2007).
- Questionário das Crenças Acerca dos Fármacos – “Beliefs about Medicines Questionnaire” (BMQ) de Horne, Weinman, & Hankins, 1997; Versão Portuguesa de Pereira e Roios (2007).
- Escala de Adesão aos Medicamentos – “Reported Adherence to Medication Scale” (RAM) de Horne, Weinman, e Hankins (1997); Versão Portuguesa de Pereira e Silva (1999).
- Escala da Ansiedade e da Depressão – Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmund e Snaith (1983), Versão Portuguesa de Gouveia e McIntyre (2003).
- Questionário de Qualidade de Vida – “Short-Form General Health Survey” – (MOS 20) de Stewart, Hays e Ware (1998), Versão Portuguesa de Geada (1996).
- Questionário de Incapacidade Funcional – “Roland Morris Disability Questionnaire” (RMDQ), de Roland Morris (1999), Versão de Investigação de Pereira e Ferreira (2007);
- Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar – “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale” (FACES II) de Olson Portner e Bell (1982), Versão Portuguesa de Fernandes (1995).

4.9. Características Psicométricas dos Instrumentos

De seguida apresentamos as características dos instrumentos utilizados no estudo, nomeadamente os dados da versão original e as características psicométricas encontradas na nossa amostra. As análises de validade e de fidelidade efectuadas foram semelhantes às realizadas na validação das versões originais.

4.9.1. Questionário Sócio – Demográfico e Clínico

Este questionário elaborado para o estudo (Pereira & Ferreira, 2007), permite recolher informação acerca dos dados sociais, demográficos e clínicos dos participantes. Os itens deste instrumento referem-se à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional e estado profissional actual. As questões clínicas permitem obter dados referentes à situação clínica dos doentes, i.e.: duração da doença, frequência e intensidade da dor, tipos de tratamento efectuados, tipos de tratamento a que está a ser submetido e limitações provocadas pela dor no dia - a - dia.

4.9.2. Revised Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)

Versão Original – IPQ de Moss-Morris, Weinman, Prie, Horne, Cameron, & Buick; (2002) e Versão Portuguesa de Figueiras, Machado et alves (2002)

O “Illness Perception Questionnaire” (IPQ) de Weinman, Moss - Morris e Horne, (1966), baseia-se no Modelo Cognitivo de Auto-Regulação de Leventhal e colaboradores (1980, 1997) adaptado e validado por Moss-Morris e colaboradores, com o objectivo de avaliar a representação cognitiva e emocional da doença (Moss - Morris et al., 2002). Esta escala surge para investigar as 5 componentes cognitivas da representação de doença do Modelo de Auto-Regulação de Leventhal e colaboradores (1997), nomeadamente a identidade (número e natureza dos sintomas associados à doença), duração, (percepção do paciente acerca da duração da doença), consequências (crenças sobre a severidade e efeitos da doença na vida do paciente), controlo/cura (expectativas do doente acerca da recuperação e controlo sobre a sua doença) e causas (ideias pessoais do paciente sobre os factores envolvidos na etiologia da doença). Cada sub-escala é composta por várias afirmações, com opções de resposta, numa escala tipo Likert de 5 pontos (“sempre”, a “nunca” na sub-escala identidade e “discordo” completamente” a “concordo completamente” nas restantes sub-escalas). O resultado total de cada escala resulta do somatório dos valores obtidos em cada item.

O questionário original (IPQ) tem sido utilizado numa grande variedade de doenças crónicas, nomeadamente na síndrome de fadiga crónica (Moss-Morris, Weinman, Horne, Cameron, Buick, 2002), doenças cardiovasculares (Prie, Cameron, & Ellis, 2002; Weinman, Heijmans, Manderbacka, & Elovainio, 2006); artrite reumatóide e

doença pulmonar obstrutiva crónica (Charloo, Kaptein, Weinman, Hazes, Willems, Bergman, & Rooijmans, 1998); psoríase (Scharloo, Kaptein, Weinman, Bergman, Vermeer, & Rooijmans, 2000) e diabetes (Griva, Myers, & Newman, 2000).

No entanto, face a algumas limitações dos sujeitos em descrever as respostas à sua doença, especificamente à resposta emocional que, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal, ocorre em paralelo com a resposta cognitiva, Moss-Morris e colaboradores (2002) efectuaram a revisão deste instrumento e o mesmo foi alargado de modo a incluir as dimensões representação emocional e coerência de doença, bem como da duração percebida da doença (aguda/crónica), tendo sido acrescentada a dimensão “duração cíclica”. A dimensão controlo foi ainda dividida em duas componentes: a dimensão controlo pessoal e controlo de tratamento, visto que em determinadas patologias esta distinção pode ser importante (Horne, 1997). A versão (IQP-R) está estruturada em 9 sub-escalas: (identidade, duração (aguda crónica), duração cíclica, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, representação emocional e causas).

Este questionário encontra-se dividido em 3 secções distintas, com as dimensões da Identidade e Causas separadas das restantes por se considerarem específicas de cada doença, variando de acordo com a patologia em questão.

Na primeira secção, sub-escala identidade, é pedido aos sujeitos que identifiquem, dos 15 sintomas apresentados, os experienciados, e depois os associem ou não à sua lombalgia, de acordo com as afirmações “desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma” e “Este sintoma está relacionado com a minha doença”.

A segunda secção inclui 38 itens distribuídos em 7 sub-escalas: a Duração aguda/crónica (6 itens), a Duração cíclica (4 itens), as Consequências (6 itens), o Controlo Pessoal (6 itens), o Controlo de Tratamento (5 itens), a Coerência da Doença (5 itens) e a Representação Emocional (6 itens).

A terceira secção é constituída por 18 causas possíveis de doença e as respostas encontram-se igualmente apresentadas numa escala de Likert, como na secção anterior. Quanto maior o valor obtido, maior a concordância com a atribuição causal. Por último, é pedido ao doente que hierarquize as 3 possíveis causas da sua doença, podendo utilizar as referenciadas na lista anterior, ou outras que considere responsáveis pelo aparecimento da sua doença e não apareçam na lista proposta no questionário.

No estudo de validação, o IPQ-R foi aplicado numa mostra de 711 doentes, com diferentes patologias, nomeadamente em doentes com asma, diabetes, artrite reumatóide, dor crónica, dor aguda, enfarte do miocárdio, esclerose múltipla e HIV (Moss - Morris et al., 2002). Os 38 itens da 2.^a secção foram submetidos a análise das componentes principais que revelaram 7 factores que explicaram 64% da variância total da sub-escala. Os valores do alfa de Cronbach nas 7 sub-escalas demonstraram uma muito boa consistência interna, com valores de alfa a variarem entre 0.79 na dimensão duração cíclica, 0.80 no controlo de tratamento, 0.81 no controlo pessoal, 0.84 nas consequências, 0.87 na coerência da doença, 0.88 na representação emocional e 0.89 na dimensão duração aguda/crónica. Foi igualmente realizada uma análise das componentes principais para a sub-escala causas da doença, que através da rotação varimax revelou 4 factores, que explicam 57% da variância total (atribuições psicológicas; factores de risco; imunidade; e acidente ou sorte). Em relação à sub-escala Identidade, a validade foi testada por teste t de amostras emparelhadas tendo-se verificado diferenças significativas ($p < 0.001$) entre os sintomas experienciados pelos doentes versus os sintomas que associavam com a doença, dando assim suporte empírico para a diferença entre identidade e somatização (Morris et al., 2002).

A análise da fidelidade deste questionário mostrou elevada consistência interna com coeficientes de alfa de Cronbach elevados em cada sub-escala: duração cíclica, 0.79; controlo de tratamento, 0.80; controlo pessoal, 0.81; consequências, 0.84; coerência de doença, 0.87; representação emocional, 0.88 e duração aguda/crónica, 0.89. Na sub-escala Causas, os coeficientes obtidos em cada um dos factores foi de: 0.86 na sub-escala atribuições psicológicas; 0.77 nos factores de risco; 0.67 na imunidade e 0.23 na sub-escala sorte ou acidente. Relativamente à sub-escala da identidade, o alfa de Cronbach foi de 0.75, demonstrando uma boa fidelidade.

Em relação à consistência interna da escala total, o valor de alfa de Cronbach foi de 0.75. Os coeficientes de correlação de Pearson apontaram de um modo geral para algumas inter relações que parecem ter lógica: crenças no controlo pessoal e de tratamento estão correlacionadas inversamente com crenças menos positivas acerca da duração, consequências e representação emocional. O controlo e a coerência estão relacionados positivamente entre si e foram associados negativamente com a representação emocional. Há também uma correlação positiva entre a identidade da doença e as atribuições causais, o que sugere que as pessoas que experienciam mais

sintomas têm tendência a atribuir mais causas à sua doença. Deste modo, o IPQ-R apresenta boas propriedades psicométricas (Moss - Morris et al., 2002).

McIntyre, Johnston, Gouveia, Trovisqueira, Araújo e Figueiredo, (2004) utilizaram o IPQ-R numa amostra de 199 pacientes no pós-enfarte do Miocárdio e o instrumento demonstrou boas características de fidelidade e validade.

Na análise de consistência interna, os valores de alfa de Cronbach obtidos em cada sub-escala foram bastante elevados para todas as sub-escalas, com excepção da sub-escala consequências embora o valor obtido permita a sua utilização (Bowling, 1997). Os valores de alfa obtidos foram: 0.89 na subescala Duração aguda/crónica, 0.62 na subescala Consequências, 0.87 na subescala Controlo Pessoal, 0.75 na subescala Controlo de Tratamento, 0.83 na subescala Coerência da Doença, 0.84 na subescala Duração Cíclica e 0.82 na subescala Representação Emocional.

Para determinar a validade de constructo, os autores efectuaram uma análise factorial dos componentes principais seguida de rotação varimax, emergindo 7 factores com "eigenvalues" superiores a 1 explicando, em conjunto, 61% da variância total inicial. O primeiro factor corresponde à Duração explicando 11.3% da variância total (eigenvalue de 6.2); o segundo factor inclui os itens do Controlo Pessoal e explica 10.7% da variância total (eigenvalue de 4.8) o terceiro factor refere-se à sub-escala Representação Emocional e explica 10.5% da variância total (eigenvalue de 3.6); o quarto factor corresponde à Coerência da Doença explicando 8.3% da variância total (eigenvalue de 3.1); o quinto factor composto pelos itens da Duração Cíclica explica 7.8% da variância total (eigenvalue de 2.5); o sexto factor corresponde ao controlo de Tratamento e explica 7.2% da variância total (eigenvalue de 1.5); e por último, o sétimo factor incluiu os itens das Consequências explicando 4.7% da variância total (eigenvalue de 1.2).

Cotação

Este questionário é constituído por nove sub-escalas divididas por três secções. A primeira secção avalia a Identidade da Doença, pode variar entre 0 e 14. e são apresentados 15 sintomas considerados habituais em situações de doença, numa escala dicotómica ("sim " e "não ") em que os indivíduos assinalam a presença (1) ou a ausência (0) de cada um dos sintomas apresentados. O somatório das respostas,

nomeadamente as respostas “sim” da segunda coluna, dá a indicação acerca dos sintomas que os doentes consideram que se relacionam com a sua doença. Quanto maior o resultado obtido, mais forte é a Identidade da Doença.

A segunda secção é constituída por 38 afirmações, cujas respostas se encontram ordenadas segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos, (1) Discorda plenamente, (2) Discorda, (3) Não concorda nem discorda, (4) Concorda e (5) Concorda plenamente. Esta secção avalia: a Duração Aguda/Crónica da doença, com 6 itens (questões 1, 2, 3, 4, 5 e 18); a Duração Cíclica, com 4 itens (questões 29, 30, 31 e 32); as Consequências, com 6 itens (questões 6, 7, 8, 9, 10 e 11); o Controlo Pessoal, com 6 itens (questões 12, 13, 14, 15, 16 e 17); o Controlo do Tratamento, com 5 itens (questões 19, 20, 21, 22 e 23); a Coerência da Doença, com 5 itens (questões 24, 25, 26, 27 e 28) e a Representação Emocional, com 6 itens (questões 33, 34, 35, 26, 27 e 38). Após a inversão dos itens 1, 4, 8, 15, 17, 18, 19, 23, 28 e 36, a cotação de cada sub-escala é realizada através do somatório de todos os itens e posteriormente dividida pelo número de itens que a compõem.

Na escala “Duração” (aguda/crónica), quanto maior o valor obtido mais crónica é a percepção de doença. O mesmo acontece na dimensão Duração Cíclica, em que um valor mais alto está associado a uma percepção de maior periodicidade. Nas dimensões consequências e coerência de doença, um valor mais alto indica uma percepção mais negativa das consequências e uma compreensão mais pobre da doença, respectivamente.

Nas sub-escalas Controlo Pessoal e Controlo de Tratamento, um valor mais elevado relaciona-se com uma maior percepção do controlo pessoal do doente sobre a sua doença assim como uma maior percepção do controlo de tratamento.

A nível da “Representação Emocional”, quanto maior o resultado mais negativa é a representação emocional da doença. Por fim, a última secção deste questionário avalia as causas da doença. São apresentadas 18 causas possíveis para a doença cujas respostas se encontram também organizadas numa escala tipo Likert com 5 pontos que varia entre (1) Discorda completamente, (2) Discorda, (3) Não Concorda nem Discorda, (4) Concorda e (5) Concorda Completamente. Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com essa atribuição causal. Neste sentido, Figueiras, Machado, e Alves (2002) aconselham a combinação dos itens ou a realização de uma análise factorial para se identificar grupos de atribuições causais que podem ser usados como

sub-escalas. É pedido ao sujeito que hierarquize as principais causas que pensa terem contribuído para o aparecimento da sua doença.

Versão do Estudo

Uma vez que já existem estudos de validação e fidelidade em amostras portuguesas, apresentamos apenas os valores de fidelidade na nossa amostra (Quadro 1).

Quadro 1 - Coeficiente de Consistência Interna do IPQ-R em doentes com lombalgia crónica

(N=203)

IPQ-R (sub-escalas)	Alfa (α) de Cronbach
Duração (aguda/crónica) - 6 itens	.82
Duração Cíclica	.57
Consequências - 6 itens	.78
Controlo Pessoal - 6 itens	.56
Controlo de Tratamento - 5 itens	.69
Coerência de Doença - 5 itens	.77
Representação Emocional - 6 itens	.84
Identidade	.77
Causas	.78

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (Quadros 2 a 10). Os valores encontrados foram de 0.82 para a sub-escala *Duração* (aguda/crónica); 0.78 para a sub-escala *Consequências*; 0.56 para a sub-escala *Controlo Pessoal*. 0.69 para a sub-escala *Controlo de Tratamento*; 0.77 para a sub-escala *Coerência da Doença*; 0.57 para a sub-escala *Duração Cíclica*; 0.84 para a sub-escala *Representação Emocional*. 0.77 para a sub-escala *Identidade* e 0.78 para a sub-escala *Causas*.

Duração Aguda/Crónica

A sub-escala duração aguda/crónica (Quadro 2) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.82$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.44$ e $r=0.74$.

Quadro 2 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Duração Aguda/Crónica

Alpha de Cronbach: 0.820 (6 items); Média: 22.45; sd: 4.58 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	18.48	16.475	.435	.822
ITEM 02	18.58	15.457	.567	.796
ITEM 03	18.78	13.912	.741	.757
ITEM 04	18.49	15.610	.619	.787
ITEM 05	18.82	13.319	.688	.768
ITEM 18	19.12	15.822	.483	.813

Consequências

A sub-escala Consequências (Quadro 3) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.78$), e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0.34$ e $r=0.65$.

Quadro 3 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Consequências

Alpha de Cronbach: 0.777 (6 items); Média: 19.81; Dp: 4.608 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 06	16.95	15.872	.472	.756
ITEM 07	15.99	14.929	.654	.712
ITEM 08	15.79	17.451	.343	.782
ITEM 09	17.33	15.643	.463	.759
ITEM 10	16.28	14.126	.649	.709
ITEM 11	16.70	14.396	.568	.731

Controlo Pessoal

A sub-escala Controlo Pessoal (Quadro 4) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.56$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0.14$ e $r=0.46$.

Quadro 4 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Controlo Pessoal

Alpha de Cronbach: 0.556 (6 itens); Média: 18.62; Dp: 3.713 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 12	16.75	7.974	.353	.483
ITEM 13	15.99	8.236	.455	.444
ITEM 14	16.79	7.448	.447	.431
ITEM 15	15.81	9.897	.137	.574
ITEM 16	16.96	8.536	.261	.530
ITEM 17	15.89	9.739	.148	.571

Controlo de Tratamento

A sub-escala Controlo de Tratamento (Quadro 5) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.69$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0.34$ e $r=0.59$.

Quadro 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Controlo de Tratamento

Alpha de Cronbach: 0.688 (5itens); Média: 17.84; Dp: 2.957 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 19	14.54	6.042	.339	.691
ITEM 20	14.65	5.754	.481	.621
ITEM 21	14.32	5.406	.584	.572
ITEM 22	14.01	6.449	.453	.638
ITEM 23	13.84	6.511	.388	.660

Coerência da Doença

A sub-escala Coerência da Doença (Quadro 6) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.77$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.38$ e $r=0.72$.

Quadro 6 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Coerência da Doença

Alpha de Cronbach: 0.766 (5 itens); Média: 12.08; Dp: 3.475 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 24	9.51	8.223	.491	.741
ITEM 25	9.78	7.475	.723	.658
ITEM 26	9.71	7.269	.703	.661
ITEM 27	9.87	9.318	.382	.772
ITEM 28	9.44	8.605	.413	.768

Duração Cíclica

A sub-escala Duração Cíclica (Quadro 7) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.57$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0.21$ e $r=0.44$.

Quadro 7 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Duração Cíclica

Alpha de Cronbach: 0.565 (4 itens); Média: 21.45; Dp: 3.815 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 29	10.13	3.764	.329	.513
ITEM 30	9.80	3.510	.418	.430
ITEM 31	10.21	3.518	.444	.407
ITEM 32	9.25	5.017	.211	.583

Representação Emocional

A sub-escala Representação Emocional (Quadro 8) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.84$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.28$ e $r=0.81$.

Quadro 8 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R – Dimensão: Representações Emocionais

Alpha de Cronbach: 0.838 (6 itens); Média: 1942; Dp: 4.981 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 33	16.28	15.964	.778	.776
ITEM 34	16.37	15.735	.810	.769
ITEM 35	16.41	17.467	.638	.807
ITEM 36	15.38	21.957	.227	.874
ITEM 37	16.22	18.004	.618	.812
ITEM 38	16.43	17.575	.615	.812

A fidelidade das sub-escalas identidade e causas foram calculadas independentemente das outras sub-escalas. Relativamente à sub-escala *identidade*, (quadro 9) procedeu-se a uma análise dos sintomas que os doentes assinalaram como “desde o início da minha doença que tenho este sintoma”. O estudo da fidelidade desta sub-escala foi efectuado com os 15 itens (sintomas) e o alfa de Cronbach encontrado foi de 0.77. O estudo da fidelidade da sub-escala Causas foi efectuado com os 18 itens (causas de doenças) e o alfa de Cronbach encontrado foi de 0.78.

Identidade

A sub-escala Identidade (Quadro 9) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.77$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0.5$ e $r=0.51$.

Causas

A sub-escala Causas (Quadro 10) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.78$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=-0,7$ e $r=0.58$.

Quadro 9 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Identidade

Alpha de Cronbach: 0.772 (15 items); Média: 5.56; Dp: 2.948 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	4.63	8.432	.126	.775
ITEM 02	5.44	7.921	.375	.760
ITEM 03	5.40	7.598	.485	.751
ITEM 04	5.38	7.495	.509	.748
ITEM 05	5.47	8.538	.049	.780
ITEM 06	4.86	7.598	.349	.762
ITEM 07	5.33	7.303	.541	.744
ITEM 08	4.91	7.917	.204	.777
ITEM 09	5.47	7.973	.397	.759
ITEM 10	5.40	7.509	.533	.747
ITEM 11	5.10	7.163	.480	.749
ITEM 12	5.30	7.508	.414	.756
ITEM 13	4.83	7.856	.256	.771
ITEM 14	5.28	7.300	.489	.748
ITEM 15	4.98	7.336	.414	.756

Quadro 10 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do IPQ-R - Dimensão: Causas

Alpha de Cronbach: 0.779 (18 items; Média, 47.52; Dp: 9.096 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	44.43	70.274	.498	.757
ITEM 02	44.59	75.859	.255	.777
ITEM 03	45.71	76.828	.374	.769
ITEM 04	44.83	74.861	.285	.775
ITEM 05	45.41	77.186	.247	.776
ITEM 06	45.04	73.108	.505	.759
ITEM 07	45.27	74.575	.495	.762
ITEM 08	44.71	69.581	.587	.751
ITEM 09	44.51	74.270	.394	.767
ITEM 10	44.47	73.864	.351	.770
ITEM 11	44.63	82.592	-.069	.805
ITEM 12	45.03	71.191	.583	.753
ITEM 13	44.62	75.527	.277	.775
ITEM 14	45.63	78.455	.278	.774
ITEM 15	45.18	72.782	.488	.760
ITEM 16	44.85	74.781	.391	.767
ITEM 17	45.13	72.550	.489	.760
ITEM 18	43.78	77.238	.213	.779

A sub-escala “Controlo de Tratamento” apresenta um alfa muito próximo de 0.70 (0.69) e por isso será considerada no tratamento das hipóteses. Por sua vez, os valores dos alfas das sub-escalas: *Controle Pessoal* (0.56) e *Duração Cíclica* (0.57) são baixos e por isso optamos por não considerar estas subescalas nos testes de hipóteses.

4.9.3. Questionário de Meios de Lidar com a Dor

Versão Original de Brown (1999)

A versão original do questionário “Meios de Lidar com a Dor”, foi construída por Daniel Brown, da Harvard Medical School, em 1983, e tem por objectivo avaliar as estratégias de coping para lidar com a dor crónica (McIntyre & Soares, 1999).

Apesar do autor utilizar habitualmente a escala para avaliar as estratégias de coping na dor, em pacientes que frequentam a clínica de Behavioral Medicine dos Hospitais de Harvard, nunca avaliou as qualidades psicométricas da mesma (McIntyre & Soares, 1999).

Cotação

A escala é composta por 18 itens e a sua cotação varia entre: muito pouco provável (1) a muito provável (5). É composto por três subescalas: Transformação da Sensação de Dor, 7 itens, (questões 1; 2; 4; 7; 10; 12; 15); subescala de Distracção da Dor, 4 itens, (questões 8; 13; 14; 16); e a subescala de alívio Activo, 5 itens, (questões 3; 5; 6; 9; 11). Em todas as sub-escalas, quanto mais alto o valor, maiores são as estratégias para lidar com a dor.

Versão Portuguesa de McIntyre e Araújo-Soares (1999)

McIntyre e Soares (1999) aplicaram a escala a 151 sujeitos, 69 com dor crónica e 82 com dor aguda (McIntyre, Soares e Brown, 1998), com uma média de idades de 48,47 (DP=16,08), 60,7% do sexo feminino e 39,3% do sexo masculino.

Para avaliar a fidelidade, foi calculado o alfa de Cronbach total. A análise revelou que 16 dos 18 itens apresentavam correlações acima de 0.30 com o total da escala à excepção dos itens 2 e 18, que apresentavam correlações baixas e negativas (item 2, $r=-.01$; item 18, $r=-.10$). Estes itens também apresentaram correlações baixas e negativas

com a subescala a que pertenciam (item 2, $r = -.16$ e item 18, $r = -.13$), pelo que foram retirados na versão Portuguesa.

O coeficiente de consistência interna para a versão final de 16 itens é de 0.85, para o total da escala, o que indica uma boa consistência interna.

Na avaliação da fidelidade, os coeficientes de alfa de Cronbach das sub-escalas são: sub-escala de “transformação da sensação de dor” (0.78), sub-escala “distracção da dor” (0.73) e sub-escala de “alívio activo” (0.57). Os resultados indicam uma boa consistência interna para a escala global e para as duas sub-escalas, (MactIntyre & Soares, 1999).

Para avaliar a validade de constructo foi feita uma análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax e foram extraídos 3 factores que explicam 50,7% da variância. O factor 1 explica 3,7% da variância e é composto pelos itens: 1, 2, 4, 7, 10, 12 e o 15, parecendo referir-se a uma estratégia de coping que passa pela transformação da sensação de dor. O segundo factor explica 10,45 da variância e dele fazem parte os itens: 8, 13, 14 e 16 parecendo referirem à capacidade de mudar a atenção, ou seja à distracção da dor. O terceiro factor explica 7,6% da variância e inclui os itens: 3, 5, 6, 9 e 11 referindo-se a uma estratégia de coping com a dor a que se pode chamar de alívio activo (McIntyre & Soares, 1999). Segundo os autores, os valores de correlação de Pearson revelaram uma correlação positiva e significativa observando-se uma correlação moderada entre as 3 sub-escalas, confirmando assim a sua especificidade.

Versão do Estudo

Dado que a escala está validada para a população Portuguesa, numa amostra de doentes com dor (McIntyre & Soares, 1999), apresentamos apenas a fidelidade do instrumento na nossa amostra.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (Quadros 11 a 14). Os valores encontrados foram de 0.77 para a sub-escala *Transformação da Sensação de Dor* 0.59 para a sub-escala *Distracção da Dor* e 0.74 para a sub-escala *Estratégias de Alívio Activo*.

Quadro 11 - Resultados da Consistência Interna do Modos de lidar com a dor, na amostra em estudo

(N=203)

Modos de lidar com a dor (sub-escalas)	Alfa (α) de Cronbach
Transformação da Sensação de Dor	.77
Distracção da Dor	.59
Estratégias de alívio	.74

Transformação da Sensação de Dor

A sub-escala *Transformação da Sensação de Dor* (Quadro 12) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.77$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.39$ e $r=0.61$.

Quadro 12 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor - Dimensão: Transformação da Sensação de dor

Alpha de Cronbach: 0.774 (7 itens); Média: 14.61; Dp: 5.100 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
ITEM 01	12.24	19.768	.391	.773
ITEM 02	12.92	19.886	.609	.727
ITEM 04	12.88	20.437	.517	.743
ITEM 07	12.84	20.228	.566	.735
ITEM 10	12.20	19.008	.536	.738
ITEM 12	12.41	19.469	.526	.740
ITEM 15	12.16	20.021	.403	.767

Distracção da Dor

A sub-escala *Distracção da Dor* (Quadro 13) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.59$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.30$ e $r=0.47$.

Quadro 13 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor Dimensão: Distracção da Dor

Alpha de Cronbach: 0.591, (4 itens); Média: 14.71; Dp: 4.95 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 08	6.62	6.075	.300	.584
ITEM 13	6.90	6.180	.420	.484
ITEM 14	6.27	5.443	.466	.439
ITEM 16	7.05	6.885	.318	.558

Dado que a sub-escala *Distracção da Dor* apresenta um valor de alfa de Cronbach baixo, optamos por não considerar esta sub-escala nas nossas hipóteses.

Estratégias de Alívio Activo

A sub-escala *Estratégias de Alívio Activo* (Quadro 14) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.74$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.46$ e $r=0.57$.

Quadro 14 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Modos de Lidar com a dor - Dimensão: Estratégias de alívio Activo da Dor

Alpha de Cronbach: 0.740 (5 itens); Média: 15.99; Dp: 4.206 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 03	12.66	12.403	.462	.709
ITEM 05	13.01	11.530	.497	.698
ITEM 06	13.23	11.630	.532	.683
ITEM 09	12.80	12.233	.468	.708
ITEM 11	12.25	12.494	.572	.675

4.9.4. Questionário de Satisfação do Utente – QUASU

Versão Original de McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes & Correia (1999)

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente – QUASU, tem por objectivo avaliar a satisfação do utente em relação aos cuidados recebidos nas suas várias dimensões da prestação dos cuidados de saúde (McIntyre, Pereira, Silva, Correia, &

Fernandes, 1999). Este questionário pode ser usado em investigação como um indicador da qualidade dos serviços para melhorar a qualidade dos serviços prestados (McIntyre, et al., 2004).

O QUASU é constituído por 47 itens, mais um item de avaliação global, que reflecte a apreciação geral do utente em relação aos serviços recebidos numa determinada unidade de saúde e no final do questionário é colocada uma questão aberta que, apesar de fazer parte da escala, permite recolher uma informação adicional e a possibilidade de os utentes darem sugestões relativamente aos aspectos que, na sua opinião, podem ser melhorados (McIntyre et al., 1999).

A avaliação é feita em seis dimensões: Acessibilidades (17 itens), que avalia os aspectos relacionados com a maior ou menor facilidade em obter determinados serviços ou cuidados e também com a maior ou menor satisfação relativamente a aspectos mais estruturais. Contempla aspectos relacionados com o tempo de espera na marcação das consultas e, quando necessita dos serviços, o acesso à marcação de consultas por telefone, consultas de especialidade, cuidados médicos de urgência, cuidados domiciliários, indicações médicas por telefone e a obtenção de novas receitas. No que diz respeito aos aspectos estruturais, o utente deve fazer a sua apreciação relativamente ao horário de funcionamento da instituição e dos seus serviços, da sua localização, do conforto e ambiente das instalações, do acesso à casa de banho e a serviços de bar. A dimensão “Despesa” (3 itens) visa avaliar os aspectos relacionados com o que o utente tem de pagar para obter serviços e medicação, nomeadamente as taxas moderadoras e as despesas com a medicação. Na dimensão “Qualidade Técnica” (3 itens), o utente pronuncia-se sobre a competência dos profissionais de saúde do ponto de vista técnico e instrumental, incluindo a dedicação e o cuidado que os profissionais demonstram nos seus cuidados.

A dimensão “Comunicação/Informação” (16 itens) contempla aspectos relacionados com a informação fornecida aos utentes pelos médicos, enfermeiros e /ou outros técnicos de saúde envolvidos nos cuidados. A dimensão “Relações Interpessoais” (13 itens) prende avaliar a dimensão mais humana dos cuidados de saúde. Neste domínio, os informantes fazem a sua apreciação relativamente aos aspectos relacionados com a simpatia dos profissionais da instituição, do interesse que estes profissionais demonstram pelos utentes, do respeito pela sua privacidade, do tempo que lhes é destinado na consulta, do apoio emocional que lhes é prestado e da confiança que

têm nesses profissionais. A coordenação da equipa (1 item) indica a apreciação que o utente faz relativamente à comunicação e coordenação entre os vários profissionais da saúde responsáveis pelo seu tratamento, (McIntyre et al., 2004).

Cotação

Os itens são respondidos de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “muito insatisfeito”, 2 corresponde, a “insatisfeito”, 3 corresponde a, “nem insatisfeito nem satisfeito”, 4 corresponde a “satisfeito” e por fim, 5 corresponde a ”muito satisfeito”. A soma das respostas 1 (muito insatisfeito) e 2 (insatisfeito) permite determinar o número de utentes insatisfeitos com os cuidados prestados, enquanto a soma das respostas 4 (satisfeito) e 5 (muito satisfeito) indica o número de pacientes satisfeitos com os cuidados recebidos (McIntyre et al., 1999). Quanto mais elevada é a cotação mais positiva é a avaliação feita pelo utente relativamente aos aspectos mencionados.

Características Psicométricas

Fidelidade

No que diz respeito à fidelidade do instrumento, os resultados de alfa de Cronbach indicam uma boa consistência interna quer a nível global (alfa igual a 0.89), quer nas sub-escalas que o constituem, com a excepção da sub-escala “Despesas”. Assim, os valores obtidos foram: para a sub-escala “Comunicação/Informação”, alfa igual a 0.87, para a sub-escala “Relações Interpessoais”, alfa de 0.81, para a sub-escala “Qualidade Técnica”, alfa de 0.72, para a sub-escala “Acessibilidade”, alfa de 0.69 e, para a sub-escala “Despesas”, alfa de 0.71 (McIntyre et al., 1999).

Validade

A validação do questionário original foi realizada numa amostra de 227 utentes da Sub-Região de Saúde de Braga, em três tipos de serviços (consulta externa, /ambulatório, Internamento e serviços de urgência) com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ($M=35.55$; $Dp=13.69$), sendo 83.9% do sexo feminino e 16.1% do sexo masculino. Relativamente -ao estado civil, 64.2% eram casados, 18.4% solteiros, 2.8% viúvos, 2.8% divorciados e 1.8% assinalaram a categoria "outro" (McIntyre et al., 1999). Para testar a validade do QUASU foi efectuada uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax da qual os autores obtiveram um total de 5 factores, contribuindo para 43.3 % da variância total, nomeadamente os factores:

Comunicação/ Informação; Relações Interpessoais; Aspectos Estruturais; Atendimento e Acessibilidade.

O factor "Comunicação/Informação" explica 19 % da variância total. o factor "Relações interpessoais", explica 9.9%; o factor "Aspectos Estruturais", explica 5.5%; o factor, "Atendimento", explica 4.7% e o factor, "Acessibilidades", explica 4.1 % da variância total. Apesar destes resultados, os autores optaram por não fazer alterações na organização do QUASU, recomendando-se apenas a utilização das sub-escalas de *Comunicação/Informação*, *Relações Interpessoais* e *Acessibilidade* como dimensões independentes na avaliação da satisfação do utente, tendo as outras dimensões apenas o suporte racional (McIntyre, 2000). Estes resultados confirmam a validade de constructo do QUASU em termos da sua estrutura multidimensional e nas três dimensões mais alargadas do mesmo, *Comunicação/Informação*, *Relações Interpessoais* e *Acessibilidade* (McIntyre et al, 2004).

Versão do Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (Quadros 15 a 19). Os valores encontrados foram de 0.61 para a sub-escala *Acessibilidade*; 0.75 para a sub-escala *Despesas*; .75 para a sub-escala *Qualidade Técnica*; 86 para a sub-escala *Comunicação e Informação* e 0.90 para a sub-escala *Relações Interpessoais*.

Acessibilidade

A sub-escala "*Acessibilidade*" (Quadro 15) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=061$). No entanto, os itens 5, 10 e 16 "acesso a tratamentos de urgência"; "horário de funcionamento" e "acesso ao serviço de bar/lanches", respectivamente, tiveram um elevado número de não respostas.

Quadro 15 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Acessibilidade

Alpha de Cronbach: 0.612 (16 items); Média: 47.48, Dp: 6.110 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	54.68	30.339	.467	.558
ITEM 02	54.68	34.895	.032	.632
ITEM 03	54.74	31.871	.318	.583
ITEM 04	54.21	31.064	.537	.557
ITEM 05	54.58	36.146	-.024	.629
ITEM 06	55.05	32.386	.238	.596
ITEM 07	54.68	30.561	.445	.562
ITEM 08	54.89	29.544	.633	.536
ITEM 09	54.53	29.930	.532	.548
ITEM 10	54.37	35.912	-.025	.635
ITEM 11	55.00	33.000	.167	.609
ITEM 12	54.21	35.398	.026	.627
ITEM 13	54.89	32.988	.104	.628
ITEM 14	54.53	32.596	.372	.580
ITEM 15	54.42	34.591	.164	.606
ITEM 16	55.26	36.205	-.036	.632

Assim, e uma vez que estes itens apresentam correlações negativas com a escala total, decidimos não utilizar esta sub-escala “Acessibilidade” no nosso estudo, não sendo por isso considerada no teste de hipóteses.

Despesas

A sub-escala *Despesas* (Quadro 16) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.75$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.50$ e $r=0.68$.

Quadro 16 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Despesas

Alpha de Cronbach: 0.745 (3 items); Média: 8,74; dp: 1,881 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 17	5.84	2.626	.562	.676
ITEM 18	6.06	2.390	.677	.526
ITEM 19	5.59	3.441	.500	.743

Qualidade Técnica

A sub-escala *Qualidade Técnica* (Quadro 17) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.75$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.45$ e $r=0.70$

Quadro 17 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Qualidade Técnica

Alpha de Cronbach: 0.753 (3 itens); Média: 12.81; Dp: 1.688 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 20	8.41	1.446	.698	.554
ITEM 21	8.39	1.472	.640	.611
ITEM 22	8.82	1.371	.453	.855

Comunicação e Informação

A sub-escala *Comunicação e Informação* (Quadro 18) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.86$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.48$ e $r=0.77$.

Quadro 18 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU Dimensão: Comunicação e Informação

Alpha de Cronbach: 0.862 (11 itens); Média: 42.81; Dp: 3.648 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 23	39.05	22.816	.519	.857
ITEM 24	38.85	23.318	.660	.843
ITEM 25	38.88	22.891	.704	.839
ITEM 26	38.86	23.587	.478	.859
ITEM 27	38.94	23.783	.545	.852
ITEM 28	38.76	22.909	.770	.836
ITEM 29	38.73	25.052	.631	.849
ITEM 30	39.05	25.199	.385	.863
ITEM 31	39.17	24.290	.556	.851
ITEM 32	39.08	24.461	.536	.852
ITEM 38	38.73	25.286	.477	.856

Relações Interpessoais

A sub-escala *Relações Interpessoais* (Quadro 19) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.90$) e os itens da escala têm correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.40$ e $r=0.77$.

Quadro 19 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do QUASU - Dimensão: Relações Interpessoais

Alpha de Cronbach: 0.905 (13 itens); Média: 53.87 ; Dp: 5.992 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 33	49.92	36.784	.479	.905
ITEM 34	49.65	38.041	.513	.902
ITEM 35	49.72	36.474	.689	.895
ITEM 36	49.72	38.039	.503	.902
ITEM 37	49.62	38.121	.481	.903
ITEM 39	49.56	35.569	.747	.892
ITEM 40	49.58	36.947	.665	.896
ITEM 41	49.69	34.275	.766	.890
ITEM 42	49.73	37.460	.559	.900
ITEM 43	49.82	34.675	.749	.891
ITEM 44	49.75	34.703	.755	.891
ITEM 45	50.00	37.591	.403	.908
ITEM 46	49.70	34.900	.749	.891

A Coordenação da Equipa (Item 47) apresenta uma Média de 3,86 e Dp de 0.742. A subescala *Avaliação Global* (Item 48) apresenta uma Média de 4,26 e Dp de 0.726.

4.9.5. Atitudes Towards Doctors and Medicine Scale - ADTMS

Versão Original (Marteau (1990))

Esta escala foi desenvolvida para avaliar as atitudes de indivíduos ou grupos face aos médicos e à medicina, utentes dos serviços de saúde em geral, e tem por objectivo medir especificamente as atitudes face à eficácia da medicina e dos médicos. Apesar das Atitudes serem muitas vezes invocadas para explorar muitos fenómenos da relação médico-paciente raramente são medidas (Marteau, 1990).

No estudo original, a escala foi administrada a 148 utentes do sexo feminino de um hospital para cuidados pré-natais de rotina, e a 49 mulheres internadas após o nascimento dos seus filhos.

Cotação

O ADMS é constituído por 19 itens e a sua cotação varia entre 1 (discordo totalmente) 2 (discordo moderadamente), 3 (discordo ligeiramente), 4 (concordo ligeiramente), 5 (concordo moderadamente) e 6 (concordo totalmente). É composto por 4 sub-escalas: *Atitudes Positivas face aos Médicos*; *Atitudes Negativas face aos Médicos*; *Atitudes Positivas face à Medicina* e *Atitudes Negativas face à Medicina*. Quanto mais elevado o resultado, mais positivas ou negativas são as atitudes face aos médicos ou à medicina, conforme as respectivas sub-escalas.

Fidelidade

A consistência interna obtida através dos Alfa de Cronbach das 4 subescalas é de 0.76, para as atitudes positivas face aos médicos, 0.67, para as atitudes positivas face à medicina, 0.67 para as atitudes negativas face aos médicos e 0.61 para as atitudes negativas face à medicina (Marteau, 1990).

Validade

O resultado de uma análise factorial de componentes principais *com* rotação varimax revelou que os 19 itens saturavam em 4 factores, contribuindo para 40% da variância (Marteau, 1990).

Informação adicional acerca da validade é ainda dada por Marteau (1990), ao comparar as atitudes de quatro grupos diferentes envolvidos nos cuidados de saúde, nomeadamente, enfermeiros, estudantes de medicina, utentes de cuidados pré-natais de rotina, e um grupo constituído por sociólogos e psicólogos, docentes em escolas de medicina. Os resultados demonstraram a existência de diferentes atitudes face aos médicos e à medicina em grupos com diferentes experiências do sistema de saúde, verificando-se atitudes mais positivas por parte dos pacientes e dos estudantes de medicina do que das enfermeiras e dos grupo de sociólogos e psicólogos (Marteau, 1990).

Versão Adaptada de Pereira e Silva (1999)

Pereira e Silva (1999) validaram esta escala numa população de utentes dos centros de Saúde, obtendo um alfa global de 0.653. Relativamente às sub-escalas, o alfa obtido foi de 0.633 para a sub-escala *Atitudes Positivas face aos Médicos*, 0.530 para *Atitudes Negativas face aos Médicos*, 0.318 para *Atitudes Positivas face à Medicina*, e 0.573 para *Atitudes Negativas face à Medicina* (Pereira & Silva, 1999). Comparando com a versão original, Pereira e Silva, (1999) constataram que os coeficientes alfa das 4 sub-escalas apresentavam a mesma tendência dos coeficientes obtidos na versão original, sendo a das *Atitudes Positivas face aos Médicos* a escala de maior consistência interna.

Esta versão apresenta uma organização de 17 itens que explica 48,3% da variância total. Pereira e Silva (1999) procederam a análise dos itens que revelou que 6 destes apresentavam uma correlação baixa com o total da escala (<.20). Por apresentar correlações muito baixas que prejudicavam a consistência interna do instrumento, as autoras optaram por eliminar os itens 2 e 11, passando os coeficientes de alpha de Cronbach das sub-escalas a ser: *Atitudes Positivas face à Medicina*, .397; *Atitudes Negativas face aos Médicos*, .542, ambos ainda assim abaixo do que é considerado aceitável.

Tendo em conta os resultados obtidos nesta adaptação portuguesa, dado que os Alfas das sub-escalas não são considerados satisfatórios, Pereira e Roios (2007) validaram posteriormente esta escala numa população de doentes com lombalgia.

Versão de Pereira & Roios (2007)

Pereira e Roios (2007) inicialmente procederam a uma análise do teste Kaiser-meyer-olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett (TEB). As análises dos dados obtidos pelo KMO (0.731) e pelo TEB (1115.76; p=000) permitiram análise factorial.

A validade de constructo foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais com rotação de varimax. Os resultados obtidos foram no sentido de uma solução de dois factores que explicam 51.64% da variância. O factor 1 explicava 17.73% da variância e deste fazem parte os itens (16, 10, 9, 5, 11, 6, 1 e 19) correspondentes às *Atitudes Positivas face aos Médicos* e à *Medicina*. O factor 2 explicava 33% da variância e deste fazem parte os itens (15, 14, 13, 8, 18, 2, 3, 7 e 4)

que inclui os itens correspondentes às Atitudes Negativas face aos Médico e à Medicina. Os itens 12 e 17 não saturam qualquer das componentes e foram por isso eliminados. Após a análise factorial, Pereira e Roios (2007) testaram novamente a consistência interna tendo obtido um alfa de 0.74 na sub-escala Atitudes Positivas face aos Médicos e à Medicina e 0.70 na sub-escala Atitudes Negativas face aos Médicos e à Medicina. Considerando a elevada saturação dos itens nos factores e a percentagem da variância explicada, as autoras concluíram assim que o instrumento apresentava propriedades psicométricas aceitáveis em termos de fidelidade e de validade.

Versão do Estudo

Dado que a escala está validade para a população Portuguesa, numa amostra de doentes com lombalgia, apresentamos apenas a fidelidade do instrumento na nossa amostra.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (Quadros 20 e 21). Os valores encontrados foram de 0.65 para a sub-escala Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina; 0.67 para a sub-escala Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina.

Atitudes Positivas face aos Médicos e à Medicina

A sub-escala *Atitudes Positivas Face aos Médicos e à Medicina* (Quadro 20) apresenta um Alpha de Cronbach 0.65, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.14$ e $r=0.46$.

Quadro 20 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Scale – ADTMS - Dimensão: Atitudes Positivas face aos Médicos e à Medicina

Alpha de Cronbach: 0.648 (8 items); Média: 28.24 ; Dp: 0.852 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	25.64	29.489	0.397	0.601
ITEM 05	25.43	30.850	0.392	0.604
ITEM 06	23.62	31.358	0.379	0.608
ITEM 09	24.43	28.484	0.424	0.592
ITEM 10	24.00	29.944	0.365	0.610
ITEM 11	24.82	38.598	0.140	0.660
ITEM 16	24.10	30.116	0.464	0.587
ITEM 19	25.02	30.276	0.229	0.661

Atitudes Negativas face aos Médicos e à Medicina

A sub-escala *Atitudes Negativas Face aos Médicos e à Medicina* (Quadro 21) apresenta um Alpha de Cronbach 0.67, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.20$ e $r=0.53$.

Quadro 21-Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do ADTMS - Dimensão: Atitudes Negativas face aos Médicos e à Medicina

Alpha de Cronbach: 0.674 (9 items); Média, 28.57 ; Dp 6.833 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 03	26.91	41.890	0.263	0.664
ITEM 04	24.42	40.361	0.231	0.673
ITEM 7	25.41	36.137	0.455	0.624
ITEM 8	25.16	41.393	0.198	0.677
ITEM 12	25.38	39.197	0.338	0.650
ITEM 13	25.65	35.750	0.416	0.632
ITEM 14	24.63	36.558	0.456	0.624
ITEM 15	25.58	35.034	0.527	0.607
ITEM 18	25.41	39.248	0.259	0.668

Dado que os Alfas de ambas as sub-escalas se encontram abaixo de 0.70 na amostra do nosso estudo, optamos por não considerar este questionário no teste de hipóteses.

4.9.6. Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ)

Versão Original de Horne, Weinman, e Hankins (1997)

A prescrição de fármacos envolve uma vasta gama das intervenções médicas e constitui uma das principais fontes de despesas na área da saúde na maioria dos países industrializados, no entanto os índices de não adesão a estas prescrições levou a que Horne, Weinman, e Hankins (1997) desenvolvessem esta escala, cujo objectivo era avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos, considerando esta área como um desafio significativo nos domínios da investigação e da prática na área da saúde (Horne, Weinman, & Hankins, 1997).

Trata-se de um questionário desenvolvido para avaliar as representações cognitivas que os indivíduos fazem em relação aos fármacos. O desenvolvimento desta escala justificou-se, segundo os autores pelo facto de a prescrição de fármacos preencher uma vasta gama das intervenções médicas e constituir uma das principais fontes de despesas na área da saúde na maioria dos países industrializados por um lado, e pelos conhecidos índices de não adesão a estas prescrições por outro. Por essa razão, esta área de estudos tem-se constituído como um desafio significativo nos domínios da investigação e da prática na área da saúde (Horne, Weinman, & Hankins, 1997).

A versão Original é composta por duas secções, designadas por: (1) BMQ-específica, e (2) BMQ-geral. A primeira avalia as representações de fármacos prescritos para uso pessoal, enquanto a segunda avalia crenças acerca dos medicamentos em geral.

A BMQ-específica é composta por 2 factores de 5 items que avaliam as crenças dos indivíduos acerca da *necessidade da medicação* que lhes foi prescrita, e as *preocupações* relacionadas com a mesma com base em crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo.

A BMQ-geral é composta por 2 factores de 4 items que avaliam crenças relacionadas com potenciais *efeitos nocivos*, aditivos e tóxicos dos medicamentos (*harm*), e com a possibilidade de estes serem usados em excesso pelos médicos i.e. *uso excessivo* (*overuse*).

Estas duas secções do BMQ podem ser usadas em combinação ou separadamente consoante os objectivos do estudo.

Cotação

Os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (1=Discordo totalmente; 2=Discordo; 3=Não tenho a certeza; 4=Concordo; 5=Concordo totalmente), variando o total em cada uma das sub-escalas entre 4 e 20, de forma que, por exemplo na sub-escala “Uso Excessivo,” quanto mais elevada a cotação obtida pelos indivíduos, mais forte a sua crença de que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos, que confiam demais na sua utilização; e na sub-escala “Efeitos Nocivos,” quanto mais elevada a cotação obtida mais forte a crença no potencial dos fármacos serem nocivos englobando representações dos mesmos como prejudiciais, aditivos, bem como, a crença de que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento de vez em quando. Na BMQ- específica, quanto maiores os resultados ao nível da “Necessidade de medicação” e “Preocupações”, maior as crenças na necessidade da toma de medicação e das crenças acerca dos efeitos secundários dos medicamentos.

Características Psicométricas da versão Portuguesa de Pereira e Silva (1999)

As autoras apenas adaptaram a BMQ geral numa amostra de utentes dos centros de saúde. Relativamente às características psicométricas, Pereira e Silva (1999) procederam a uma análise factorial de componentes principais e obtiveram uma estrutura com uma solução de dois factores à semelhança do estudo original. Os autores obtiveram a estrutura seguinte: o Factor 1 explica 39,2% da variância e é composto pelos itens 1,4,7 e 8, representando a dimensão *Uso Excessivo*. O Factor 2 explica 13,7% da variância e é constituído pelos itens 2, 5 e 6 e representa a dimensão *Efeitos Nocivos*. No que diz respeito á fidelidade, as autores encontraram um coeficiente alpha global de .71. Os alphas da sub-escala *Uso Excessivo* foi de .69 e da sub-escala *Efeitos Nocivos* de .46. As autoras também verificaram que dos oito itens constituintes da escala, o item 3 apresentava uma correlação muito baixa com o total (<.20), o que as levou a eliminá-lo por forma a aumentar a consistência interna global, passando a escala global a apresentar um alpha de .73 e as sub-escalas *Uso Excessivo* e *Efeitos Nocivos*

um alpha de .56 e .55 respectivamente. No que diz respeito às sub-escalas, os valores encontrados estavam abaixo do aceitável. Posteriormente numa amostra maior de doentes com lombalgia, Pereira e Roios fizeram novo estudo das características psicométricas do instrumento para a BMQ geral e para a BMQ específica.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa de Pereira e Roios (2007)

Fidelidade

Inicialmente, numa amostra de doentes com lombalgia Pereira e Roios (2007) determinaram os Alfas de Cronbach para as quatro subescalas originais e obtiveram um alfa de 0.64 na sub-escala *uso Excessivo de Fármacos por parte dos Médicos*, 0.61 na sub-escala *Efeitos Nocivos*, e um alfa de 0.67 na sub-escala *Necessidades Específicas*, e 0.65 na sub-escala *Preocupações Específicas*. Dado que os valores de alpha se encontravam abaixo dos desejados decidiram fazer uma nova adaptação do instrumento.

Validade

Inicialmente procederam a uma análise do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlt (TEB). As análises dos dados obtidos pelo KMO, foi de (0.79) para a subescala geral e 0.72 para a sub-escala específica, e pelo TEB (532,43; $p=0.000$) para a sub-escala geral e (250,33; $p=0.000$) para a sub-escala específica permitindo assim uma análise factorial.

Os resultados obtidos apontaram para uma solução de dois factores. Um factor para a subescala *Parte Geral* (Crenças Gerais acerca dos Fármacos) que explica 38,4% da variância e deste fazem parte os itens (5, 7, 4, 1, 6, 8, 2 e 3) e um factor para a *Parte Específica*, (Crenças Específicas acerca dos Fármacos) que explica 31% da variância e deste fazem parte os itens (3, 4, 6, 8, 9, 1, 7, 10, 2, 5).

De seguida encontraram os novos coeficientes de consistência interna após a análise factorial tendo obtido um Alfa de 0.77 para a Parte Geral e 0.74 para a Parte específica. Tendo em conta a elevada percentagem de saturação dos itens nos factores e a percentagem de variância explicada, as autoras, pelos resultados obtidos, concluiriam que o questionário de Crenças acerca dos Fármacos apresenta boas propriedades psicométricas, quer em termos de consistência interna, quer em termos de validade.

Versão do Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para Parte Geral (Quadro 22) e para a Parte Específica (Quadro 23), sendo o valor encontrado de 0.73. e 0.74, respectivamente.

Crenças Acerca dos Fármacos

A sub-escala *Crenças Acerca dos Fármacos - Parte Geral* (Quadro 22) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.73$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.29$ e $r=0.56$.

Quadro 22 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do BMQ - Dimensão: Crenças Acerca dos Fármacos – Parte Geral

Alpha de Cronbach: 0.725 (8 itens); Média, 26.90 ; Dp 3.967 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	23.57	11.241	.545	.667
ITEM 02	23.77	13.087	.265	.730
ITEM 03	22.56	15.712	.287	.739
ITEM 04	23.51	12.401	.440	.692
ITEM 05	24.28	12.140	.486	.682
ITEM 06	23.97	12.218	.425	.695
ITEM 07	23.43	11.369	.563	.663
ITEM 08	23.23	11.997	.457	.688

A sub-escala *Crenças Acerca dos Fármacos - Parte Específica* (Quadro 23) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.74$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.23$ e $r=0.56$.

Quadro 23 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do BMQ - Dimensão: Crenças Acerca dos Fármacos – Parte Específica

Alpha de Cronbach: 0.740 (8 items); Média, 26.70; Dp 4.876 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	23.56	11.241	.542	.713
ITEM 02	23.78	13.087	.225	.733
ITEM 03	22.54	15.712	.287	.729
ITEM 04	23.55	12.401	.564	.705
ITEM 05	24.28	12.140	.487	.741
ITEM 06	23.96	12.218	.232	.692
ITEM 07	23.46	11.369	.520	.705
ITEM 08	23.24	11.997	.497	.694
ITEM 09	22.50	11.356	.469	.696
ITEM 10	23.56	12.430	.521	.748

Assim, ambas as sub-escalas apresentam alfas razoáveis que permitem a sua utilização no presente estudo. No entanto como o nosso objectivo é avaliar as crenças relacionadas com os potenciais efeitos nocivos dos medicamentos e a percepção dos doentes sobre o uso dos fármacos, prescritos pelos médicos, optamos por utilizar apenas a sub-escala, Crenças Acerca dos Fármacos - Parte Geral, no presente estudo.

4.9.7. Reported Adherence to Medication Scale (RAM)

Versão Original de de Horne, Weinman, e Hankins (1997)

Esta escala tem por objectivo avaliar os níveis de adesão à medicação, nomeadamente a frequência com que os sujeitos ajustam ou alteram as doses prescritas pelo médico. Esta escala foi desenvolvida, por os autores considerarem que as escalas dos níveis de adesão existentes, não se adequavam por não serem específicas da medicação (DiMatteo et al., 1993; Kravitz, et al., 1993), ou por não possibilitarem o registo da frequência do ajustamento ou alteração das doses de fármacos prescritas (Morisky, 1986).

No que se refere aos dados psicométricos obtidos na versão original, os autores referem que os coeficientes Alpha de Cronbach variam entre 0.60 - 0.83 (Horne, Weinman, & Hankins, 1999).

Cotação

A escala é composta por quatro afirmações relativas à adesão. Dois dos itens ("às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios"; e "às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades"), formam uma sub-escal "alterações das doses da medicação" e são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos com cotação invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3=não tenho a certeza; 4=discordo; 5=discordo totalmente). Os restantes 2 itens "algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédio; Com que frequência isto lhe acontece a si?", e "algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidade; Com que frequência você faz isto?"), formam outra sub-escala,"Esquecimento da toma de medicação". As questões são formulados como questões directas no sentido de os indivíduos reportarem a frequência com que ajustam ou se esquecem da sua medicação, e são cotados numa escala de 5 pontos (5=nunca; 4=raramente; 3=às vezes; 2=muitas vezes; 1=quase sempre).

O resultado total de adesão à medicação obtém-se somando as respostas dos 4 itens, de tal forma que os resultados variam entre 4 e 20, sendo que resultados mais elevados indicam maiores níveis de adesão.

Versão Portuguesa Pereira e Silva (1999)

Fidelidade

Para determinar a fidelidade da escala, as autoras calcularam o coeficiente de alpha de Cronbach (consistência interna) total, tendo obtido o valor global de .71 encontrando-se dentro dos valores referidos pelos autores da amostra original, que oscilaram entre 0.60 e 0.83.

Validade

Pereira e Silva (1999) procederam a uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax, impondo uma solução factorial de 2 factores e obtiveram uma organização que explica 78.5% da variância e é constituída da seguinte forma:

O factor 1 explica 55.6% da variância e é constituído pelos itens 2 e 4 relativos à ocorrência de alterações nas doses de medicação e à frequência com que acontecem essas alterações.

O factor 2 explica 22.9% da variância e é constituído, pelos itens 1 e 3 relacionados com a ocorrência de esquecimentos na toma da medicação prescrita e com a frequência com que esses esquecimentos ocorrem.

Versão do Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para a escala geral e para cada sub-escala (Quadros 24 a 26). Os valores encontrados foram de 0.51 para a sub-escala *Alteração das Doses de Medicação*; 0.66 para a sub-escala *Esquecimento de Tomar a Medicação*.

Quadro 24 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM - Escala Total

Alpha de Cronbach: 0.640 (4 itens); Média, 8.36 ; Dp:2.594 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	12.10	3.115	.487	.533
ITEM 02	11.18	3.831	.407	.585
ITEM 03	11.28	4.508	.501	.540
ITEM 04	10.65	4.922	.363	.614

Alteração das Doses da Medicação

A sub-escala *Alteração das Doses da Medicação* (Quadro 25) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.51$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.37$ e $r=0.37$.

Quadro 25 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM Dimensão: Alterações das doses da Medicação

Alpha de Cronbach: 0.513 (2 items); Média, 8,31; Dp: 1.426 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 02	4.42	.471	.372	.(a)
ITEM 04	3.89	1.042	.372	.(a)

Esquecimento de Tomar a Medicação

A sub-escala *Esquecimento de tomar a medicação* (Quadro 26) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0.66$), apresentando os items da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.55$ e $r=0.55$.

Quadro 26 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM - Dimensão: Esquecimento da Toma a Medicação

Alpha de Cronbach: 0.656 (2 items); Média, 6.76; Dp: 1.666 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	3.79	.495	.553	(a)
ITEM 03	2.98	1.371	.553	(a)

Apesar de os valores de alfa de Cronbach das subescalas do Questionário “Reported Adherence to Medication Scale” (Horne, Weinman, & Hankins, 1997) se apresentaram baixos, mas semelhantes ao original e, dado o facto de cada subescala apresentar apenas dois items, decidimos mantê-las no nosso estudo, dado que os valores de alfa encontrados podem, nestas circunstâncias, ser considerados aceitáveis (Nunnally, 1978).

4.9.8. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Versão Original de Zigmund e Snaith (1983)

É uma escala de auto-avaliação, desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e tem por objectivo identificar estados de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em regime de tratamento ambulatorio.

Um valor mais elevado em cada subescala indica maior sintomatologia (Johnston, Pollard, & Hennessey, 2000; Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento ao contrário de outros instrumentos desenvolvidos para avaliar a ansiedade e a depressão, em contextos psiquiátricos, permite avaliar a morbilidade psicológica provocada pela doença crónica. Associado a este aspecto há um outro que merece realce e que se prende com o facto de o HADS não incluir itens focados nos aspectos somáticos, o que, no caso de doentes com patologia não psiquiatria é apropriada, pois poderia falsear os resultados da avaliação.

Cotação

O instrumento é constituído por 14 itens, divididos em duas sub-escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma com 7 itens, respectivamente. Para cada item há 4 respostas possíveis, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 refere-se à menor gravidade e o valor 3 à maior gravidade. No entanto, há 6 itens que se apresentam de forma positiva (ex.0-3) e os restantes 8 itens apresentam-se de forma negativa (ex. 3-0).

As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas, podendo variar entre 0 e 21, em que, os valores iguais ou inferiores a 7 indicam ausência de sintomatologia, de 8 a 10 são considerados casos duvidosos e resultados iguais ou superiores a 11 são indicativos de ansiedade e depressão (Watson, Clark, & Weber, 1995; Herrmann, 1997).

Estudos anteriores revelaram que resultados iguais ou superiores a 8 na escala de depressão e 10 na escala de ansiedade, são considerados casos clínicos (Carroll et al., 1993). Os sujeitos aplicaram a escala a 100 adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias do foro médico e demonstraram a sua consistência interna através das correlações de Spearman, com valores que oscilaram entre 0.41 a 0.76 ($p < 0.01$) para a sub-escala de ansiedade e entre 0.30 a 0.60 ($p < 0.02$) para a sub-escala da depressão.

Características Psicométricas

No que se refere à validade do instrumento do HADS, apesar de alguns estudos apresentarem estruturas factoriais diferentes (Anderson, 1993; Martim & Thompson, 2000). Moorey e colaboradores (1991), numa amostra de 586 doentes, confirmaram dois factores explicando 53% da variância, com uma correlação entre os dois factores de 0.55 para as mulheres e 0.37 para os homens. Smith, Borchelt, Maier, e Jopp, (2002),

numa amostra de 1474 doentes confirmaram a estrutura de dois factores que explicam 49.18% da variância com uma correlação entre eles de 0.52. Muszbek, Aszekely, Balogh, Molnár, e Rohánsky (2006) num estudo de validação do HADS para a população Húngara também confirmaram dois factores que explicaram 51,4% do total da variância.

Relativamente à fidelidade, os coeficientes encontrados na versão original revelam uma elevada consistência interna (Moorey et al., 1991). Os autores apresentaram um alfa de Cronbach de 0.93 para a ansiedade e de 0.90 para a depressão. Smith e colaboradores (2002) apresentaram um alfa de cronbach 0.83 na subescala de ansiedade e de 0.79 na depressão. Muszbek e colaboradores (2006) encontraram um alfa de 0.82 para a ansiedade e de 0.83 para a depressão. Sousa (2005) aplicou esta escala em doentes com esclerose múltipla e os coeficientes de alfa de Cronbach encontrados foram de 0.87 para o HADS total, 0.81 para a sub-escala de ansiedade e 0.78 para a subescala de depressão.

Versão Portuguesa (Gouveia & McIntyre 2003)

Gouveia e McIntyre (2003), procederam a uma análise das características psicométricas do HADS numa população portuguesa diagnosticados com Enfarte Agudo do Miocárdio. Os dados foram submetidos a uma análise de validade de constructo e de consistência interna, quer para o total da escala, quer para as duas sub-escalas (ansiedade e depressão).

Fidelidade

Em relação à fidelidade, a análise das correlações dos itens HADS-A (ansiedade) com o total da escala revelou situar-se entre os 0.60 e os 0.78. Nas correlações do HADS-D (Depressão) com o total da escala, os valores obtidos situaram-se acima dos 0.38, variando de 0.38 a 0.72. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A foi de 0.89 e para a sub-escala HADS-D de 0.82, o que revelou uma elevada consistência interna em ambos os casos. A análise das correlações para o HADS-Total revelou que todos os itens apresentam uma correlações acima de 0.51 com o total da escala, variando entre os 0.51 e os 0.81. O coeficiente de fidelidade para o HADS-Total foi de 0.91, revelando uma elevada consistência interna da escala. Pela análise dos coeficientes

de consistência interna de *Cronbach* do HADS (por sub-escala e total), foi possível constatar que os valores obtidos no estudo foram altos e semelhantes aos obtidos noutros estudos (Moorey, Watson, Gordman, Rowden, Tunmore, Robertson, & Bliss, 1991; Roberts, Bonnici, Mackinnon, & Worcester, 2001; Smith et al., 2002; Strik, Denoll, Lousberg, & Honig, 2003).

Validade

A validade de constructo foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax. Após a extracção e rotação, emergiram dois factores com "eigenvalues" superiores a 1. O primeiro factor explica 29.53% da variância total (eigenvalue de 6.488) e o segundo factor explica 28.65% da variância total (eigenvalue de 1.658), explicando no seu conjunto, mais de 58% da variância total inicial (58.181%). Os resultados revelaram que os 14 itens da versão original se organizavam em dois factores de acordo com o modelo original de Zigmond e Snaith (1983). Uma excepção foi o item 7, "Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado", que apresentou uma carga factorial superior a 0.50 nos dois factores. Excepto o item 1 "Sinto-me tenso", apresentou uma carga factorial mais elevada no factor 2, todos os restantes itens do HADS-A apresentou carga factorial superior a 0.50 no factor 1. No entanto, exceptuando o item 14 "Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio", que apresentou uma carga factorial mais elevada no factor 1, todos os outros itens do HADS-D apresentaram uma carga factorial mais elevada no factor 2.

Foram ainda analisadas as correlações entre as sub-escalas ansiedade e depressão e a escala total, tendo-se observado valores de ($r=.94$ para a sub-escala ansiedade e $r=.90$ para a sub-escala depressão). Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as duas sub-escalas, apesar de serem mais baixos do que com o HADS-Total, revelaram que estas se correlacionam significativa e positivamente ($r=.69$; $p<0.01$) entre si, indicando uma associação moderada entre estas sub-escalas. Os coeficientes de correlação de *Pearson* obtidos, foram de encontro aos valores encontrados em estudos descritos anteriormente (Martin & Thompson, 2000; Roberts et al., 2001; Smith et al., 2002), demonstrando uma correlação significativa e positiva entre as duas sub-escalas.

Gouveia e McIntyre (2003), concluíram que a análise das propriedades psicométricas do HADS revelou boa fidelidade do instrumento, e o estudo da validade confirmou a estrutura factorial de dois factores preconizados pelos autores. O facto de o item 7, "*Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado*", ter obtido uma carga factorial superior a 0.50 nos dois factores e ser mais elevada no factor 2 (sub-escala depressão), está de acordo com os resultados encontrados noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001).

Versão Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (Quadros 27 e 28). Os valores encontrados foram de 0.80 para a sub-escala *Ansiedade*; 0.75 para a sub-escala *Depressão*.

Quadro 27 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do HADS - Dimensão: Ansiedade

Alpha de Cronbach: 0.798 (7 items) Média, 8.31 ; Dp 3.870 (N=203)

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 01	6.87	12.070	.472	.782
ITEM 03	7.28	10.169	.640	.749
ITEM 05	6.70	11.120	.492	.780
ITEM 07	6.87	12.662	.428	.789
ITEM 09	7.35	11.338	.567	.765
ITEM 11	7.14	10.692	.595	.759
ITEM 13	7.67	11.549	.514	.774

Ansiedade

A sub-escala *Ansiedade* (Quadro 27) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.80$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.43$ e $r=0.64$.

Depressão

A sub-escala *Depressão* (Quadro 28) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.75$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.38$ e $r=0.62$.

Quadro 28 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do HADS - Dimensão: Depressão

Alpha de Cronbach: 0.750 (7 itens) Média: 6.44; Dp: 3.658 (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 02	5.93	10.792	.537	.712
ITEM 04	5.58	9.862	.531	.705
ITEM 06	5.55	10.007	.619	.690
ITEM 08	4.89	10.708	.382	.737
ITEM 10	5.75	10.177	.466	.719
ITEM 12	5.31	10.006	.383	.744
ITEM 14	5.65	10.138	.421	.731

4.9.9. Short-Form General Health Survey - MOS 20

Versão Original de Stewart, Hays e Ware (1998)

Trata-se de um questionário desenvolvido no âmbito do *Medical Outcome Study* (Tarlov, Ware, Greenfield, Nelson, Perrin, & Zubkoff, 1989) com o objectivo de medir a Qualidade de Vida dos indivíduos e de avaliar os resultados das intervenções médicas no sistema de cuidados de saúde (Ribeiro, 1994).

O MOS 20 (Stewart, Hays, & Ware, 1988; Stewart & Ware, 1992; Ware, Sherbourne, & Davies, 1993) é a forma reduzida do instrumento original (149 itens) e constitui-se como uma medida capaz de ter em conta a multidimensionalidade do conceito de Qualidade de Vida tal como considerado na própria definição da O.M.S. ("*Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*", WHO, 1948).

O MOS 20 representa assim uma tentativa de testar uma estratégia alternativa na avaliação dos indicadores de saúde, por se tratar de um instrumento multidimensional, mas muito mais curto do que os habitualmente utilizados. Até ao seu desenvolvimento,

tendiam a utilizar-se escalas unidimensionais, apesar de já ter sido demonstrada a superioridade das multidimensionais que, no entanto, tendiam a ser bastante longas. O MOS 20 é um instrumento curto com um tempo médio de administração de aproximadamente 3 minutos, fiável e de fácil uso em vários contextos. Pode ser administrado quer em populações clínicas, quer na população em geral (Ware, Sherbourne, & Davies, 1993; Geada, 1996).

O MOS 20 é uma escala constituída por 20 questões sobre seis dimensões da qualidade de vida tal como usualmente é definido (Bergner, 1985; Ware, 1993). Essas dimensões são as seguintes: Funcionalidade Física (6 itens), que avalia em que medida a saúde interfere em diversas actividades físicas do quotidiano (prática de desporto, caminhar, carregar compras, subir escadas); Desempenho do Papel Social (2 itens), que avalia a interferência da saúde nas actividades diárias como o trabalho, a casa ou a escola; Funcionalidade Social (1 item), que avalia a interferência da saúde nas actividades sociais habituais (visitar amigos, actividades de grupo); Saúde mental (5 itens), que avalia o afecto ou estado de humor em geral, incluindo depressão, a ansiedade e o bem-estar psicológico no último mês; Percepção do Estado de Saúde (5 itens), que avalia a percepção que o indivíduo tem do seu estado geral de saúde; Dores (1 item), que avalia a intensidade de dor sentida no corpo nas últimas quatro semanas (Geada, 1996).

Cotação

Os itens são respondidos num formato de resposta de tipo Likert de pontuação variada (de 3 a 5 pontos). Consoante a escala de resposta, os itens podem ser cotados de 1 a 5. A escala permite obter um resultado global quantitativo da Qualidade de Vida, resultante do somatório do quantitativo das seis dimensões referidas. Quanto maior é o resultado obtido melhor é a Qualidade de Vida percebida do doente (valores totais entre um mínimo de 11 e um máximo de 74. Assim, em todas as escalas, resultados mais elevados indicam melhor Qualidade de Vida Geral (e.g, ausência de limitações, percepções de saúde mais favoráveis). Os estudos sobre a validade da escala revelaram que apresenta bons índices e que é um bom instrumento discriminativo entre pacientes com “mau estado de saúde” e a população geral (Stewart, Hays, & Ware, 1988).

Na versão original, os coeficientes de fidelidade (alfa de Cronbach) das seis sub-escalas variam, segundo os autores, entre 0.81 e 0.88, e os coeficientes de consistência interna das escalas de *saúde mental*, *percepção do estado de saúde* e *funcionalidade física* obtidos foram de 0.88, 0.87 e 0.86 respectivamente, apesar do número relativamente pequeno de itens considerados em cada escala.

Os estudos de fidelidade e de validade permitiram concluir que o MOS 20 é um instrumento com boas propriedades psicométricas com a vantagem adicional de ser mais curto do que a generalidade das escalas que medem estas dimensões de saúde.

Versão Portuguesa de Geada (1996)

Na versão adaptada para a população portuguesa o coeficiente de consistência interna de Cronbach foi respectivamente de 0.85, 0.87 e 0.79 para as três escalas referidas, sendo o coeficiente da escala global de 0.89 (Geada, 1996).

Relativamente aos indicadores de validade na versão original, verificou-se uma excelente discriminação para todos os itens, apoiando desta forma, a constituição das escalas.

As correlações entre as medidas do MOS 20 numa amostra clínica eram todas estatisticamente significativas ($p < 0.01$). As médias das medidas entre a amostra clínica e a amostra da população em geral, foram de encontro ao esperado, isto é, os resultados dos indicadores de Qualidade de Vida eram mais baixos na amostra clínica. Verificou-se ainda que as correlações entre as medidas de saúde e variáveis demográficas como a idade, o sexo, a educação, e o nível sócio-económico, eram consistentes com os resultados obtidos utilizando medidas mais longas, mais concretamente, os indivíduos mais velhos tendiam a reportar um pior funcionamento físico e de desempenho do papel social e a perceber a sua saúde de forma menos favorável, embora cotassem a sua saúde mental de uma forma mais positiva. Além disso, os indivíduos do sexo masculino tendiam a cotar a sua saúde actual de uma forma mais favorável e a reportar um melhor estado de saúde mental relativamente ao sexo feminino. Finalmente, o nível educacional e sócio-económico tendiam a estar positivamente correlacionados com todas as escalas (Ware, Sherbourne, & Davies, 1993).

No que se refere às correlações item-escala, os itens das diversas escalas correlacionam-se substancialmente com os totais das respectivas escalas, contribuindo assim para a consistência interna satisfatória das mesmas. Todos estes dados suportam a validade das sub-escalas, bem como, outros estudos conduzidos acerca da validade do MOS 20 com populações clínicas (Stewart, et al., 1989; Wells, et al., 1989).

Na versão portuguesa, a natureza das correlações encontradas entre os índices de saúde e as variáveis sócio-demográficas correspondem às referidas pelos autores da versão original (pessoas mais velhas relatam piores índices de saúde, excepto a nível da saúde mental, e pessoas do sexo masculino referem melhor estado de saúde que o sexo feminino), o que sugere uma aplicação adequada do instrumento (Geada, 1996).

Versão do Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para a Escala Global (Quadro 29) e para cada sub-escala (Quadros 30 a 33). Os valores encontrados foram de 0.90 para a escala total, de 0.84 para a sub-escala Funcionamento Físico; 0.72 para a sub-escala Desempenho de Papéis Sociais; 0.84 para a sub-escala Saúde Mental e 0.87 para a sub-escala Percepção do Estado de Saúde.

A sub-escala Funcionamento Social (i item) apresenta uma Média de 3,20 e Dp 0.914. A subescala Dores (i item) apresenta uma Média de 2,69 e Dp 0.872.

Quadro 29 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Escala Global

Alpha de Cronbach: 0.90 (20 items); Média: 45.19; Dp: 10.364 (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	42.99	96.541	.620	.891
ITEM 2	43.74	102.484	.297	.899
ITEM 3	43.46	98.337	.484	.894
ITEM 4	43.15	97.211	.507	.894
ITEM 5	43.45	99.735	.400	.896
ITEM 6	43.05	96.987	.547	.892
ITEM 7	42.63	101.110	.359	.897
ITEM 8	42.50	97.347	.541	.893
ITEM 9	43.05	96.874	.542	.893
ITEM 10	43.56	98.557	.518	.893
ITEM 11	41.99	98.324	.440	.896
ITEM 12	42.68	97.561	.535	.893
ITEM 13	42.83	97.524	.520	.893
ITEM 14	42.36	95.845	.599	.891
ITEM 15	42.65	96.831	.558	.892
ITEM 16	41.93	97.555	.550	.892
ITEM 17	43.18	96.895	.495	.894
ITEM 18	43.11	93.112	.660	.889
ITEM 19	43.35	96.205	.622	.890
ITEM 20	42.91	94.158	.630	.890

Escala Global

A Escala Global (Quadro 29) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.898$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.30$ e $r=0.66$

Funcionamento Físico

A sub-escala *Funcionamento Físico* (Quadro 30) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.84$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.46$ e $r=0.78$.

Quadro 30 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20- Dimensão: Funcionamento Físico

Alpha de Cronbach: 0.836 (6 itens); Média: 11.64; Dp: 3.777 (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 2a	10.20	11.452	.461	.836
ITEM 2b	9.91	9.747	.695	.792
ITEM 2c	9.60	9.043	.776	.772
ITEM 2d	9.91	10.039	.633	.805
ITEM 2e	9.51	9.893	.636	.804
ITEM 2f	9.08	11.222	.460	.837

Papéis Sociais

A sub-escala *Papéis* (Quadro 31) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.72$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.57$ e $r=0.57$.

Quadro 31 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Desempenho de Papéis Sociais

Alpha de Cronbach: 0.721 (2 itens); Média: 3.76; Dp: 1.515 (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 4	1,63	.639	.569	.621
ITEM 5	2,13	.829	.569	.621

Saúde Mental

A sub-escala *Saúde Mental* (Quadro 32) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.72$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.57$ e $r=0.72$.

Quadro 32 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Saúde Mental

Alpha de Cronbach: 0.839 (5 items); Média: 13.49; Dp: 3.431 (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 6b	10.98	7.962	.631	.810
ITEM 6c	11.13	7.696	.669	.800
ITEM 6d	10.66	7.359	.721	.784
ITEM 6e	10.95	7.971	.598	.819
ITEM 6f	10.23	8.190	.596	.819

Percepção do Estado de Saúde

A sub-escala *Percepção do Estado de Saúde* (Quadro 33) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.87$), apresentando os items da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.64$ e $r=0.78$.

Quadro 33 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do MOS 20 - Dimensão: Percepção do Estado de Saúde

Alpha de Cronbach: 0.870 (5 items); Média: 10.40; Dp: 3.835; (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	8.20	10.410	.669	.849
ITEM 7a	8.39	9.794	.644	.855
ITEM 7b	8.33	9.074	.728	.834
ITEM 7c	8.56	9.762	.784	.823
ITEM 7d	8.13	9.558	.670	.849

De acordo com os resultados, todas as subescalas apresentam valores que permitem a sua utilização na amostra do presente estudo.

4.9.10. Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)

Versão Original de Roland Morris (1999)

O Questionário de Incapacidade (RMDQ) foi inicialmente desenvolvido para medir a incapacidade física (baseado em auto-relato) em pacientes com lombalgia (Rolland & Morris, 1983). O instrumento avalia as limitações físicas resultantes das dores referidas sobre a coluna lombar e é um dos questionários mais indicados para a avaliação das

limitações decorrente de lombalgia, (Grotle, Brox, Vollestad, 2004; Rocchi, Sisti, Benedti, Valentini, & Bellgamba, 2005).

Cotação

O RMDQ é composto por 24 questões que descrevem a própria situação de dor. As respostas são do tipo sim ou não e o paciente selecciona-as considerando a sua situação actual. De acordo com cada item, a resposta pode ser pontuado em 0 ou 1 conforme se o paciente respondeu ou deixou a resposta em branco. Assim a escala apresenta um valor único para avaliação, em que o resultado final é determinado pelo somatório dos valores obtidos. Valores próximos a zero representam os melhores resultados, ou seja, menor limitação e, valores próximos de 24 os piores resultados, ou seja, maior limitação e é definido que o valor 11 obtido no resultado é indicativo de importantes alterações incapacitantes (Nusbaum, Natour, Ferraz, & Goldenberg, 2001).

A versão original do RMDQ, é constituída apenas por um factor como medida da incapacidade, foi validada em 230 pacientes com idades compreendidas entre 16 e 64 anos com lombalgia crónica revelando excelentes propriedades psicométricas evidenciando boa consistência interna. O valor do Alpha de cronbach foi de 0.93 (Morris 1983), posteriormente, com a mesma escala, Kopec e Esdaile (1995) encontraram um alfa de 0.90.

A escala original apresenta uma fiabilidade teste-reteste muito alta (0.91) e tem demonstrado uma boa correlação com outras escalas de dor. Outros autores referem que este instrumento tem muito boas características psicométricas ao nível da fidelidade e da validade (Perreaul & Dionne, 2005; Junior & Cruz 2008), embora não apresentem os valores obtidos.

Foi desenvolvida uma versão Brasileira para dor lombar que também apresenta validade e fidelidade adequadas (Alpha de Cronbach=0.90 e coeficiente de Correlação Pearson entre duas metades de 0.82) (Sardá, Nicholas, Pimenta, Asghari, Corrêa, & Oswaldo, 2006). Em Portugal não existem estudos de validação do questionário de incapacidade de RMDQ, pelo que no presente estudo foram estudadas as características psicométricas.

Versão do Estudo

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alpha de Cronbach que foi de 0.84 (Quadro 34 e 35).

A escala apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.84$), (Quadro 34) apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0.013$ e $r=0.59$.

Quadro 34 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Roland and Morris Disability Questionnaire

Alpha de Cronbach: 0.837 Média: 10.73; Dp: 4.903; (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 1	10.52	21.934	.505	.827
ITEM 2	9.93	23.831	.013	.844
ITEM 3	10.07	21.999	.407	.830
ITEM 4	9.91	22.877	.269	.835
ITEM 5	10.36	21.569	.497	.826
ITEM 6	10.34	21.899	.414	.830
ITEM 7	10.48	21.964	.459	.828
ITEM 8	10.43	21.583	.523	.825
ITEM 9	10.12	21.712	.458	.828
ITEM 10	10.22	22.468	.270	.836
ITEM 11	10.26	21.924	.397	.831
ITEM 12	10.38	21.574	.503	.826
ITEM 13	10.22	22.230	.330	.834
ITEM 14	10.16	22.186	.344	.833
ITEM 15	10.65	23.130	.311	.834
ITEM 16	10.08	21.869	.434	.829
ITEM 17	10.35	21.585	.489	.827
ITEM 18	9.99	23.520	.078	.842
ITEM 19	10.63	23.016	.317	.834
ITEM 20	10.61	22.774	.368	.832
ITEM 21	9.98	22.326	.374	.831
ITEM 22	10.40	21.836	.449	.828
ITEM 23	10.18	21.107	.586	.822
ITEM 24	10.61	22.675	.400	.831

Validade

Iniciou-se por avaliar a adequabilidade da análise factorial neste estudo utilizando a medida KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adquacy) tendo obtido um valor de 0.90 o que revela boa adequabilidade.

Para efectuar a validade do instrumento efectuou-se a análise factorial em componentes principais, com rotação ortogonal através do método varimax.

Os resultados obtidos revelaram que, a melhor opção era uma solução de um factor, tal como na versão original que incluía um factor como medida de incapacidade funcional, conforme apresentado no Quadro 35.

Quadro 35 - Estrutura do Roland and Morris Disability Questionnaire – RMDQ

(N=203)

ITEMS	Descrição	Factor
23	Subo os degraus mais devagar do que é costume	.670
8	Tenho que me agarrar a algo para me levantar da cadeira	.636
12	Tenho dificuldade para me levantar de uma cadeira	.626
5	Uso o corrimão para subir os degraus	.596
1	Estou em casa quase todo o tempo	.584
9	Visto-me mais devagar do que é costume	.562
16	Tenho dificuldade em calçar as meias ou as peúgas	.552
17	Só caminho curtos percursos	.533
7	Tento que as outras pessoas façam as minhas tarefas diárias	.528
22	Estou mais irritado e menos descontraído do que é costume com os outros	.514
24	Permaneço na cama a maior parte do tempo	.491
11	Não tento inclinar-me ou ajoelhar-me	.485
6	Deito-me mais frequentemente	.480
3	Caminho mais devagar do que é costume	.477
21	Evito trabalhos pesados em casa	.457
20	Estou sentado a maior parte do dia	.452
19	Tenho de me despir com ajuda	.409
15	O meu apite não é muito bom	.376
14	Tenho dificuldade para me virar na cama	.373
13	Tenho dores nas costas quase todo o dia	.344
4	Não faço alguns dos trabalhos que habitualmente fazia em casa	.325
10	Só posso estar em pé por pequenos períodos de tempo	.308
18	Durmo pior	.393
2	Mudo de posição para tentar pôr as minhas costas numa posição confortável	.382

Após a análise dos resultados verificou-se que um único componente explica 22% da variância total dos resultados. Os itens 2 e 18 apresentam uma saturação inferior a 0.40, mas ainda assim superior a 0.30, pelo que foram mantidos.

4.9.11. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II)

Versão Original de Olson, Portner e Bell (1982)

A escala FACES II é um questionário individual de auto-avaliação do funcionamento familiar, permitindo a classificação das famílias segundo o Modelo Circumplexo (Olson, 1986, 1993).

A escala foi desenvolvida para avaliar duas grandes dimensões da dinâmica familiar: a Coesão da família, isto é os vínculos (laços emocionais) que unem os membros da família entre si (Olson, Portner, & Bell, 1982) e a Adaptabilidade, ou seja, a capacidade da família para se adaptar às circunstâncias e mudar a sua estrutura perante uma situação de crise (acidental ou desenvolvimental) (Olson, Portner, & Bell, 1982).

Segundo o modelo circumplexo, as quatro categorias de coesão são: desmembrada (coesão extremamente baixa, valores 1 e 2), separada (coesão moderada ou equilibrada, valores 3 e 4), ligada (coesão moderada ou equilibrada, valores 5 e 6) e emaranhada (coesão extremamente alta, valores 7 e 8). As quatro categorias de adaptabilidade são: rígida (adaptabilidade extremamente baixa, valores 1 e 2), estruturada (adaptabilidade equilibrada, valores 3 e 4), flexível (adaptabilidade equilibrada, valores 5 e 6) e caótica (adaptabilidade extremamente alta, valores 7 e 8).

A combinação dos resultados obtidos nestas duas dimensões permite categorizar as famílias, de acordo com o Modelo Circumplexo, em quatro tipos gerais: extremas, meio-termo (e equilibradas (Olson al.1982).

Cotação

A escala é constituída por 30 itens, 16 pertencentes à dimensão coesão (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 30) em que os itens 1, 5, 7, 11, 13, 19, 21, 23, 27, 30 são cotados positivamente e os itens 3, 9, 15, 17, 25, 29 são cotados negativamente. Os restantes 14 itens pertencem à dimensão adaptabilidade, nomeadamente os itens (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28) em que os itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 e 26 são cotados positivamente e os itens 24 e 28 são cotados negativamente.

A distribuição dos 30 itens é feita da seguinte forma: 2 itens para cada um dos 8 conceitos relacionados com a Coesão, nomeadamente, laços emocionais (1, 17), limites

familiares (3, 19), coligações (9, 29), tempo (7, 23), espaço (5, 25), amigos (11, 27), decisões (13, 21, interesses e lazeres (15, 30); 2 itens para quatro dos 6 conceitos relacionados com a Adaptabilidade, nomeadamente, liderança (4, 16), disciplina (6, 18), funções (10, 22) e normas (12, 24) e 3 itens para dois dos 6 conceitos relacionados com a Adaptabilidade, nomeadamente, imposição (2, 14, 28) e negociação (8, 20, 26).

No que concerne à cotação do instrumento para a subescala Coesão procede-se à soma do items, 3, 9, 15, 19, 25, 29, subtrai-se ao resultado 36 e de seguida soma-se todos os outros itens ímpares mais o item 30. Para a Adaptabilidade soma-se o item 24 e 28, subtrai-se ao resultado a 12 e de seguida soma-se todos os outros itens pares excepto o item 30.

Um resultado elevado nas sub-escalas indica uma coesão ou adaptabilidade familiar elevada. Trata-se de uma escala de auto preenchimento, tipo Likert de 5 pontos (1 - quase nunca, 2 - poucas vezes, 3 - às vezes, 4 - muitas vezes; 5 - quase sempre). A consistência interna da escala é elevada, variando entre 0.78 para a dimensão Adaptabilidade 0.87 para a sub-escala Coesão e 0.90 para o resultado global (Olson, Portner, & Bell, 1982).

O total da pontuação de Coesão e de Adaptabilidade é posicionado numa escala correspondente aos resultados entre 1 e 8 e a média aritmética das sub-escalas Coesão e Adaptabilidade corresponde ao tipo de família.

Quadro 36 - Interpretação Linear da FACES II

COESÃO	
8	Emaranhada
7	
6	Ligada
5	
4	Separada
3	
2	Desmembrada
1	
ADAPTABILIDADE	
8	Caótica
7	
6	Flexível
5	
4	Estruturada
3	
2	Rígida
1	

O tipo de família calcula-se somando os valores de coesão e de adaptabilidade e dividindo-se depois por dois. Como resultado é obtido um valor que se estiver entre 1 e 2 estamos na presença de famílias extremas, entre 3 e 4 famílias de meio-termo ou intermédias e entre 5 e 6, estamos perante famílias equilibradas (Quadro 36).

Versão Portuguesa de Fernandes (1995)

Fernandes (1995) utilizou esta escala em Portugal, para estudar a estrutura e o funcionamento familiar de uma população não migrante do Conselho de Chaves e de uma população portuguesa no Cantão de Genebra, mas não apresenta os valores da consistência interna. Num estudo realizado por Tribuna (2000), em adolescentes e suas famílias de acolhimento, os coeficientes de alpha de Cronbach foram 0.86 para a escala total, 0.77 para a sub-escala Coesão e 0.78 para a sub-escala Adaptabilidade.

Versão do Estudo

Fidelidade

A sub-escala “Coesão” (Quadro 37) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.828$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposições que variam entre $r=0.14$ e $r=0.66$.

Quadro 37 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do FACES II- Dimensão: Coesão

Alpha de Cronbach: 0.828 (16 items); Média, 62.06; Dp 9.20; (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 3	58.10	76.146	.409	.820
ITEM 9	58.20	80.878	.137	.841
ITEM 15	57.75	76.867	.410	.820
ITEM 19	57.62	77.585	.402	.820
ITEM 25	57.33	77.131	.485	.816
ITEM 29	58.22	79.913	.240	.830
ITEM 1	57.72	77.430	.422	.819
ITEM 5	57.89	76.261	.455	.817
ITEM 7	57.93	76.130	.498	.815
ITEM 11	58.11	75.569	.442	.818
ITEM 13	58.01	72.591	.601	.807
ITEM 17	57.59	74.861	.657	.807
ITEM 21	58.27	76.537	.517	.814
ITEM 23	57.99	75.167	.584	.810
ITEM 27	58.44	75.969	.410	.820
ITEM 30	58.38	76.547	.499	.815

A sub-escala “Adaptabilidade” (Quadro 38) apresenta um bom Alpha de Cronbach ($\alpha=0.845$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposições que variam entre $r=0.02$ e $r=0.67$.

Quadro 38 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach FACES - Dimensão: Adaptabilidade

Alpha de Cronbach: 0.845 (14 itens); Média: 50.70; Dp: 12.5; (N=203)

ITEMS	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se item eliminado
ITEM 24	49.87	75.898	.020	.865
ITEM 28	48.80	70.091	.359	.843
ITEM 2	48.70	68.005	.565	.831
ITEM 4	49.17	66.470	.594	.829
ITEM 6	49.94	66.945	.480	.836
ITEM 8	49.29	64.906	.673	.824
ITEM 10	49.54	66.287	.485	.836
ITEM 12	48.86	70.786	.329	.845
ITEM 14	49.24	65.160	.595	.828
ITEM 16	49.23	66.866	.564	.831
ITEM 18	49.14	68.114	.549	.832
ITEM 20	49.45	66.650	.574	.830
ITEM 22	49.16	66.143	.612	.828

O item 12 “*É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família*” na versão original, apresentava-se com sinal positivo e quando calculamos a fidelidade verificamos que o item cotado dessa forma se correlacionava negativamente com a escala. Pensamos que esse facto se deve a questões culturais que são diferentes na população Portuguesa quando comparada com a Americana. Assim, decidimos no presente estudo inverter a sua cotação (passou a negativo) uma vez que na cultura Portuguesa é considerado bom funcionamento quando se conhecem as regras que regulam uma família.

PARTE III – RESULTADOS

CAPITULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados descritivos da amostra, os resultados das hipóteses principais e os resultados das análises exploratórias.

5. RESULTADOS DESCRITIVOS

Os dados apresentados estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientaram o nosso estudo.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sócio-demográficas e clínicas seleccionadas para o efeito. Segue-se a apresentação dos resultados dos testes das hipóteses principais e as análises exploratórias. Para o tratamento estatístico foi utilizado *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.0, para Windows.

5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

Tendo por base os dados recolhidos no questionário socio-demográfico, elaboramos a caracterização sócio-demográfica da nossa amostra.

A amostra final deste estudo, composta por 203 sujeitos (N=203), apresenta uma média ária de 51.64 anos (DP. 14.13), com uma média ária ligeiramente superior no grupo de Acupuntura (GA), 55.27, quando comparada com o grupo de Fisioterapia (GF), 48.75 (Quadro 39).

Quadro 39 - Média de idades dos sujeitos da Amostra

	Amostra Total		Grupo Acupuntura		Grupo Fisioterapia	
Idade	(Média)	(DP)	(Média)	(DP)	(Média)	(DP)
	51.64	14.13	55.27	13.66	48.75	13.88
Intervalo de Variação	31-91		24-91		21-85	

No que diz respeito à Profissão (Quadro 40), os sujeitos foram classificados em três categorias, Sector I- agricultura e pescas (1.1% e 4.4%) no grupo da acupuntura e fisioterapia, respectivamente, Sector II- Industria (32.2% e 67.3%) e Sector III – Serviços (48.9% e 16.8%) nos grupos de acupuntura e fisioterapia respectivamente. Verifica-se que há, no grupo de Acupuntura, menos doentes com o Ensino Primário e

Secundário, mais doentes com o Ensino Superior e mais doentes a trabalhar no sector III, enquanto no grupo de Fisioterapia, predominam os doentes com o Ensino Primário e Secundário incompletos e a trabalhar mais no sector II -indústria.

No grupo de Acupunctura a maioria são Mulheres 72.22% (Quadro 40) enquanto no grupo de Fisioterapia, verifica-se que a maioria, 57.5%, são Homens. Relativamente ao estado civil, predomina o estado civil “casado” em ambos os grupos com 75.5% e 79.7% no grupo de acupunctura e fisioterapia, respectivamente.

Quadro 40 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Sócio-Demográficas

V.Socio-Demográficas	Acupunctura		Fisioterapia	
	N=90	%	N=113	%
Género				
Masculino	25	27.8%	65	57.5%
Feminino	65	72.2%	48	42.5%
Estado Civil				
Solteiro	14	15.6%	13	11.5%
Casada/União de Facto	68	75.5%	90	79.7%
Divorciado	4	4.4%	3	2.7%
Viúvo	4	4.4%	7	6.2%
Habilitações Literárias				
Ens. Primário Incompleto	12	13.3%	4	3.5%
Ens. Primário Completo	16	17.8%	59	52.2%
Ens. Secundário Incompleto	9	10%	29	25.8%
Ens. Secundário Completo	14	15.6%	17	15%
Ens. Superior Incompleto	9	10%	0	0%
Ens. Superior Completo	30	33.3%	4	3.5%
Actividade Profissional				
Sector I	1	1.1%	5	4.4%
Sector II	29	32.2%	76	67.3%
Sector III	44	48.9%	19	16.8%
Sem Profissão/doméstica	16	17.8%	13	11.5%
Situação Profissional Actual				
A trabalhar	54	60.0%	27	23.9%
De baixa Médica	2	2.3%	46	40.7%
Desempregado	4	4.4%	14	12.4%
Reformado	30	33.3%	26	23%
Faltas ao Trabalho devido à dor				
De 1 a 5 dias	27	30.0 %	17	15. %
Mais de 1 semana	9	10%	30	26.6%
Mais de quinze dias	6	6.7%	12	10.6%
Mais de 1 mês	5	5.6%	21	18.6%
Mais de seis meses	3	3.3 %	22	19.5%
Nunca faltou	40	44.4%	11	9.7%

Relativamente às Habilitações Literárias (Quadro 40) pode-se verificar que no grupo da Acupunctura, 33.3% dos doentes têm o Ensino Superior completo e 910% possui o Ensino Superior incompleto, enquanto no grupo de Fisioterapia apenas 3.5%

dos doentes têm o Ensino Superior completo e neste grupo predominam os doentes com o Ensino Primário completo (52.2%) e o Ensino Secundário incompleto (25.8%).

Relativamente à Situação Profissional (Quadro 40) verifica-se que 60% das pessoas do grupo de acupunctura encontram-se a trabalhar enquanto no grupo de fisioterapia apenas 23.9% se encontram a trabalhar, estando a maior parte das pessoas (40.7%) de baixa médica. Neste último grupo, 26.6% dos sujeitos, por não se sentir capaz de exercer a sua profissão já faltou mais de uma semana ao trabalho, 18,6% faltou mais de um mês e 19.5% já faltou mais de seis meses, enquanto no grupo de acupunctura, 44.4% nunca faltou e 30% faltou entre um e cinco dias.

5.2 Caracterização Clínica da Amostra

No que diz respeito à caracterização clínica dos sujeitos da nossa amostra, verificamos (Quadro 41) que no total da amostra, a média de duração em meses com lombalgia se situa nos 69 meses de duração sendo que no grupo de Acupunctura, a duração média é de 90 meses (7 anos e meio) e no grupo da Fisioterapia de 53 meses (4 anos e meio).

Quadro 41 - Caracterização da Amostra segundo a Duração da Doença

Lombalgia (Duração em Meses)	Amostra Total		Grupo Acupunctura		Grupo Fisioterapia	
	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)	(Média)	(Dp)
	68.97	96.306	89.99	113.487	53.17	77.893
Mínimo-Máximo	3-480		3-480		3-480	

Relativamente à Frequência da Dor (Quadro 42) verificamos que em ambos os grupos, a maior parte dos doentes sente dor constantemente, 66.4% e 41.1%, no grupo da fisioterapia e acupunctura, respectivamente. Verifica-se ainda que em ambos os grupos há um grande número de sujeitos que caracteriza a dor como uma dor que irradia para os membros inferiores, 48.7% e 38.9% no grupo da Fisioterapia e Acupunctura, respectivamente) e também se verifica em ambos os grupos que a dor se agrava com a actividade, 47.8% e 45.6% no grupo de Fisioterapia e Acupunctura, respectivamente.

Quadro 42 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas

Variáveis Clínicas	Acupunctura		Fisioterapia	
	N=90	%	N=113	%
Frequência da Dor				
Uma vez por dia	12	13,3%	6	5,3%
Duas vezes por dia	7	7,7%	2	1,8%
Mais de duas vezes por dia	34	37,9%	30	26,5%
Constantemente	37	41,1%	75	66,4%
Caracterização da Dor				
Contínua	16	17,8%	27	23,9%
Intermitente	32	35,6%	23	20,4%
Fixa	8	8,9%	9	8,0%
Dor Irradia para os membros	35	38,9%	55	48,7%
Agrava com actividade	41	45,6%	54	47,8%
Melhora com a actividade	13	14,4%	7	6,2%
Intensidade da Dor				
Leve	6	6,7%	2	1,8%
Moderada	34	37,8%	41	36,3%
Forte	39	43,3%	58	51,3%
Muito Forte	11	12,2%	12	10,6%
Altura do dia com mais Dor				
Manhã	30	33,3%	33	29,2%
Tarde	18	20,0%	29	25,6%
Noite	42	46,7%	51	45,2%
Quantas vezes durante o dia têm de parar o que está a fazer devido à Dor				
Nenhuma vez	22	24,5%	10	8,9%
Uma vez	12	13,3%	3	2,7%
De 1 a 3 vezes	30	33,3%	40	35,4%
De três a 5 vezes	14	15,6%	18	15,9%
Mais de cinco vezes	12	13,3%	42	37,1%
Nº de Vezes que procurou médico nos últimos 6 meses				
Uma a duas vezes	53	58,9%	42	37,1%
Três a quatro vezes	19	21,1%	33	29,2%
Mais de quatro vezes	17	19,0%	38	33,7%
Nº de Vezes que recorreu ao serviço de urgência nos últimos seis meses				
Nunca	65	72,3%	47	41,6%
Uma a duas vezes	19	21,1%	39	34,6%
Três a quatro vezes	3	3,3%	16	14,1%
Mais de quatro vezes	3	3,3%	11	9,7%
Internamentos nos últimos 3 meses				
Nunca	86	95,6%	98	86,7%
Uma a duas vezes	4	4,4%	13	11,5%
Três a quatro vezes	0	0%	1	0,9%
Mais de quatro vezes	0	0%	1	0,9%

Relativamente à Intensidade da Dor, (Quadro 42) a maioria dos sujeitos considera que a sua dor é forte, sendo que no grupo de Fisioterapia há mais pessoas a considerarem que a sua dor é forte (51.3%), enquanto no grupo de Acupunctura, apenas 43.3% consideram a sua dor como forte.

Devido à lombalgia, os sujeitos do grupo de Fisioterapia recorreram mais vezes ao serviço de urgência, dos quais (34.6%) recorreu duas vezes e destes 11.5% necessitaram

de ficar internados, enquanto no grupo de Acupuntura, apenas 21.1% recorreu ao serviço de urgência uma a duas vezes e destes 4.4% tiveram necessidade de ficar internados uma a duas vezes (Quadro 42).

Quadro 43 - Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas

Variáveis Clínicas	Acupuntura		Fisioterapia	
	N=90	%	N=113	%
Toma medicação para a Lombalgia				
Sim	56	62.2%	88	77.9%
Não	34	37.8%	25	22.1%
Medicamentos que Toma				
Anti-inflamatórios	41	74.5%	65	77.4%
Analgésicos	25	45.5%	42	50.0%
Relaxantes musculares	15	27.3%	40	47.6%
Outro	14	25.5%	6	7.1%
Há quanto tempo Toma a Medicação				
De 1 a 3 meses	12	21.4%	37	43.0%
De 3 a 6 meses	9	16.1%	4	4.7%
De 6 meses a 1 ano	2	3.6%	9	10.5%
Mais de um ano	33	58.9%	36	41.9%
Tem sentido Apoio de				
Conjuge /companheiro (a)	56	62.2%	69	61.1%
Filhos	44	48.9%	57	50.4%
Família	23	25.6%	31	27.4%
Amigos, colegas	14	15.6%	22	19.5%
Vizinhos	2	2.2%	8	7.1%
Profissionais de saúde	30	33.3%	48	42.5%
Não me sinto apoiado	10	11.1%	5	4.4%
Considera a sua Saúde Actual como				
Excelente	3	3.4%	1	0.9%
Boa	10	11.4%	9	8.0%
Normal	45	51.1%	52	46.0%
Pobre	39	34.1%	51	45.1%

No Quadro 43, verifica-se que nos dois grupos, a maioria dos doentes toma medicação para a dor lombar com predomínio dos anti-inflamatórios, seguido de analgésicos, verificando-se percentagens superiores no grupo de *Fisioterapia*. Relativamente ao tempo de toma da medicação, 43% dos sujeitos do grupo de *Fisioterapia* tomam medicação há menos de três meses, enquanto no outro grupo apenas 21.4% o fazem. No entanto, no período que vai de três a seis meses, 16.1% dos sujeitos do grupo de acupuntura, tomam medicação enquanto no grupo de Fisioterapia apenas 4.7% o fazem. Verifica-se ainda que 58.9% dos sujeitos do grupo de Acupuntura toma medicação há mais de um ano, e no grupo de Fisioterapia 41.9% também o fazem.

Relativamente ao apoio que os doentes da nossa amostra referem possuir, é possível verificar (Quadro 43), que em todas as categorias, os valores são próximos nos dois grupos, desatacando-se o apoio do cônjuge/companheiro, seguido dos filhos, profissionais de saúde, família e amigos, respectivamente. Salienta-se o facto de 11.1% no grupo de Acupuntura não se sentir apoiado e 4,4% dos doentes no grupo de Fisioterapia refere falta de apoio. A maior parte dos sujeitos considera a sua saúde normal, (51.1% no grupo de Acupuntura e 46.0% no grupo de Fisioterapia (Quadro 43). No entanto no grupo de Fisioterapia, a percentagem de pessoas que consideram a sua saúde como “pobre” é muito próxima (45.1%) dos que consideram a sua saúde como “normal”.

No Quadro 44 verifica-se que todos os sujeitos já se submeteram a tratamentos anteriores com destaque para a medicação e fisioterapia, nos dois grupos.

Quadro 44 - Tratamentos a que foi submetido anteriormente

	Acupuntura		Fisioterapia	
	N=90	%	N=113	%
Tratamentos Anteriores				
Medicação	74	82.2%	90	73.6%
Fisioterapia	52	57.7%	72	63.7%
Cirurgia	8	8.8%	12	10.6%
Outro	17	18.8%	5	4.4%
Tratamentos Actuais				
Medicação	27	30.0%	47	41.6%
Fisioterapia	6	6.7%	111	98.2%
Outro	74	82.2%	2	1.8%

Relativamente aos profissionais de saúde procurados antes do tratamento actual (Quadro 45) no grupo de Acupuntura, destaca-se a procura do acupuntor (95%) seguindo-se o médico de família (67.8%), o ortopedista (62.2%) e o fisioterapeuta (32.2%). No grupo de Fisioterapia, a maior parte dos doentes procurou o médico de família (77%), seguindo-se o fisioterapeuta (53.1%), o reumatologista (44.2%), o ortopedista (43.4%) e apenas 4.4% procurou o acupuntor.

Quadro 45 - Profissionais de Saúde Consultados Antes do Tratamento Actual

Profissionais de Saúde Consultados anteriormente	Acupunctura		Fisioterapia	
	N=90	%	N=113	%
Médico de Família	61	67.8%	87	77.0%
Medicina Interna	12	13.3%	14	12.4%
Reumatologista	22	24.4%	12	10.6%
Ortopedista	56	62.2%	50	44.2%
Fisiatra	27	30.0%	49	43.4%
Cirurgião	10	11.1%	12	10.6%
Psiquiatra	2	2.2%	7	6.2%
Psicólogo	0	0%	1	0.9%
Fisioterapeuta	29	32.2%	60	53.1%
Enfermeiro	2	2.2%	21	18.6%
Acupunctur	86	95.6%	5	4.4%
Osteopata	12	13.3%	8	7.1%
Homeopata	6	6.7%	.1	9%
Quiroprata	3	3.3%	0	0%
Naturopata	3	3.3%	2	1.8%
Outro	5	5.6%	2	1.8%

6. RESULTADOS DOS TESTES DAS HIPÓTESES

6.1. Hipótese 1

Espera-se que os dois grupos de doentes em tratamento de fisioterapia e de acupuntura se distingam em termos das variáveis cognitivas: Representações de Doença, Modos de lidar com a Dor e Crenças Acerca dos Fármacos; não se esperam diferenças ao nível das variáveis Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida, Incapacidade Funcional, Adesão terapêutica e Tipo de Família (devido as características psicométricas do questionário “Atitudes face aos Médicos e Medicina” não foi possível a sua inclusão no teste de hipóteses).

Para testar esta hipótese, e dado que as variáveis duração da doença, sexo e habilitações literárias estavam correlacionadas com as variáveis dependentes, utilizamos o Teste de Análise de CoVariância Múltipla (MANCOVA), controlando as referidas variáveis. Para avaliar as diferenças ao nível da variável Tipo de Família, por ser uma variável categórica, utilizamos o teste Qui Quadrado (Q^2).

Como é possível verificar no Quadro 46, existem diferenças, entre os dois grupos, ao nível da Identidade da Doença, Controlo de Tratamento, Causas da Doença, Crenças acerca dos Fármacos e Incapacidade Funcional

Relativamente às Representações de Doença, o grupo de Acupuntura (GA) apresenta menor Identidade da Doença, maior Controlo de Tratamento e mais Causas da Doença, do que o grupo de Fisioterapia (GF). Ao nível das Crenças acerca dos Fármacos, o GA apresenta crenças mais negativas acerca dos Fármacos.

Relativamente à Incapacidade Funcional, o grupo de Fisioterapia apresenta mais Incapacidade Funcional que o grupo de Acupuntura.

Não se verificam diferenças entre os dois grupos ao nível da Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Modos de Lidar com a Dor e Adesão Terapêutica.

Dadas as características do presente estudo, os resultados obtidos não permitem avaliar se as diferenças encontradas existiam à partida, antes da opção dos doentes pelo

tipo de tratamento ou se formaram durante o tratamento (doentes foram avaliados no 5º tratamento).

Quadro 46 - Resultados da Mancova nas variáveis Representações de Doença, Modos de Lidar com a Dor, Crenças acerca dos Fármacos, Morbilidade Psicológica, Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional controlando as variáveis Duração da Doença, Habilitações e Sexo

	Acupuntura (N=90)		Fisioterapia (N=113)		MANCOVA	
	Média	D.P.	Média	D.P.	F	p
IPQR- Representações de Doença						
Identidade da Doença	4.98	2.893	5.88	2.789	6.814	.010
Duração Aguda/crónica	22.76	4.093	22.36	4.995	.386	.535
Consequências	19.37	4.537	20.32	4.600	.192	.662
Controlo de Tratamento	18.85	2.735	17.14	2.967	9.421	.002
Coerência da Doença	11.53	3.650	12.49	3.322	.013	.908
Representação Emocional	18.87	4.855	19.99	4.939	.647	.422
Causas	47.43	8.936	47.20	9.300	4.385	.038
MLD- Modos de Lidar com a Dor						
Estratégias Transformação Dor	15.01	5.262	14.28	4.711	.190	.664
Estratégias de alívio Activo da dor	17.02	3.891	15.36	4.247	2.40	.123
BMQ- Crenças acerca dos Fármacos						
Crenças acerca dos Fármacos	28.11	4.225	25.88	3.554	13.19	.000
HADS- Morbilidade Psicológica						
Ansiedade	7.59	3.738	9.06	3.840	2.926	.089
Depressão	5.77	3.474	7.11	3.773	1,490	.224
MOS-20 Qualidade De Vida						
Qualidade de Vida Total	48.26	10.158	42.56	9.773	3.117	.079
BMDQ- Incapacidade Funcional						
Incapacidade Funcional	8.61	4.586	12,30	4.663	21,708	.000
RAM- Adesão Terapêutica						
Alteração nas doses da medicação	8.32	1.216	8.31	1.547	0.408	.524
Esquecimento da toma da medicação	6.72	1.680	6.75	1.652	0,089	.766

Como é possível verificar pelo Quadro 47, não existem diferenças entre os grupos ao nível do Tipo de Família a que pertencem.

Quadro 47 - Resultados do teste Q_i^2 Para a diferença entre os dois grupos, relativamente ao Tipo de Família

Tipo de Família	Acupunctura (N=90)	Fisioterapia (N=113)	Q_i^2	p
Extrema	5.6%	6.2%	.929 ^a	.628
Intermédia	58.9%	64.6%	.927	.629
Equilibrada	35.6%	29.2%	.886	.347

6.2. Hipótese 2

Espera-se que a variável Tipo de Família, exerça efeito moderador na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida em doentes com lombalgia crónica.

Inicialmente testamos esta hipótese separadamente para os dois grupos mas, dado que os grupos não se distinguem ao nível da variável moderadora (Quadro 47) e os resultados obtidos para cada grupo (acupunctura e fisioterapia) serem os mesmos apenas com desvios muito ligeiros nos valores, optamos por apresentar os resultados para a amostra global.

As análises de regressão apresentadas foram realizadas segundo o modelo de regressão linear múltipla, com o método enter, com o objectivo de determinar se a variável Tipo de Família assume um papel moderador na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida nos doentes com lombalgia crónica. O estudo da moderação foi baseado no modelo proposto por Kenny (2009a).

Como a variável moderadora é uma variável nominal, para se calcular a interacção foi necessário ponderar os efeitos desta variável predictor. Assim, por exemplo, enquanto o grupo em observação (e.g. as famílias extremas) recebe o valor 1, o restante grupo (famílias intermédias e equilibradas) recebe como valor o negativo do rácio entre o número de casos do grupo em observação (número de famílias extremas) e o número de casos do grupo restante (número de famílias intermédias e equilibradas), segundo a fórmula de Aitken (1991):

$$c = -\frac{c1}{c2}$$

c1=(número famílias extremas)
c2=(número famílias intermédias e equilibradas)

Nos três modelos de regressão analisados, um para cada tipo de família procedeu-se à aplicação do método atrás definido.

Os resultados apresentados no Quadro 48 permitem concluir que a Incapacidade Funcional exerce um efeito predictivo na Qualidade de Vida. Os doentes com níveis mais baixos de Incapacidade Funcional apresentam melhor Qualidade de Vida. A variável Tipo de Família (Família Extrema) apresenta efeito moderador, ou seja a interação entre a Incapacidade Funcional e o Tipo de Família (Família Extrema) permite concluir que a relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida é moderada pelo Tipo de Família ($\beta=0.124$; $p<0.05$).

Quadro 48 - Resultados da moderação (Família Extrema) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Dentes com Lombalgia Crónica.

	Bloco I			Bloco II		
Variáveis Predictoras	β std	t	sig	β std	t	sig
Incapacidade Funcional	-0.497	-8.254	.000	-0.494	-8.259	0.000
Tipo de Família (F. Extrema)	-0.144	-2.387	.018	-0.174	-2.819	0.005
Incapacidade Funcional x Família Extrema				0.124	2,023	0.44
R Square	0.277			0.269		
Adjusted R Square	0.291			0.281		

Os resultados apresentados no Quadro 49 permitem concluir que a Incapacidade Funcional exerce um efeito predictivo na Qualidade de Vida. Os doentes com níveis mais baixos de Incapacidade Funcional apresentam melhor Qualidade de Vida. A variável Tipo de Família (Família Intermédia) apresenta efeito moderador, ou seja a interação entre a Incapacidade Funcional e o Tipo de Família (Família Intermédia) permite concluir que a relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida é moderada pelo Tipo de Família ($\beta=0.188$; $p<0.05$).

Quadro 49 - Resultados da moderação (Família Intermédia) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Doentes com Lombalgia Crónica.

Variáveis Predictoras	Bloco I			Bloco II		
	β std	t	sig	β std	t	sig
Incapacidade Funcional	-.507	-8.392	.000	-.651	-6.977	.000
Tipo de Família (F. Intermédia)	-.120	-1.983	.049	-.120	-2.004	.046
Incapacidade Funcional x Família Intermédia				.188	2.016	.045
R Square	0.270			0.263		
Adjusted R Square	0.285			0.274		

Os resultados apresentados no Quadro 50 permitem concluir que a Incapacidade Funcional exerce um efeito predictivo na Qualidade de Vida. Os doentes com níveis mais baixos de Incapacidade Funcional apresentam melhor Qualidade de Vida. A variável Tipo de Família (F. Equilibrada) apresenta efeito moderador, ou seja a interação entre a Incapacidade Funcional e o Tipo de Família permite concluir que a relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida é moderada pelo Tipo de Família (equilibrada) ($\beta = -0.160$; $p < 0.05$).

Quadro 50 - Resultados da moderação (Família Equilibrada) na relação entre a Incapacidade Funcional e Qualidade de Vida Total em Doentes com Lombalgia Crónica.

Variáveis Predictoras	Bloco I			Bloco II		
	β std	t	sig	β std	t	sig
Incapacidade Funcional	-.501	-8.443	.000	-.489	-8.330	.000
Tipo de Família (F. Equilibrada)	.197	3.318	.001	.195	3.329	.001
Incapacidade Funcional x Família Equilibrada				-.160	-2.732	.007
R Square	.295			.320		
Adjusted R Square	.288			.310		

Como foi possível comprovar, o tipo de família, consideradas as três categorias – Extremas, Intermédias e Equilibradas, exerce um efeito moderador na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida. O efeito da moderação resulta principalmente do facto de o efeito predictivo negativo da Incapacidade Funcional sobre

a Qualidade de Vida existir quando estamos perante um tipo de famílias intermédias ($\beta=-0.41$; $p<0.001$) ou equilibradas ($\beta= -0.72$; $p<0.001$) enquanto nas famílias extremas obtivemos um $\beta=0.03$ com $p=0.921$ (Anexo I, II, III).

Assim, é apenas nos tipos de famílias intermédias e equilibradas que a incapacidade funcional prediz a qualidade de vida. Todavia, esta predição é mais forte nas famílias equilibradas ($\beta= -0,72$; $p<0.001$; Anexo II) do que nas famílias intermédias ($\beta= -0.41$; $p<0.001$; Anexo III).

6.3. Hipótese 3

Prevê-se que as variáveis Representações de Doença, Crenças acerca dos Fármacos, Adesão Terapêutica, Satisfação com os Cuidados Recebidos, Ansiedade, Depressão e Tipo de Família contribuam de forma diferente para a Qualidade de Vida e para a Incapacidade Funcional, em doentes com lombalgia em tratamento de Fisioterapia e em tratamento de Acupuntura.

Para o estudo desta hipótese foram inicialmente calculadas as correlações entre as variáveis Representações de Doença, Crenças acerca dos Fármacos, Adesão Terapêutica, Satisfação com os Cuidados Recebidos, Ansiedade, Depressão e Tipo de Família e as variáveis Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional, nos dois grupos, a fim de conhecer quais as variáveis a considerar no modelo.

Num segundo momento, com o objectivo de determinar quais os melhores predictores da Qualidade de Vida e da Incapacidade Funcional entre todas as variáveis estudadas, efectuou-se uma regressão Linear Múltipla por blocos (stepwise), com a incapacidade Funcional e a Qualidade de vida como variáveis dependentes.

O Quadro 51 apresenta os resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e com a Incapacidade Funcional, no grupo de Acupuntura (GA).

Ao analisar as variáveis que influenciam a Qualidade de Vida (Quadro 51), verifica-se que no grupo de Acupuntura, as variáveis Controlo de Tratamento, Despesas e Avaliação Global dos Cuidados, correlacionam-se positivamente com a Qualidade de Vida, o que significa que a Qualidade de Vida é tanto maior quanto maior

o Controlo de Tratamento, a Satisfação com as Despesas e a Satisfação Global com os Cuidados Recebidos.

Quadro 51 - Resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional, no grupo de Acupuntura.

Variáveis	Qualidade de Vida		Incapacidade Funcional	
	Coefficiente de Correlação	Sig.	Coefficiente de Correlação	Sig
MOS-20 Qualidade de Vida Total			-0.411**	0.000
RMDQ Incapacidade Funcional	-0.411**	0.000		
IPQR Representações da Doença				
Identidade	-0.390**	0.000	0.153	0.151
Duração aguda/Crónica	-0.299**	0.004	0.081	0.449
Consequências	-0.517**	0.000	0.258*	0.014
Controlo de Tratamento	0.340**	0.001	-0.235*	0.026
Coerência da Doença	-0.348**	0.001	0.344**	0.001
Representação Emocional	-0.383**	0.000	0.171	0.107
Causas	-0.406**	0.000	0.321**	0.002
MLD- Modos de Lidar com a Dor				
Estratégias de Transformação de Dor	-0.189	0.074	0.043	0.691
Estratégias de alívio Activo da Dor	-0.013	0.904	-0.017	0.872
QUASU- Satisfação dos utentes				
Despesas	0.336**	0.001	-0.166	0.117
Qualidade técnica	0.200	0.059	-0.066	0.534
Informação e Comunicação	0.207	0.050	-0.098	0.359
Relações Interpessoais	0.173	0.102	-0.160	0.131
Coordenação de Equipa	0.163	0.124	-0.045	0.671
Avaliação Global	0.233*	0.027	-0.113	0.290
BMQ -Crenças Acerca dos Fármacos				
Crenças Acerca dos Fármacos	0.005	0.961	-0.163	0.125
RAM Adesão Terapêutica				
Alteração nas doses da medicação	0.026	0.809	-0.174	0.101
Esquecimento da toma da medicação	-0.092	0.388	0.014	0.896
HADS- Morbilidade Psicológica				
Ansiedade	-0.595**	0.000	0.214*	0.043
Depressão	-0.689**	0.000	0.285**	0.006

*p<0.05; **p<0.01

As variáveis Identidade, Duração Aguda/Crónica, Consequências, Coerência da Doença, Representação Emocional, Causas, Ansiedade, Depressão e Incapacidade Funcional, (Quadro 51) correlacionam-se negativamente com a Qualidade de Vida, o

que significa que, no grupo de Acupunctura, a Qualidade de Vida é tanto pior quanto maiores forem a Identidade da Doença, Duração da Doença, Consequências da Doença, Representação Emocional da Doença, Causas da Doença, Ansiedade, Depressão e Incapacidade Funcional.

Quadro 52 - Resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional, no grupo de Fisioterapia.

	Qualidade de Vida		Incapacidade Funcional	
	Coefficiente de Correlação	Sig.	Coefficiente de Correlação	Sig
MOS 20 Qualidade de Vida Total			-,490**	,000
RMDQ -Incapacidade Funcional	-,490**	.000		
IPQR- Representações de Doença				
Identidade	-,268**	.004	.171	.070
Duração aguda/Crónica	-,336**	.000	.157	.098
Consequências	-,448**	.000	.313**	.001
Controlo de Tratamento	.329**	.000	-,167	.078
Coerência da Doença	-,339**	.000	.163	.084
Representação Emocional	-,525**	.000	.327**	.000
Causas	-,182	.054	-,026	.789
MLD- Modos de Lidar com a Dor				
Estratégias de Transformação de Dor	-,102	.282	.184	.051
Estratégias de alívio Activo da Dor	.029	.761	.274**	.003
QUASU- Satisfação dos Utentes				
Despesas	.126	.182	-,111	.243
Qualidade Técnica	.026	.789	-,011	.907
Informação e Comunicação	.164	.082	-,143	.131
Relações Interpessoais	-,063	.508	-,055	.564
Coordenação de Equipa	.170	.072	-,093	.329
Avaliação Global	.003	.979	-,042	.657
BMQ- Crenças Acerca dos Fármacos				
Crenças Acerca dos Fármacos	-,046	.628	-,085	.372
RAM- Adesão Terapêutica				
Alteração nas doses da medicação	.107	.262	.038	.688
Esquecimento da toma da medicação	-,067	.479	.146	.124
HADS- Morbilidade Psicológica				
Ansiedade	-,591**	.000	.229*	.015
Depressão	-,585**	.000	.316**	.001

*p<0.05; **p<0.01

O Quadro 52 apresenta os resultados das correlações entre todas as variáveis psicossociais com a Qualidade de Vida e com a Incapacidade Funcional, no grupo de Fisioterapia (GF).

Assim, no grupo de Fisioterapia, ao analisarmos as variáveis que interferem com a Qualidade de Vida podemos verificar (Quadro 52), que apenas o Controlo de Tratamento se correlaciona positivamente com a Qualidade de Vida, ou seja quanto maior o Controlo de Tratamento maior a Qualidade de Vida, enquanto todas as outras variáveis se correlacionam negativamente, podendo afirmar que a Qualidade de Vida é tanto pior, quanto maior for a Identidade da Doença, Duração da Doença, Consequências da Doença, Coerência da Doença, Representação Emocional da Doença, Percepção das Causas da Doença, Ansiedade, Depressão e Incapacidade Funcional.

Ao analisar as variáveis que influenciam a Incapacidade Funcional verifica-se que no Grupo de Acupuntura (Quadro 51), as Consequências da Doença, Coerência da Doença, Causas da Doença, Ansiedade e Depressão correlacionam-se positivamente com a Incapacidade Funcional, ou seja quanto maiores forem as Consequências da Doença, Coerência da Doença, Causas da Doença, Ansiedade e a Depressão, maior será a Incapacidade Funcional. As variáveis Controlo de Tratamento, e Qualidade de Vida correlacionam-se negativamente com a Incapacidade ou seja, menor Controlo de Tratamento e pior Qualidade de Vida estão associadas a maior Incapacidade Funcional.

No grupo de Fisioterapia (Quadro 52), as variáveis que interferem com a Incapacidade Funcional são, as Consequências da Doença, Representação Emocional da Doença, Estratégias de alívio Activo, Ansiedade e Depressão. Estas correlacionam-se positivamente com a Incapacidade funcional e a variável Qualidade de Vida correlaciona-se negativamente com a Incapacidade Funcional, ou seja, no GF, quanto maior for as Consequências da Doença, Representação Emocional, Estratégias de Alívio Activo, Ansiedade e Depressão, maior é a Incapacidade Funcional e, quanto maior a Incapacidade Funcional, pior a Qualidade de Vida.

Depois de definidas as variáveis que se correlacionam com a Incapacidade Funcional e com a Qualidade de Vida, em cada um dos grupos, procedeu-se à regressão. Foram introduzidas no Bloco 1, as variáveis Idade, Género, Duração de Doença e Habilitações, no Bloco 2 as variáveis independentes que se correlacionam com as variáveis dependentes Qualidade de Vida e Incapacidade Funcional (Quadros 51 e 52) e no Bloco 3 as variáveis que do ponto de vista teórico eram consideradas relevantes:

Tipo de Família (Rey & Avelar, 2000; Martins, 2002; Viana, Barbosa, & Guimarães, 2007) e Crenças acerca dos Fármacos (Horne, 2003; Treharne, Lyons, & Kitas, 2004; Neame & Hammond, 2005). Como a variável “Tipo de Família” possui três categorias (famílias equilibradas, intermédias e extremas) foi transformada em duas variáveis “dummies”: A primeira corresponde às famílias intermédias, a segunda às famílias extremas, ficando as famílias equilibradas como categoria de referência.

No Bloco 1 e 2 usamos o método stepwise e no Bloco 3 dado tratar-se de variáveis psicológicas relevantes do ponto de vista teórico que pretendíamos estudar o seu contributo, utilizamos o método enter. No Quadro 53 é apresentada a contribuição das variáveis independentes para o modelo (valor de t, β standardizado e a significância) e o valor da variância explicada (R² e R² ajustado - O critério para a inclusão de uma nova variável foi de $p < 0.05$ e para a remoção de uma variável $p < 0.01$).

Quadro 53 - Predictores da Qualidade de Vida no Grupo de Acupuntura

Variáveis	Bloco I			Bloco II			Bloco III		
	B std.	t	sig	B std.	t	sig	B std.	t	sig
1 Habilitações	.394	3.833	.000	.194	2.979	.004	.170	2.679	.009
2 Depressão				-.408	-5.060	.000	-.360	-4,602	.000
Ansiedade				-.265	-3.341	.001	-.260	-3,518	.001
Incap. Funcional				-.227	-3.376	.001	-.243	-3.674	.000
Despesas				.152	2.310	.024	.143	2,250	.028
3 Família Extrema							-.217	-3.285	.002
Família Intermédia							-.084	-1.270	.208
Crenças acerca dos Fármacos							.039	.625	.534
R Square	.155			.701			.761		
Adjusted R Square	.145			.681			.727		

Após a análise dos resultados apresentados no Quadro 53 verificou-se que no Bloco 1, no grupo de Acupuntura, as Habilitações são uma variável com capacidade predictiva da Qualidade de Vida e explica 14.5% da variância total dos resultados. Este resultado indica que quantas mais elevadas as habilitações literárias melhor é a Qualidade de Vida. Quando introduzido o 2º Bloco verificou-se que as habilitações se mantêm como variável predictor. Das variáveis incluídas neste bloco, a Depressão,

Ansiedade, Incapacidade Funcional e Satisfação com as Despesas apresentam-se como significativas logo predictoras da Qualidade de Vida. A inclusão da Depressão, Ansiedade, Incapacidade Funcional e Satisfação com as Despesas determinou um acréscimo de 53.6% na variância, totalizando 68.1%. Quando forçadas, pelo método enter, as variáveis relevantes do ponto de vista teórico, (Tipo de Família e Crenças acerca dos Fármacos) no 3º Bloco, verificou-se que as Habilitações continuam significativas, a Depressão, Ansiedade, Incapacidade Funcional e Satisfação com as Despesas mantiveram-se também significativas bem como a variável Família Extrema que também ela prediz negativamente a Qualidade de Vida. A inclusão desta variável determinou um acréscimo de 4.6%. O modelo final explica 72.7% da variância dos resultados. Deste modo, no grupo de Acupunctura, as variáveis que contribuem significativamente para a Qualidade de Vida são: Habilitações Literárias, Depressão, Ansiedade, a Incapacidade Funcional e Satisfação com as Despesas e pertencer a Família Extremas, ou seja, no grupo de Acupunctura, (Quadro 53) os doentes com pior Qualidade de Vida são aqueles cujas Habilitações são menores, têm mais Ansiedade e Depressão, mais Incapacidade Funcional, pertencem a Famílias Extremas e estão menos satisfeitos com as Despesas.

Quadro 54 - Predictores da Qualidade de Vida no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Bloco I			Bloco II			Bloco III		
	B std.	t	sig	B std.	T	sig	B std.	t	sig
1 Habilitações	.398	4.546	.000	.118	1.73	.085	.129	1.790	.076
Depressão				-.250	-3.041	.003	-.252	-2.874	.005
2 Ansiedade				-.297	-3.660	.000	-.302	-3.548	.001
Incapacidade Funcional				-.245	-3.607	.000	.246	3.451	.001
Consequências Doença				-.235	-3.457	.001	-.218	-2.967	.004
3 Famílias Intermédias							-.027	-.382	.703
Famílias Extremas							.025	.343	.732
Crenças acerca dos Fármacos							-.041	-.622	.535
R Square	.158			.597			.603		
Adjusted R Square	.151			.578			.563		

Após a análise dos resultados apresentados no Quadro 54, verificou-se que no Bloco 1 as Habilitações constituem a variável com capacidade predictiva sobre a Qualidade de Vida e explica 15% da variância total dos resultados. Assim, quanto maiores forem as Habilitações Literárias, melhor é a Qualidade de Vida. Quando introduzido o Bloco 2, verificou-se que as Habilitações Literárias deixam de ser significativas e a Ansiedade, Depressão, Incapacidade Funcional e Consequências da Doença são significativas. A inclusão destas variáveis determinou um acréscimo de 42.7% da variância dos resultados. Quando forçadas, pelo método enter, as variáveis relevantes do ponto de vista teórico, (Tipo de família e Crenças acerca dos Fármacos), no 3º Bloco, verificou-se que não se acrescenta nenhuma variável predictor da Qualidade de Vida ao modelo. Deste modo no grupo de Fisioterapia (Quadro 54) as variáveis que contribuem significativamente para o modelo final são: Habilitações Literárias, Depressão, Ansiedade, Incapacidade Funcional e consequências da Doença. Este modelo, no seu conjunto, explica 56.3% da variância dos resultados, ou seja, no grupo de Fisioterapia os sujeitos com pior Qualidade de Vida são os que têm menos Habilitações, os que tem mais Depressão, Ansiedade, Incapacidade Funcional e percepção mais negativa das Consequências da Doença.

Quadro 55 - Predictores da Incapacidade Funcional no Grupo de Acupuntura

Variáveis	Bloco I			Bloco II			Bloco III		
	B std.	t	sig	B std.	T	sig	B std.	t	sig
1 Duração Doença	.411	4.034	.000	.371	4,111	.000	.363	3.826	.000
2 Coerência Doença				.289	3.107	.003	.330	3.424	.011
Q. Vida Total				-.319	-3.372	.001	-.378	-3.680	.000
3 Famílias Intermédias							-.132	-1.335	.186
Famílias Extremas							-.164	-1.642	.105
Crenças acerca dos Fármacos							-.052	-.583	.562
R Square	.169			.4.11			.494		
Adjusted R Square	.159			.389			.439		

Após a análise dos resultados apresentados no Quadro 55 verificou-se que no grupo de Acupunctura, Bloco 1 a Duração da Doença é a variável com capacidade predictiva da Incapacidade Funcional e explica 16% da variância dos resultados. Este resultado indica que quanto maior a Duração da Doença, maior é a Incapacidade Funcional. Quando introduzido o Bloco 2, verificou-se que a Duração da Doença se mantém como variável predictor da Incapacidade Funcional, associando-se agora a Coerência da Doença e a Qualidade de Vida Total. A inclusão destas variáveis determinou um acréscimo de 23%, totalizando 38.9%. Quando forçadas, pelo método enter, as variáveis relevantes do ponto de vista teórico, (Tipo de Família e Crenças Acerca dos Fármacos), 3º Bloco, verificou-se -se que não se acrescenta nenhuma variável predictor ao modelo.

Deste modo no grupo de Acupunctura, as variáveis que contribuem significativamente para a Incapacidade Funcional, no modelo final são: a Duração da Doença, a Coerência da Doença e a Qualidade de Vida Total. O modelo total explica 43.9% da variância dos resultados. Assim no grupo de Acupunctura, quanto maior for a Duração da Doença, a Coerência da Doença, e pior a Qualidade de Vida Total, maior é a Incapacidade Funcional.

Quadro 56 - Predictores da Incapacidade Funcional no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Bloco I			Bloco II			Bloco III		
	B std.	t	sig	B std.	T	sig	B std.	t	sig
1 Nenhuma variável significativa									
2 Estratégias de alívio Activo da Dor				.228	3.639	.000	.256	3.049	,003
Qualidade Vida Total				-.499	-6.314	.000	-.502	-6.154	,000
Famílias intermédias							.025	.280	.780
3 Famílias Extremas							-.072	-.915	.327
Crenças Acerca dos Fármacos							-.060	-.729	.468
R Square				.320			.341		
Adjusted R Square				.308			.297		

Após a análise dos resultados apresentados no Quadro 56 verificou-se que no grupo de Fisioterapia, Bloco 1, nenhuma variável foi significativa.

Quando introduzido o Bloco 2, verificou-se que a Qualidade de Vida Total e as Estratégias de alívio Activo são variáveis predictoras explicando 30.8% da variância. Quando forçada, pelo método enter, as variáveis relevantes do ponto de vista teórico, (Tipo de Família e Crenças acerca dos Fármacos), no 3º Bloco, verificou-se que não se acrescenta nenhuma variável predictor da Incapacidade Funcional, mantendo-se significativas as variáveis do Bloco II. O modelo no total explica 29.7% da variância dos resultados. Assim, no grupo de Fisioterapia, as variáveis que contribuem para a Incapacidade Funcional, são a Qualidade de Vida Total e as Estratégias de alívio Activo da Dor. Assim, os doentes com maior Incapacidade Funcional são os que têm pior Qualidade de Vida Total e os que apresentam mais Estratégias de alívio Activo da Dor.

6.4. Hipótese 4

Espera-se que a Morbilidade Psicológica (depressão e ansiedade) seja mediadora entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida, em doentes com Lombalgia Crónica.

Inicialmente testamos esta hipótese separadamente para o grupo de acupunctura e para o grupo de fisioterapia mas dado que os dois grupos (acupunctura e fisioterapia) não se distinguem na variável mediadora (ver quadro 46), e os resultados obtidos para cada grupo serem os mesmos apenas com desvios muito ligeiros nos valores, optamos por apresentar os resultados para a amostra global.

Para analisar esta hipótese recorreremos a duas mediações. A primeira (Figura 9) permitiu analisar os efeitos de mediação da Ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida e a segunda (Figura 10) permitiu analisar os efeitos de mediação da Depressão na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida. O estudo da mediação foi baseado no modelo proposto por Kenny (2009b).

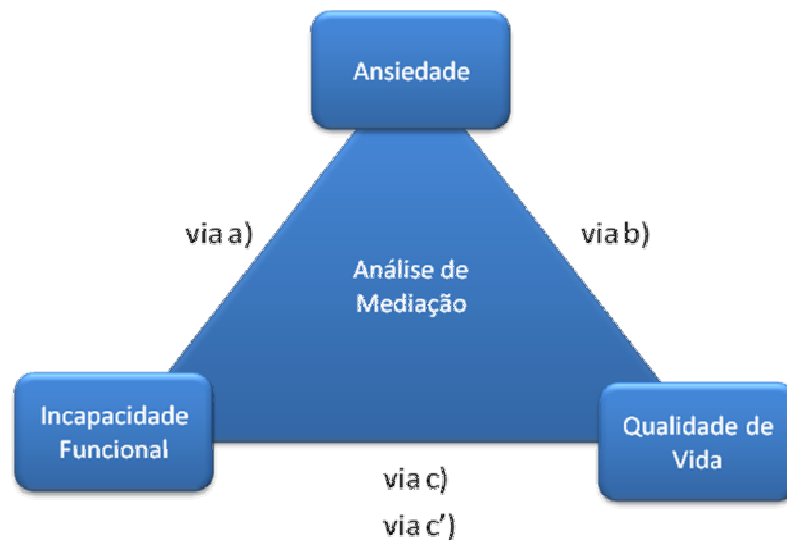


Figura 9 - Mediação da variável Ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida

O Quadro 57 apresenta os resultados da análise de mediação da ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

Quadro 57 - Resultados da Mediação da Ansiedade na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida

Avaliação dos passos no Modelo de Mediação	Adjusted R2	Stand β	t
Primeiro Passo (via c) Variável Dependente Qualidade de Vida Predictor: Incapacidade Funcional	.242	-.492**	-8.013
Segundo Passo (via a) Variável Dependente Ansiedade Predictor: Incapacidade Funcional	.074	.272**	4.009
Terceiro Passo (via b e c') Variável Dependente Qualidade de Vida Mediador: Ansiedade (via b) Predictor: Incapacidade Funcional (via c')	.494	-.522** -.350**	-9.990 -6.698

**p<0.01

O valor estandardizado do coeficiente de correlação associado ao efeito da Incapacidade Funcional com a Qualidade de Vida (via c) é significativo ($\beta = -0.492$, $p < 0.01$). Assim, está cumprido o primeiro requisito para a mediação. Os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos ($\beta = .272$; $p < 0.01$), estando assim cumprido o segundo requisito. Para testar se a Ansiedade está relacionada com a Qualidade de Vida

realizou-se uma regressão na qual a Incapacidade Funcional e o mediador entraram simultaneamente como predictores da Qualidade de Vida. O valor do coeficiente estandardizado associado com a relação entre a Ansiedade e a Qualidade de Vida (via b) mostrara-se significativo ($\beta = -0.522$; $p < 0.01$). Por fim, esta mesma equação de regressão mostra que o valor dos coeficientes de correlação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida (via c') (controlando o mediador) é significativo ($\beta = 0.350$; $p < 0.01$). Assim a Ansiedade tem um efeito de mediação parcial da relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

Calculando o efeito de Mediação:

$$\frac{a \times b}{c} \% = \frac{.272 \times .522}{.492} \% = 29\%$$

Neste sentido, podemos dizer que a relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida é mediada em 29% pela Ansiedade.

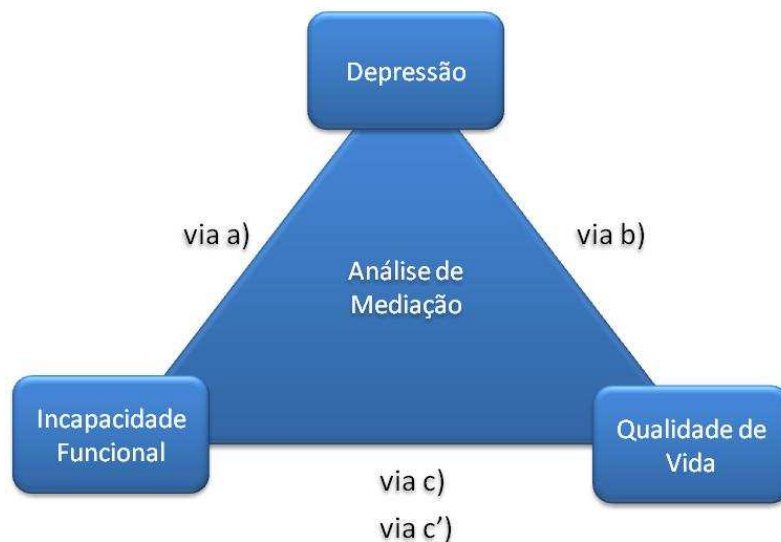


Figura 10 - Mediação da variável Depressão na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida

Quadro 58 - Resultados da mediação da Depressão na relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida

Avaliação dos passos no Modelo de Mediação	Adjusted R2	Stand β	t
Primeiro Passo (via c) Variável Dependente Qualidade de Vida Predictor: Incapacidade Funcional	.242	-.492**	-8.013
Segundo Passo (via a) Variável Dependente Depressão Predictor: Incapacidade Funcional	.074	.343**	5.173
Terceiro Passo (via b e ĉ) Variável Dependente Qualidade de Vida Mediador: Depressão (via b) Predictor: Incapacidade Funcional (via ĉ)	.496	-.541** -.307**	-10.173 -5.762

**p<0.05

A segunda Mediação permitiu a análise dos efeitos de mediação da Depressão na relação entre Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

Pelos resultados apresentados no Quadro 58, o valor estandardizado do coeficiente de correlação associado ao efeito da Incapacidade Funcional com a Qualidade de Vida (via c) é significativo ($\beta = -0.492$; $p < 0.01$). Assim, está cumprido o primeiro requisito para a mediação. Os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos ($\beta = 0.343$; $p < 0.01$), estando assim cumprido o segundo requisito. Para testar se a Depressão está relacionada com a Qualidade de Vida realizou-se uma regressão na qual a Incapacidade Funcional e o mediador entraram simultaneamente como predictores da Qualidade de Vida. O valor do coeficiente estandardizado associado com a relação entre a Depressão e a Qualidade de Vida (via b) mostrou-se significativo ($\beta = -0.541$; $p < 0.01$). Por fim, esta mesma equação de regressão mostra que o valor dos coeficientes de correlação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida (via ĉ) (controlando o mediador) é significativo ($\beta = -0.307$; $p < 0.01$). Assim a Depressão é um mediador parcial da relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida.

Calculando o efeito da Mediação:

$$\frac{a \times b}{c} \% = \frac{.343 \times .541}{.492} \% = 37.7\%$$

Neste sentido, podemos dizer que a relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida é mediada em 38% pela Depressão.

6.5. Hipótese 5

Espera-se poder discriminar os doentes que apresentam Incapacidade Funcional Baixa dos que apresentam Incapacidade Funcional Alta, tendo em conta as variáveis psicológicas no grupo de Fisioterapia e Acupunctura.

Discriminação dos doentes que apresentam Incapacidade Funcional Baixa dos que apresentam Incapacidade Funcional Alta no grupo de Acupunctura

Com base na avaliação da Incapacidade na lombalgia dividimos os sujeitos da nossa amostra em dois grupos (baixa e alta) de acordo com o ponto de corte (11) (Roland, 1995). A Incapacidade Baixa é caracterizada por uma incapacidade em que os pacientes podem experimentar mais dor e problemas ao sentar-se, levantar pesos e estar de pé. Além disso, os doentes têm dificuldade em viajar e participar em actos sociais. Os cuidados pessoais, dormir e actividade sexual não estão muito afectados e o tratamento conservador pode ser suficiente. No grupo com Incapacidade alta, a dor representa um problema para os pacientes com dificuldade significativa para realizar viagens, fazer os seus cuidados pessoais, fazer a vida social, actividade sexual e dormir e a dor de costas tem um impacto em todos os aspectos da vida diária e mesmo laboral.

Partindo destes resultados, procedeu-se a uma análise discriminante, de cada situação (Incapacidade Baixa; Incapacidade alta), a fim de descobrir quais as variáveis psicológicas que distinguem os doentes nos dois grupos.

Estatisticamente, a análise discriminante envolve a derivação de uma combinação linear de duas ou mais variáveis independentes que melhor discriminam os grupos definidos à partida. Para cada situação foi estimada, pelo método Stepwise, uma função discriminante estatisticamente significativa na discriminação dos dois grupos.

Quadro 59 - Variáveis Psicossociais que discriminam os Doentes com Incapacidade Baixa/Alta no grupo de Acupunctura

Variáveis	Incapacidade Baixa		Incapacidade Alta		Wilks` Lambda	F	Sig.
	Média	Dp	Média	Dp			
IPQR – Consequências Doença	18.66	4.492	24.11	4.547	0.952	4.423	0.038
MOS 20 - Qualidade de Vida Total	50.09	9.603	42.11	10.420	0.898	9.993	0.002

O Quadro 59 apresenta, para o grupo de Acupunctura, as variáveis que mais discriminam os grupos. Os níveis de significância obtidos permitem distinguir os doentes com incapacidade Baixa daqueles com Incapacidade alta.

O Quadro 60 mostra como a função encontrada discrimina a incapacidade Funcional. Os valores mais reduzidos (negativos: média = -0.839) da função correspondem a doentes com incapacidade funcional Alta e valores superiores (positivos: média = 0.224) da função correspondem a doentes com incapacidade funcional Baixa. Daqui se percebe que o valor da função está inversamente correlacionado com a Incapacidade Funcional dos doentes: valores mais altos da função discriminante representam menos Incapacidade Funcional.

Quadro 60 - Resultados da Discriminação da Função

Incapacidade Funcional	Função
Baixa	0.224
Alta	-0.839

A leitura do Quadro 61 permite ver a contribuição de cada variável para a discriminação dos grupos, em que as variáveis mais importantes são as que apresentam os maiores coeficientes em valor absoluto. A variável que assume maior importância é Qualidade de Vida (0.768).

Valores de correlação mais elevados positivos estão mais directamente relacionados com menor Incapacidade Funcional e os valores mais elevados negativos estão mais directamente relacionados com a maior Incapacidade Funcional, ou seja: no grupo de Acupunctura os doentes com melhor Qualidade de Vida Total (0.768), e que

percepcionam menos Consequências da sua doença (-0.364), são aqueles que registam menor Incapacidade Funcional.

Quadro 61 - Estrutura Matricial da Análise Discriminativa

Variáveis	Função
MOS-20- Qualidade de Vida Total	0.768
IPQR- Consequências	-0.364

A conclusão da análise pelo método stepwise, permitiu a obtenção de uma variável canónica ou função discriminante com os resultados de significância (Wilk's Lambda de 0.839; $Q_i^2=15.318$; $p<0.001$), (Quadro 62) que permitem concluir que o poder discriminatório da função é significativo e os dois grupos são significativamente diferentes com base nas variáveis.

Quadro 62 - Resultados do Teste da Função Discriminante

Teste de Função	Correlação Canónica	Wilk's Lambda	Q_i^2	p
1	0.402	0,839	15.318	0.000

Através dos resultados da matriz de classificação pode-se avaliar a taxa de classificação dos casos ou acordo de classificação (Quadro 63).

Quadro 63 - Matriz de Classificação da Função para a Incapacidade Funcional

		Baixa	Alta	Total
Discriminante	Baixa	54	17	71
	Alta	6	13	19
	Total	60	30	90

Acordo: $54 + 13 / 90 = 0.74 = 74\%$ dos casos são correctamente classificados.

Em suma, embora as variáveis Qualidade de Vida e Consequências, discriminem os dois grupos, temos apenas 74% dos casos correctamente classificados, uma correlação canónica de 0.402 e uma proporção de variância não explicada de 0.839.

Discriminação dos Doentes que apresentam Incapacidade Funcional Baixa dos que apresentam Incapacidade Funcional Alta no grupo de Fisioterapia

Tal como para a hipótese anterior, procedeu-se a uma análise discriminante, da cada situação (Incapacidade Baixa; Incapacidade alta), a fim de descobrir quais as características que distinguem os indivíduos dos dois grupos.

Quadro 64 - Variáveis Psicossociais que discriminam os indivíduos com Incapacidade Funcional Baixa/Alta no grupo de Fisioterapia

Variáveis	Incapacidade Baixa		Incapacidade Alta		Wilks` Lambda	F	Sig.
	Média	DP	Média	DP			
IPQR – Representação Emocional	18.85	4.719	21.50	4.810	0.928	8.591	0.004
MOS 20 - Qualidade de Vida Total	45.93	8.885	38.31	9.245	0.849	19.765	0.000
HADS - Depressão	6.13	3.748	8.35	3.425	0.914	10.444	0.002
HADS -Ansiedade	8.28	3.684	10.16	3.815	0.941	7.019	0.009
MLD - Estratégias de alívio Activo da Dor	14.45	4.101	16.41	4.327	0.949	6.024	0.016
MLD -Estratégias de Transformação da Dor	13.48	4.130	15.30	5.202	0.963	4.292	0.041

Estatisticamente, a análise discriminante envolve a derivação de uma combinação linear de duas ou mais variáveis independentes que melhor discriminam entre grupos definidos à partida. Para cada situação foi estimada, pelo método Stepwise, uma função discriminante estatisticamente significativa na discriminação dos dois grupos.

O Quadro 64 apresenta o conjunto das variáveis que discriminam os grupos. Os níveis de significância obtidos permitem distinguir os doentes com incapacidade Baixa daqueles com Incapacidade alta.

O Quadro 65 mostra como a função encontrada discrimina a incapacidade Funcional. Os valores mais reduzidos (negativos: média = -.718) da função correspondem a doentes com incapacidade funcional Alta e valores superiores

(positivos: média = 0.550) da função correspondem a doentes com incapacidade funcional Baixa. Daqui se percebe que o valor da função está inversamente correlacionado com a Incapacidade Funcional dos doentes: valores mais altos da função discriminante representam menos Incapacidade Funcional.

Quadro 65 - Resultados da Discriminação da Função

Incapacidade Funcional	Função
Baixa	0.550
Alta	-.718

A leitura do Quadro 66 permite ver a contribuição de cada variável para a discriminação dos grupos, em que as variáveis mais importantes são as que apresentam os maiores coeficientes em valor absoluto. A variável que assume maior importância é Qualidade de Vida (0.666).

Valores (correlação) mais elevados positivos estão directamente relacionados com menor Incapacidade Funcional e os valores mais elevados negativos estão directamente relacionados com maior Incapacidade Funcional, ou seja: doentes com Representações mais negativas (-.362) mais depressão (-.292), mais ansiedade (-.304), mais estratégias de alívio activo (-.367) e transformação da dor (-.276) e menos Qualidade de Vida (0.666) são aqueles que registam maior Incapacidade Funcional.

Quadro 66 - Estrutura Matricial da Análise Discriminativa

Variáveis	Função
IPQR – Representação Emocional	-.362
MOS 20 - Qualidade de Vida Total	.666
HADS- Depressão	-.292
HADS- Ansiedade	-.304
MLD- Estratégias de alívio Activo da Dor	-.367
MLD- Estratégias de Transformação da Dor	-.276

A conclusão da análise pelo método stepwise, permitiu a obtenção de uma variável canónica ou função discriminante com os resultados de significância (Wilk's Lambda

de 0.713; $Q_i^2=36.819$; $p<0.001$), (Quadro 67) que permitem concluir que o poder discriminatório da função é significativo e os dois grupos são significativamente diferentes com base nas variáveis.

Quadro 67 - Resultados do Teste da Função Discriminante

Teste de Função	Correlação Canónica	Wilk's Lambda	Q_i^2	p
1	0.535	0.713	36.819	0.000

Através dos resultados da matriz de classificação pode-se avaliar a taxa de classificação dos casos ou acordo de classificação (Quadro 68).

Quadro 68 - Matriz de Classificação da Função para a Incapacidade Funcional

		Baixa	Alta	Total
Discriminante	Baixa	50	14	64
	Alta	13	36	49
	Total	63	50	113

Acordo: $50 + 36 / 113 = 0.7610 = 76\%$ dos casos são correctamente classificados.

Em suma, embora as variáveis Representação Emocional, Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão e Estratégias de Alívio Activo da dor e de Transformação da Dor discriminem os dois grupos, temos 76% dos casos correctamente classificados, uma correlação canónica de 0.535 e uma proporção de variância não explicada de 0.713.

7. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Para além das hipóteses anteriormente apresentadas, procedemos à avaliação das relações entre as características sócio demográficas e clínicas da amostra e as variáveis psicossociais.

De seguida são apresentados apenas os resultados significativos encontrados ($p \leq .05$), sendo destacados a “negrito” aqueles que mais se diferenciam. No caso de análises multivariadas, foram destacados a negrito os grupos em função dos resultados obtidos no teste post hoc de Scheffé.

7.1. Variáveis Psicossociais e Género

A análise dos testes efectuados para comparar os grupos, (Mann-Whitney) permite verificar que no Grupo de Acupunctura (GA) existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Identidade da Doença, Estratégias de Transformação e de Alívio da Dor (Quadro 69). Assim, no grupo de Acupunctura, o sexo Feminino apresenta maior Identidade da Doença e mais Estratégias de Transformação e de Alívio Activo da Dor.

Quadro 69 - Resultados significativos do Teste Mann-Whitney, nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função do Género, no grupo de Acupunctura

Variáveis	Género F=65/ M=25	Média das ordens	Teste Mann-Whitney Z	p
IPQR Identidade	Feminino	49.43	-2.339	0.019
	Masculino	35.28		
MLD Estratégias de Transformação da Dor	Feminino	51.02	-3.241	0.001
	Masculino	1.14		
MLD Estratégias de Alívio Activo	Feminino	49.68	-2.458	0.014
	Masculino	34.62		

No grupo de Fisioterapia (Quadro 70) verificam-se diferenças estatisticamente significativa ao nível da Identidade da Doença, Duração da Doença (Aguda/Crónica), Consequências da Doença, Coerência da Doença, Representação Emocional e

Estratégias de alívio Activo. O sexo Feminino apresenta maior Identidade da Doença, maior Coerência da Doença, Representação Emocional mais Negativa da Doença e menos Estratégias de alívio Activo da Dor, quando comparado com o sexo masculino.

Quadro 70 - Resultados significativos do T Teste nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função do Género, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Género	Média	Teste t de Student	
	F=48/ M=65		t	p
IPQR Identidade	Feminino	7.17	4.007	< 0.001
	Masculino	5.08		
IPQR Duração Aguda/Crónica	Feminino	23.55	2.223	0.028
	Masculino	21.49		
IPQR Consequências	Feminino	21.15	1.692	0.044
	Masculino	19.69		
IPQR Coerência da Doença	Feminino	13.69	3.416	0.001
	Masculino	11.63		
IPQR Representação Emocional	Feminino	21.16	2.192	0.030
	Masculino	19.14		
MLD Estratégias de alívio Activo	Feminino	14.26	-2.242	0.027
	Masculino	16.06		

7.2. Variáveis Psicossociais e Idade

A idade foi dividida em três categorias: a primeira, até aos 40 anos; a segunda, dos 41 aos 65 anos e a terceira, mais de 65 anos.

Ao nível da idade, quando comparados os grupos, Fisioterapia versus Acupunctura (Quadro 71), a análise dos testes efectuados (Kruskal-Wallis) permite verificar que no grupo de acupunctura existem diferenças estatisticamente significativa ao nível da Identidade da Doença e Causas da Doença (Quadro 71). Neste grupo, a maioria dos doentes tem idade compreendida entre os 41 e os 65 anos (n= 54). No entanto, os doentes com mais de 65 anos são os que apresentam maior Identidade da Doença e maior Identificação de Causas da doença. Por sua vez, os pacientes mais novos são os que identificam menos causas da doença.

Quadro 71 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em Função da Idade, no Grupo de Acupuntura

Variáveis	Posição Média			Qi ²	p
	<40 anos N=14	41-65 anos N=54	> 65 anos N=22		
IPQR Identidade	53.75	39.72	54.43	6.825	0.033
IPQR Causas	29.32	47.62	50.59	6.568	0.037

No grupo de Fisioterapia (Quadro 72) verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da Duração aguda/crónica, Controlo de Tratamento, Representação Emocional, Depressão e Estratégias de Alívio Activo e Qualidade de Vida Total. No GF, a maioria dos doentes apresenta uma idade compreendida entre 41 e 65 anos (n= 68) e são estes doentes, os que apresentam Percepção mais crónica da Doença, Representação mais Negativa da Doença. Os doentes com menos de 40 anos são os que apresentam maior Controlo de Tratamento, mais Estratégias de alívio Activo da Dor e mais Qualidade de Vida. Verifica-se ainda que os doentes com mais de 65 anos são os que apresentam mais Depressão.

Quadro 72 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença e Modos de Lidar com a Dor, em função da Idade, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição Média			Qi ²	P
	<40 anos N=34	41-65 anos N=68	> 65 anos N=11		
IPQR Duração Aguda/Crónica	44.99	64.15	49.91	8.366	0.015
IPQR Controlo de Tratamento	68.96	52.88	45.50	7.037	0.030
IPQR Representação Emocional	45.38	63.75	51.18	7.544	0.023
HADS Depressão	46.32	58.81	78.82	8.753	0.013
MLD Estratégias de alívio Activo	63.78	57.37	33.37	7.029	0.030
MOS 20 Qualidade de Vida Total	67.12	54.79	39.41	6.732	0.035

7.3. Variáveis Psicossociais e Estado Civil

Na comparação entre os dois grupos, a análise dos testes efectuados (Kruskal-Wallis), permite verificar que no GA não existe qualquer diferença significativa nas Variáveis Psicossociais em função do Estado Civil. No entanto, no GF existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Controlo de Tratamento e Representação Emocional da Doença. Assim, no grupo de Fisioterapia os solteiros são os que apresentam maior Controlo de Tratamento em oposição aos viúvos, estes com pior controlo de tratamento. Os solteiros têm Representações menos Negativas da Doença enquanto os Divorciados têm uma Representação mais negativa da Doença (Quadro 73).

Quadro 73 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis no Controlo de Tratamento e Representação Emocional, em função do Estado Civil, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição Média				Qi ²	p
	Solteiro N=13	Casado/ União de Facto- N=90	Viúvo N=7	Divorciado N=3		
IPQR Controlo de Tratamento	71.62	57.69	28.36	39.67	8.918	0.030
IPQR Representação Emocional	28.58	60.03	64.07	72.83	11.635	0.009

7.4. Variáveis Psicossociais e Habilitações Literárias

As seis categorias relativas às Habilitações Literárias dos doentes, foram reunidas em três categorias: Ensino Primário incompleto ou completo; Ensino Secundário ou equivalente completo e Ensino Superior completo (Quadro 74).

No Quadro 74 é possível verificar que no GA, a maioria dos doentes tem o Ensino Primário (n= 38), seguindo-se o Ensino Superior (n=29). O teste utilizado para diferenciar os grupos, Teste Kruskal-Wallis, permite verificar que, no grupo de acupunctura, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das representações de Doença e Satisfação como os Cuidados Recebidos em função das Habilitações Literárias.

Quadro 74 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, Satisfação com os Cuidados, em função das Habilitações Literárias, no Grupo de Acupuntura

Variáveis	Posição Média			Qi ²	p
	E. Primário N=38	E. Secundário N=23	E. Superior N=29		
IPQR					
Consequências	53.61	38.36	35.83	9.487	0.009
IPQR					
Controlo de Tratamento	37.61	38.81	55.91	9.934	0.007
IPQR					
Coerência da Doença	52.64	40.67	35.40	8.120	0.017
IPQR					
Representação Emocional	54.68	40.21	33.12	12.521	0.002
IPQR					
Causas	56.32	37.21	33.19	15.654	0.000
QUASU					
Qualidade Técnica	35.18	51.19	50.05	8.272	0.016

Assim, no GA os doentes com menos Habilitações Literárias (Ensino Primário) são os que apresentam uma percepção mais negativa ao nível das Consequências da doença, menor Controlo do Tratamento, Compreensão mais Pobre da Doença, Representação mais negativa da Doença e menor Satisfação com a Qualidade Técnica. Os doentes com maiores Habilitações Literárias (Ensino Superior) são os que apresentam maior Controlo de Tratamento e, finalmente, os que possuem o Ensino Secundário são os mais Satisfeitos com a Qualidade Técnica dos serviços recebidos.

No (Quadro 75) verifica-se que no grupo de Fisioterapia a maioria dos doentes tem o Ensino Primário (n = 93). Os doentes com o ensino primário são os que têm uma Representação mais negativa da Doença e maior Identificação das Causas da Doença. Os doentes com o Ensino Secundário são os que têm maior Controlo de Tratamento e os que têm o Ensino Superior são os que apresentam menor Identificação das causas da Doença mas devemos ressaltar que este último grupo só é composto por 4 sujeitos.

Quadro 75 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função das Habilitações Literárias, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição Média			Qi ²	p
	E. Primário N=93	E. Secundário N=16	E. Superior N=4		
IPQR					
Controlo de Tratamento	53.11	75.00	58.88	6.330	0.042
IPQR					
Representação Emocional	59.84	44.97	25.75	6.611	0.037
IPQR					
Causas	58.95	52.13	17.75	6.519	0.038

7.5. Variáveis Psicossociais e Frequência da Dor

As quatro categorias relativas à Frequência da Dor dos doentes, foram reunidas em três categorias: Uma a duas vezes por dia; mais de duas vezes por dia e constantemente

Ao analisarmos o comportamento de cada grupo em função da Frequência da Dor verificamos que no grupo de Acupuntura, não existe nenhuma variável estatisticamente significativa, e no Grupo de Fisioterapia apenas a Identidade, as Consequências e a Qualidade Técnica, são estatisticamente significativas. No grupo de Fisioterapia (Quadro 76), a maioria dos doentes refere sentir dor constantemente, (n=75) e são estes doentes, os que apresentam maior Identidade da Doença e Percepção mais negativa das Consequências da Doença. Os doentes que referem sentirem dor, uma a duas vezes por dia, são os mais Satisfeitos com a Qualidade Técnica dos serviços recebidos.

Quadro 76 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Variáveis Psicossociais, em função da Frequência da Dor, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição Média			Qi ²	p
	Uma a duas vezes dia N=8	Mais de duas vezes por dia N=30	Constantemente N=75		
IPQR Identidade	34.13	50.43	61.38	6.605	0.037
IPQR Consequências	32.88	45.25	63.81	11.443	0.003
QUASU Qualidade Técnica	75.06	45.47	58.97	6.866	0.032

7.6. Variáveis Psicossociais e Intensidade da Dor

As quatro categorias relativas à Intensidade da Dor foram reunidas em duas categorias: Leve/Moderada e Forte/Muito forte.

Ao analisarmos o comportamento dos dois grupos verificamos que no Grupo da Acupuntura (Quadro 77) existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Qualidade de Vida nas dimensões Funcionamento Físico, Dores e Qualidade de Vida Total, em função da Intensidade da Dor. Segundo o quadro 77, constata-se que no grupo de Acupuntura, os doentes que referem sentir dor Forte/Muito Forte são os que

apresentam pior Qualidade de Vida, ao nível do Funcionamento Físico e da Qualidade de Vida Total. Por sua vez, os doentes que referem dor Leve/Moderada são os que reportam, como seria de esperar, menos Dores nesta sub-escala da Qualidade de Vida.

Quadro 77 - Resultados significativos da Manova na Qualidade de Vida, em função da Intensidade da Dor, no Grupo da Acupuntura

Variáveis		Média	D.P	F	sig
QV	Leve/Moderada; N=40	12.98	3.712		0.016
Funcionamento Físico	Forte/Muito Forte; N=50	11.11	3.469	6.050	
QV	Leve/Moderada; N=40	2.82	0.620		0.038
Dores	Forte/Muito Forte; N=50	3.23	1.082	4.433	
QV	Leve/Moderada; N=40	51.43	10.562		0.012
Qualidade Vida Total	Forte/Muito Forte; N=50	45.99	9.427	6.657	

No Grupo de Fisioterapia (Quadro 78) verificam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da Duração (aguda/crónica), Consequências, Representação Emocional da Doença e satisfação com as Despesas. Assim, no GF os doentes com dor Forte/Muito Forte apresentam uma Percepção mais Crónica da Doença, Representação mais negativa da Doença e das suas Consequências e estão menos Satisfeitos com as Despesas relacionadas com o tratamento.

Quadro 78 - Resultados significativos da Manova nas Representações de Doença, em função da Intensidade da Dor, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis		Média	D.P	F	sig
IPQR	Leve/Moderada; N=43	20.39	5.398		0.001
Duração (aguda/crónica)	Forte/Muito Forte; N=70	23.58	4.298	12.061	
IPQR	Leve/Moderada; N=43	18.53	4.865		0.001
Consequenciais	Forte/Muito Forte; N=70	21.41	4.057	11.448	
IPQR	Leve/Moderada; N=43	18.25	4.791		0.012
Representação Emocional	Forte/Muito Forte; N=70	20.90	4.805	6.580	
QUASU	Leve/Moderada; N=43	9.50	1.777		0.004
Despesas	Forte/Muito Forte; N=70	8.42	1.967	8.535	

7.7. Variáveis Psicossociais e Número de Consultas Médicas

A análise dos testes efectuados (Manova), permite verificar que no grupo de Acupunctura não existe nenhuma diferença estatisticamente significativa em função da procura de Consultas Médicas, nos últimos seis meses enquanto no Grupo de Fisioterapia, se verifica uma diferença estatisticamente significativa ao nível das Representações de Doença em função da procura de Consultas Médicas (Quadro 79).

Assim, no grupo de Fisioterapia, a maioria dos doentes, nos últimos seis meses, procurou o médico devido à sua lombalgia, uma a duas vezes. Os doentes que procuraram o médico mais de quatro vezes são os que apresentam uma Identidade mais forte da Doença, Percepção mais Crónica da Doença, Percepção mais Negativa da Doença e das suas Consequências. Estes doentes são ainda os que apresentam uma Compreensão mais Pobre e maior Identificação das Causas da Doença.

Quadro 79 - Resultados significativos da Manova nas Representações de Doença, em função das Consultas Médicas, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Média			F	p
	Uma a duas vezes N=43	Três a quatro vezes N=33	Mais de quatro vezes N=37		
IPQR Identidade	4.95	5.91	7.22	6.537	0.002
IPQR Duração Aguda/Crónica	20.51	23.36	23.55	4.980	0.009
IPQR Consequências	19.05	20.25	21.95	4.119	0.019
IPQR Coerência da Doença	11.56	12.80	13.47	3.699	0.028
IPQR Representação Emocional	17.90	19.66	22.64	10.684	0.000
IPQR Causas	44.43	49.21	49.23	3.469	0.035

Após aplicado o teste de Scheffé, verificamos que o grupo que nos últimos seis meses, procurou o médico, uma a duas vezes e o que procurou o médico mais de quatro vezes se diferenciam ao nível das variáveis duração da doença, consequências da doenças e coerência da doença em relação ao outro grupo.

Verifica-se ainda que o grupo que procurou o médico uma a duas vezes, diferencia-se dos outros dois grupos ao nível da identificação das causas da doença. Finalmente, o grupo que procurou o médico mais de quatro vezes diferencia-se dos outros dois ao nível da identidade da doença.

7.8. Variáveis Psicossociais e Duração da Toma da Medicação

As quatro categorias iniciais da variável “há quanto tempo toma medicação para a sua lombalgia” foram reunidas em três categorias: De um a três meses; de três meses a um ano e mais de um ano.

O Quadro 80 permite verificar que no grupo de Acupunctura, a maioria dos doentes toma medicação há mais de um ano e são estes doentes (que tomam medicação há mais de um ano) os que apresentam maior Identidade da Doença. Verifica-se ainda que os doentes que tomam medicação há menos tempo (de um a três meses) são os que apresentam maior Controlo do Tratamento e estão mais Satisfeitos com os Cuidados Recebidos, nomeadamente ao nível das Despesas e da Qualidade Técnica.

Quadro 80 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis, nas Representações de Doença e Satisfação com os Cuidados, em função da duração da Toma da Medicação, no Grupo de Acupunctura

Variáveis	Posição média			Qi ²	p
	De um a três meses N=23	De três meses a um ano N=25	Mais de um ano N=42		
IPQR					
Identidade	19.71	25.86	32.58	6.063	0.048
IPQR					
Controlo de Tratamento	37.58	30.91	23.27	8.619	0.013
QUASU					
Despesas	34.17	18.41	29.80	6.339	0.042
QUASU					
Qualidade Técnica	41.83	23.00	25.48	10.812	0.004

No grupo de Fisioterapia (Quadro 81) a maioria dos doentes toma medicação há menos de três meses e os doentes que tomam medicação há mais tempo (há mais de um ano) são os que apresentam maior Identidade da Doença, Percepção mais Crónica da Doença e percepção mais Negativa da Doença bem como das suas Consequências.

Quadro 81 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função da duração da Toma da Medicação no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição média			Qi ²	p
	De um a três meses N=47	De três meses a um ano N=20	Mais de um ano N=46		
IPQR Identidade	31.22	51.15	53.36	15.970	0.000
IPQR Duração (aguda/crónica)	33.93	42.73	53.61	11.400	0.003
IPQR Consequências	32.26	43.54	54.01	12.686	0.002
IPQR Coerência da Doença	36.54	49.08	49.67	6.668	0.036
IPQR Representação Emocional	32.26	48.08	52.38	11.268	0.004

7.9. Variáveis Psicossociais e Saúde Actual

Das quatro categorias iniciais da variável “como considera a sua saúde actual foram reunidas em três categorias: Excelente/Boa, Normal e Pobre.

No Quadro 82, podemos verificar que no grupo de Acupunctura a maioria dos doentes considera a sua Saúde como Normal. Os doentes que consideram que a sua Saúde é Pobre são os que apresentam uma Identidade mais forte da Doença, Percepção mais Negativa da Doença e das suas Consequências, menor Controlo de Tratamento, Compreensão mais Pobre da Doença e maior Identificação das Causas da Doença.

Quadro 82 - Resultados significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença, em função da Saúde Actual, no Grupo de Acupunctura

Variáveis	Posição média			Qi ²	p
	Excelente/Boa N=15	Normal N=45	Pobre N=30		
IPQR Identidade	25.27	41.56	57.25	15.926	0.000
IPQR Consequências	19.77	43.31	57.00	19.563	0.000
IPQR Controlo de Tratamento	62.92	47.50	32.02	14.861	0.001
IPQR Coerência da Doença	23.81	41.91	57.35	16.720	0.000
IPQR Representação Emocional	21.42	43.37	56.20	17.073	0.000
IPQR Causas	20.81	43.30	56.57	17.995	0.000

Verificamos ainda, que no grupo de acupunctura, os doentes que percebem a sua saúde como Excelente/Boa, são os que apresentam maior controlo de tratamento.

No grupo da Fisioterapia, (Quadro 83), a maioria dos doentes considera que o seu estado de saúde é Normal (n=52), ou pobre (N=51). Verifica-se que no grupo de Fisioterapia os doentes que consideram que a sua Saúde é Pobre são os que apresentam uma Identidade mais forte da Doença, percepção mais Crónica da Doença, pior Controlo de Tratamento, Compreensão mais pobre da Doença, Representação da Doença mais negativa e maior Identificação das Causas da Doença. Verifica-se ainda que no grupo de fisioterapia, os doentes que percebem a sua saúde como Excelente/Boa são os que apresentam maior Controlo de Tratamento.

Quadro 83 - Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis nas Representações de Doença em função da Saúde Actual, no Grupo de Fisioterapia

Variáveis	Posição média			Qi ²	p
	Excelente/Boa N=10	Normal N=52	Pobre N=51		
IPQR					
Identidade	25.75	50.93	69.12	17.531	0.000
IPQR					
Duração (aguda/crónica)	28.55	54.75	64.87	10.777	0.005
IPQR					
Consequências	20.00	51.27	70.10	22.605	0.000
IPQR					
Controlo de Tratamento	85.05	54.63	53.92	8.146	0.017
IPQR					
Coerência da Doença	35.15	49.36	69.08	14.368	0.001
IPQR					
Representação Emocional	28.65	46.59	73.18	25.294	0.000
IPQR					
Causas	37.35	52.33	65.63	8.210	0.016

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos ao nível da caracterização da amostra, hipóteses principais e análises exploratórias.

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objectivo deste estudo é descrever as relações entre determinadas variáveis psicológicas (individuais e familiares) em doentes com lombalgia crónica e, dessa forma, contribuir para a promoção de intervenções mais eficazes a nível psicológico, numa perspectiva verdadeiramente interdisciplinar. O estudo pretendeu ainda dar resposta a cinco questões específicas: avaliar os dois grupos de doentes ao nível das variáveis psicológicas; averiguar se a variável tipo de família era moderadora da relação entre incapacidade funcional e a qualidade de vida; avaliar a contribuição das diferentes variáveis psicológicas para a qualidade de vida e para a incapacidade funcional em cada um dos grupos; averiguar se a variável morbilidade psicológica era mediadora entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida e, por fim, averiguar se os doentes com diferentes níveis de incapacidade funcional se discriminavam nas variáveis psicológicas, em cada um dos grupos.

No capítulo anterior apresentámos de forma sistematizada, os resultados do estudo divididos em termos da caracterização da amostra, resultados dos testes das hipóteses e das análises exploratórias. Neste capítulo, apresentamos a discussão dos resultados dos testes de hipóteses e das análises exploratórias, procurando relacionar os resultados obtidos com o enquadramento teórico que lhes serviu de referência.

8.1. Variáveis Sócio -Demográficas

Verificámos que os pacientes em tratamento de acupunctura, possuem uma média de idade de 55.27 anos, na sua maioria mulheres (72.2%), casados ou em união de facto (75.5%), com habilitações académicas universitárias (33.3%), empregados no sector terciário (49%) e no activo (60%). Relativamente aos pacientes em tratamento de Fisioterapia, a média de idade é ligeiramente inferior, 48.75 anos, predominantemente do sexo masculino (57.5%), com baixo nível de escolaridade (52.2%), a trabalhar no sector secundário – indústria (67.3%) e 40.7% dos pacientes deste grupo encontram-se de baixa médica.

Verifica-se uma predominância do sexo feminino no grupo de acupunctura, enquanto no grupo de fisioterapia predomina o sexo masculino (58%). No entanto,

tendo em conta os dois grupos de doentes o sexo feminino é predominante. Segundo a literatura, Marras (2000); Freire (2000); Serpa e Cruz (2005) mostram que a lombalgia surge com maior frequência no sexo feminino. Estes autores concluíram que a lombalgia surge com maior prevalência em mulheres com idade compreendida entre os 50 e os 60 anos. Walsh (2004); Woolf & Pflieger, (2003); Birrell e colaboradores (2003) também demonstraram que as disfunções músculo-esqueléticas predominam no sexo feminino sendo estas uma das causas mais comuns da lombalgia. Fillingim (2003) refere que as mulheres possuem maior risco e maior severidade em muitas condições clínicas de dor, baixa tolerância à dor e relatos de maior intensidade de dor que os homens. Segundo o mesmo, o género feminino apresenta algumas características anatomo-funcionais (menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico pesado, (maior peso de gordura) que podem contribuir para o aparecimento das dores lombares.

Silva e colaboradores (2004) e Siyam e colaboradores (2004) ao estudarem pacientes com lombalgia, encontraram uma prevalência de lombalgia e de incapacidade mais alta em mulheres do que em homens. Tal como no nosso estudo, Brasil e colaboradores (2008) ao estudarem doentes com dor crónica a fazerem acupunctura, verificaram que 77% dos indivíduos eram do sexo feminino. Por outro lado, Ponte (2005) em doentes com lombalgia, em tratamento de fisioterapia, verificou que 52% dos pacientes eram do sexo masculino.

Na amostra total, a média de idades situa-se entre 48-51 anos. Esta média, é superior à encontrada noutros estudos levados a cabo em Portugal como o de Cerpa e Cruz (2005) num estudo realizado no sul do país, com doentes de lombalgia, tendo encontrado uma média de idades de 43,6 anos. A média de idade dos pacientes que se encontram a fazer acupunctura (55.27 com Dp de 13.66) aproxima-se da média encontrada por Brasil et al., (2008) em doentes com dor crónica a fazerem acupunctura (55.2, Dp de 16.0). A média de idades dos pacientes em tratamento de Fisioterapia (48.75) é ligeiramente inferior à média encontrada por Ponte (2005) que encontrou uma média de 42,1 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, em ambos os grupos se verifica que a maioria das pessoas é casada ou vive em união de facto, o que contraria dados de outros estudos que indicam uma maior prevalência de lombalgia nos indivíduos solteiros (Hurrwitz & Morgenstern, 1997) ou viúvos/separados (Ponte, 2005) que na opinião dos autores se

deve ao facto de viverem sós. Também Bassols e colaboradores (2003) encontraram uma relação positiva entre lombalgia e viver só (Bassols et al., 2003).

O nosso estudo mostra que o grupo de Acupunctura apresenta um tempo médio de duração da doença de 89.99 meses, enquanto no grupo de Fisioterapia a duração da doença é de 53.17 meses. Estes resultados, independentemente do grupo, são muito elevados e denotam uma duração da doença longa. Estes resultados vão de encontro a outros estudos da literatura que justificam um prolongamento da condição de dor ao longo da vida, podendo este facto dever-se a processos degenerativos (Santos-Eggimann, 2000; Eggimann et al., 2000; Ponte, 2005) ou a processos relacionados com o envelhecimento natural (Carragee et al., 2005; Donna, et al., 2009).

Ao nível das Habilitações Literárias verificámos que o grupo de Acupunctura apresenta um nível mais elevado de escolaridade que o grupo de Fisioterapia. A literatura apresenta uma relação positiva entre a baixa escolaridade e a lombalgia sugerindo que este facto poderá estar associado a profissões que exigem grande esforço físico como levantar cargas pesadas, desenvolvidas habitualmente por pessoas com baixas habilitações literárias (Almeida et al., 2008; Hestback et al., 2006). Os resultados do grupo de acupunctura contrariam o descrito anteriormente. No entanto estes resultados poderão ser explicados pelo facto de os tratamentos de acupunctura não serem comparticipados pelos subsistemas de saúde o que os torna dispendiosos e, por isso, não acessíveis a todas as pessoas. Assim, apenas os doentes com recursos económicos podem optar por este tipo de tratamento. O facto de neste grupo a maioria das pessoas ter o curso superior e trabalhar no sector terciário explica, por um lado, as maiores habilitações encontradas neste grupo.

Relativamente à situação profissional, os doentes do grupo de Acupunctura encontram-se na sua maioria, a trabalhar (60%) enquanto no grupo de Fisioterapia apenas 23,9% está no activo. Estes resultados poderão ter a ver com o facto do tratamento de fisioterapia ser reconhecido e comparticipado pelo Estado, o que permite aos doentes estar de baixa médica para repouso e tratamento de fisioterapia o que não acontece no caso do tratamento de acupunctura.

No que diz respeito à Frequência e Intensidade da Dor, em ambos os grupos, os doentes sentem dor lombar de forma contínua e esta agrava-se com a actividade. A maior parte dos doentes considera a dor como uma “dor forte”, sendo que é no grupo que faz tratamento com Fisioterapia que esta atribuição tem valores superiores. Em

ambos os grupos, a noite é apontada como a altura do dia em que sentem mais dor (46.7% e 45.2%, no grupo de Acupunctura e Fisioterapia, respectivamente).

Estes resultados são confirmados por Bassols (2003) que relata que os doentes de lombalgia em tratamento de fisioterapia, classificaram a sua dor como uma dor contínua (9.3%), muito intensa ou insuportável (20.3%), intensa (31.1%), e moderada 34.3%. Outros autores encontraram, em doentes de lombalgia a fazer acupunctura, 11% dos doentes a referir “dor forte” (Carlsson et al., 2001) e (13.2%) a referir “dor intensa” (Falcão et al., 2006).

No grupo de Fisioterapia, a maior parte dos doentes (37.1%) devido à dor tem de parar as suas actividades mais de cinco vezes durante o dia e 8.9% não tem necessidade de suspender o que está a fazer. Pelo contrário no grupo de Acupunctura, 13.3% das pessoas têm necessidade de suspender o que estão a fazer mais de cinco vezes ao dia e 24.5% não necessita de suspender as suas actividades. Ainda neste grupo, os doentes referem dor com maior frequência, obrigando-os a suspender as suas actividades. Como a maioria dos pacientes exerce actividade profissional no sector secundário (indústria) que obriga a maiores esforços físicos, percebe-se a necessidade de suspender mais vezes as suas actividades devido à dor, podendo ser esta, uma das razões de neste grupo haver uma grande percentagem de pacientes que se encontram de baixa médica, enquanto, no grupo de acupunctura, a maioria exerce actividade no sector terciário que obriga a menores esforços físicos explicando a não necessidade de suspender tantas vezes as suas actividades, devido à dor.

Os resultados do nosso estudo, relativamente ao absentismo, podem ser explicados por Frank (1993) que considera a lombalgia como a principal causa de absentismo laboral. Também Lee e colaboradores (2001) concluíram, no seu estudo, que o tempo médio de ausência laboral, devido á lombalgia foi de 17 dias. A lombalgia é ainda responsável pela incapacidade para o exercício da vida diária que atinge elevada percentagem da população (Santos & Silva, 2003), sendo que muitos dos doentes retornam ao serviço apesar de continuarem a apresentar sintomatologia (Gurgueira & Alexandre, 2003).

Relativamente à procura de consultas médicas nos últimos seis meses, os doentes do grupo de Fisioterapia procuraram mais vezes o médico, recorreram mais ao serviço de urgência e tiveram mais internamentos. Estes dados podem ser explicados, mais uma

vez, pelo facto de que o tratamento em que se encontram ser considerado convencional e ser medicamente comportado.

No que se refere à toma da medicação, em ambos os grupos, a maioria dos doentes faz medicação para a dor lombar com predomínio dos anti-inflamatórios, seguidos de analgésicos, sendo que se verifica percentagens superiores no grupo de Fisioterapia. No entanto é no grupo de Acupunctura que se verifica um tempo de toma de medicação superior o que poderá ser explicado pelo facto de a medicação prescrita aos pacientes em acupunctura ser uma medicação analgésica e anti-inflamatória natural, (fitoterapia) que necessita de um tempo de toma superior à medicação farmacológica composta por químicos (Wang, 1999; Sionneau & Lu, 2005).

Ao nível do apoio social verificámos que os dois grupos são semelhantes nas percepções de apoio por parte dos outros, com destaque para o apoio do cônjuge /companheiro, seguido dos filhos, dos profissionais de saúde, família e amigos. Estes resultados reforçam o apoio dos outros, nomeadamente da família como uma maisvalia para lidar com a doença crónica (Rolland, 1984; Kiecolt- Glaser & Newton, 2001). Confirma-se assim que a família é uma importante fonte de apoio na doença crónica.

Quando procuramos saber qual a percepção do estado de saúde actual, no grupo de acupunctura, a maioria dos doentes (51,1%) referiu que a sua saúde é normal seguindo-se os que consideram que a sua saúde é pobre (34.1%), enquanto, no grupo de Fisioterapia, 46.0% considera a sua saúde como normal e 45.1% considera a sua saúde como “pobre”. Na literatura não encontramos referências às percepções sobre o estado de saúde em doentes com lombalgia, no entanto esta diferença poderá estar relacionada como o facto de 53% dos pacientes em Fisioterapia terem necessidade de interromper as suas actividades, devido à sua condição de dor e 61.9% dos pacientes referir a sua dor como uma dor “forte” ou “muito forte”

Todos os doentes da nossa amostra se submeteram anteriormente a outros tratamentos, com destaque para a medicação e a fisioterapia, em ambos os grupos. Estes resultados são compreensíveis pelo facto de a medicação e a fisioterapia serem os tratamentos iniciais mais habituais na lombalgia (Waddell, 1998; Hartigan et al., 2000; Van et al., 2000; Rittweger et al., 2001).

8.1. Hipóteses Principais

8.1.1. Hipótese 1

Os resultados obtidos neste estudo confirmam parcialmente a primeira hipótese que previa diferenças nos doentes dos dois grupos ao nível das Representações da Doença, Modos de Lidar com a Dor e Crenças acerca dos Fármacos (não esperando diferenças ao nível das variáveis Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida, Incapacidade Funcional, Adesão terapêutica e Tipo de Família).

Embora os doentes só tenham sido avaliados num momento, e não saibamos a que é que as diferenças encontradas são devidas, verificamos diferenças estatisticamente significativas ao nível da identidade da doença, controlo de tratamento, causas da doença e crenças acerca dos fármacos. Não encontramos diferenças ao nível do coping ou modos de lidar com a dor como previsto mas sim ao nível da incapacidade funcional. Não foram encontradas diferenças ao nível da ansiedade, depressão, qualidade de vida, adesão terapêutica e tipo de família.

Os doentes do grupo de acupunctura apresentam menor identidade da doença, maior percepção do controlo de tratamento, identificam mais causas da doença, e como seria de esperar, apresentam também uma crença mais forte na prescrição excessiva de fármacos por parte dos médicos e nos efeitos nocivos dos fármacos. Constata-se ainda que este grupo apresenta menor incapacidade funcional.

Por sua vez, os doentes do grupo de fisioterapia apresentam uma identidade da doença mais forte, menor controlo de tratamento, identificam menos causas da doença, tem menos crenças negativas acerca dos fármacos e apresentam maior incapacidade funcional.

Relativamente às representações de doença, os resultados obtidos revelam que os pacientes em tratamento por acupunctura têm percepções mais positivas da doença, (identidade, consequências, compreensão da doença), maior controlo da doença e atribuem mais causas à doença.

Uma vez que o grupo de acupunctura apresenta uma média de duração da doença, em meses, superior ao grupo de fisioterapia, é interessante notar que apesar disso apresente percepções de doença mais positivas. Contudo, dado tratar-se do grupo com

maiores habilitações, tal facto pode simplesmente significar que estes doentes possuem recursos que lhe permitam um maior conhecimento da doença bem como de diversificação de estratégias de coping. Por sua vez ao nível da fisioterapia, Foster e colaboradores (2008), num estudo com doentes de lombalgia, concluíram que pacientes que apresentavam expectativas de que o seu problema era crónico ou estava para durar muito tempo tinham a percepção de que a dor lhes trazia consequências sérias e convicções de um fraco controlo da lombalgia apresentando uma maior identidade da doença como no presente estudo. Estes autores referem ainda que estes doentes tinham mais probabilidade de, 6 meses após a consulta do seu médico, apresentar resultados clínicos mais pobres.

A diferença entre os grupos ao nível das crenças acerca dos fármacos é corroborada por Mardby e colaboradores (2007) que desenvolveram um estudo para avaliar a relação entre as crenças acerca dos fármacos e a adesão terapêutica e concluíram que os utilizadores de medicamentos naturais, bem como aqueles que não estavam a tomar fármacos, acreditavam mais que os médicos prescreviam medicamentos em excesso.

Os dois grupos de doentes não se diferenciam ao nível da morbilidade psicológica. O facto de não se verificarem diferenças entre os grupos ao nível da morbilidade psicológica poderá ser explicado pela associação forte que existe entre a dor crónica e a depressão (Craig, 1999; Sullivan & Turk, 2001; Cailliet, 2001) e entre a dor crónica e a ansiedade (Ostelo et al., 2003; Weiner et al., 2004; Bréder, 2006) independentemente do tratamento. De facto, a dor lombar resulta não só de uma estimulação nociceptiva, mas de uma combinação complexa, entre a experiência de dor e o estado emocional do doente que muitas vezes culmina em problemas psicológicos como a depressão (Seyed-Mahmoud et al., 2007) ou outros distúrbios emocionais como a ansiedade (Cailliet, 2001; Mok & Lee, 2008).

Ao nível da qualidade de vida total, também não se verificam diferenças entre os grupos. Como a qualidade de vida se refere essencialmente à perspectiva que o indivíduo tem do seu bem-estar (Noack, 1991) e a maioria dos doentes, independentemente do tipo de tratamento (fisioterapia, acupuntura), referem dor forte justifica os resultados semelhantes ao nível desta variável, nos dois grupos, tal como apontam outros estudos (Katon & Sullivan, 1990; Lamers et al., 2005; Wu et al., 2005; Mason et al., 2008).

Relativamente à incapacidade funcional, o grupo de fisioterapia apresenta mais incapacidade funcional embora possua a doença há menos tempo. Este resultado pode ser compreendido porque a maioria dos pacientes, neste grupo, se encontram de baixa médica e impossibilitado de trabalhar, o que poderá explicar a maior incapacidade funcional e também pode, em parte, explicar o motivo pelo qual, estes doentes possam ter optado por um tratamento convencional, medicamente comportado e aceite por toda a comunidade médica.

Não verificamos diferenças entre os grupos ao nível da variável tipo de família verificando-se em ambos os grupos um predomínio de famílias intermédias, seguido de equilibradas e uma percentagem reduzida de famílias extremas tal como Olson prevê no seu modelo (1986).

Ao nível da adesão terapêutica, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos e os valores dos dois grupos são muito próximos. Este facto significa que em ambos os grupos, os doentes aderiram aos tratamentos propostos i.e. toma de medicação química no caso de doentes em fisioterapia e medicação natural (fitoterapia) no caso dos doentes em acupuntura. Neste sentido, todos os pacientes parecem ter presente o benefícios da adesão terapêutica (Miller et al., 1992) no alívio dos sintomas (Conrad, 1985) e na diminuição do sofrimento associado à lombalgia (Ley, 1997). Um outro factor que poderá explicar a adesão aos medicamentos ou pelo menos contribuir para os resultados é a probabilidade de poder existir, em ambos os grupos, uma boa relação terapêutica entre o pacientes e o profissional de saúde. De facto, os pacientes que identificam a relação médico-paciente como uma relação de confiança tendem a aderir mais aos tratamentos (Lihara et al., 2004) embora no presente estudo a relação entre profissional de saúde-paciente não tenha sido avaliada.

8.1.2. Hipótese 2

A hipótese 2 previa que a variável tipo de família fosse moderadora entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida. Esta hipótese foi comprovada individualmente para cada um dos grupos e para a amostra total.

A doença crónica representa uma crise significativa para o doente e família. Geralmente, o doente e a família não estão preparados para as alterações físicas e para

as alterações entre os períodos de crise e de estabilidade e para a incerteza do futuro (McDaniel, et al., 1992). Assim, cada família tenta encontrar o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade (Enelow et al., 1999). A família engloba um conjunto de pessoas que se relacionam entre si (Rey & Alvear, 2000) e a doença crónica representa uma crise significativa (Cresson, 1995) acarretando mudanças ao nível da estrutura e do processo (Olson, 1995) com implicações na preocupação com a pessoa doente e na resolução de problemas de ordem prática (Viana et al., 2007).

Considerando as três categorias (extremas, intermédias e equilibradas), verificamos que o tipo de família exerce um efeito moderador na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida. Os resultados revelam que a Incapacidade Funcional prevê negativamente a qualidade de vida total quando o doente pertence a uma família intermédia ou equilibrada (o que não acontece nas Famílias Extremas).

O facto de os resultados desta investigação mostrarem que o tipo de família a que os doentes pertencem modera a relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida, embora esta relação seja mais forte quando os doentes pertencem a uma família equilibrada, poderá ter a ver com o facto de num sistema familiar equilibrado os indivíduos têm a oportunidade de ser autónomos e também íntimos em relação uns aos outros (Minuchin, 1983). Assim, o stressor "dor crónica" de um dos elementos e a sua incapacidade funcional pode ser sentida e vivenciada com grande intensidade por todos elementos da família, numa base de solidariedade e de afecto mútuo, reflectindo-se na qualidade de vida de todos os elementos.

De facto a família equilibrada é caracterizada pela proximidade emocional dos seus elementos, com respeito pela autonomia e identidade, bem como por fronteiras claras entre as gerações (Olson, 1993). Pelo contrário e nesta linha de pensamento, em famílias extremas com dificuldades na coesão e adaptabilidade, o impacto da doença neste caso de dor crónica num dos seus elementos, poderá não destabilizar muito mais a família, que já não era coesa ou flexível, ao nível da qualidade de vida.

A lombalgia crónica restringe a capacidade do indivíduo para desempenhar as suas actividades da vida diária e gera um efeito negativo no bem-estar individual. Por conseguinte, esta situação pode levar a uma maior necessidade de cuidados por parte dos outros, nomeadamente dos elementos da família (Lorig et al., 2001). Strunin e Boden (2004), num estudo em doentes com lombalgia crónica, verificaram alterações ao

nível das limitações físicas que impedia os pacientes de fazerem tarefas domésticas, levando os cônjuges a realizar e ocupar-se de actividades que até então não realizavam. Os cônjuges e, por vezes os filhos crianças, assumiam responsabilidades familiares anteriormente levadas a cabo pelo indivíduo que agora se confronta com a lombalgia. Os autores referem que, ao nível das consequências familiares, a lombalgia crónica provocava limitações na família e alteração dos papéis. Estas mudanças na família conduzem frequentemente à depressão e irritabilidade entre os pacientes, reflectindo-se na qualidade de vida, na incapacidade funcional e nas relações familiares (Strunin & Boden, 2004). Neste sentido compreende-se o papel moderador da família na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida.

Também Malheiro (2009) concluiu que a qualidade do ajustamento do casal moderava a relação entre a ansiedade e a qualidade de vida em doentes com fibromialgia. Por sua vez, Duarte (2008) encontrou a mesma relação em doentes com lúpus verificando que quando o ajustamento do casal era baixo, se verificava uma relação predictiva entre a depressão e o domínio físico da qualidade de vida. Todos estes estudos enfatizam o papel da família ao nível da qualidade de vida.

Se a família não conseguir dar resposta aos desafios impostos pela doença de um dos seus elementos e não se conseguir reorganizar com vista ao seu equilíbrio, terá dificuldades na adaptação às necessidades e exigências do desenvolvimento psicológico dos seus membros (Ferreiros, 2003). A influência de factores psicológicos, provocados pela doença de um elemento da família, vai interferir com a qualidade de vida, uma vez que esta não avalia apenas a presença da doença ou a perspectiva do seu tratamento mas a experiência do indivíduo ao nível das suas necessidades e do seu bem-estar efectivo. Se as alterações provocadas pela doença crónica não conseguem ser superadas pelo apoio e reorganização das funções da família, vai ser mais difícil para o indivíduo doente superar as implicações da doença crónica.

A Incapacidade Funcional provoca grande efeito no bem-estar individual, gerando maior necessidade de assistência quer formal quer informal ao nível dos cuidadores que muitas das vezes são os próprios familiares (Lamb, 1996) explicando a importância da família na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida. Quando a família é confrontada com novos problemas ou exigências, tenta manter o equilíbrio utilizando as capacidades e recursos que possuía (McCubbin & Patterson (1993). O tipo de família extrema tem mais dificuldade em manter o equilíbrio, utilizando os seus

recursos (capacidades de coping). Desta feita, o impacto da incapacidade funcional ao nível da qualidade de vida pode não ser sentido com tanta intensidade, como nas famílias equilibradas e intermédias, pois a família não tem capacidade de se reorganizar para lidar com a nova exigência da doença crónica ficando muitas vezes bloqueada e centrada na doença (Steinglass, 1998).

8.1.3. Hipótese 3

Os resultados obtidos permitem observar que se confirma parcialmente a terceira hipótese. Esta previa que as diferentes variáveis, representações de doença, crenças acerca dos fármacos, adesão terapêutica, satisfação com os cuidados recebidos, ansiedade, depressão e tipo de família contribuíssem de forma diferente para a qualidade de vida e para a incapacidade funcional, em cada um dos grupos.

Predictores da Qualidade de Vida

Relativamente às variáveis que se relacionam com a qualidade de vida no grupo de Acupunctura, verificamos que a qualidade de vida é tanto maior quanto maior for o controlo de tratamento, a satisfação com as despesas e a satisfação global com os cuidados recebidos. Verificamos ainda que a qualidade de vida é tanto menor quanto maior for a identidade da doença, duração da doença, coerência da doença, consequências da doença, representação emocional da doença, identificação das causas da doença, ansiedade, depressão e incapacidade funcional.

As variáveis que mais contribuem para a qualidade de vida são as habilitações literárias, explicando 14.5% da variância. Esta variável mantém o seu efeito predictivo ao longo de todo o modelo (bloco 1, 2 e 3) associando-se às variáveis depressão, ansiedade, incapacidade funcional e satisfação com as despesas (no bloco 2) e pertencer a famílias extremas (no bloco 3) explicando, o modelo final, 72.7% da variância total. Assim, dos pacientes que se encontram a fazer acupunctura, os doentes com pior qualidade de vida são os que têm menos habilitações literárias, mais ansiedade, mais depressão, mais incapacidade funcional, estão menos satisfeitos com as despesas e pertencem a famílias extremas.

No grupo da Fisioterapia, a qualidade de vida é tanto melhor quanto maior o controlo de tratamento e é tanto pior quanto maior a identidade, a duração, as consequências, a coerência, a representação emocional, e a identificação das causas da doença, a ansiedade, a depressão e a incapacidade funcional. Relativamente aos predictores da qualidade de vida, constatámos que no grupo de Fisioterapia as variáveis que mais contribuem para a qualidade de vida dos doentes são a depressão, ansiedade, incapacidade funcional e consequências da doença. Assim, no grupo da fisioterapia as pessoas com pior qualidade de vida são as que têm menos habilitações literárias, mais depressão, mais ansiedade, mais incapacidade funcional e maior percepção das consequências da doença.

No nosso estudo é evidente que em ambos os grupos a ansiedade e a depressão contribuem para diminuir a qualidade de vida. Estes resultados são confirmados por Coster e colaboradores (2008) que encontraram uma associação entre a ansiedade e uma qualidade de vida pobre. Também Moussavi e colaboradores (2007) referem que a depressão é co-mórbida com a doença crónica e que pode agravar as consequências desta. Mark e colaboradores (2000) concluíram que a qualidade de vida parece estar directamente relacionada com a ansiedade, a depressão e incapacidade funcional. Na dor crónica, a depressão prediz, a incapacidade, o tempo que o indivíduo está sem trabalhar e a utilização dos serviços de saúde (Smith et al., 2004; Boersma & Linton, 2005; Carragee et al., 2005; Sullivan et al., 2006) sendo que este poder predictivo pode depender da cronicidade da dor.

O efeito predictivo da depressão sobre a qualidade de vida já foi devidamente estudado na doença crónica, nomeadamente em doentes renais crónicos e doentes em hemodiálise (Barbosa, Júnior, & Bastos, 2007), com a depressão a apresentar-se como o maior predictor da qualidade de vida. Também no cancro colorrectal em que as variáveis ansiedade e a depressão exerceram um contributo significativo para a qualidade de vida (Figueiredo, 2007) e na esclerose múltipla onde se verificou uma relação negativa entre a depressão e a qualidade de vida (Sousa, 2005). Os nossos resultados a nível da lombalgia vêm assim confirmar estudos anteriores.

Hornig e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo com 232 doentes com lombalgia seguidos em clínicas de ambulatório e concluíram, entre outros factores, que o nível de educação era um predictor significativo da qualidade de vida.

Tal como no nosso estudo, vários autores encontraram uma relação entre as habilitações literárias e a qualidade de vida em que menos habilitações literárias predizem pior qualidade de vida (Berzon, 1998; Abyholm & Hjortahl, 1999; Bishop, 2005; Macedo & Rizzo, 2007). Horng e colaboradores (2005) referem ainda que nos doentes com lombalgia, mais do que a simples deficiência física provocada pela intensidade da dor, a qualidade de vida dependia da capacidade física e dos factores psicológicos, entre eles a morbilidade psicológica.

No grupo de Fisioterapia, a percepção das consequências da doença são um predictor da qualidade de vida. Para Sousa e Guerreiro (1996), a qualidade de vida deve ser entendida como a perspectiva do indivíduo que avalia, vê e sente a interferência da doença na sua vida pessoal, familiar e profissional. Esta perspectiva pode explicar os resultados do nosso estudo, quando encontramos a percepção das consequências da doença como um predictor da qualidade de vida. De facto, o paciente portador de lombalgia tem a percepção da sua doença através das suas crises e à medida que esta avança no tempo, a preocupação com estas pode voltar a surgir o que afecta claramente a sua qualidade de vida.

As representações de doença são baseadas na informação factual, experiência pessoal, crenças culturais. Os resultados do nosso estudo demonstram, nos dois grupos (fisioterapia e acupunctura) que a identidade, a duração da doença, a identificação das causas, as consequências e a representação emocional, contribuem de forma negativa para a qualidade de vida. Estes são confirmados por Lane e colaboradores (2005) que, num estudo em doentes com lombalgia, concluíram que os factores cognitivos eram predictores da qualidade de vida. Também Sousa (2005) desenvolveu um trabalho com doentes de esclerose múltipla e concluiu que os doentes com pior qualidade de vida identificaram mais sintomas associados à doença e uma percepção mais cíclica da doença.

Relativamente à satisfação com os cuidados, no grupo de acupunctura, existe uma relação entre a mesma ao nível das despesas e a qualidade de vida. Este resultado é corroborado por Castaldy e Rita (2008) que num estudo desenvolvido com pessoas fisicamente incapacitadas avaliaram a satisfação com os cuidados hospitalares e cuidados recebidos na comunidade encontraram uma relação significativa entre a qualidade de vida e a satisfação com os cuidados. Segundo os autores, os resultados do seu estudo apoiam a convicção de que aumentando a satisfação com os cuidados

recebidos aumenta a satisfação com a vida e a qualidade de vida. No nosso estudo, o facto de a satisfação com as despesas se correlacionar com a qualidade de vida, no grupo de Acupunctura, pode ser explicado porque neste grupo a maior parte dos doentes trabalha no sector terciário, o que normalmente se traduz em empregos melhor remunerados e, por isso, com mais disponibilidade económica ao nível da saúde e consequentemente também melhor qualidade de vida.

No grupo de acupunctura, pertencer a uma da família extrema, prediz uma menor qualidade de vida. A literatura é escassa ao nível da relação entre o tipo de família, tratamento de lombalgia e qualidade de vida. No entanto, sendo a família a primeira a sentir a crise subsequente à doença (Pinctus, 2006) e o doente crónico estar sujeito a perdas, nomeadamente a saúde física e funcional (Canhão & Santos, 1996) levando a alterações a vários níveis (Viana et al., 2007), pertencer a uma família extrema dificulta a adaptação à doença dado que, por definição, esta família tem dificuldades ao nível da coesão dos seus membros e de adaptabilidade. Além disso, no grupo de acupunctura, os doentes apresentam um tempo de duração da doença superior ao grupo de fisioterapia e, tal facto, poderá contribuir para um maior desgaste da família particularmente se esta é extrema e, mesmo sob condições normais, apresentar dificuldades na manutenção duma dinâmica familiar equilibrada (Olson, 2000). Neste sentido, quando a família é colocada sob crise, provocada pela doença crónica de um dos seus membros, pode não conseguir cumprir as tarefas associadas à fase do seu ciclo de vida (Mcubbin & Patterson, 1983). Isto poderá levar a que sejam negligenciadas necessidades importantes no doente podendo resultar numa diminuição da qualidade de vida (Gonzalez, 2005).

Predictores da Incapacidade Funcional

Relativamente à Incapacidade Funcional, os resultados permitem-nos afirmar que no grupo de Acupunctura, quanto maiores forem as consequências, a coerência da doença, a identificação das causas da doença, a ansiedade e a depressão, maior é a incapacidade funcional e quanto menor for o controlo de tratamento maior é a incapacidade funcional. Ao analisar as variáveis que mais contribuem para a incapacidade funcional verificamos que são a duração da doença, coerência da doença e a qualidade de vida total, ou seja, quanto maior for a duração da doença e a coerência da doença maior é a incapacidade funcional e, quanto pior for a qualidade de vida total, maior é a incapacidade funcional.

Relativamente ao grupo de fisioterapia, verificámos que quanto maior for a percepção das consequências da doença, a ansiedade e depressão bem como representações mais negativa da doença, maior é a incapacidade funcional. Por sua vez, pior qualidade de vida e maior uso de estratégias de alívio activo da dor prevê maior incapacidade funcional.

Na análise de regressão para determinar os predictores da incapacidade funcional verificamos que as variáveis que contribuem para a incapacidade funcional são a qualidade de vida e as estratégias de alívio activo da dor. Assim, os doentes com maior incapacidade funcional são os que têm pior qualidade de vida e usam mais estratégias de alívio activo da dor.

A incapacidade funcional não é apenas influenciada pelas condições médicas, nomeadamente a patologia mas também por factores psicológicos e sociais. Segundo Jang, Haley, Small e Motimer (2002), estudos recentes mostram a importância do papel dos factores psicossociais no desenvolvimento do processo de incapacidade e na interacção destes factores com a condição médica.

O facto de no nosso estudo, ao nível dos dois grupos, a ansiedade e a depressão contribuírem para a Incapacidade Funcional, é corroborado por outros estudos. De facto, Brenes, Penninx, Judd, Rockwell, Sewel e Wherell (2008) num estudo desenvolvido com 374 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 94 anos, concluíram que depois de controladas as variáveis idade, género, rendimento, saúde percebida, número de doenças crónicas e visitas ao médico durante um ano, as variáveis ansiedade e depressão estavam associadas a altos níveis de incapacidade física.

É importante considerar nos doentes que sofrem de lombalgia crónica, a depressão e a ansiedade interagem na percepção da dor através de mecanismos inibitórios (Teixeira, 1999) e tais factores psicológicos estão envolvidos na progressão para a cronicidade da lombalgia (Valat, 2004). Também para Alencar e Leila (2002) a depressão prediz com mais eficácia as lombalgias ocupacionais do que os factores biomecânicos.

Na lombalgia crónica, a incapacidade funcional é muito frequente o que faz com que os doentes sintam dificuldade em realizar a maioria das actividades, tendo que frequentemente se movimentar de forma lenta e cuidadosa, forçando-os a estar em casa a maioria do tempo (William et al., 2007). Os autores referem que a incapacidade

funcional conduz os pacientes ao isolamento social e a uma falta de actividades agradáveis e, para os que trabalham, podem surgir dificuldades financeiras que começam a ser impostas a toda a família devido à incapacidade e progressivamente, à depressão.

Lillefjell, Krokstad e Espnes (2007), num estudo com 143 pacientes que sofriam de dor músculo-esquelética, encontraram altos níveis de intensidade de dor associada a uma capacidade psicológica e fisiológica pobre e altos níveis de ansiedade e depressão, sugerindo que a capacidade física, angústia emocional e estratégias de coping devem ser áreas de prioridade em programas de reabilitação no sentido de melhorar a funcionalidade da vida diária do doente.

A Lombalgia é uma doença que tem potencial para gerar alterações no funcionamento físico, sensorial e cognitivo e, quando se torna numa condição de longa duração, afecta o desempenho quotidiano do indivíduo e a avaliação que este faz da sua condição (Hestbaek et al., 2006). No que se refere às Representações de Doença, os resultados do nosso estudo, ao nível dos dois grupos, estão de acordo com Brandura (2004) que concluiu que as limitações funcionais são mais o resultado das crenças na própria capacidade do que do nível actual da incapacidade física. Para o autor, as reavaliações cognitivas positivas que focam os aspectos da própria vida são pessoalmente controláveis e podem aumentar a eficácia percebida, o que activa muitos processos adaptativos na doença e na dor crónica. É por isso muito importante, entre outros aspectos, diminuir a dor e acentuar a manutenção do funcionamento físico com vista a diminuir a incapacidade funcional e aumentar o desenvolvimento de habilidades auto-reguladoras compensatórias. O objectivo é retardar o progresso da incapacidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas afectadas. Assim, é muito importante desenvolver programas de auto-gestão, baseados no modelo de auto-eficácia junto das pessoas que sofrem de incapacidade funcional com o objectivo de melhorar a qualidade da saúde e reduzir a necessidade de serviços médicos (Bandura, 2004). Segundo Lorig et al., (2001), um programa de auto gestão para a doença crónica, em doentes acima de 40 anos, mostrou uma redução significativa na ansiedade, um aumento na eficácia percebida associada ao menor uso dos serviços de saúde e, apesar da incapacidade física ter piorado devido à doença crónica, os doentes mantiveram ou melhoraram todos os outros aspectos de saúde não tendo sido afectadas as suas actividades e papéis sociais.

A incapacidade funcional exerce grande efeito negativo no bem-estar individual, gerando mais necessidade de apoio formal, informal e cuidados por longos períodos, sendo que a lombalgia crónica com a consequente incapacidade, pode afectar significativamente o bem-estar dos indivíduos. De acordo com Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002), as condições crónicas levam a uma diminuição do potencial dos indivíduos para experienciar o lado positivo da vida. A relação entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida verificada no nosso estudo também vai de encontro aos resultados de Falcão (2006). O autor desenvolveu um estudo em doentes com lombalgia crónica e concluiu que a Qualidade de Vida e a Incapacidade Funcional estão correlacionados e são influenciadas pela intensidade da dor e sintomas depressivos.

8.1.4. Hipótese 4

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a quarta hipótese. Esta previa que a variável Morbilidade Psicológica fosse mediadora entre a Incapacidade Funcional e a Qualidade de Vida. Estes resultados verificaram-se individualmente para cada grupo e na amostra global pelo que serão discutidos numa forma global.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a ansiedade e a depressão são um mediador parcial da relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida sendo esta relação mediada em 38% pela depressão e em 29% pela ansiedade.

Os resultados do nosso estudo vão de encontro ao estudo de Currie e Wang (2004) no qual concluíram que a taxa de depressão aumenta linearmente com a dor. Os autores encontraram, em doentes com lombalgia crónica, uma relação entre a dor e a depressão e a associação destas variáveis com maior incapacidade. Também Falcão e colaboradores (2006) desenvolveram um estudo com idosos que sofriam de lombalgia e concluíram que a incapacidade funcional dos doentes com lombalgia estava correlacionada com sintomas depressivos.

Ao estudar os efeitos da doença de longa duração sobre a qualidade de vida, Ayis, Goodberman-Hill e Ebrahim (2003) concluíram que as limitações decorrentes dessas doenças estavam associadas ao stress psicológico com vulnerabilidade percebida, com percepção mais negativa da própria saúde e falta de expectativa de uma vida longa. Num estudo que pretendia identificar os factores da qualidade de vida associados com a incapacidade funcional, Lamb (1996) verificou que os doentes mais funcionalmente

incapacitados e com perfis mais depressivos, apresentavam uma percepção de saúde mais negativa e, indirectamente, menor qualidade de vida.

Berlim e Fleck (2007) também encontraram uma relação entre a depressão e a qualidade de vida. Os autores referem que os pacientes deprimidos têm défices ao nível da qualidade de vida que são directamente atribuíveis à perturbação de humor. Segundo os mesmos, o grau de diminuição da qualidade de vida é proporcional à severidade dos sintomas depressivos. A relação negativa entre a depressão e a qualidade de vida é tanto maior quanto mais elevada for a depressão na dor crónica. Estes autores referem que o tratamento adequado da depressão está normalmente associado a uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes.

Berber, Kuper e Berber (2005), ao estudarem doentes com dor diagnosticados com fibromialgia concluíram que a depressão era responsável pela queda dos níveis de qualidade de vida, nas dimensões de funcionamento físico, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. Segundo os autores, a depressão influencia negativamente a qualidade de vida dos pacientes por aumentar a sensação de dor e incapacidade, podendo o paciente apresentar tendência ao isolamento, sentimentos de derrota e frustração. Romão e colaboradores (2009) num estudo com doentes de dor pélvica crónica verificaram que pacientes com ansiedade e depressão tinham pior qualidade de vida levando-os a concluir que a ansiedade e a depressão exercem um impacto negativo na qualidade de vida. Linton (2000), Harma (2002) e Pincus (2002) também desenvolveram estudos que relacionam a intensidade da dor com os níveis de ansiedade e Matthew e colaboradores (2008) num estudo com doentes que sofriam de dor músculo-esquelética crónica concluíram que a conjugação da depressão e ansiedade com a dor crónica é fortemente associada com dor mais severa, maior incapacidade funcional e qualidade de vida mais pobre. Seyed-Mahmoud, Ahmad e Javad (2007) desenvolveram um estudo com 112 pacientes de lombalgia com o objectivo de avaliar os factores psicossociais associados à lombalgia e concluíram que 46.4% dos pacientes apresentavam altos níveis de ansiedade e 48.2% apresentavam-se deprimidos.

Serpa e Cruz (2005) encontraram uma associação significativa entre depressão, ansiedade e somatização associadas à lombalgia. Também Strunin e Boden (2004) encontraram índices elevados de depressão e ansiedade nos doentes com lombalgia e

ainda uma relação entre a qualidade de vida, a depressão e a ansiedade com estas duas últimas variáveis a predizer pior qualidade de vida.

Mok e Lee (2008) num estudo que pretendia avaliar a relação entre ansiedade, depressão e a intensidade da dor em doentes com lombalgia verificaram, numa amostra de 102 doentes, que a ansiedade e a depressão se relacionaram positivamente com a intensidade da dor. Os autores concluíram ainda que a ansiedade e a depressão não só estavam associadas à intensidade da dor mas também eram predictoras desta.

Ao analisarmos a relação da morbilidade psicológica com a incapacidade funcional, recordamos que a incapacidade não é um processo estático mas envolve várias fases distintas ao longo do tempo e cada fase envolve diferentes partes de interacção social. Wadell (2004) encontrou uma relação entre a depressão e a incapacidade funcional sendo que para o autor, a incapacidade reforça a depressão e vice-versa, traduzindo-se num ciclo vicioso.

Outros estudos com doentes de dor crónica encontraram relação entre a morbilidade psicológica (depressão e ansiedade) e a incapacidade funcional (Bair et al., 2008; Mok & Lee, 2008; Farmer et al., 2009) o que explica o seu papel mediador na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida. De facto, muitos doentes com lombalgia crónica experimentam os efeitos da ansiedade e da depressão, associados à restrição da sua mobilidade e redução do seu bem-estar geral, incapacitando-os frequentemente para o trabalho (Smith, et al., 2004).

Tendo em conta todos os resultados dos estudos citados, facilmente se compreende o papel mediador da morbilidade psicológico na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida.

8.1.5. Hipótese 5

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a quinta hipótese que previa que os doentes que apresentam Incapacidade Funcional Baixa pudessem ser distinguidos dos doentes que apresentam Incapacidade Funcional Alta, tendo em conta as variáveis do estudo em cada um dos grupos.

Assim, após se proceder a uma análise discriminante a fim de conhecer quais as características que distinguem os doentes dos dois grupos, no grupo de acupunctura os

doentes com melhor qualidade de vida e os que percebem menos consequências da sua doença são os que registam incapacidade funcional mais baixa.

Estes resultados podem ser explicados por outros estudos que confirmam a relação da qualidade de vida com a incapacidade funcional. Considerando que a qualidade de vida representa uma experiência individual subjectiva que se relaciona directamente com a saúde, a doença e a incapacidade (Carr, Gibson, & Robison, 2001), facilmente se compreendem os resultados obtidos.

O significado que cada indivíduo atribui à doença crónica baseia-se no conhecimento que tem sobre esta (Ribeiro, 1998). Furz e colaboradores (2002) defendem que as convicções que os doentes têm sobre a lombalgia podem contribuir para um agravamento da doença levando os doentes a sentirem-se mais ou menos incapacitados. Lamb (1996) e Clarke (2003) encontraram uma relação da qualidade de vida com a incapacidade funcional i.e. os indivíduos mais incapacitados funcionalmente apresentavam percepção de saúde mais negativa, níveis de humor mais baixos e menor satisfação com os familiares e amigos, referindo menor qualidade de vida.

No grupo de fisioterapia, os doentes com representações mais negativas, mais depressão, mais ansiedade, mais estratégias de alívio activo e de transformação de dor e pior qualidade de vida são os que registam incapacidade funcional mais elevada.

Se considerarmos que a incapacidade funcional não é apenas influenciada por condições médicas mas também por factores psicológicos, nomeadamente a ansiedade e a depressão, (Jang et al., 2002; Brenes et al., 2008) podemos explicar os resultados obtidos ao nível da influência da morbidade psicológica na incapacidade funcional. Os doentes mais incapacitados, como seria natural, são também aqueles que usam todo o tipo de recursos psicológicos i.e. estratégias de alívio activo e de transformação de dor. Tal dado significa que os doentes fazem uso de uma variedade de recursos o que se compreende dado a intensidade da dor referida.

Verificamos também que níveis elevados de depressão estão associados a mais incapacidade. Este dado é corroborado por Currie e Wang (2004) que, em doentes com lombalgia crónica, encontraram uma relação entre a depressão e a incapacidade com a depressão a contribuir para a incapacidade. Por sua vez, as representações da doença também contribuem para a incapacidade funcional o que vai ao encontro do estudo de

Doris e Cardoso (2007) que referem a incapacidade como uma situação influenciada por factores cognitivos. Os autores concluíram que as crenças negativas sobre a situação de saúde estão relacionadas com um aumento da incapacidade, stress psicológico, sintomas depressivos e declínio em actividades básicas e instrumentais da vida diária.

Há estudos desenvolvidos noutras doenças crónicas onde foi encontrada uma relação entre a incapacidade funcional e a depressão. Vinaccia e Stefano (2005) observaram uma relação entre incapacidade funcional e sintomas de depressão. Berber e Kuper (2005), num estudo com doentes de artrite reumatóide, concluíram que a depressão pode aumentar a incapacidade, influenciando negativamente a vida dos pacientes. Segundo Taylor e colaboradores (2000), as crenças positivas podem ter um efeito psicológico protector o que faz com que o indivíduo possa perceber menor incapacidade. Neste sentido, podemos pressupor que as representações negativas têm um efeito oposto i.e. efeito negativo associado à percepção de maior incapacidade funcional (Ramos, 2003).

De facto, vários autores encontraram uma relação entre as representações de doença e as variáveis psicossociais. Weinman (2006), num estudo com doentes coronários, concluiu que as representações de doença são um factor predictor das mudanças na qualidade de vida. Este autor refere que todas as subescalas do instrumento de avaliação das representações de doença (IPQ) se correlacionavam com a qualidade de vida mas particularmente as sub-escalas consequências da doença e controlo de tratamento. Scharloo e colaboradores (2000) ao estudar doentes com psoríase também encontraram uma relação entre as percepções que estes tinham da sua doença e uma melhoria na sua saúde. Botha-Scheepers e colaboradores (2006) chegaram à conclusão que os pacientes com osteoartrite, que referiam mais incapacidade, foram os que mais fortemente acreditavam que a sua osteoartrite tinha um grande impacto no funcionamento das suas actividades diárias. Frostholm e colaboradores (2007) num estudo com doentes dos Cuidados de Saúde Primários, demonstraram que as percepções que os doentes tinham da doença (duração, consequências e representações emocionais) prediziam a sua saúde física e mental e a sua percepção de incapacidade funcional.

9. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Para além das hipóteses discutidas anteriormente, fizemos a avaliação de relações entre as variáveis dependentes e características sociodemográficas e clínicas da amostra. De seguida, apresentamos a discussão das análises exploratórias efectuadas que apresentaram resultados significativos.

9.1. Variáveis Psicossociais em Função do Género, Idade, Estado Civil e Habilitações Literárias

Quando comparados os dois grupos ao nível das variáveis psicossociais em função do género, concluímos no nosso estudo que no grupo de Acupunctura a maioria dos doentes são do sexo feminino (72%) e este género apresenta maior identidade da doença, tem mais estratégias de alívio activo e de transformação de dor. No grupo de Fisioterapia, a maioria pertence ao sexo masculino (57.5%) mas o sexo feminino apresenta maior identidade da doença, maior coerência da doença, representação mais negativa da doença e menos estratégias de alívio activo da dor.

Ao analisarmos as variáveis psicossociais em função da idade, verifica-se que no grupo de Acupunctura a maioria dos doentes tem idade compreendida entre os 41 e os 65 anos mas são os doentes com mais de 65 anos que apresentam maior identidade da doença e maior identificação das causas da doença, enquanto, no grupo de Fisioterapia a maioria dos doentes também tem uma idade compreendida entre os 41 e os 65 anos e são os doentes na faixa ária que apresentam maior identidade da doença, percepção mais crónica da doença, representação mais negativa da doença, e maior identificação das causas da doença.

Ao compararmos os dois grupos ao nível das variáveis psicossociais, em função do estado civil, concluímos que no grupo de Acupunctura não existem diferenças em função do estado civil, enquanto grupo de Fisioterapia, os solteiros apresentam maior controlo de tratamento e os divorciados têm uma representação mais negativa da doença.

Ao analisarmos os dois grupos nas variáveis psicossociais em função das habilitações literárias, verificamos que no grupo de Acupunctura os doentes com menos

habilitações literárias (Ensino Primário) são os que apresentam menos controlo de tratamento, percepção mais negativa das consequências da doença, representação da doença mais negativa, compreensão mais pobre da doença e menos satisfação com a qualidade técnica dos serviços prestados, enquanto os doentes com maiores habilitações literárias (Ensino Superior) apresentam maior controlo de tratamento e, os que possuem o ensino Secundário, são os que estão mais satisfeitos com a qualidade técnica.

No grupo de Fisioterapia os doentes com maior controlo e tratamento têm o Ensino Secundário e os que possuem apenas o Ensino Primário são os que têm uma representação mais negativa da doença e uma maior identificação das causas da doença.

Matheus, Costa, Souza, Mata e Pontes (2007) também encontraram uma predominância de queixas osteo-articulares no sexo feminino, na idade compreendida entre os 46 e os 54 anos. Os autores referem ainda que existe uma relação entre a idade e as alterações músculo-esqueléticas. Também Silva e colaboradores (2004), num estudo com população adulta que sofria de lombalgia, concluíram que a lombalgia crónica afectava mais o sexo feminino e aumentava com a idade dos indivíduos. Verificaram ainda uma tendência para um aumento da frequência de dor, associada à diminuição do nível de escolaridade e do nível socio-económico.

Ao nível da idade, Brasil e colaboradores (2008) concluíram, tal como no nosso estudo, que a maioria das pessoas com dor a fazer tratamento de acupunctura, pertence ao sexo feminino com uma média de idade de 55.2 anos. Esta média de idade aproxima-se mais da média do grupo de Acupunctura (55.27). Marras (2000) e Serpa e Cruz (2005), em doentes com lombalgia, também encontraram uma média de idade entre os 50 e os 60 anos. A média de idade no grupo de Fisioterapia é um pouco inferior mas próxima (48.75).

Silva e colaboradores (2004), encontraram uma prevalência mais elevada de dor lombar crónica no grupo etário entre os 50 e 59 anos de idade. Estes resultados são confirmados por Borenstein (2001) ao considerar que a lombalgia é a causa mais frequente da limitação de actividades em pessoas com idade inferior a 45 anos de idade mas o risco da lombalgia aumenta à medida que o paciente fica mais velho.

A percepção do controlo de tratamento pelos indivíduos que apresentam mais habilitações literárias pode ser explicado pelo facto destes poderem ser detentores de mais informação sobre a situação patológica. Esta informação vai ajudar os doentes a

lidar melhor com a doença e a participarem de forma mais activa no tratamento, podendo recuperar assim mais rapidamente. Tavafian et al., (2005) defendem que quando os pacientes acreditam que têm maior controlo sobre a sua lombalgia, participam mais facilmente nos tratamentos e beneficiam mais deles. Estes autores concluíram que 79.1% dos doentes com lombalgia não tinham informação sobre anatomia e fisiologia das vértebras da coluna e por isso não percebiam que deviam estar atentos à mecânica do corpo e às próprias posturas aquando da realização das actividades diárias por desconhecerem o efeito na sua condição médica.

9.2. Variáveis Psicossociais em Função da Frequência, Intensidade da Dor e Procura de Consultas Médicas

Ao analisarmos os dois grupos ao nível das variáveis psicossociais em função da frequência, intensidade da dor e procura de consultas médicas, concluímos que no grupo de Acupunctura não existem diferenças nas variáveis psicossociais em função da frequência da dor, enquanto que no grupo de Fisioterapia, os doentes que referem dor constantemente são os que apresentam maior identidade da doença e percepção mais negativa das consequências da doença.

O facto de ser no grupo de fisioterapia onde se verificam diferenças significativas em função da procura de consultas médicas, nos últimos seis meses, isto poderá ser explicado pela média de idades deste grupo (48.75 anos). Ponte (2005) encontrou uma percentagem de 35.9% dos doentes no grupo etário dos 49-65 anos a procurar ajuda médica e desses, uma percentagem de 76.4% apresentavam como motivo de ajuda a lombalgia.

Os doentes que referem sentirem dor, uma a duas vezes por dia, são os mais satisfeitos com a qualidade técnica. Relativamente à intensidade da dor no grupo de Acupunctura, a maioria dos doentes refere sentir dor forte/muito forte e estes doentes são os que apresentam menos funcionalidade física, mais dores e pior qualidade de vida, enquanto no grupo de Fisioterapia os doentes com uma dor forte/muito forte são os que têm uma percepção mais crónica da doença, percepção mais negativa das suas consequências e os que estão menos satisfeitos com as despesas.

No que diz respeito às consultas médicas no grupo de Acupunctura não se verificam diferenças, enquanto no grupo de Fisioterapia, os doentes que nos últimos seis meses procuraram o médico mais de 4 vezes, são os que apresentam uma identidade mais forte da doença, percepção mais crónica da doença, e mais negativa das suas consequências, compreensão mais pobre da doença a identificação de mais causas à sua doença. O grupo de fisioterapia foi o que procurou mais vezes o médico, e é o grupo que também apresenta piores representações cognitivas em todas as dimensões. Isto vai de encontro ao estudo de Nadine e colaboradores (2008) que verificaram que as dimensões das percepções da doença se relacionavam com a qualidade de vida mas particularmente com a percepção das consequências da dor mais severa e a convicção de controlo de tratamento mais fraca. Assim, pacientes com lombalgia convencidos que a sua doença tem um grande impacto no seu funcionamento e que o seu problema será de longa duração, têm o risco aumentado de limitação funcional (Botha-Scheepers et al., 2006) o que poderá explicar a necessidade de procurar o apoio médico mais vezes.

Frostholm e colaboradores (2007) também demonstraram, num estudo com pacientes de doença crónica, em cuidados de saúde primários, que as representações ao nível das consequências da doença e das representações emocionais eram factores predictivos da saúde mental e física e da procura de cuidados médicos.

9.3. Variáveis Psicossociais em Função do Duração da Toma de Medicação e Saúde Actual

No grupo de Acupunctura, os doentes que tomam medicação há menos tempo (menos de três meses) apresentam maior controlo de tratamento e estão mais satisfeitos com a qualidade técnica e com as despesas, enquanto no grupo de Fisioterapia, os doentes que tomam medicação há mais tempo (mais de um ano) apresentam maior identidade da doença, percepção mais crónica e mais negativa da doença, bem como das suas consequências.

O facto dos doentes que tomam medicação há menos tempo apresentarem maior controlo do tratamento e se apresentarem mais satisfeitos com a qualidade técnica e com as despesas poderá ser explicado pelos resultados que este grupo apresenta ao nível da

representação cognitiva da doença. De facto esta representação baseia-se na sua experiência relativamente à dor (Hofland & Tarzian, 2001), no conhecimento sobre a dor (Ribeiro, 1998), e na informação que recebem do seu médico, família e amigos (Sterba et al., 2008). Por outro lado, se os doentes considerarem que a causa da sua dor assume um valor psicológico normativo (Andrade, 2001) formam uma percepção de maior controlo de tratamento, i.e. a capacidade que o doente tem de acreditar que controla a sua doença. Por sua vez, ao perceberem um maior controlo do tratamento, o doente acredita numa maior resistência á doença com consequências menos graves para a sua saúde (Conrad, 1985).

O facto de os pacientes que fazem acupunctura estarem mais satisfeitos com a qualidade técnica e com as despesas poderá ter a ver com o facto de as suas expectativas serem concordantes com os serviços que receberam do técnico de saúde, ao nível da competência técnica, e por isso considerarem-se satisfeitos com o que têm de pagar pelos cuidados recebidos (Ovrveit, 1992).

O facto de no grupo de Fisioterapia, os doentes que tomam medicação há mais tempo (mais de um ano) apresentarem maior identidade da doença, percepção mais crónica e mais negativa da doença, bem como das suas consequências poderá ser explicado pelas crenças implícitas que o paciente tem da sua lombalgia, proporcionando informação sobre a forma de lidar com a doença (Ogden, 2004). As cinco dimensões cognitivas da doença apresentadas por Leventhal (2003) vão juntamente com as crenças sobre a eficácia, dirigir as respostas comportamentais e emocionais do indivíduo (Edgar & Skinner, 2003). Este facto pode explicar porque pessoas que tomam medicação há mais tempo apresentam maior identidade da doença e percepção mais crónica e mais negativa da doença.

No que diz respeito à saúde actual, tanto no grupo de Acupunctura como no grupo de Fisioterapia os doentes que consideram a sua saúde como *pobre*, são os que têm maior identidade da doença, pior controlo de tratamento, compreensão mais pobre da doença e maior identificação das causas da doença.

Verifica-se ainda no nosso estudo, que no grupo de fisioterapia a maioria dos pacientes toma medicação para a dor há mais de três meses, enquanto no grupo de Acupunctura, a maioria toma medicação há mais de um ano. Estes dados poderão explicar o facto de os doentes do grupo de Acupunctura apresentarem um tempo médio de duração da doença muito superior ao grupo de Fisioterapia. De facto, o tempo de

lombalgia varia entre 3 meses (mínimo) e 340 meses (máximo), em ambos os grupos com uma média de 69 meses de duração de sofrimento (89.99 meses e 53.17 meses, respectivamente no grupo de Acupuntura e Fisioterapia).

CONCLUSÕES

A experiência de uma doença crónica como por exemplo a lombalgia, pode desenvolver alterações ao nível cognitivo, sensorial e físico e afectar o quotidiano do indivíduo e a avaliação que este faz da vida (Melzer & Parahyba, 2004). Este estudo pretendeu analisar os factores sócio-demográficos, clínicos e psicossociais em doentes com Lombalgia crónica, em tratamento de Fisioterapia e Acupunctura.

Procedemos nos anteriores capítulos à apresentação dos resultados, análise e discussão dos mesmos e passamos agora a apresentar as principais conclusões do estudo seguidas das limitações do mesmo.

Os resultados do nosso estudo revelam que a amostra é constituída por 203 doentes com uma média etária global de 51.64 anos, em que a média de idades no grupo de Acupunctura é superior à do grupo de Fisioterapia.

Os resultados revelaram que os dois grupos de doentes se distinguem ao nível das representações cognitivas da doença (identidade, controlo de tratamento e causas) representações em relação aos fármacos e incapacidade funcional.

Ao nível das variáveis que influenciam a Qualidade de Vida, verificamos que no grupo de Acupunctura, a qualidade de vida é tanto maior quanto maior for o controlo de tratamento e quanto maior for a satisfação com os cuidados recebidos. Por sua vez, a qualidade de vida é tanto pior quando maior for a identidade, duração, consequências, representação emocional e causas da doença, ansiedade, depressão e incapacidade funcional.

No grupo de Fisioterapia, a qualidade de vida é tanto maior quanto maior o controlo de tratamento e tanto pior quanto maior a identidade, duração, consequências, coerência, representação e causas da doença, ansiedade, depressão e incapacidade funcional.

Da análise das correlações entre as variáveis psicológicas e a incapacidade funcional, concluímos que, no grupo de Acupunctura, quanto maiores forem as consequências, a coerência e as causas da doença, a ansiedade e a depressão, maior é a

incapacidade funcional. Ainda neste grupo, quanto menor for o controlo de tratamento pior é qualidade de vida e maior é a incapacidade funcional.

No grupo de Fisioterapia, quanto maiores forem as consequências e a representação emocional da doença, as estratégias de alívio activo, a ansiedade e a depressão, maior é a incapacidade funcional e, quanto pior for a qualidade de vida, maior é a incapacidade funcional.

Quando procurámos conhecer as variáveis que contribuem para a Qualidade de Vida verificamos que no grupo de Acupunctura são predictores da qualidade de vida: as habilitações literárias, depressão, ansiedade, satisfação com as despesas, incapacidade funcional e pertencer ao tipo de família extrema, ou seja, os doentes com pior qualidade de vida são aqueles cujas habilitações literárias são menores, que têm mais ansiedade, mais depressão e mais incapacidade funcional e os que pertencem a famílias extremas, enquanto os que estão mais satisfeitos com as despesas têm melhor qualidade de vida.

No grupo de Fisioterapia os predictores da Qualidade de Vida são as habilitações literárias, a depressão, ansiedade, incapacidade funcional e consequências da doença, ou seja os doentes com pior qualidade de vida são os que tem menores habilitações literárias, os que percebem as consequências da doença de forma mais negativa, os mais ansiosos e os que têm maior incapacidade funcional.

Relativamente às variáveis que contribuem para a Incapacidade Funcional concluímos que no grupo de Acupunctura, as variáveis que melhor predizem a incapacidade funcional são a duração da doença, a coerência da doença e a qualidade de vida, sendo que quanto maior for a duração da doença e a coerência da doença, maior é a incapacidade funcional e quanto pior for a qualidade de vida, maior é a incapacidade funcional. Enquanto, no grupo de Fisioterapia, as variáveis que contribuem para a incapacidade funcional são a qualidade de vida total e as estratégias de alívio activo da dor, e neste grupo, os doentes que têm maior incapacidade funcional são os que têm pior qualidade de vida total e os que têm mais estratégias de alívio activo da dor.

No que diz respeito à Morbilidade Psicológica, os resultados mostram que existe um efeito mediador da morbilidade psicológica na relação entre a qualidade de vida e a incapacidade funcional. A depressão e a ansiedade são mediadores parciais na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida.

Ao analisarmos o efeito moderador do Tipo de Família a que os doentes pertencem, os resultados mostram que é apenas nos tipos de famílias intermédias e equilibradas que a incapacidade funcional prediz a qualidade de vida. Todavia, esta predição é mais forte nas famílias equilibradas.

Ao nível da Incapacidade Funcional, em termos das características que distinguem os indivíduos dos grupos que apresentam incapacidade Baixa dos indivíduos com incapacidade Alta, concluímos que no grupo de acupuntura, a variável que assume maior importância é a qualidade de vida seguindo-se a percepção das consequências da doença. Os doentes que apresentam melhor qualidade de vida total e menor percepção das consequências da doença são os que registam menor incapacidade funcional (Baixa). No grupo de fisioterapia a variável que assume maior importância na incapacidade funcional é também a qualidade de vida seguindo-se a representação emocional da doença, depressão, ansiedade e estratégias de transformação e de alívio activo da dor. Assim os doentes com representações da doença mais negativas, mais depressão, mais ansiedade, mais estratégias de alívio activo e de transformação de dor e menor qualidade de vida são os que registam maior incapacidade funcional.

Ao nível das análises exploratórias e relativamente ao género, verifica-se que no grupo de Acupuntura predomina o sexo feminino enquanto no grupo de Fisioterapia predomina o sexo masculino. No que diz respeito ao estado civil verifica-se, em ambos os grupos, que a maioria dos pacientes são casados e, no grupo de acupuntura, a maioria tem o curso Superior completo, enquanto no grupo de Fisioterapia a maioria tem o ensino Primário.

Relativamente à actividade profissional, no grupo de acupuntura, a maioria trabalha no sector terciário seguindo-se o sector Secundário a maioria dos doentes encontra-se no activo). No grupo de Fisioterapia a maioria trabalha no sector Primário, seguindo-se o sector secundário e a maioria encontra-se de baixa médica.

Ao nível do género verifica-se que este se encontra associado às variáveis representações de doença e modos de lidar com a dor e que, no grupo de Acupuntura, o sexo feminino apresenta maior identidade da doença associada a mais estratégias de transformação e de alívio activo da dor enquanto no grupo de Fisioterapia, o sexo feminino apresenta maior identidade da doença, maior coerência da doença, maior duração da doença, representação emocional mais negativa da doença e menos estratégias de alívio activo da dor.

A Idade encontra-se associada às representações de doença e aos modos de lidar com a dor. Os doentes com mais de 65 anos e em tratamento de acupunctura apresentam maior identidade com a doença e identificam mais causa das doenças. No grupo de fisioterapia são os pacientes com menos de 40 anos que apresentam mais estratégias de alívio activo da dor.

O Estado Civil encontra-se associado às representações de doença apenas no grupo de fisioterapia com as pessoas solteiras a apresentarem maior controlo de tratamento e os divorciados a apresentarem uma representação emocional da doença mais negativa.

As Habilitações Literárias encontram-se associadas às representações de doença, e à satisfação com os cuidados. O estudo revela que os doentes em tratamento de acupunctura que possuem maiores habilitações literárias são as que possuem maior controlo de tratamento, as que possuem ensino Secundário são as mais satisfeitas com a qualidade técnica dos serviços de saúde que lhes são prestados e as que possuem menos habilitações literárias são as que apresentam maior coerência da doença, mais consequências da doença, representação emocional mais negativa da doença e menor satisfação com a qualidade técnica.

A Frequência da Dor encontra-se associada às representações de doença e à satisfação com os cuidados recebidos apenas no grupo de fisioterapia. Assim, neste grupo, as pessoas que referem ter dor lombar constantemente apresentam uma identidade da doença mais forte e percepção de que as consequências da lombalgia são mais graves. Os doentes que referem sentirem dor uma a duas vezes por dia, são os mais satisfeitos com a qualidade técnica dos serviços recebidos.

A Intensidade da Dor encontra-se associada às representações de doença, satisfação com os cuidados recebidos e à qualidade de vida total. Os doentes a fazer tratamento de acupunctura e que referem uma dor “forte/muito forte” apresentam pior funcionamento físico, mais dores e pior qualidade de vida total, enquanto os doentes que fazem fisioterapia e que referem dor “forte/muito forte” apresentam percepção de maior duração da doença, mais consequências, representação emocional mais negativa e menor satisfação com as despesas.

A Procura de Consultas Médicas encontra-se associada às representações de doença apenas no grupo de fisioterapia. De facto dos doentes a fazerem fisioterapia e que consultaram o médico mais de quatro vezes devido à sua lombalgia, são os que

apresentam uma identidade mais forte da doença, percepção de maior duração da doença, percepção mais negativa das consequências da doença, maior coerência da doença, maior identificação das causas da doença e representação emocional mais negativa da doença.

A variável Duração da Toma de Medicação está associada às representações da doença e a satisfação com os cuidados recebidos. Os doentes que fazem acupuntura e que tomam medicação há mais tempo são os que têm uma identidade mais forte da doença e os que tomam medicação há menos tempo são os que apresentam maior controlo de tratamento e estão mais satisfeitos com a qualidade técnica dos serviços e com as despesas. Os doentes que estão em tratamento de fisioterapia e que tomam medicação ao mais tempo são os que apresentam maior identidade da doença, percepção de maior duração da doença, das consequências da doença, maior coerência da doença e representação emocional mais negativa da doença.

A Percepção do Estado de Saúde Actual está associada às representações da doença apenas no grupo de fisioterapia. Os doentes que percebem o seu estado de saúde actual como pobre apresentam maior identidade da doença, maior percepção das consequências da doença, maior coerência da doença, maior identificação das causas da doença e representação emocional da doença mais negativa.

Os grupos comportam-se de forma diferente ao nível das representações da doença, modos de lidar com a dor, satisfação com os cuidados, crenças acerca dos fármacos, morbidade psicológica, qualidade de vida e incapacidade funcional. No entanto, não encontramos diferenças entre os dois grupos ao nível da adesão terapêutica e tipo de família a que pertencem.

As conclusões do nosso estudo apontam para a necessidade dos profissionais de saúde considerarem a morbidade psicológica, o tipo de família, a incapacidade funcional, as representações da doença e fármacos bem como o coping com a dor na abordagem do doente com lombalgia.

Este estudo mostrou que as representações da doença são importantes na qualidade de vida e na incapacidade funcional o que faz com que esta seja uma área a valorizar na abordagem do doente com lombalgia crónica, podendo os profissionais de saúde, após conhecimento destas representações, orientar o tratamento mais adequado com vista à recuperação mais rápida dos doentes.

O facto de, nos doentes com lombalgia crónica, o tipo de família moderar a relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida, de tal forma que, nos doentes que pertencem a famílias intermédias e equilibradas a relação entre menor incapacidade funcional e melhor qualidade de vida, é mais evidente, é um dado importante. Este resultado contribui para valorizar a necessidade de avaliar o tipo de família onde estes doentes estão inseridos. Esta avaliação vai permitir aos profissionais de saúde, depois de identificar o tipo de família, inclui-la no processo de tratamento com o objectivo de facilitar a adaptação à doença, fomentando os seus recursos com vista a uma reorganização e controlo dos stressores e exigências associados à sua nova situação.

A abordagem da dor implica uma avaliação biopsicossocial do fenómeno proporcionando um diagnóstico e tratamento mais adequados. Uma história detalhada através da entrevista clínica e a avaliação das variáveis psicológicas, identificadas neste estudo, permite um entendimento mais profundo da cronicidade da dor.

A nosso ver, após uma avaliação completa da dor, será mais fácil desenvolver um programa individual para o controlo da dor com o objectivo de reduzir a intensidade da dor, a incapacidade funcional e melhorar a qualidade de vida do doente com lombalgia e sua família.

Limitações do Estudo

Um estudo com estas características, apesar de ser um trabalho pioneiro e de rigor, apresenta um conjunto de limitações que deverão ser obrigatoriamente consideradas na avaliação dos resultados, exigindo por isso algum cuidado na sua interpretação e generalização.

Em primeiro lugar, o facto da amostra do grupo de Fisioterapia ser exclusivamente do Norte do país, a amostra do grupo de Acupunctura ser da região Norte e Centro e serem ambas de conveniência, coloca em risco a representatividade da amostra em relação aos dois grupos estudados (validade externa do estudo).

Em segundo lugar, outra limitação prende-se com o facto deste estudo ser um estudo descritivo e, por esse facto, não explicar se as diferentes representações cognitivas encontradas ao nível da Identidade da Doença, Controlo de Tratamento, Causas da Doença e Crenças acerca dos Fármacos, bem como a Incapacidade Funcional se desenvolveram no período do tratamento (doentes foram avaliados no quinto

tratamento) ou se já existiam antes da opção pelo tipo de tratamento. Assim, em estudos futuros, seria importante avaliar as representações e a incapacidade em vários momentos do tratamento dos doentes.

Em terceiro lugar, uma outra limitação prende-se com os instrumentos utilizados. O facto de no questionário de avaliação da satisfação dos cuidados recebidos (QUASU), algumas das respostas se situaram nas opções “não se aplica” ou “não existe” foi também uma limitação pois não permitiu a utilização de todas as subescalas. Uma outra limitação está relacionada com os valores do alfa de Cronbach do questionário “Atitudes face aos Médicos e à Medicina”, bem como o alfa das subescalas “Controlo Pessoal” e “Duração Cíclica” do “Illness Perception Questionaire” e “Distração da Dor” do questionário “Modos de lidar com a Dor” que ficaram abaixo de .70 e, por isso, não foram consideradas nos testes de hipóteses.

Por fim, o facto de as medidas de avaliação serem instrumentos de auto-relato é outra limitação do estudo que deve ser considerada (Wilson & Entres, 1988) uma vez que estas estão sujeitas a problemas de interpretação e desejabilidade social.

Apesar destas limitações, este estudo representa um esforço para incluir variáveis individuais e familiares na avaliação de doentes com lombalgia em tratamento diferenciado dando particular relevo às representações cognitivas da doença, dos fármacos e coping apresentando um contributo teórico ao nível do modelo de auto-regulação de Leventhal e colaboradores e do modelo familiar de Olson e colaboradores. Desta forma, esperamos que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento do campo da Psicologia da Saúde Familiar em Portugal.

Implicações Futuras

Os resultados sugerem que as representações da doença têm impacto negativo na lombalgia ao nível da qualidade de vida e da incapacidade. Na verdade, a identidade da doença, as consequências, a identificação das causas da doença, a representação emocional da doença, o controlo pessoal e o controlo de tratamento revelaram-se importantes. Assim, relativamente às implicações teóricas, na abordagem da lombalgia crónica, este estudo veio enfatizar a importância das variáveis cognitivas na avaliação e tratamento do doente com lombalgia.

Considerando o significado que cada doente atribui à lombalgia crónica, os factores sociodemográficos nomeadamente o género, a idade, as habilitações literárias revelaram-se factores importantes na avaliação da lombalgia.

Os resultados fornecem ainda um contributo importante para a necessidade de valorizar a avaliação que os doentes com lombalgia fazem dos cuidados recebidos. Se a equipa de saúde considerar, como uma mais-valia, a avaliação da satisfação com os cuidados, tal informação contribuirá, a nosso ver, para a eficiência na prestação dos cuidados ao doente com lombalgia.

O nosso estudo vem reforçar os processos psicológicos nas implicações ao nível da qualidade de vida e da incapacidade funcional nestes doentes. Assim, os profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que atendem, orientam, tratam e cuidam dos doentes com lombalgia crónica, devem ser treinados para uma avaliação, não só dos aspectos clínicos mas também dos psicológicos, procurando planejar e intervir o mais precocemente possível no sentido de desmistificar possíveis crenças menos ajustadas acerca da doença que poderiam comprometer o processo de tratamento e de reabilitação. Daí a necessidade de equipas multidisciplinares no tratamento ao doente com lombalgia. Nesta avaliação e intervenção não deverá ser esquecida a relação entre pacientes/família e profissionais de saúde, pois uma boa comunicação é condição necessária para que esta relação seja eficaz. É muito importante que todos os membros da equipa estejam em constante comunicação e que troquem frequentemente, ao longo do tempo, informação relativa ao doente (Coniam & Diamond, 2001). O psicólogo deve estar atento à identificação de áreas problemáticas ao nível clínico e psicossocial com vista ao desenvolvimento e implementação de projectos de intervenção eficazes na resolução dos problemas apresentados pelos doentes e sua família (Angerami- Camon, 2001).

Os resultados deste estudo deverão merecer atenção em futuras investigações, nomeadamente ao nível das famílias onde os doentes com lombalgia estão inseridos pois consideramos que estas devem ser alvo de investigação, dando especial atenção ao tipo de família e à fase do ciclo de vida familiar (Olson, 1986), uma vez que o impacto da doença na família vai depender da fase de desenvolvimento em que a família se encontra (Pereira, 2002). Futuros estudos devem pois ter essa variável também em atenção.

Uma outra área importante, em estudos futuros, será a representação da doença e dos fármacos por parte dos profissionais de saúde e a contribuição destas variáveis para a adesão terapêutica.

Também seria muito interessante desenvolver estudos com variáveis clínicas, nomeadamente de mecânica corporal no sentido de melhor avaliar a capacidade funcional dos doentes e ultrapassar, assim, as limitações inerentes aos instrumentos de auto-relato.

REFERÊNCIAS

- Abenhaim, L., Rossignol, M., Valat, J. P., Nordin, M., Avouac, B., Blotman, F., Charlot, J., Dreiser, R.L., Legrand, E., Rozenberg, S., & Vautravers, P. (2000). The role of activity in the therapeutic management of back pain, Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine*, 25, 1–33.
- Abyholm, A.S., & Hjortahl, P. (1999). The pain takes hold of life, a qualitative study of how patients with chronic back pain experience and cope with their life situation. *Journal Tidsskr nor Laegeforen*, 30, 1624-1629.
- Adams, M. A., Mcmillan, D.W., Green, T. P., & Dolan, P. (1996). Sustained loading generates stress concentrations in intervertebral discs. *Spine*, 21(4), 434-438.
- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Kashikar-Zuck, S., & Wright, K. (1999). Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis, independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, 83, 601–609.
- Agree, E.M. (1999). The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Social Science & Medicine*, 48(4), 427–443.
- Aitken, L. S., & West, S.G. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting* Testing and interpreting interactions. Newbury Park, CA, Sage.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development, an integrative perspective*. New York, Guilford Press.
- Alencar, M., & Leila, A. (2002). Riscos de lombalgias ocupacionais: o caso de mecânicos de manutenção. *Reabilitar*, 14,38-42.
- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. R., Novaes, M. C., & Trindade, E. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos, Brasília. *Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – ESCS / FEPECS*, 18 (1), 57-67.
- Almeida, I. G. B., Katia, N., & Silva, M. (2008). Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43, (3), 96-102.

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Thoracic Society (2004). *Key Concepts, Quality of Life Resource*. Disponível em <http://www.atsqol.org./key.asp>. Consultada em 08/05/2008.
- Amorim, I. (2006). *Para lá dos números... Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida do Indivíduo com Diabetes Méllitus Tipo 2*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Amorim, M., & Coelho, R. (1999). Saúde, Doença e Qualidade de Vida. *Psiquiatria Clínica*, 20, 27-35.
- Anderson, E. (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale, Homogeneity of the subscales. *Social Behaviour and Personality*, 21, 197-204.
- Anderson, G. B. J. (1999). Factors in the genesis and prevention of occupational back pain and disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutic*, 15 (1), 43-46.
- Anderson, G.B.J. (1995). Epidemiological Features of Chronic Low Back Pain. *Lancet*, 354, 581-585.
- Anderson, H., Ejlertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Andrade Filho, A.C. (2001). *Dor, diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Roca.
- Antunes, J. L. (2005). *A medicina Humanista*. Disponível em [http:// www.humanista.html](http://www.humanista.html). Consultado em 30/09/08.
- Araújo - Soares, V. (1999) “...UM dia igual aos outros, da eterna família de serem assim”. Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor. *Psiquiatria Clínica*, 20, (2), 167-178.
- Araújo - Soares, V., McIntyre, T., & Figueiredo, M. (2002). Depressão e Dor Crónica, Implicações para a intervenção. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7 (2), 375-398.

- Araújo-Soares V., McIntyre T., & Figueiredo M. (2002). Intervenção psicológica: possibilidades de colaboração entre distintos campos científicos na dor crónica. *Dor*, 10, 10-19.
- Arrol, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance, a primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, 2, 455-561.
- Ayis, S., Goodberman-Hill, R., & Ebrahim, S. (2003). Longstanding and limiting long-standing illness in older people, associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and Ageing*, 32(3), 265-272.
- Aznar, P.M., & Pérez, J.M. (1998) *Acupuntura Y Dolor Articular Agudo*. Barcelona: Masson, S.A.
- Bair, M.J., Damush, T.M., Sutherland, J.M., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70 (8), 890-897.
- Baker, G., & Smith, D. (1992). What patients think, feel, and do, and how this relates to clinical trials. *Medical Meeting Series*, 1, 34-40.
- Barber, T.X. (1959). Toward a theory of pain, relief of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis. *Psychological Bulletin*, 56, 430-460.
- Barbosa, L. M., Júnior, M.P.A., & Bastos, K.A. (2007). Predictores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *Revista Brasileira de Nefrologia*, 29 (4) – 223-229.
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, & Banos J.E. (2003). El dolor de espalda en la población cata-lana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17(2): 97-107.
- Baum, W. (1998). *Compreender o Behaviorismo*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Baumann, L., Cameron, D., Zimmerman, R., & Leventhal, H. (1989). Illness Representation and Matching Labels with Symptoms. *Health Psychology*, 8, 449-469.
- Bear, M.F., Connors, B.W., & Paradise, M.A. (2002). *Neurociências Desvendando o Sistema Nervoso*, (2º ed). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Beecher, H.K., (1959). *Measurement of Subjective Responses: Quantitative Effects of Drugs*. New York: Oxford University Press.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa. Climepsi Editores
- Bénoit, J. C. (1988). *Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales Systémiques*. Paris, ESF Editeur.
- Berber, J.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 56-66.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 127, 148-156.
- Berlim, M. T., & Fleck M. P.A. (2007). *Quality of Life and Major Depression*. In, <http://www.springerlink.com/content>. Consultado em 25/05/08.
- Berson, B.S., Berntson, G.G., Zip, F.W., Torello, M. W., & Kirk, W.T., (1983). Vasopressin-induced antinociception, investigation into its physiological and hormonal basis. *Endocrinology*, II, 337-343.
- Berzon, R.A. (1998). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In: M. J. Staquet, R. D. Hays, & P. M. Fayers (Coords). *Quality of Life Assessment in Clinical Trials – Methods and Practice*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Beymer, P. L. (1995). Transcultural aspects of pain. In M. Andrews & J.S. Boyle, (Coords). *Transcultural Concepts in Nursing*, 2^a. ed (pp. 301-322). Philadelphia: Lippincott.
- Birrell, F., Afzal, C., Nahit, E., Lunt, M., MacFarlane, G.J., Cooper C., Croft, P.R., Hosie, G., & Silman A. J. (2003). Predictors of hip joint replacement in new attenders in primary care with hip pain. *British Journal of General Practice*. 53, (486), 26-30.

- Bishop, G. D. (1994). Human behavior and health. In G. Bishop (1994). *Health Psychology, Integrating Mind and Body*, (pp.69-91). Singapore: National University of Singapore.
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability, a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219-231. Blackwell Science Ltd.
- Boersma, K., & Linton, S.J. (2005). Screening to identify patients at risk, profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21, 38–43.
- Bolander, V. B., & Sorensen, L. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bond, W.S., & Hussar, D.A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978-1988.
- Bone, M. R., Bebbington, A.C., & Nicolaas, G. (1998). Policy applications of health expectancy. *Journal of Aging and Health*, 1998, 10(2), 136–53.
- Bonica, J.J. (1992). Pain Research and Therapy: History, Current Status and Future Goals. In C. E Short & Poznack, A.V. (Eds.), *Animal Pain*, (pp.1- 29). New York: Churchill Livingstone.
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., & Jensen, M.P. (1999). Coping with pain. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk, (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain, Critical Perspectives*, (pp. 343–359). New York: Guilford.
- Borenstein, D.G. (2001). Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Current Opinion in Rheumatology*, 13(2), 128-34.
- Bowling, A. (1997). *A Measuring Health, a Review of Quality of Life Measurement Scales*. Philadelphia, Open University Press.
- Brandão, C. (2006). Câncer e cuidados paliativos: definições (On-line). Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=305>, consultada em 16 de Julho de 2007

- Brandura, A. (1992). Exercise of Personal Agency Thought the Self efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Org.). *Self-efficacy, Thought Control of Action*. Washington, Hemisphere.
- Brandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). Adhering to Medical Advice. *Health Psychology. An Introduction to Behaviour and Health* (3ª Edition). USA, Brooks Publishing Company.
- Brasil, V.V., Zatta, L.T., Cordeiro, J.B., Silva, A.M., Zatta, D., & Barbosa M.A. (2008). Qualidade de Vida de Portadores de Dores Crônicas em Tratamento com Acupuntura. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 10(2), 383-394. Disponível em <http://www10.n2/htm>, Consultado em 7 de Janeiro 2009.
- Breast Carcinoma Pain. *Psychosomatic Medicine*. 45, (4), 333-339.
- Bréder, V. F. Oliveira, D. F., Dantas, E.H.M., & Silva, M.A.G. (2006). Prevalência de lombalgia em motoristas de ônibus urbano. *Revista de Fisioterapia Brasileira*, 7 (4), 290-294.
- Brenes, G.A., Penninx, B.W., Judd, P.H., Rockwell, E., Sewell, D.D., & Wetherell, J.L. (2008). Anxiety, Depression and Disability Across the Lifespan. *Aging & Mental Health*, 12(1), 158-163.
- Brown, G. K. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 127-137.
- Burr, W. R., Hill, R., Nye, F. I., & Reiss, I. (1993). *Contemporary theories about the family*. New York: Free Press.
- Cailliet, R. (1976). *Escoliose - Diagnóstico e Tratamento*, (2ª ed.). São Paulo: Manole Ltda.
- Cailliet, R. (1999). *Dor, Mecanismos e Tratamento*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Cailliet, R. (2001). *Síndrome da dor Lombar*. 5ª edição. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Calaça, J., Pechilga, E., Sousa, S., & Correia, J.M. (1986). Estudo do perfil de aderência dos doentes numa consulta hospitalar de hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 5, 285- 289.

- Campbell C., & Muncer, S.J. (2005). The causes of low back pain, a network analysis. *Social Science & Medicine*, 60 (2) 409-19.
- Canhão, A., & Santos, Z. (1996). Doença Crônica. *Psiquiatria Clínica*, 17 (3), 181-188.
- Caraviello, E.Z., Wasserstein, S., Chamlian, T.R., & Masiero, D. (2005). Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiátrica*, 12 (1), 11-14.
- Carnaval, P. E. (1998). *Medidas e Avaliação, em ciências do Desporto* 4ªed. Rio de Janeiro, Sprint.
- Carr, A. J., Gibson, B.A., & Robinson, P.G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.
- Carragee E. J, Alamin, T.F., Millerm J.L., & Carrageem, J. M. (2005). Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission, a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine*, 5,24 – 35.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar, Uma Estrutura para a Terapia Familiar*, (2ª Ed). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Carvalho, M.. J. (2003). O Sofrimento da Dor em Câncer. In J. M. M. M. Carvalho (Eds.), *Introdução à Psico-Oncologia*, (pp. 103-118). São Paulo: Manole Ltdª
- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. São Carlos, Universidade Federal de São
- Chaney, J., & Peterson, L. (1989). Family variables and disease management in juvenil
- Chapman J. (2003). Compliance, The Patient, the doctor, and the medication? *Transplantation*, 5, 782-786.
- Chapman, R.S., & Syrjala, K.L. (1990). Measurement of Pain. In J.J. Bonica. (Eds.), *The Management of Pain*, (580-594). Philadelphia, Lea, & Febiger.
- Cherem, A. J. (2001). *Diagnósticos dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho*. Rio de Janeiro, Teoria & Prática Editora.
- Chesney, M.A., Morin, M., & Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605.
- Chisholm, M., & Vollenweider, L., M. (2000). Renal transplantation compliance with free immunosuppressive medications. *Transplantation*, 70, (1), 240-1244.

- Choy, P. (2000). *Fundamentos de Medicina Tradicional Chinesa*. Lisboa: Choy, Eds.
- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke, integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging studies*, 17, 171-187.
- Conant L. L. (1998). Psychological Variables Associated with Pain Perceptions Among Individuals with Chronic Spinal Cord Injury Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (1) 71-90.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). Predicting and changing health behaviour: Future directions. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (pp.188-204). Buckingham: Open University Press.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications, Another look at compliance. *Social Science & Medicine*, 20, 29-37.
- Coster, L., Kendal, S., Girdle, B., Henriksson, C., Henriksson, H.G., & Bengtsson (2008). Chronic widespread musculoskeletal pain - A comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *Journal of Pain*. 14,107-121.
- Couto, H.A. (2000). Ergonomia, Realidade Instigante. *Revista Protecção*, 105, 46-49.
- Cox, J. M. (2002). *Dor Lombar - Mecanismo, Diagnóstico e Tratamento*, (6ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Manole Ltdª.
- Craig, K.D. (1999). Emotions and Psychology. In P.D., Wall & R. Melzack, (Ed). *Textbook of Pain* (pp. 132-1449), London, Churchill Livingstone.
- Cresson, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé*. Paris, Éditions L'Harmattan.
- Cruz, M.M. (1998). Adesão do utente à prescrição do seu médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 15, 16-21.
- Currie, SR., & Wang, J.L. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian Population. *Pain*, 107(1-2), 54-60.
- Dangelo, J.G. & Fattini, C.A (1998). *Anatomia Humana Básica dos Sistemas Orgânicos*. São Paulo, Editora Manole.
- De Vitta, A. (1996). A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação, coma a idade e o sexo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 1 (2), 67-72.

- DeGood, D.E. (2000). Relationship of Pain-Coping Strategies to Adjustment and Functioning. In R.J. Gatchel & J.N. Weisberg, (Eds.), *Personality Characteristics of Patients with Pain* (pp. 129–164). Washington: American Psychological Association.
- Dias, M.R., & Brito, J.A (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica, 1*, 91-105.
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association, 271*, 79-83.
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Despacho Ministerial de 26 de Maio. Lisboa, Edição de Autor.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Registos sistemáticos da intensidade da dor. Lisboa, Edição de Autor.
- Donabedian A. (1986). Guideposts to a Conference on Quality Assessment and Assurance. In *Proceedings of an International Conference on Quality Assurance in Health Care* (pp.6-12). Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- Donna, M. U., Robin, J. B., Flavia, M. C., Jisheng. C., Andrew F., & Susan, R.D. (2009). Negative Beliefs About Low Back Pain are Associated With High Pain Intensity and High Level Disability in Community-based Women. *BMC Musculoskeletal Disorders Index, 1*, 1-9.
- Druss, B.G., Rosenheck, R.A., & Stolar M. (1999). Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatric Services, 50*,1053-1058.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença*. Coimbra, Quarteto.
- Duarte, S.M.S. (2008). *Variáveis Individuais e Familiares no Lúpus Eritematoso Sistémico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Braga, Universidade do Minho.
- Echabe, A. E., Guillen, C. S., & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 339-349.

- Edgar, K.A., & Skinner, T.C. (2003). Illness Representations and coping as predictors of emotional well being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 485-493.
- Edzar, E., & Adrian W. (2001). *Acupuntura, Uma Avaliação Científica*. São Paulo. Manole Ltdª.
- Eggimann, B., Wietlisbach, V., Ri- Ckenbach M., Paccaud F., & Gutzwiller F. (2000). One year prevalence of low back pain in two Swiss Regions, estimates from the population participating in the 1992-1993: Monica projects. *Spine*, 25(19), 2473-2479.
- Elkayam, O., Ben Itzhak, S., Avrahami, E., Meidan, Y., Doron, N., Eldar, I., Keidar, I., Liram, N., & Yaron, M. (1996). Multidisciplinary Approach to Chronic Back Pain, Prognostic Elements of the Outcome. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 14(3), 281-288.
- Enelow, A. J., Forde, D. L., & Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Epstein, L. H., & Cluss, P. A. (1985) A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 960-971.
- Eraker, S.A., Kirscht, J.P., & Becker, M.H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annalyse of Internal Medicine*, 100, 258-268.
- Ernest, E., & White, A. (2001) *Acupuntura. Uma avaliação Científica*, 1ª Ed. São Paulo, Manole Ltda.
- Evans, P. (1998). Stress and coping. In M. Pitts, & K. Phillips (Eds.). *The Psychology of Health: an introduction*, 2nd Ed. (pp. 47-67). London, Routledge.
- Fagulha, T., Duarte, M., & Miranda, M. (2000). A Qualidade de Vida. Uma Nova Dimensão Psicológica. *Análise Psicológica*, 25, 17-24.
- Falcão, F.C.S. (2006). *Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos com dor lombar crónica*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

- Farber, P.L., & Timo-Iaria, C. (1994). Acupunctura e sistema nervoso. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 67, (5-6), 125-131.
- Farguar, M. (1995). Defenitions of Quality of Life: A taxonomy. *Journal of Advenced Nursing*, 22, 13-15.
- Feinstein, A.R. (1990). White-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Archives International of Medicine*, 150 (7), 1377-1383.
- Fernandes, O.M. (1995). *Família e emigração: um estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma “população” não migrante do conselho de Chaves e de uma “população” portuguesa no Cantão de Genebra*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Ferreira, S., & Sampaio, F. (2000). *Contributos para o Desenvolvimento de Competências para a Intervenção de Enfermagem na dor*, Manuscrito não publicado. Lisboa: Instituto de Formação em Enfermagem.
- Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias – Uma breve Revisão da Literatura. *Toxicoddependência*, 9, 71-83.
- Figueiras, M. J. (1999). *Illness Representations and Recovery from Myocardial Infraction in Portugal*. Tese de Doutoramento não publicada. Universiry of London.
- Figueiras, M. J., Marcelino, D., Cortes, M.A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: Um estudo piloto sobre diferenças de género. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 427-437.
- Figueiras, M., Machado, V., & Alves, N. (2002). Os Modelos de Senso-comum das Cefaleias Crónicas nos Casais: Relação com o Ajustamento Marital. *Análise Psicológica*, 1, 77-90.
- Fillingim, R.B. (2003). Sex-related influences on pain, a Review of Mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, 48, 165-1674.
- Filshie, J., & White, A., (1998). *Medical Acupuncture, a Westers Cientific Approach*. In J. Filshie & A. White (Eds.). *Acupunctuur: achtergronden en wetenschap* (225-294). Edinburgo: Churchill Livingstone.

- Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (Eds). (1997). *Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care*. London, Royal College of Physicians of London.
- Flocke, S.A., Miller, W.L., & Cabtree, B.F. (2002). Relationship Between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care. *Journal Family of Practice*, 51, 835-840.
- Flor, H., & Turk, D.C. (1998). Chronic back pain and rheumatoid arthritis, predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis, The Cv. Mosby Company.
- Fordyce, W. E. (1997). On the nature of illness and disability, an editorial. *Clinical Orthopedics*, 336, 47-51.
- Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Néri, M. S. Yassuda, & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 51-70). Campinas: Papirus.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação, da concepção à prática*. Lisboa, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Foster, A.B., Elaine T., Chris. M., Rob, H., John, W., & Elaine, H. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care, what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, 136, 177-187.
- Frank, A. (1993). Low back pain. *British Medical Journal*, 306 (6882), 901-909.
- Freire, M. (2000). *O efeito do condicionamento físico pela caminhada, na dor Lombar Crónica* Dissertação de Doutoramento. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Frostholm, L., Per Fink, M., Christensen, K.S., Tomas,T., Oernboel, E., Frede O., & Weinman, J. (2007). The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care. *Psychosomatic Medicine*, 67, 997-1005.
- Frutuoso, J. T., & Cruz, R. M. (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*, Casa do Psicólogo. 3, 107-114.

- Fullen, B., Bury, G., Daly, L., Doody, C., Baxter, G.D., Hurley, D.A. (2006) Doctors' attitudes and beliefs to patients with chronic low back pain: a qualitative study. [Invited Oral Presentation], *The Society for Back Pain Research Annual General Meeting*, Gisborough Hall, In <https://rms.ucd.ie/ufrsl>, consultado em 4/01/09.
- Furz, G., Roebuck, A., Bull, P., Lewin, R. J. P., & Thompson, D. R. (2002). A comparison of the illness beliefs of people with angina and their peers, a questionnaire study. *British Medical Care, Cardiovascular Disorders*, 2 (4), 316-326.
- Gaecia, I., Wax, P. & Ghwrtzmann, F. (1996). Aspectos Psicossociais do Paciente com
- Gaither, C. A., Kirking, D. M., Ascione, F. J., & Welage, L. S. (2001). Consumers' views on generic medications. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41 (5), 729-736.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto.
- Geadá, M. J. (1996). *Perfil Psicopatológico e Qualidade de Vida nas Perturbações Distímicas e Depressão Major*. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental. Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Gill, G., & White, H.L., (1955). Mechanisms of nerve root compression and irritation in backache. *Clinical Orthopaedic*, 5, 66-81.
- Gomes, R., Mendonça, E.A., & Pontes, M. L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 5, (18), 1207-1214.
- Gonzalez, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (2005). Colocar a doença no seu lugar: discussão de grupos de família com doença crónica. In Walsh, F. (Coords), *Fortalecendo a resiliência familiar* (pp.88-95). São Paulo: Roca.
- Greenstein, M., & Seigal, B. (2000). Evaluation of a multivariate model predicting noncompliance with medication regimens among renal transplant patients. *Transplantation*, 69, 2226-2228.
- Griva, K., Myers, LB., & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.

- Grotle, M.P.T., Brox, J.I., & Vollestad, N.K. (2004) Concurrent comparison of responsiveness in pain and functional status measurements used for patients with low back pain. *Spine*, 26,493-501.
- Guimarães, C.M., Pinge, M.C.M., Yamamura, Y., & Melo, E.E.A.M. (1997). Effects of acupuncture on behavioral, cardiovascular and hormonal responses in restraint-stressed Wistar rats. *Brazilian Journal of medical and Biological Research*, 30, 1445-1450.
- Gurgueira, G.P., Alexandre N.M.C., Corrêa, H.R. F.(2003). Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(5), 608-613.
- Gustafsson, G.P., Kjellman, N.I., Ludvigsson, J., & Cederblad, M.(1987). Asthma and family interaction. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 258-263.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (1996). *Tratado de Fisiologia Médica* (9ª Ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogen.
- Hakala, P., Rimpela, A., Salminen, J.J., Virtanen, S., & Rimpelä, M. (2002). Back, neck, and shoulder pain in Finnish adolescents, national cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 325, 743-747.
- Harma, A., (2002). Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 20 (2), 92-96.
- Harreby M., Kjer J., Hesselsoe G., & Neergaard, K. (1996) Epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38-year-old men and women, a 25-year prospective cohort study of 640 school children. *European Spine Journal*, 5, 312–318.
- Hartigan, C., Rainville, J., Sobel, J.B., & Hipona, M. (2000). Long-term exercise adherence after intensive rehabilitation for chronic low back pain. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 32, 551–557.
- Haug, M.R., Wykle, M.L., & Namazi, K.H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science and Medicine*, 29, 2, 171–183.
- Haynes, R.B. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.

- Haynes, R.B., Wang E., & Gomes, M. D. M. (1987). A Critical Review of Interventions to Improve Compliance with Prescribed Medications. *Patient Education and Counseling*, 10, 155-166.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, Saúde e Doença* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17 (3), 417-431.
- Heppner, P.P., Hibel, J.H., Neal, G.W., Weinstein, C.L. & Rabinowitz, F.E. (1988). Personal problem solving: A descriptive study of individual differences. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 580–590.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale — a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Médica*, 21, pp. 185-191.
- Hestbaek L., Leboeuf-Yde, C., & Kyvik, K. (2006). The course of low back pain from adolescence to adulthood, eight-year follow- up of 9600 twins. *Spine*, 31,468–472.
- Hestbaek, L. Leboeuf-Yde, C., & Kyvik, K. (2006). Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. BioMed Central *Musculoskeletal Disorders*, 7, 29-37.
- Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice, effect on patient satisfaction. *British Medical Journal*, 16, 304, 1287-1290.
- Hoddevik, G.H., & Selmer R. (1999). Chronic low back pain in 40-year olds in 12 Norwegian counties. *Tidsskr Nor Laegeforen Journal*, 119, 2224-2228.
- Hoffman, D., & Tarzian, A. (2001). The girl who cried pain, a bias against woman in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: conceptualising adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler

- (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P. Gard (Eds.). *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp.166-183). London, Blackwell.
- Horne, R. (2006). Beliefs and adherence to treatment, the challenge for research and clinical practice. In P.W. Halligan, & M, Aylward (Eds), *The power of belief, psychosocial influence on illness, disability and medicine* (pp.115–36). Oxford, Oxford University Press.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 12, 1-24.
- Hornig, Y.S., Hwang, Y.H., Wu, H.C., Liang, H.W., Jang, Y., Twu, F.C., & Wang, J.D. (2005). Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. *Spine*, 30, (5), 551-555.
- Hulley, S.B, Cummings, S.R., & Browner, W.S. (2003). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica* (2ªed.). Porto Alegre: Artmed. Brasil.
- Ijzelenberg, W., & Burdorf, A. (2004). Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. *Occupational & Environmental Medicine*, 61, 806-810.
- Jensen, M. P., Turner, J.A., Romano, J.M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-83.
- Jette, A. M. (1996). Disability trends and transitions. In R. H. Binstock, & L. K. George (Eds.). *Handbook of Aging and the Social Science*, (pp. 94-116). San Diego, Academic Press.
- Johnston, M., Pollard, B., & Hennessey, P. (2000). Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 579-584.

- Kane, R.L, Maciejewski, M., & Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35 (7), 14-30.
- Katon W., & Sullivan, M. (190). Depression and chronic medical illness. *Journal Clinical of Psychiatry*, 150 (1), 3-11.
- Keef, F., Dunsmore, J., & Burnett, R. (1992). Behavioural and Cognitive-Behavioral Approaches to Chronic Pain, Recent Advances and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (4), 528-536.
- Keefe, F.J., & France, C.R. (1999). Pain: Biopsychosocial mechanisms and management. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 137-141.
- Kendall, N., Linton, S., & Main, C. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back: risk factors for long-term disability and work loss*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Kenny, D. (2009a). *Moderator Variables*. In davidkenny.net/cm/moderation.htm consultado em 11/4/09.
- Kenny, D. (2009b). *Mediation*. In davidkenny.net/cm/moderation.htm consultado em 11/4/09.
- Kerns, R. D., Otis, J.D., & Marcus, K. S. (2001). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 503-23.
- Keyserling, W. M., Pinnett, L., Fine, L. J., & Trunk. (2000). Posture and back pain, identification and control of occupational risk factors. *Applied Industrial Hygiene*. 3, (3), 87-92.
- King, G.E., Scheetz, J., Jacob, R.S., & Martin, J.W. 1989). Electrotherapy and hyperbaric oxygen: Promising treatments for post radiation complications. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 62, 333-334.
- King, J.B. (1984). Illness attributions and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 10, 287-312.
- Knauper, B. (2001). Symptom awareness and interpretation. In N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds), *International Encyclopedic of Social and Behavioral Sciences* (pp. 15357-15362). Oxford, England, Elsevier.

- Krause, N., Rugulies, R., Ragland, D.R., & Syme, S.L. (2004). Physical workload, ergonomic problems, and incidence of low back injury: a 7.5 - year prospective study of San Francisco Transit operators. *American Journal of Industrial Medicine*, 46 (6), 570-85.
- Kumar, K., Gordon, C., Toescu, V., Buckley, C.D., Horne, R., Nightingale, P.P., & Raza, K. (2008). Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus, a comparison between patients of South Asian and White British origin. *British Society for Rheumatology*, 3, 1- 8, disponível em <http://www.rheumatology.org.uk/>, consultada em 12 de Dezembro 2008.
- Kummel, B.M. (1998) Nonorganic signs of significance in low back pain. *Spine*. 21, 1077-1081.
- Lamb, V. L. (1996). A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. *Social Science and Medicine*, 42 (3), 363-377.
- Lame, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W., Kleef, M., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9(1), 15-24.
- Lamers, L., Meerding, W.J., Severens, J., & Brouwer, W. (2005). The relationship between productivity and health-related quality of life: an empirical exploration in persons with low back pain. *Quality of Life Research*, 14, (3), 805-813.
- Lau, B.W. (1995). Psychosocial context of stress in health and illness. *Journal of the Royal Society of Health*, 115, (4), 220-224.
- Law, J., & Reed, A. (2001). *Electroterapia Explicada* (3ª ed.). São Paulo, Manole Ltdª.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Eds.). *Health promotion and chronic illness, discovering a new quality of health*, (pp. 11-29). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes, the problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40 (7), 770-779.

- Lazarus, R.S. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In, V.H. Rice, (Ed.). *Handbook of Stress, Coping, and Health* (pp. 195–222). London, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Lee, J.D., Chon, J.S., Jeong, H.K., Kim, H.J, Yun, M., Kim, D.Y., Kim, D.I., Park, C.I., & Yoo, H.S. (2003). The cerebrovascular response to traditional acupuncture after stroke. *Neuroradiology*, 45, 780–784.
- Lee, P., Helewa, A., Goldsmith C.H., Smythe H.A., & Stitt, L.W. (2003). Low back pain, prevalence and risk factors in an industrial setting. *Journal of Rheumatology*, 28 (2), 346 -351.
- Legge, D. (1997). *Close to the one: The treatment of Musculo-Skeletal Disorder with Acupuncture and other Traditional Chinese Medicine* (2^a ed.). Sydney. College Press.
- Leite, S.N., & Vasconcellos, M.P.C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa, elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8 (3), Rio de Janeiro. Brasil.
- Leventhal, E.A., & Crouch, M. (1997). Are There Differences in Perceptions of Illness. Across the Lifespan? In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness, Current Research & Applications* (pp.77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H, Brissete, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron and H. Leventhal, (Eds.). *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*, (42-65). New York, Routledge.
- Leventhal, H., & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds). *Handbook of Psychology, Health and Medicine*, (pp. 131-135). Cambridge: University Press.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counselling*, 10, 117-138.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, affect in illness self-regulation, a perceptual-cognitive model. In A. B. Revenson, & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-48). Cambridge: University Press.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Medical Psychology*, 2, 7-30).
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutmann, M. (1984) Compliance, A self-regulation perspective. In D. Gentry (Eds), *Handbook of Behavioral Medicine*, (pp. 369-434). New York: Pergamon Press.
- Levi, R., & Droctar, D. (1998). Critical issues and needs in health – related quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions. In D. Drotar (Ed.). *Measuring Health Related Quality of Life in Children and Adolescents, Implications for Research and Practice* (pp. 3-24). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewith, G., & Kenyon, J. (1984). Physiological and Psychological Explanation for the Mechanism of Acupuncture as a Treatment for Chronic Pain. *Social Science & Medicine*, 19(12), 1367-1378.
- Ley, P. (1986) Cognitive variables in non-compliance. *Journal of Compliance Health Care*, 1, 171-188.
- Lihara, N., Tsukamoto, T., Morita, S., Miyoshi, C., Takabatake, K., & Kurosaki, Y. (2004). Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 29, 417-424.
- Lillefjell, M., Krokstad, S., & Espnes, G. (2007). Prediction of Function in Daily Life Following Multidisciplinary Rehabilitation for Individuals with Chronic Musculoskeletal Pain, a Prospective Study. *Medscape Journals & Referenc*, 21, 156-164.
- Lima, I.C., Seguchi, H., Imamura, M., Saito, E.T., Pinho, C.P., & Imamura, S.T. (1999). Tratamento da lombalgia crónica pela inativação de pontos gatilho miofasciais. *Acta Fisiátrica*, 6 (1), 10-13.
- Linholf, J.S., Ventegodt, S., & Henneberg, E.W. (2002). Developmental and validation of Quality of livfe for Clinical databases, A short and generic questionnaire based on an integrative theory of the quality of life. *European Journal of Surgery*, 168, 107-113.

- Linton, S. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25, 9, 1148-1156.
- Lip, G.Y., Kamath S, Jafri, M. Mohammed, A., & Bareford, D. (2002). Ethnic differences in patient perceptions of atrial fibrillation and anticoagulation therapy, the West Birmingham Atrial Fibrillation Project. *Stroke*, 33, 238–242.
- Lip, G.Y., Khan, H., Bhatnagar, A., Brahmabhatt, N., Crook, P., & Davies, M.K. (2004). Ethnic differences in patient perceptions of heart failure and treatment, the West Birmingham Heart Failure Project. *Heart*, 90,1016–1019.
- Liu, M. (1996). Comparison of Acupuncture and Drug Treatment for 130 Patients with Facial. *Journal of Clinical Acupuncture*, 12 (5,6): 56-60.
- Loeser, J.D., & Melzack, R. (1999). Pain: An overview. *Lancet*, 353, 1607-1609.
- Lopez, J.A.F., Mejia, R.H., & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida, un tema de investigacion necessário: Concepto y método. *Medicina Integral*, 27, 2, 75-78.
- Lorenz, N.G., & Sung, J. L. (1997). Acupuncture: Ancient Chinese and Modern Western. A Comparative Inquiry. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 3 (1) 11-23.
- Lorig, K., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H.R. (2001). Chronic disease self management program, 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39 (11), 1217- 1223.
- Lourenço, O., Quintal, C., Ferreira, P.L. & Barros P.P. (1998). A equidade na utilização de cuidados de saúde em Portugal: Uma avaliação baseada em modelos de contagem. ideas.repec.org. Disponível em [/ideas.repec.org/a/gmf/journal/y2007i25p6-26.html](http://ideas.repec.org/a/gmf/journal/y2007i25p6-26.html), consulta em 22 de Agosto 2007.
- Luoto, S., Aalto, H., Taimela, S., Hurri, H., Pyykko, I., & Alaranta, H. (1998) One-footed and externally disturbed two-footed postural control in patients with chronic low back pain and healthy control subjects, A controlled study with follow-up. *Spine*. 23, 2081– 2089.
- Maciocia, G. (1998). *Os Fundamentos da Medicina Chinesa*. São Paulo, Editora Rocal Ltda.

- Maes, S., & Gebhardt, W. (2000). Self-regulation and health behaviour. The health behaviour goal model. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of Regulation* (pp.22-56). San Diego, Academic Press.
- Mao, W., Ghia, J., Scott, D., Duncan, G., & Gregg, J. (1990). High Versus Low Intensity Acupuncture Analgesia for Treatment of Chronic Pain, effects on platelet serotonin. *Pain*, 8(3), 331-342.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ªed.). S.Paulo: Editora Atlas S.A.
- Mardby, A.C., Akerlind, I., & Jorgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education Counseling*, 69 (1-3), 158-164.
- Mark, D., Sullivan, G. J.M., Kempen, Eric, V.S., & Johan O. (2000). Models of health-related quality of life in a population community-dwelling Dutch elderly. *Quality of Life Research*, 9, 801-810.
- Marras, W. (2000). Occupational low back disorder causation and control. *Ergonomics*, 43, 880-902.
- Marteau, T.M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356.
- Martim, C.R., & Thompson, D.R. (2005). A psychometric evaluation of the hospital Anxiety and depression scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5,193-202.
- Martins, A., & Silva, Y. (2002). Doenças Oncológicas e Representações Sociais. *Referência. Revista de Educação e Formação em enfermagem*, 9, 11-24.
- Mason, V. L. P., Mathias, B.M., & Skevington, S. M. (2008). Accepting Low Back Pain, Is It Related to a Good Quality of Life? *Clinical Journal of Pain*. 24(1), 22-29.
- Matheus, S., Costa, F.A., Souza, T. O., Mata, A. N. S., & Pontes, J. F. (2007). Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 1413-8123.

- Matthew, J. B., Jingwei Wu, M.S., Damush, T.M., Jason, M., Sutherland, PhD., & Kurt Kroenke, M.D. (2008). Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination with Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*, 70, 890-897.
- Matus, C., Galilea, E., & Martín, A. S.(2003). Imagenologia del dolor lumbar. *Revista Chilena de Radiologia*, 9, (2) 62-69.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (2002). Appropriate pain control. *Progress in Neurobiology*, 569 (1), 120. 124.
- McCaul, K.D., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(3), 230–236.
- MacCubbin, H.I., & Patterson, J. M. (1993). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6(7), 7-37.
- McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1994). *Terapia Familiar Médica, em enfoque biopsicossocial com problemas de saúde*, (pp 78-80). Porto Alegre, Brasil, Artemed.
- McGee, CT., Sancier, K., & Chom, E.P.Y. (1996). Qicong in Traditional Chinese Medicine. In: MS. Micozzi (Eds.), *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, (pp 225-229). New York, Churchill – Livingston.
- McGorry, R.W., Webster, B.S., Snook S.H., & Hisiang S.M. (2000). The relation between pain intensity, disability, and the episodic nature of chronic and recurrent low back pain. *Spine*, 25, 834 – 841.
- McIntyre, T. Johnston, M., Gouveia, J. L., Trovisqueira, A.M., & Araújo, V., Figueiredo, M. (2004). Resultados psicossociais na reabilitação pós enfarte agudo do miocárdio em mulheres portuguesas e escocesas. *Relatório do Projecto POCTI, apresentado à Fundação para a Ciência e Tecnologia*. Braga, Universidade do Minho.
- McIntyre, T., Pereira, M.G., Silva, N.S., Fernandes, S., & Correia, M.J. (1999). *Manual do Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente*. Porto. Administração Regional de Saúde-Norte.

- McIntyre, T., Pereira, M.G., Sores, V., Gouveia, J., & Silva, S.(1999). *Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação*. Universidade do Minho.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence*. New York, Plenum Press.
- Meinhardt, H. (1982). *Models of biological pattern formation*. London, Academic.
- Melzack, R. (1996). *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1987) *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melzer, D., & Parahyba, M. I. (2004). Sócio-demographic correlates of mobility disability in older brazilians, results of the first national survey. *Age and Ageing*, 2, 16-26.
- Menckeberg, T.T., Bouvy, M, L., Bracke, M., Kaptein, A. A., Leufkens, H. G., Raaijmakers, J. A. M., & Horne, R. (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*, 64 (1), 47-54.
- Mendes, M.S (2007). Médicos e doentes, doentes e médicos. Que relações? A medicina é uma arte baseada na ciência, às vezes também uma artesanía e uma técnica. *Acta Urológica* 24, (1), 9-10.
- Menegatti, C.L., Amorim, C., & Avi, G.D.S. (2005). Abordagem comportamental à queixa de dor. In, H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre, (Eds). *Sobre Comportamento e Cognição, Expondo a Variabilidade*, (169-174.). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Meng, C.F., Wang, D., Ngeow, J., Lao, L., Peterson, M., & Paget, S. (2003). Acupuncture for chronic low back pain in older patients, a randomized, controlled trial. *Reumatology*, 42, (12), 1508-1517.
- Miller, P., Wilkoff, R., & Hiatt, A. (1992). Fischebein's model of reasoned action and compliance behaviour of hypertensive patients. *Nursing Research*, 41, 104-109.

- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (1997). Saúde em Portugal, Conceito e Contexto. *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa, DGS, p. 25.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1990). *Técnicas De Terapia Familiar*. Porto Alegre, Brasil: Artemed.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L., & Todd, C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Mok, L.C., & Lee, I.F. (2008). Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17, (11), 1471-1480.
- Mole, P. (1993). *A acupunctura, Equilíbrio Energético para o Corpo e Mente e o Espírito*. Lisboa, Editorial Estampa.
- Molin, E., & Barros, E. P. (1996). Tratamento Cirúrgico da Hérnia Discal Associada À Vértebra De Transição Lombossacra. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 31, (2) 13-24.
- Moorey, S., Watson, M., Gordman, C., Rowden, I., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal Psychiatry*, 158, 255-259.
- Moraes, E., Silva M., & Pereira, J. (2003). A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. *Revista de Fisioterapia Brasileira*, 4,3,11-19.
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, Chronic Diseases and Decrements in Health, Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 8, 851-858.

- Muszbek, K., Aszekely, A., Balogh, E., Molnár, M., & Rohánsky, M. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
- Nachemson A., & Jonsson, E. (Eds), (2000). *Neck and Back pain*. Philadelphia, Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Nagy, V.T., & Wolfe, G.R. (1984). Cognitive predictors of compliance in chronic disease patients. *Medical Care*, 22,912-921.
- Naslund, J., Naslund, U., & Odenbring, S. (2002). Sensory Stimulation (acupuncture) for the Treatment of Idiopathic Anterior Knee Pain. *Journal Rehabilitation of Medicine*, 34, 231-238.
- Neame, R., & Hammond, A. (2005). Beliefs about medications, a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 44,762-769.
- Neves, C. (2000). Qualidade de Vida em Pessoas com Diabetes Tipo I. *Referência: Revista de Educação em Enfermagem*, 11, 24-28.
- Newbury, P.C., Roter D.L., Hall, J.A, Merisca, R, Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B.(1998). Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance, *A Meta-Analysis. Medical Care*, 36 (8), 1138-1161.
- Noack, H. (1991). Conceptualizing and measuring health. In B. Brandura & C. Kickbusch (Eds.). *Health Promotion and Research*, towards a new social epidemiology (137-166). Copenhagen: World Health Organization.
- Núñez, M., Núñez E., Yoldi C., Quintó L., Hernández M. V., & Muñoz-Gómez J. (2006). A therapeutic education and functional readaptation program for Spanish patients with musculoskeletal chronic diseases. *Clinical Rheumatology*. 25(5), 676-82.
- Nusbaum, L., Natour, J., Ferraz, M.B., & Goldenberg, J. (2001) Translation, adaptation and validation of the Roland Morris questionnaire. *Journal of Medical and Biological Research*, 34,203-210.
- O'Brien, M., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens, updating a complex medical issue. *Medical Care Review*, 49, 435-454.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa, Climepsi.

- Oliveira, J.T. (2000). Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crónica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 360-365.
- Olson, D. (1986). Circumplex Model VII, Validation studies and FACES II. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D., Mccubbin, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1982). *Families Inventories*, Family Social Science. St. Paul, USA: University of Minnesota.
- Olson, D.H., & Tiesel, J.W. (1992). FACES II update, linear scoring and interpretation, In D.H. Olson. (Eds), *Falily Inventories*, (2^a ed.), (pp.12-15), St.Paul, USA, University of Minisota.
- Ostelo, J.C., Raymond, W., Henrica, C., Waddell, G., Kerckhoffs, M. R., Leffers, P., & Van Tulder, M. (2003). Rehabilitation Following First-Time Lumbar Disc Surgery, a Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration. *Spine*, 28, 209-218.
- Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services* (pp.35-51). Oxford,
- Pamplona, A.V. (1997). *Estudo da adesão ao tratamento com pacientes de 12 especialidades médicas em regime ambulatório*. Tese Mestrado Psicologia-Área de Psicoterapia e Psicologia da Saúde, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Papageorgiou, A.C., Croft, PR., Ferry, S., Jayson, M.I., & Silman, A.J, (1995). Estimating the prevalence of low back pain in the general population, evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine*, 20(17), 1889-1894.
- Parker, J., & Endler, N. (2006). Coping with coping assessment, A critical review. *European Journal of Personality*, 6, (5), 321-344.
- Patel, M., Gutzwiller, F., Paccaud, F., & Marazzia, (1989). A Meta-Analysis of Acupuncture for Chronic Pain. *Journal Epidemioly*, 18(4), 900-906.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paviani, N. J. P. (2000). Abordagem da Dor no Câncer. In V. L. Rezende, (Orgs.). *Reflexões Sobre a Vida e a Morte, Abordagem Interdisciplinar do Paciente Terminal* (33-47). Campinas, SP, Papirus
- Pearce, S., & McDonald, A. (2001). Chronic pain. In D. W. Johnston, & M. Johnston (Eds.). *Health psychology: Comprehensive clinical psychology* (pp. 557-574). New York: Pergamon Press.
- Pereira, M.G. (2002). A Perspectiva bio psicossocial na Avaliação em Psicologia da Saúde, Modelo Interdependente. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 183-191.
- Pereira, M.G., Barbosa, J., Sousa, J. N., Santiago, N., & Lima, M. (2002). Os grandes consumidores de consultas medicas, um estudo de família. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, (2), 289-300.
- Pereira, M.G. & Roios, E. (2007). Variáveis na lombalgia crónica. Um estudo com doentes em tratamento de Fisioterapia e Quiropratia. Tese de Doutoramento. Braga, Universidade do Minho.
- Pereira, M.G., & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes Face aos Médicos e Medicina. *Avaliação Psicológica, Formas e Contextos*, 6, 496-503.
- Pereira, M.G., Soares, V.A., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos Médicos e Medicina, Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2, (2), 69-80.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais, A complementariedade do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa, Edições Sílabo.
- Petrie, K.J., Cameron, L.D, & Ellis, C.J. (2002). Changing illness perceptions following myocardial infarction, an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64,580-586.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6 (6), 536-539.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devich, D.A. (2007). The role of illness perception in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20,163-167.

- Phipps, W. (1995). *Enfermagem Médico Cirurgia, Conceitos e Prática Clínica* (pp 70-96). 2ª edição em português. Lisboa, Lusodidacta.
- Pimentel, F. (2004). *Qualidade de Vida em Oncologia*. Lisboa, Permanyer Portugal.
- Pimentel, S. F., Barbosa, N.D., & Resende, D.F., (1990). Effect of Temperature on the Reproduction of the Snail B. Glabrata. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 23, 441-449.
- Pincus T. (2006). Effect of cognition on pain experience and pain behavior, Diathesis-stress and the causal conundrum. In K. Young & A. Nocholson (Eds.), *Psychological Knowledge in Court (166-193)*. USA: Springer.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em Cuidados de Saúde Primários, sua relação com as características sociodemográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21,259-267.
- Putz, R., & Pabst, R. (2000). *Atlas de Anatomia Humana Sobotta*. (2), (21ª ed.). Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- Quartilho, M.J. (2001). Dor Crónica, Aspectos psicológicos Sociais e Culturais. Sociedade Portuguesa de Reumatologia, *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26,255-262.
- Queiroz, M.V. (1996). Dores nas Costas: Lombalgias. *Revista Rol de Enfermeria*. (19), 210, 57-64.
- Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11,431-455.
- Quintal, A. (1993). Aspectos sócio-económicos das lombalgias. *Revista Portuguesa de Reumatologia*, 4 (31), 709-13.
- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo*. Manuscrito não publicado. Lisboa: Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
- Rangé, B. (2001). Programa de treinamento à distância para tratamento de transtorno do pânico e agorafobia. *Psicologia Clínica e da Saúde*, 18 (2), 153-175.
- Rasch, Philip, J., Burke, & Roger, K. (1977). *Cinesiologia e anatomia aplicada* (5ª ed.), (pp 201-215), Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

- Reis, J. C. (2005). *O que é a Saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa, Nova Veja.
- Relvas, (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Edições Afrontamento. Porto.
- Repetti, R. L. (1991). Social withdrawal as a short-term coping response to daily stressors. In H. S. Friedman (Eds.), *Hostility, coping and health* (pp. 151- -165). Washington: American Psychological Association.
- Revel, M. (2006). O conceito de discólise nas discopatias degenerativas. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. In <http://www.spreumatologia.pt/publicacoes>, consultada em 9 Setembro 2008.
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Rice, J.M., & Lutzker, J.R.(1984). Reducing non compliance to follow-up appointment keeping at a family practice center. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17(3), 303-311.
- Ristol, E.G.A. (1997). Acupuntura y Neurología. *Revista de Neurología* (Barcelona), (25), 142, 894-898.
- Rittweger, J., Beller, G., & Felsenberg, D. (2000). Acute physiological effects of exhaustive whole-body vibration exercise in man. *Clinical Physiology*, 20,134 - 142.
- Rittweger, J., Schiessl, H., & Felsenberg, D. (2001). Oxygen-uptake in whole-body vibration exercise, Comparison with squatting as a slow voluntary movement. *European Journal of Applied Physiology*, 86,169 –173.
- Roberts, S.B., Bonnici, D.M., Mackinnon, A.J., & Worcester, M.C. (2001). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-383.
- Robine, J.M., Romieu, I., & Cambois, E. (1999). Health expectancy indicators. *Bull World Health Organisation*. 77(2), 181–5.

- Robinson, M.E., & Riley, J.L. (1999). The role of emotion in pain In: *Psychosocial Factors in Pain* (134-140). New York, London, The Guilford Press.
- Rocchi, M.B.L., Sisti, D., Benedetti, P., Valentini, M., & Bellgamba, S.(2005). Critical comparison of nine different self administrated questionnaires for evaluation of disability caused by low back pain. *European Medical Physics*, 41, 275-81.
- Roland, M., & Morris, R. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25: 3115-3124.
- Roland, M., & Morris, R.(1999). A study of the natural history of back pain. Part I, development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine*, 8,141-144.
- Rolland, J.S., (1995). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. Mcgoldrick (Cords), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp 373-392). Porto Alegre, Brasil, Artes Médicas.
- Romano, J.M., & Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression, Does the evidence support a relationship. *Psychological Bulletin*, 97, 311-318.
- Romão, A.P.; Gorayeb, R. Romão, G.S.; Poli-Neto, O.B.; Rosa-e-Sila, J.C. Nogueira, A.A (2009),. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Journal of Clinical Practice*, 63 (5), 707-711.
- Rosenthal, M.(2003). *Lombalgia aguda*. In [http, // www. geocities.com/ quackwatch/ ibp.html](http://www.geocities.com/quackwatch/ibp.html). Consultado em 10/04/2007.
- Rossi, C. (1987). The role of expectation in patient satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*, 7, 16-26.
- Roter, D. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome - A Meta Analysis. In M. Stuart, & I.D. Roter (Eds.). *Communicating with medical patients*, (183-196). Chicago, Rush University Medical Center.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., & Svarstad, B.(1998). Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance, *a Meta-Analysis*. *Medical Care*, 36(8), 1138-1161.

- Ruzicka, A.S. (1998). Pain Beliefs: what do elders believe? *Journal of Holistic Nursing*, 16, 369-382.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence-Based Medicine, what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 13, (312), 71-72.
- Sanford, S.D., Kersh, B.C., Thorn, B.E., Rich, M.A., & Ward, L.C. (2002). Psychosocial mediators of Sex Differences in pain Responsivity. *The Journal of Pain*, 3, 58-64.
- Santos, K., & Silva, M.A.G. (2003). A prevalência de lombalgia em mulheres praticantes de ginástica em academias desportivas. *Revista Fisioterapia Brasileira*, 4,117-23.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions* (4.ªed.). New York, John Wiley & Sons.
- Sardá, J. J., Kupek, E., & Cruz, R.M. (2000). Aspectos psicológicos associados à lombalgia e à lombociática. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis*, (28), 51-60.
- Sardá, J. J., Nicholas, M.K., Pimenta, C.A.M., Asghari, A., Corrêa, C.F., & Oswaldo, J. J. (2006). Validade e fidedignidade do Questionário Roland Morris de incapacidade em uma população de brasileiros com dor crônica. *Revista Clínica e Dor*, 7, (4), 892-904.
- Sasdelli, E. N., & Miranda, E. M. F. (2001). Ser, O sentido da Dor na Urgência e na Emergência. In, V. A. A. Camon (Orgs.). *Psicossomática e a Psicologia da Dor* (pp.93-112). São Paulo, Pioneira.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B.J., & Rooijmans, H.G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis, a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142,899–907.
- Schik, Yoo, Eng K. T., Russell, A. B., & Ference. A. J. (2004). Modulation of cerebellar activities by acupuncture stimulation: Evidence from FMRI. *Neuroimage*, 22, (2), 932-940.

- Schipper, H., Chinch, J., & Powell, V. (1994). Definitions and conceptual issues. In, B. Spilker, (Eds.). *Quality of life Assessments in clinical trials* (pp11-24). New York, Raven Press.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. 1ª Edição Portuguesa, tradução Ana Maria Silva, Editora Terramar.
- Serpa, R., & Cruz, E.B. (2005). Padrões de dor lombar: categorização dos sinais, sintomas e restrições da capacidade em utentes com dor lombar. *EssFisiOnline*, 1(2):15- 25. Disponível em: http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol1n2/Padroes_Dor_Lombar.pdf. Consultada em 23/08/2008.
- Seyed-Mahmoud, M., Bafghi, A. S., & Javad, S. (2007). *Psychological Aspects of Low back pain*. University of Medical Sciences, Tehran, Iran. In <http://www.ams.ac.ir.htm>. Consultado em 12.12.2008.
- Shang, C. (2000). Mechanism of Acupuncture - Beyond Neurohumoral Theory. Medical Acupuncture. *Journal for Physicians by Physicians*, 11 (2), 13-19.
- Shang, C. (2001). Emerging Paradigms in Mind–Body Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, (1) 83-91.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M.H., Field, L., & Francis, C. K.(1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612.
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. New York, John Wiley & Sons.
- Sherman, K.J., Cherkin, D.C., Connelly, M.T., & Erro, J.B (2004). Variation in diagnosis and treatment of chronic low back pain by traditional Chinese medicine acupuncturists. *Complementary Therapies in Medicine*, 9, (3), 154-166.
- Silva, I. (2003). *Qualidade de Vida e Variáveis Psicológicas Aassociadas a Sequelas de Diabetes e sua Evolução ao Longo do Tempo*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto. Porto.
- Silva, M.C., Fassa, A.G., & Valle, N.C.J. (2004). Dor lombar crónica em uma população adulta do Sul do Brasil, prevalência e factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 20,1-12.

- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M. J. (2002). Cancro Infantil e Comportamento Parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 43-60.
- Silver, E., Stein, K., & Dadds, M. (1996). Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 43-56.
- Sionneau, F., & Lu, G. (2005). *Maladies et Synmptomes en Medicine Chinoise* (pp.73-90). Paris, Guy Tredaniel Editeur.
- Siyam, A., Abuzeid, M.O., Toth, F., & Lovasz, G. (2004). Epidemiology of low back pain in the United Arab Emirate. *Journal of Rheumatology*, 7, (3), 189-195.
- Sloan, T.J., Gupta, R., Zhang, W., & Walsh, D.A. (2008). Beliefs About the Causes and Consequences of Pain in Patients With Chronic Inflammatory or Non inflammatory Low Back Pain and in Pain-Free Individuals. *Spine*. 33(9), 966-972.
- Smith, A. B., Selby, P.J., Velikova, G., & Stark, D. (2002). Factor analysis of the Hospital anxiety and depression Scale from the large cancer population. *Psychology and Psychotherapy*, 75,165-177.
- Smith, B.H., Elliott, A.M., Hannaford, P.C., Chambers, W.A., & Smith, W.C. (2004), Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community, results from a general population follow-up study. *Spine* 29, 1032 – 1040.
- Smith, G. R. (1992). The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, of pain. *General Psychiatry*, 14, 265–272.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732.
- Smith, M.T., Timothy, P., Carmody, Ph.D., & Smith, M.S. (2004). Cognitive distortion and psychological distress in chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 573-575.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). “...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim”: contribuições para a intervenção multidisciplinar na dor crónica. *Psiquiatria Clínica*, 20 (2), 167-178.

- Sousa, C. S. (2005). Representações da doença, ajustamento à doença, morbidade psicológica, qualidade de vida e satisfação marital nos doentes com esclerose múltipla e seus cuidadores. *Tese de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.*
- Souza, E. A. P., & Guerreiro, M. M. (1996). Qualidade de vida. In C. A. M. Guerreiro, & M. M. Guerreiro (Orgs.), *Epilepsia* (pp. 191-199). São Paulo, Lemos Editorial.
- Souza, R.G., Borges, V., Silva, S. A., & Ferraz, H.B. (2007). Quality of Life Scale in Parkinson's Disease – *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(3b), 787-791.
- Spigel, D. & Bloom, J.R. (1983). Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Lisboa, Lusociencia.
- Steele, D.J., Jackson, T.C., & Gutmann, M. (1990). Have you been taking your pill? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. *The Journal of Family Practice*, 30, 294-299.
- Stefano, V. (2000). Personalidad Resistente y Autoeficacia en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatóide. *Terapia Psicológica do Chile*, Sociedad Chilena de *Psicología Clínica*, 23 (1), 15-24.
- Sterba, K.R., DeVellis, R. F., Lewis, M. A., DeVellis, B. M., Jordan, J. M., & Baucom, D. H. (2008). Effect of couple illness perception congruence on psychological adjustment in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 27(2), 221-229.
- Sternbach, R.A. (1968) *Pain, a Psychophysiological Analysis*. New York, Academic Press.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussions groups for patients with chronic medical illness. *Family, Systems and Health*, 16, 1/ 2, 55-70.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., & Ware, J.E. (1998). The MOS Short-Form Health Survey - reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Straub, R.O. (2002). *Health Care and Patient Behavior*. Health Psychology. New York, Worth Publishers.
- Strik, J.M.H., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care

- consumption after myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 42, 1801–7.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Stroud, M.W. (2000). The Relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347-352.
- Strunin, L., & Boden, L. (2004). Family Consequences of Chronic Back Pain. *Social Science and Medicine*, 58 (1), 385-93.
- Stux, G., & Hammerschlag, R.R. (2005). *Acupunctura Clínica, Bases Científicas*. São Paulo, Edições Manole.
- Sullivan, M.D., & Turk, D.C. (2001). Psychiatric illness, depression and psychogenic pain. In, Loeser J.D., Editor. *Bonica's management of pain* (66-78). Philadelphia: Lippincott.
- Sullivan, M.J., Adams, H., Rhodenizer, T., & Stanish, W.D. (2006). A psychosocial risk factor-targeted intervention for the prevention of chronic pain and disability following whiplash injury. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 86, 8–18.
- Taal, E., Seydel, E.R., Rasker, J.J., & Wiegman, O. (1993). Psychosocial aspects of rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 20, 55–61.
- Taimela, S., Kankaanpää, M., & Luoto, S. (1999). The Effect of Lumbar Fatigue on the Ability to Sense a Change in Lumbar Position. A Controlled Study. *Spine*, 24 (13), 1322-7.
- Taimela, S., Kujala, U., M. Salminen, J.J., & Viljanen T. (2002). The prevalence of low back pain among children and adolescents. A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine* 22, 1132–1136.
- Tan, G., Jensen, M.P., Robinson, W. S., Thornby, J.I., & Monga, T.N. (2001). Coping with chronic pain: A comparison of two measures. *Pain*, 90:127-133.
- Tasker, R., & Emmers, R. (1967). Patterns of Somesthetic Projection in SI and SII of the Human Thalamus. *Archives of Neurology*, 29, 260-266.

- Tavafian, S., Eftekhar, H., Mohammad, K., Jamshidi, A.R., Montazeri, A., Shojaezadeh, D., & Ghofranipour, F. (2005). Quality of live in womwn with diferente intensity of low back pain. *Iranian Journal Public Health*, 34 (2), 36-39.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Grunewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive ilusions, and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Teixeira, J.A.C., & Leal, I. (1993). Psicologia da saúde – contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 8 (4), 453-458.
- Teixeira, M.J. (1999). Fisiopatologia da dor. In M.M.J.de Carvalho (Orgs), *Dor um Estudo Multicisciplinar* (pp.47-76). São Paulo, Casa do Psicólogo. Brasil.
- Thompson, R. J., Gil, K M., Abrams, M. R., & Phillips, G. (1992). Stress, coping, and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 433-440.
- Tooney, J.D., & Mann, J.T. (1991). Pain in Patient Groups Frequently Treated by Psychiatrists. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, (17), 2, 275-285.
- Treharne, G.J., Lyons, A.C., & Kitas, G.D. (2004). Medication adherence in rheumatoid arthritis, effects of psychological factors. *Psychology of Health Medicine*, 9,337–349.
- Triil, M. (2002). Cultura y Cáncer. In M. Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.639-651). Lisboa, Climepsi.
- Turk D. C., & Okifuji, A. (2002) Psychological Factors in Chronic Pain, Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, (3).678-690.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel, & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 18–34). New York: Guilford Press.
- Urbano, G., Ferreira, S., & Sampaio, F.(1999). Aprender com a dor, do conhecimento ao alívio. *Enfermagem Oncológica*, 10, 3-37.

- Valat, J.P. (2004). Factors Involved in Progression to Chronicity of Mechanical Low Back Pain. *Joint Bone. Spine*, (72), 3, 193-195.
- Van, L. W., Van't P.B, Van, D.P., Naring, G., & Van D. S. C. (1994). Disease specific stressors in rheumatoid arthritis, coping and well-being. *British Journal of Rheumatology*, 33, 1067–1073.
- Van, T. M., Malmivaara, A., Esmail, R., & Koes, B.W., (2000). Exercise therapy for low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 25, 2784 –96.
- Vangermeersch, L., & Sun, P.L. (2001). *Syndromes de Bi – Traitement des Maladies Rhumatismales en Medicine Traditionnelle Chinoise*. Satas S.A. Belgique.
- Vasco, A. J. B. (1985). Dois modelos para a compreensão do processo de confronto (*coping*). *Jornal de Psicologia*, 4 (3), 22-26.
- Viana, V. Barbosa, M.C., & Guimarães, J. (2007). Doença Crónica na Criança, factores Familiares e Qualidade de Vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007, 8 (1), 117-127.
- Victers, A., Rees, R., & Zollman, C. (2004). Acupuncture for Chronic Head-ache in Primary Care, large, pragmatic, randomised trial. *British Medical Journal*, 328-744.
- Vieira, S. I. (2000) *Manual de Saúde e Segurança do Trabalho*. Florianópolis: Editora Mestra.
- Vinaccia, S. (2005). Autoeficácia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 129-142.
- Vinay, A., Esparbès-Pistre, S., & Tap, P. (2000). Attachement et Stratégies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 4 (1), 9-35.
- Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. 2ªEdição. United Kingdom: Churchill Livingstone.

- Waddell, G., Feder, G., & Lewis, M. (1997). Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *British Journal General Practice*, 47,647-52.
- Wall, P.D. (1990). Use of Analgesics in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 6(2), 345-364.
- Wall, P.D., & Melzack, R. (1995). *O desafio da Dor*. Fundação Calouste Gulbenkean.
- Wallis B.J., Lord, S.M., Barnsley, L., & Bogduk, N. (1998). The psychological profiles of patients with whiplash-associated headache. *Cephalalgia*,18, 101-105.
- Walsh, I. A. P. (2004). *Aspectos clínicos e Funcionais em trabalhadores ativos com*
- Wang, X. Z. (1999). *La Lombalgie en Médecine Traditionelle Chinoise*. Paris, Institut Yin – Yang, Forbach.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1993). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Watson, D., Clark, L. A., & Weber, K. (1995). Testing a tripartite model. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-11.
- Weiner, D. K., Rudy, T.E., Kim,Y.S., & Gollas, (2004). Factores de pré-disposição clínica da dor lombar persistente em adultos. *Revista da Associação Internacional para o Estudo da Dor*, 112 (14), 214-220.
- Weiner, D.K., & Rudy, T.E. (2002). Attitudinal Barriers to Effective Treatment of Persistent Pain in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (12), 2035-2040.
- Weinman, J. (2001) Health Care. In D. W. Johnston, & M. Jonston (Eds.). *Health Psychology, comprehensive Clinical Psychology*, (79-129). New York, Pergramon Press.
- Weinman, J., Heijmans, W.,Manderbacka, K., & Elovainio, M. (2006). Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease – one-year follow-up study. *Quality of Life Research*,15,1307–1322.

- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262 (7), 914-9.
- West, S. G. (2001). *Segredos em Reumatologia* (pp11-41). São Paulo: Artemed. Brasil.
- William, W., & Deardorff, P.D. (2007). *Depression and chronic back pain*, <http://www.spine-health.com/conditions/depression/> ,Consultado em 22/08/2008.
- Wonderling, D., Victers, A., Grieve, R., & McCarney, R. (2004). Cost effectiveness analysis of a randomized trial of acupuncture for chronic headach in primary care. *British Medical Journal*, 328-744.
- Woolf, A.D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *World Health Organisation*, 81 (9), 188-192.
- Wright, E.C. (1993). Non-compliance – Or how many aunts has Matilda? *Lancet*, 342, 909-013.
- Wu, M.T., Hsieh, J.C., Xiong, J. Yang, C.F., Pan, H.B., & Chen, Y.C. (1999).Central nervous pathway for acupuncture stimulation: localization of processing with functional MR imaging of the brain—preliminary experience *Radiology*, 212, 133–1341.
- Yin, G., & Liu Z. (2000). *Advanced Modern Chinese Acupuncture Therapy* (357-359).Beijing, New World Press.
- Zborowski, M. (1978). *People in Pain* (79-124). San Francisco, Jossey-Bass.
- Zborowski, M.(1998).Cultural Variation in the Inference of Pain. *Journal of Cross-Cultural Psychology Morse and Morse*, 19, 232-242.
- Zeidner, M., Boekaerts, M., & Printrich, P.R. (2000). Self-Regulation, directions and challenges for a future research. In M. Boekaerts, P.P. Printrich, & M. Zeidner (Eds.) *Handbook of Self-Regulation*, (pp.750-769). San Diego: Academic Press.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 - 370.

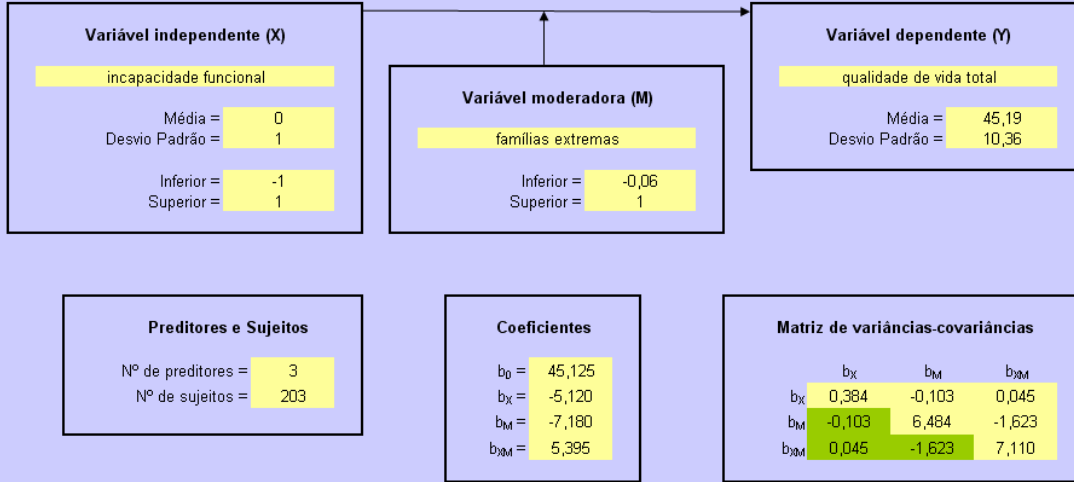
ANEXOS

Anexo I

MODERAÇÃO DA VARIÁVEL TIPO DE FAMÍLIA (Família Extrema) NA RELAÇÃO ENTRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA

Análise da moderação do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida, para as Famílias Extremas

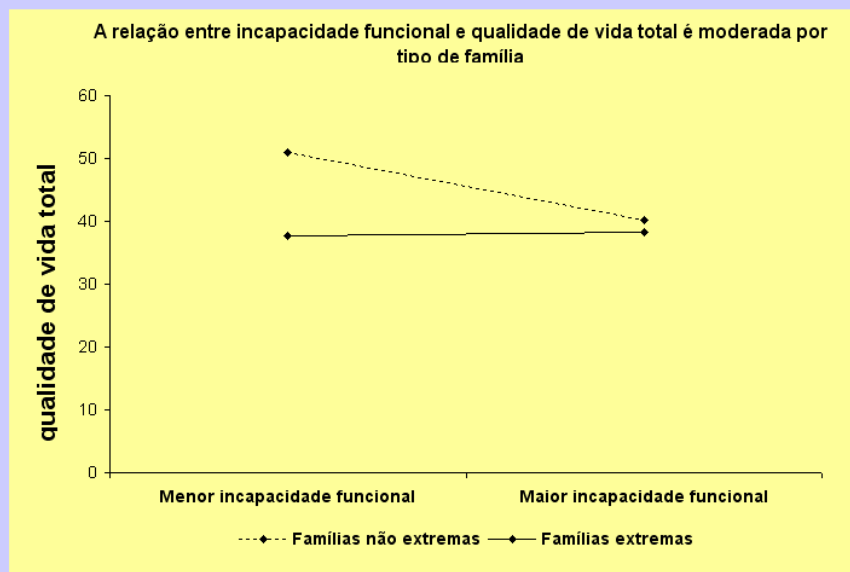
DADOS:



RESULTADOS:

	Famílias não extremas	Famílias extremas
Menor incapacidade funcional	51,00	37,67
Maior incapacidade funcional	40,11	38,22
$b_X =$	-5,44	0,28
S.E. =	0,64	2,75
Beta =	-0,53	0,03
t =	-8,56	0,10
g.l. =	199	199
p <	0,000	0,921

GRÁFICO:

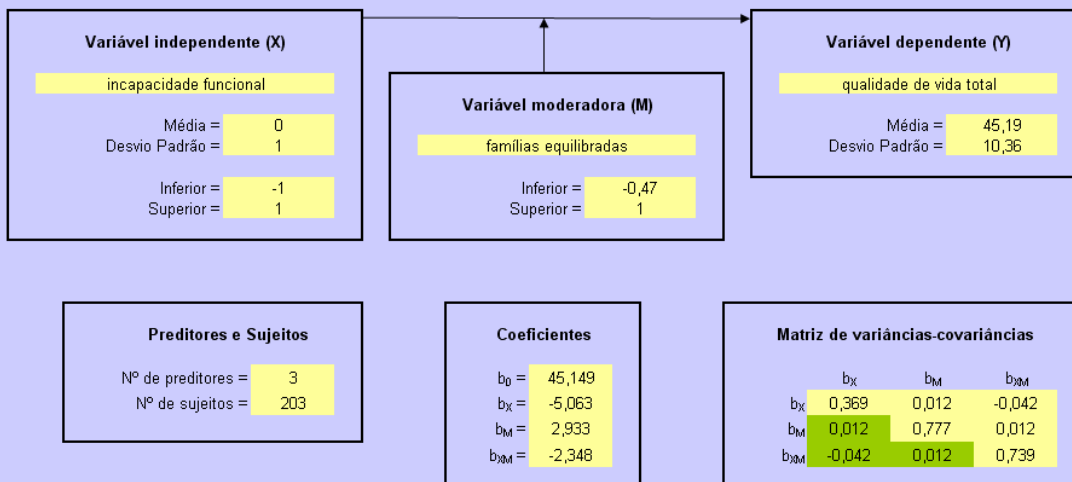


Anexo II

MODERAÇÃO DA VARIÁVEL TIPO DE FAMÍLIA (FAMÍLIAS EQUILIBRADAS) NA RELAÇÃO ENTRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA

Análise da moderação do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida, para as Famílias Equilibradas

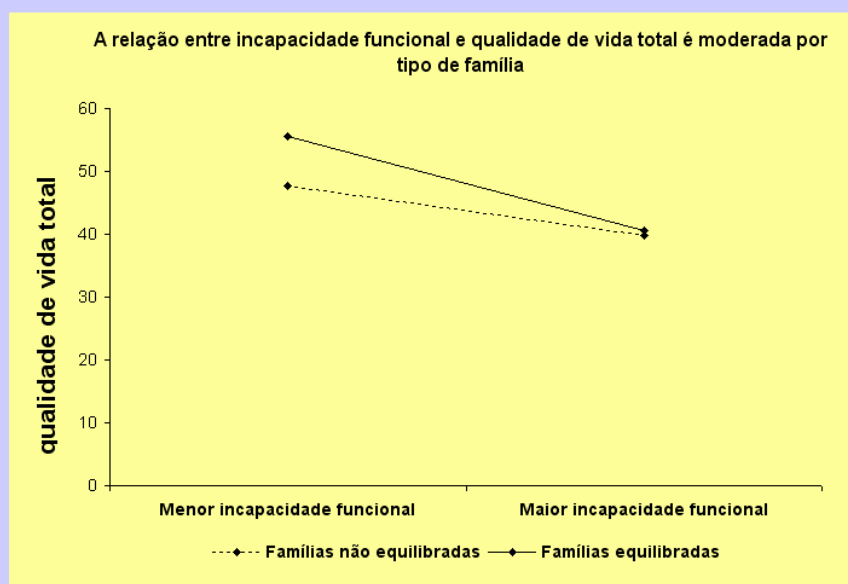
DADOS:



RESULTADOS:

	Famílias não equilibradas	Famílias equilibradas
Menor incapacidade funcional	47,73	55,49
Maior incapacidade funcional	39,81	40,67
$b_X =$	-3,96	-7,41
S.E. =	0,76	1,01
Beta =	-0,38	-0,72
t =	-5,23	-7,32
g.l. =	199	199
p <	0,000	0,000

GRÁFICO:

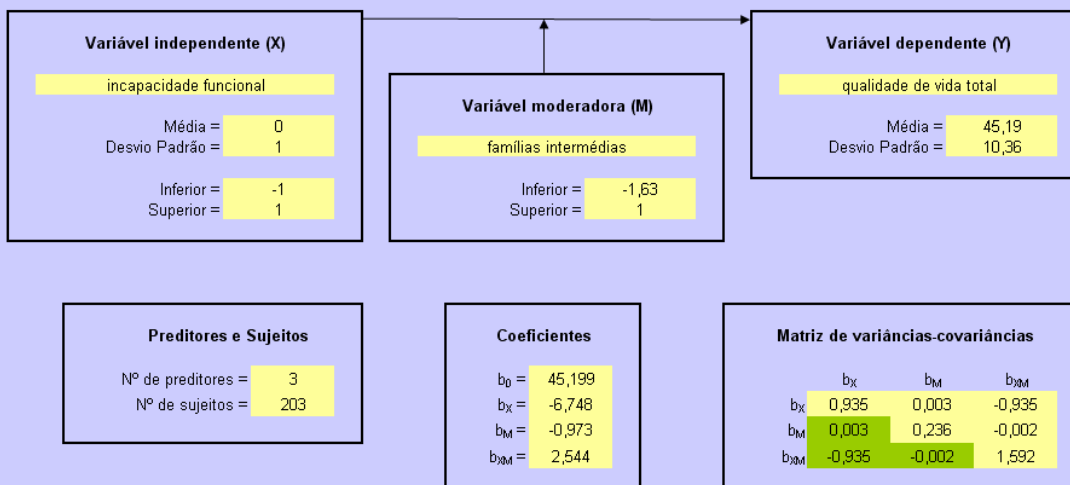


Anexo III

MODERAÇÃO DA VARIÁVEL TIPO DE FAMÍLIA (FAMÍLIAS INTERMÉDIAS) NA RELAÇÃO ENTRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL E A QUALIDADE DE VIDA

Análise da moderação do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida, para as Famílias Intermédias

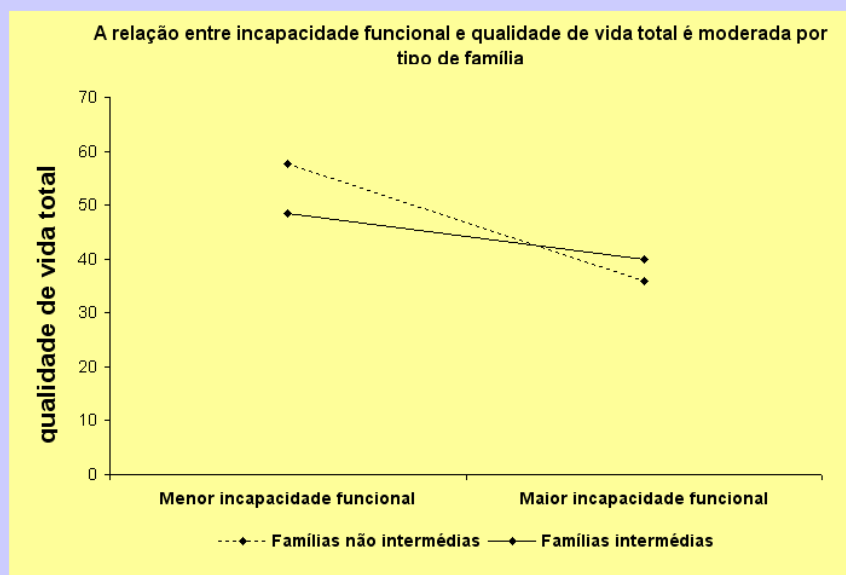
DADOS:



RESULTADOS:

	Famílias não intermédias	Famílias intermédias
Menor incapacidade funcional	57,68	48,43
Maior incapacidade funcional	35,89	40,02
$b_X =$	-10,90	-4,20
S.E. =	2,87	0,81
Beta =	-1,05	-0,41
t =	-3,80	-5,19
g.l. =	199	199
p <	0,000	0,000

GRÁFICO:



Anexo IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Projecto de Investigação: “Variáveis Psicossociais na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento de Fisioterapia versus Acupunctura”

Eu,

_____,

declaro que fui devidamente informado(a) sobre o estudo “Variáveis Psicossociais na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento de Fisioterapia versus Acupunctura”

sob a orientação da Professora Doutora Maria Graça Pereira Alves da Universidade do Minho e aceito participar na referida investigação, através do preenchimento dos respectivos formulários.

Fui também informado (a) que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

As respostas a este caderno são estritamente confidenciais, todos os dados serão codificados e só podem ser usados exclusivamente para este estudo.

Porto, _____ de _____ de 2007

Assinatura do(a) Participante

Assinatura Investigadora

(Salomé Ferreira)

Anexo V

FOLHAS DE ROSTO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

QUESTIONÁRIO I

Este questionário tem por objectivo explorar alguns factores associados ao seu problema actual para a sua melhor compreensão. Peço-lhe que responda com sinceridade a todos os itens. As respostas são confidenciais e catalogadas por códigos.

Data do preenchimento do questionário: ____/____/ 2005

1. Idade ____ anos

2. Data de nascimento ____/____/____

3. Sexo:

Masculino Feminino

4. Estado Civil:

Solteiro(a)
Casado(a)
União de Facto
Viúvo(a)
Divorciado(a)

5. Habilitações Literárias:

- Ensino Primário incompleto
- Ensino Preparatório completo
- Ensino Secundário ou equivalente incompleto
- Ensino Secundário ou equivalente completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo

6. Actividade profissional

Profissão _____

Actual Situação profissional:

Empregado Desempregado

7. Há quanto tempo sofre de Lombalgia (Dores nas costas) ____ meses

8. Com que frequência sente dores nas costas?

- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia
- Mais de duas vezes por dia
- Constantemente

9. Como caracteriza a sua dor nas costas? (pode escolher as opções que mais se adequam à sua situação)

Contínua

QUESTIONÁRIO II¹

A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença. **Por favor indique marcando com um círculo (sim ou não)** se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença (dor de costas) e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela

Desde o início da minha doença
que tenho sentido este sintoma

Este sintoma está
relacionado com
a minha doença

	Sim	Não	Sim	Não
Dores	Sim	Não	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não	Sim	Não
Náusea	Sim	Não	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	Sim	Não
Dor no Peito	Sim	Não	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	Sim	Não

¹ Brown, 1983, Traduzido e Adaptado por Teresa McIntyre & Vera Araújo-Soares. 1999

QUESTIONÁRIO III²

Em baixo encontra meios que as pessoas usam para lidar com dores. É possível que já tenha usado alguns destes meios para lidar com a sua dor. Todas as pessoas aprendem a lidar com a dor de maneiras diferentes. Nós gostaríamos de saber que meios utiliza para lidar com as suas dores. Para cada pergunta, por favor, responda da maneira que melhor descreve **o modo como lida com as suas dores de costas mais intensas**. *Imagine que está neste momento a sentir dores muito intensas e descreva os meios que utilizaria para lidar com essas dores.* Leia cada uma das frases cuidadosamente e **faça uma cruz** em baixo de cada afirmação de acordo com o grau em que é provável ou não utilizar essa forma de lidar com a dor. Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

**INDIQUE AS SUAS RESPOSTAS PONDO UM X NO QUADRADO
CORRESPONDENTE**

QUANDO SINTO DORES NAS COSTAS MUITO INTENSAS	Muito pouco provável	Pouco provável	Um pouco provável	Provável	Muito Provável
1. Imagino essa parte do corpo a ficar dormente.					
2. Imagino que estou a flutuar confortavelmente.					
3. Tento esquecer as dores.					
4. Transformo a dor numa outra sensação que não fosse dolorosa, por exemplo, cócegas ou comichão.					
5. Tento adormecer.					
6. Ouço música ou vejo televisão.					
7. Penso "não é o meu corpo que está com dores".					
8. Lembro-me de um período no meu passado antes do início das dores.					
9. Digo a mim mesmo que me vou manter calmo e forte.					
10. Tento dirigir a minha atenção para sensações numa outra parte do meu corpo.					
11. Tento relaxar.					
12. Imagino uma cena agradável como por exemplo, uma cena da natureza ou uma experiência agradável.					
13. Concentro-me em qualquer coisa que me chame a atenção, por exemplo uma peça de mobília.					
14. Concentro-me nos pensamentos que me vêm à ideia.					
15. Imagino que punha gelo ou anestesia na área afectada.					
16. Imagino que tinha a dor numa situação em que estaria menos preocupado com isso, por exemplo, se tivesse sido magoado em combate enquanto estava a salvar uma vida, ou durante um acontecimento desportivo importante.					

² Brown, 1983, Traduzido e Adaptado por Teresa McIntyre & Vera Araújo-Soares. 1999

QUESTIONÁRIO IV³

1. O tempo de espera neste Centro para ser atendido (a) deixa-me

<i>Muito insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>Muito satisfeito</i>

Tempo de espera	
-----------------	--

2. O tempo de espera entre a marcação da consulta e o início dos tratamentos deixa-me

<i>Muito satisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>Muito insatisfeito</i>

Tempo de espera	
-----------------	--

2. O acesso às consultas neste Centro deixa-me

<i>Muito insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>Muito satisfeito</i>

Não se Aplica	
Não existe	

4. A marcação das consultas pelo telefone deixa-me

<i>Muito insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>Muito satisfeito</i>

Não se Aplica	
Não existe	

³ *McIntyre, Pereira, Silva, Fernandes & Correia1999

QUESTIONÁRIO V⁴

Em baixo estão algumas informações relativas a atitudes face à medicina e aos médicos. Por favor leia cada uma delas cuidadosamente, e **faça um círculo à volta de um dos números à frente de cada afirmação** de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase. Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

- 1 - *Discordo totalmente*
- 2 - *Discordo moderadamente*
- 3 - *Discordo ligeiramente*
- 4 - *Concordo ligeiramente*
- 5 - *Concordo moderadamente*
- 6 - *Concordo totalmente*

1. Todos os médicos são bons médicos..	1	2	3	4	5	6
2. Eu só consulto um médico se estiver “às portas da morte”.	1	2	3	4	5	6
3. Os medicamentos podem-nos fazer tanto mal como bem.	1	2	3	4	5	6
4. Eu tenho uma absoluta fé e confiança em todos os médicos.	1	2	3	4	5	6
5. A melhoria da saúde nacional deve-se à eficácia da medicina.	1	2	3	4	5	6
6. Os médicos culpam os seus pacientes se o seu tratamento não resulta.	1	2	3	4	5	6
7. Os conselhos dos médicos são quase sempre senso-comum.	1	2	3	4	5	6
8. Mesmo que se tenha que esperar muito tempo para consultar um médico, vale a pena.	1	2	3	4	5	6
9. A medicina tem cura para a maioria das doenças.	1	2	3	4	5	6
10. Dificilmente dois médicos estão de acordo acerca do que está mal com uma pessoa.	1	2	3	4	5	6
11. Muitos medicamentos são apenas placebos ou comprimidos de açúcar.	1	2	3	4	5	6
12. Os médicos “procuram muitas vezes” resolver os problemas dos pacientes receitando tranquilizantes (calmantes).	1	2	3	4	5	6
13. Muitas vezes o único objectivo dos exames médicos é fazer o médico sentir-se menos ansioso.	1	2	3	4	5	6
14. Os médicos sabem o que é melhor para nós.	1	2	3	4	5	6
15. Eu não gosto de pessoas que trabalham na área da saúde.	1	2	3	4	5	6
16. A maior parte dos exames médicos são feitos por rotina em vez de terem um objectivo específico.	1	2	3	4	5	6
17. A medicina é a melhor profissão que uma pessoa pode ter.	1	2	3	4	5	6

⁴ Marteau, 1990, Traduzido por M. Graça Pereira & N. Sofia Silva
Versão Adaptada, 1999

QUESTIONÁRIO VI ⁵

I. Gostaríamos de saber qual a opinião que tem acerca dos medicamentos em GERAL. As frases que vai ler são opiniões que outras pessoas têm acerca dos medicamentos em geral.

Por favor indique o grau em que concorda ou discorda escolhendo a resposta adequada.

1. Os médicos usam medicamentos a mais

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

4. Os medicamentos fazem mais mal que bem

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

5. Todos os medicamentos são tóxicos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

6. Os médicos confiam demais nos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

7. Se os médicos tivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

⁵ Traduzido e adaptado de Horne, Weinman & Hankins, 1997

QUESTIONÁRIO VII⁶

Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda.

1. Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus remédios.

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

2. Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades

Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente

3. Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

4. Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?

Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

⁶ Horne, Weinman & Hankins, 1997 Traduzido por M. Graça Pereira & N. Sofia Silva Versão Adaptada, 1999

QUESTIONÁRIO VIII⁷

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente.

Ignore os números que aparecem no lado esquerdo do questionário. Leia cada frase **assinale** a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana.

Não passe muito tempo com cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

A	Sinto-me tenso:
3	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo
2	<input type="checkbox"/> Muitas vezes
1	<input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente
0	<input type="checkbox"/> Nunca
D	Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:
0	<input type="checkbox"/> Tanto como gostava
1	<input type="checkbox"/> Não tanto como gostava
2	<input type="checkbox"/> Só um pouco do que gostava
3	<input type="checkbox"/> Quase nada como gostava
A	Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
3	<input type="checkbox"/> Sim, e muito forte
2	<input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte
1	<input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa
0	<input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma
D	Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:
0	<input type="checkbox"/> Tanto como costumava conseguir
1	<input type="checkbox"/> Agora, não tanto como costumava conseguir
2	<input type="checkbox"/> Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
3	<input type="checkbox"/> Não, de maneira nenhuma
A	Tenho preocupações que me passam pela cabeça:
3	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo
2	<input type="checkbox"/> Muitas vezes
1	<input type="checkbox"/> De vez em quando, mas não muitas vezes
0	<input type="checkbox"/> Apenas ocasionalmente
B	Sinto-me alegre:
3	<input type="checkbox"/> Nunca
2	<input type="checkbox"/> Poucas vezes
1	<input type="checkbox"/> Às vezes

⁷ Zigmond and Snaith, 1983. From "The Hospital Anxiety and Depression Scale", Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-70. Published by NFER-Nelson Publishing Company, Ltd, United Kingdom.

QUESTIONÁRIO IX⁸

Instruções

Por favor responda às perguntas que se seguem, assinalando com uma cruz o círculo que melhor se adequa ao seu caso.

Não perca muito tempo com cada pergunta, dando sempre a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Não deixe nenhuma resposta em branco e lembre-se que neste questionário não há respostas certas ou erradas.

1. De uma maneira geral, como é que acha que é a sua saúde?

- a. Excelente
- b. Muito boa
- c. Boa
- d. Razoável
- e. Má

2. Há quanto tempo é que a sua saúde o tem limitado nas seguintes actividades (assinale apenas um quadrado em cada uma das alíneas)?

a. **Actividades vigorosas, como carregar objectos pesados, correr ou praticar desportos cansativos.**

- Há mais de 3 meses
- Há 3 meses ou há menos tempo
- Não me tem limitado

b. **Actividades moderadas, como deslocar uma mesa, carregar os sacos das compras ou arrastar objectos.**

- Há mais de 3 meses
- Há 3 meses ou há menos tempo
- Não me tem limitado

c. **Subir escadas ou uns quantos lances de escadas.**

- Há mais de 3 meses
- Há 3 meses ou há menos tempo
- Não me tem limitado

d. **Baixar-se, levantar-se ou virar-se.**

- Há mais de 3 meses
- Há 3 meses ou há menos tempo
- Não me tem limitado

QUESTIONÁRIO X⁹

⁸ Traduzido e adaptado por Manuel Geada

Quando tem dores nas costas pode encontrar dificuldades em realizar algumas das suas actividades diárias. Esta lista contém algumas frases que a gente usa para descrever a sua própria dor de costas. Quando ler esta listagem pense na sua situação actual. **Sempre que encontrar frases que descrevam a sua situação actual ponha um sinal à volta.** Se a frase não descrever a sua situação actual, deixe o espaço sem assinalar e leia a seguinte. Lembre-se que só deve assinalar a frase se tiver a certeza de que corresponde à sua situação actual

1. Estou em casa quase todo o tempo devido à minha dor de costas.
2. Mudo de posição com frequência para tentar por as minhas costas numa posição confortável
3. Caminho mais devagar do que é costume devido à minha dor de costas
4. Não faço alguns dos trabalhos que habitualmente fazia em casa devido à minha dor de costas
5. Uso o corrimão para subir os degraus devido à minha dor de costas
6. Deito-me mais frequentemente devido à minha dor de costas
7. Tento que as outras pessoas façam as minhas tarefas diárias devido à minha dor de costas
8. Tenho que me agarrar a algo para me levantar da cadeira devido à minha dor de costas
9. Visto-me mais devagar do que é costume devido à minha dor de costas
10. Só posso estar em pé por pequenos períodos de tempo devido à minha dor de costas
11. Não tento inclinar-me ou ajoelhar-me devido à minha dor de costas
12. Tenho dificuldade para me levantar de uma cadeira devido à minha dor de costas
13. Tenho dores nas costas quase todo o dia
14. Tenho dificuldade para me virar na cama devido à minha dor de costas
15. O meu apetite não é muito bom devido à minha dor de costas
16. Tenho dificuldade em calçar as meias ou as peúgas devido à minha dor de costas
17. Só caminho curtos percursos devido à minha dor de costas

⁹ Traduzido e adaptado por M. Graça Pereira & Salomé Ferreira

QUESTIONÁRIO XI¹⁰

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala que vai de **1 (Quase nunca)** a **5 (Quase sempre)**, assinale com uma cruz ou com um círculo qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões.

		Quase Nunca	De vez em Quando	As Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1	Em casa, ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
2	Na nossa família, cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa, a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa, os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
7	Na nossa família, fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa, discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	3	4	5
9	Na nossa família, cada um segue o seu próprio caminho	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto como família	1	2	3	4	5
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina	1	2	3	4	5

¹⁰ Tradução de Daniel Sampaio. Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar