UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÁRCIA DE OLIVEIRA SAKAMOTO SILVA GARBI

Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar
crônica

Ribeirão Preto
2013

MÁRCIA DE OLIVEIRA SAKAMOTO SILVA GARBI

Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Ciência e Tecnologia em Enfermagem

Orientador(a): Profa. Dra. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Garbi, Márcia de Oliveira Sakamoto Silva

Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. Ribeirão Preto, 2013.

80 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Sousa, Fátima Aparecida Emm Faleiros.

1. Dor Lombar 2. Intensidade de Dor 3. Incapacidade 4. Depressão 5. Descritores.

GARBI, Márcia de Oliveira Sakamoto Silva

Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, agradeço pelo dom da vida, pela minha família, por me dar a oportunidade de estar estudando e pela força para enfrentar todos os obstáculos.

Ao meu esposo, Rogério, por estar ao meu lado há tantos anos, por me apoiar sempre, ajudando a enfrentar todas as dificuldades, pela paciência, amor e cumplicidade. Amor eterno!

A minha filha, Isabela, você é minha inspiração, minha razão de viver. Você me faz ter forças para enfrentar todos os obstáculos. Eu te amo muito!

A minha mãe, Alice, obrigada por me apoiar sempre em todas as minhas decisões, sei que posso contar sempre com a senhora. A senhora é uma mãezona, maravilhosa, dedicada, é um exemplo de mãe. Amor!

Ao meu pai, Luiz (em memória), pessoa muito estudiosa, trabalhadora, tenho certeza que se estivesse aqui entre nós seria o meu maior incentivador e estaria muito feliz. Esteja onde estiver sei que o senhor está torcendo por mim. Sinto sua falta!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a Dr^a Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, obrigada por me receber em seu laboratório e me ensinar. Eu te admiro muito por sua inteligência, dedicação, dignidade, honestidade, justiça e transparência. Você é uma pessoa que luta por seus alunos, nos adverte quando é preciso, é nossa mãe teórica, sei que é tudo para o nosso crescimento. Agradeço por ser uma pessoa muito atenciosa, deu muito apoio e se preocupou comigo em momentos que foram muito difíceis. Agradeço também por me oferecer a oportunidade de conhecer a Prof^a Dr^a Priscilla Hortense.

Prof^a Dr^a Priscilla Hortense, agradeço a você pela paciência e por me ajudar nas dificuldades. A caminhada não foi fácil, tive muita dificuldade por não ter experiência em pesquisa e por ter passado por problemas de saúde, e você, sempre muito paciente, dedicada e calma. Obrigada por acreditar em mim... Você é uma pessoa muito especial!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo!

Aos meus amores, Rogério e Isabela, sem vocês a vida não teria sentido.

Aos meus queridos pais, Luiz (em memória) e Alice, por todos os ensinamentos e por me mostrarem a importância dos estudos.

As minhas irmãs, Luciana e Cristina, pelo carinho.

À Profª Drª Cristiane Vitaliano Graminha que, desde a graduação, me acompanhou e me incentivou. Não me esquecerei do dia em que você me disse que me viu na foto da pré-escola com sua irmã, nunca imaginaria que um dia você seria minha professora e iria participar e contribuir para a minha caminhada acadêmica.

Ao Prof. Dr. Odair Alfredo Gomes, por me convidar a ser monitora em suas aulas de Anatomia, durante a graduação, e pelo incentivo para fazer o mestrado, nunca me esqueci disto. Obrigada por permitir que acompanhasse o Prof. Dr. Edson Donizetti Verri em suas aulas.

À minha amiga, Fabiana, se não fosse você eu não teria encontrado a Profª Drª Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa. Obrigada por me incentivar sempre, ajudar nas análises e pelas suas “dicas”, você é uma pessoa muito especial.

Aos amigos do laboratório de psicofísica, Ana Carolina, Andressa, Débora, Elis, Hilze, Roberta, Rodrigo, Simone, Talita, pelo apoio, ajuda e contribuição neste trabalho, aprendi muito com todos vocês.

Aos participantes da pesquisa, que aceitaram doar seu tempo e atenção e contribuíram para que esta pesquisa se concretizasse.

Aos funcionários da Clínica para Tratamento da Dor, obrigada por me receberem com carinho e por permitirem a realização das entrevistas.

Às pessoas que frequentam a Clínica, obrigada pela compreensão e o apoio.

A todos que acreditaram e torceram por mim.

RESUMO

GARBI, M. O. S. S. Avaliação da percepção de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a dor percebida, em indivíduos com dor lombar crônica, e as correlações existentes entre a variável intensidade de dor, incapacidade e depressão. Os objetivos específicos foram caracterizar sociodemograficamente os indivíduos com dor lombar crônica, mensurar a intensidade de dor percebida, identificar a incapacidade relacionada às atividades de vida diária, identificar os níveis de depressão, estabelecer correlações entre as variáveis estudadas e identificar os descritores de maior e menor atribuição na caracterização da dor. Trata-se de estudo transversal descritivo-exploratório. Utilizou-se um questionário contendo os itens para a coleta de dados sociodemográficos e econômicos e perguntas relacionadas à percepção da dor, a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor, o Questionário Roland-Morris de Incapacidade e o Inventário de Depressão de Beck. A coleta de dados ocorreu na Clínica para o Tratamento da Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Foi realizada uma análise exploratória dos dados e aplicado o coeficiente de correlação de Spearman para correlacionar as variáveis de interesse. A amostra foi composta por 60 sujeitos que apresentavam dor lombar crônica com idade média de 54,8 anos e prevalência do sexo feminino (63,33%). A média da intensidade de dor encontrada foi de 7,38 pontos, da incapacidade foi 19,87 e da depressão, 24,98, portanto, os participantes apresentaram alta intensidade de dor, incapacidade e depressão. Os cinco descritores de dor de maior atribuição, considerando as médias aritméticas e o desvio-padrão, foram: desconfortável, enjoada, dolorosa, terrível e prejudicial, sendo os sensitivos (desconfortável e dolorosa), afetivos (enjoada e terrível) e cognitivo (prejudicial) e os cinco descritores de menor atribuição foram: angustiante, desgraçada, assustadora, desastrosa e deprimente, e todos indicam componente afetivo. Os resultados mostraram uma correlação positiva fraca entre intensidade de dor e incapacidade e entre intensidade de dor e depressão, já as variáveis incapacidade e depressão apresentou correlação positiva moderada. Ao considerar a complexidade do fenômeno estudado, ressalta-se que os achados do presente estudo mostram-se consistentes com os resultados de outras pesquisas, portanto, considera-se adequado conhecer as variáveis inter-relacionadas, a fim de propiciar adequado manejo da dor lombar crônica demonstrando a sua multidimensionalidade.

Palavras-chave: Dor lombar. Intensidade de dor. Incapacidade. Depressão. Descritores.

ABSTRACT

GARBI, M. O. S. S. **Evaluation of pain perception, disability and depression in individuals with chronic low back pain.** 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

The general purpose of this study was to evaluate the perception of pain in individuals with chronic low back pain and existing correlation among pain intensity, disability and depression in such individuals. The specific purpose was to characterize socio-demographic individuals with such diagnosis, measuring the intensity of chronic low back pain felt, identifying the disability related to daily activity in them, identify levels of depression, to establish correlation among variables studied and identify descriptors of major and minor attribution to characterize pain. This is a transverse descriptive exploratory study. It was used a questionnaire containing the items for socio-demographic and economic data collection as well as the questions related to pain perception, the Multidimensional Scale for Pain Evaluation, the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Beck Depression Inventory. The data collection took place at the Clinic for Pain Treatment at Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina in Ribeirão Preto from Universidade de São Paulo, Brazil. The study was approved by the Ethic Committee for Research of Escola de Enfermagem in Ribeirão Preto, USP. It was performed an exploratory analysis of the data and it was applied the coefficient of correlation from Spearman to correlate the variables of interest. The sample was composed by 60 individuals who showed chronic low back pain and their age was about 54.8 years old average, they were predominantly women (63.33%). The average intensity of pain was 7.38 points, of disability was 19.87 and of depression 24.98. Therefore, participants showed high intensity of pain, disability and depression. The five descriptors of pain of larger attribution within arithmetical average and standard deviation were: uncomfortable, nauseous, painful, terrible and harmful, considering sensitive (uncomfortable and painful); affective (nauseous and terrible) and cognitive (harmful) and the five descriptors of lesser attribution were: anguished, disgraceful, scary, disastrous and depressing and all of them indicate an affective component. The results showed one positive weak correlation between the intensity of pain and disability and between the intensity of pain and depression, although the variables: disability and depression showed a moderated positive correlation. When considering the complexity of the studied phenomena it is highlighted that the findings of the present study are consistent with the results of other researches, therefore, it is appropriate to know the interrelated variables in order to propitiate suitable dealings of the chronic low back pain demonstrating its multidimensionality.

Key words: Low back pain. Intensity of pain. Inability. Depression. Descriptors.

RESUMEN

GARBI, M. O. S. S. **Evaluación de la percepción del dolor, incapacidad y depresión en personas con dolor lumbar crônica.** 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar el dolor sentido en personas con dolor lumbar crônico y las correlaciones existentes entre las variables: intensidad de dolor, incapacidad y depresión. Los objetivos específicos fueron los de caracterizar sociodemográficamente las personas con dolor lumbar crônica, medir la intensidad del dolor percibido por ellas, e identificar la incapacidad de desempeño de las actividades de la vida diaria de esas personas; así como identificar los niveles de depresión y establecer correlaciones entre las variables estudiadas identificando los descriptores de mayor y menor atribución en la caracterización del dolor. Aquí se trata de um estudio transversal de carácter descriptivo exploratório. Fue aplicado um cuestionario conteniendo los artículos para la recopilación de datos sociodemográficos y económicos y preguntas relacionadas a la percepción del dolor, la Escala Multidimensional de Evaluación de Dolor, el Cuestionário Roland-Morris de Incapacidad y el Inventario de Depresión de Beck. La recolección de los datos tuvo lugar en la Clínica para el Tratamiento del Dolor del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Pesquisas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, USP. Se realizó um análisis exploratorio de los datos y fue aplicado el coeficiente de correlación de Spearman para correlacionar las variables de interés. La muestra fue compuesta por 60 personas que presentaban dolor lumbar crônica com edad promedio de 54,8 años y predominantemente del sexo femenino (63,33%). El promedio de intensidad de dolor medido fue de 7,38 puntos, de la incapacidad fue de 19,87 y de la depresión de 24,98, por lo tanto, los participantes presentaron alta intensidad de dolor, incapacidad y depresión. Los cinco descriptores de dolor de mayor atribución, considerando los promedios aritméticos y la desviación estándar, fueron: incómodo, mareado, dolorosa, terrible y perjudicial, siendo los sensitivos (incómodo y doloroso), afectivos (mareada y terrible) y cognitivo (perjudicial) y los cinco descriptores de menor atribución fueron: angustiante, desgraciado, asustadora, desastrosa y deprimente, todos indican componente afectivo. Los resultados mostraron una correlación positiva débil entre intensidad de dolor e incapacidad y entre intensidad de dolor y depresión, sin embargo las variables incapacidad y depresión presentaron correlación positiva moderada. Al considerar la complejidad del fenómeno estudiado, se destaca que las conclusiones del presente estudio son consistentes con los resultados de otras pesquisas, por lo tanto, se considera adecuado conocer las variables interrelacionadas, con el fin de propiciar un manejo apropiado del dolor lumbar crônico demostrando su multidimensionalidad.

Palabras-clave: Dolor lumbar. Intensidad del dolor. Incapacidad. Depresión. Descriptores.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Interpretação do Coeficiente de Spearman.....	36
Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica segundo as variáveis sócio-demográficas, Ribeirão Preto, 2012.....	38
Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica segundo as características da dor, Ribeirão Preto, 2012.....	39
Tabela 4 - Descritores de dor lombar crônica em ordem de posição, Ribeirão Preto, 2012.....	40
Tabela 5 - Distribuição dos valores (Média aritmética-MA, Desvio-padrão-DP, Mediana, Mínimo e Máximo) da Intensidade de Dor, Incapacidade, Depressão em indivíduos com dor lombar crônica, Ribeirão Preto, 2012.....	41
Tabela 6 - Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores da intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. Ribeirão Preto, 2012.....	42

LISTA DE SIGLAS

ANEP	Associação Nacional de Empresa de Pesquisa
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BHS	Escala de Desespero de Beck
BPI	Inventário Breve de Dor (<i>Brief Pain Inventory</i>)
BSI	Inventário Breve de Sintomas (<i>Brief Symptom Inventory</i>)
CPCI	Inventário de dor crônica
CPSS	Escala de auto-eficácia de dor crônica (The chronic pain self-efficacy scale)
CSQ	Questionário de estratégias de enfrentamento
DASS	Depression Anxiety Stress Scale
DDS	Escala de Descritor Diferencial (<i>Descriptor Diferencial Scale</i>)
DLC	Dor Lombar Cônica
EADS-21	Escala de Ansiedade Depressão e Stress
EMADOR	Escala Multidimensional de Avaliação de Dor
EVA	Escala Visual Analógica de Dor (<i>Visual Analogue Scale – VAS</i>)
FABQ	Questionário de medo e crenças
FCE	Avaliação da Capacidade Funcional
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAM-D	Escala para Avaliação para Depressão de Hamilton
IASP	Associação Internacional para Estudo da Dor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IPAI	Avaliação Inicial da Dor (<i>Initial Pain Assessment Inventory</i>)
M-RMDQ	Questionário de Roland Morris Modificado
MACTAR	<i>McMaster-Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire</i>
MADRS	Depressão de Montgomery Asberg
MPAC	Escala de Avaliação da Dor Relembrada (<i>Memorial Pain Assessment Card</i>)
MPI	Inventário Multidimensional de Dor (<i>Multidimensional Pain Inventory</i>)
MPQ	Questionário McGill de Dor (<i>Mc Gill Pain Questionnaire</i>)
NHP	Perfil de Saúde de Nottingham
NRS	Escala de Categoria Numérica (<i>Numeric Rating Scale</i>)
ODI	Índice Funcional de Oswestry
OMS	Organização Mundial da Saúde
PD	Desenho da Localização da Dor (<i>Pain Drawing</i>)

PPP	Perfil da Percepção da Dor (<i>Pain Perception Profile</i>)
PSQI	Índice da Qualidade do Sono de Petersburg
QBPQ	Questionário de Incapacidade Lombar de Quebec (<i>Quebec Back Pain Disability Questionnaire</i>)
QLI	Índice Spitzer de Qualidade de Vida
RMDQ	Questionário de Roland Morris
VRS	Escala de Categoria Verbal ou Visual (<i>Verbal-Visual Rating Scale</i>)
WHOQOL	Bref Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Dor lombar crônica: problema e justificativa.....	15
1.2	Dor lombar crônica e incapacidade.....	17
1.3	Dor lombar crônica e depressão.....	19
1.4	Avaliação da dor.....	23
2	OBJETIVOS.....	30
2.1	Objetivos gerais.....	31
2.2	Objetivos específicos.....	31
3	MÉTODOS E PARTICIPANTES.....	32
3.1	Considerações éticas.....	33
3.2	Participantes.....	33
3.3	Local.....	33
3.4	Instrumentos.....	33
3.5	Procedimentos.....	34
3.6	Análise dos resultados.....	35
4	RESULTADOS.....	37
4.1	Caracterização da amostra: aspectos sócio-demográficos.....	38
4.2	Caracterização da amostra: dor percebida.....	39
4.3	Linguagem da dor lombar crônica.....	40
4.4	Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica.....	41
4.5	Correlações entre intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica.....	41
5	DISCUSSÃO.....	43
5.1	Caracterização da amostra: aspectos sócio-demográficos.....	44
5.2	Percepção da dor lombar crônica.....	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A.....	71
	APÊNDICE B.....	73
	ANEXO A.....	75
	ANEXO B.....	76
	ANEXO C.....	78
	ANEXO D.....	79

1.1 Dor lombar crônica: problema e justificativa

A dor é um sintoma que pode ter características agudas ou crônicas e pode agravar o estado de saúde se não avaliada adequadamente. Por ser fenômeno complexo e subjetivo, pode-se dizer que o indivíduo com dor é que deve ser tratado, respeitando sua totalidade e sua individualidade (HORTENSE; SOUSA, 2009). A Associação Internacional para Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*), em 1979, conceituou dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano” (IASP, 2011, tradução nossa).

Ao reconhecer a importância da avaliação da dor, de seu manejo e controle, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado, ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (SOUSA, 2002).

A Dor Lombar Crônica (DLC), objeto do presente estudo, pode ocorrer devido a traumas, lesão mecânica, lesão medular, inflamação, infecção, entre outros, e já ter sido percebida em algum momento da vida por quase todos os adultos. Sua cronicidade é definida por permanecer durante pelo menos três meses, sendo que sua prevalência é alta na população mundial, gerando custos sociais e econômicos de grandes proporções (ASSIS et al., 2009).

Há pesquisas que apontam a alta prevalência de DLC em vários países do mundo e no Brasil. Na Holanda, foi realizado um estudo sobre a prevalência da doença crônica e sua associação com a incapacidade em idosos em dois momentos diferentes, em 1987 (n=708) e em 2001 (n=474). Os autores observaram que a prevalência de várias doenças crônicas diminuiu, sendo que doenças como asma/doença pulmonar obstrutiva crônica e doença cardíaca, se tornaram menos incapacitantes, enquanto que doenças como DLC e osteoartrite se tornaram mais incapacitantes (PUTS et al., 2008).

Spyropoulos et al. (2007) realizaram um estudo na Grécia, cujo objetivo foi avaliar os fatores de risco associados à DLC em sujeitos que trabalhavam em escritórios no setor público. Esses foram avaliados por um questionário construído e escrito em grego, autoaplicável, no qual se avaliou a DLC, os fatores ergonômicos relacionados ao trabalho e os fatores psicossociais. Os pesquisadores observaram que 61,6% dos 648 sujeitos já tinham experienciado pelo menos um episódio de dor lombar na vida, 33% entrevistados apresentavam dor no momento da pesquisa, 37,8% e 41,8% apresentam dor há 1 e 2 anos, respectivamente, 11% relataram dor severa ou insuportável e 50% dor moderada. Eles

concluíram que elevada proporção de trabalhadores de escritório sofrem de lombalgia, podendo afetar a economia grega, e essa incidência pode estar associada a fatores ergonômicos como a distância do corpo da tela do computador, o ajuste do encosto, o trabalho repetitivo e a manutenção na posição sentada por mais de 6 horas, e psicossociais individuais, tais como insatisfação e estresse no trabalho parecem estar associados à incidência da dor lombar.

Em estudo realizado por Sato et al. (2008), no Japão, cujo objetivo foi observar a incidência de dor lombar em crianças e adolescentes, os autores avaliaram 34.423 alunos por meio de questionários sobre informações básicas e experiência de dor. Eles observaram que 10,2%, sendo que, desses, 52,3% do sexo masculino e 47,7% do sexo feminino, tiveram dor lombar no momento da pesquisa e 28,8%, desses, 48,5% do sexo masculino e 51,5% do sexo feminino, tinham história de dor lombar. Os resultados sugerem que a quantidade de tempo gasto em atividades esportivas foi fator de risco para a ocorrência de dor lombar na infância e adolescência, já que eles observaram que, conforme as crianças crescem, a quantidade de horas de atividade esportiva por semana aumenta e os alunos mais velhos apresentaram mais dor.

Em outro estudo, realizado por Asghari (2011), no Irã, com o objetivo de avaliar 600 sujeitos que apresentavam dor crônica, observou-se que a prevalência da dor lombar foi de 32%, perdendo somente para as dores nos membros, cuja prevalência foi de 42%.

O'Sullivan et al. (2012), Austrália, realizaram um estudo com 1.288 adolescentes de 17 anos. Esses foram avaliados por meio dos instrumentos: Questionário Nórdico de DLC e SF-36. Os autores observaram que 19,9% apresentavam dor lombar crônica e 25,8% daqueles que apresentavam dor eram do sexo feminino. A DLC nos adolescentes ocasiona consequências negativas como ausência na escola, pobre interação social e redução nas atividades físicas e trabalho.

No Brasil, estudo realizado em Salvador, observou que 14,7% dos 2.281 clientes entrevistados apresentaram DLC (ALMEIDA et al., 2008); já em estudo realizado em Pelotas, foram entrevistados 3.182 clientes e observou-se que 4,2% da amostra apresentava DLC (SILVA; FASSA; VALLE, 2004).

Um estudo realizado por Bréder et al. (2006), em Minas Gerais, com 78 indivíduos do sexo masculino, motoristas de ônibus urbano, utilizaram o Questionário de Incapacidade Lombar de Quebec. Observaram que a prevalência de dor lombar entre os motoristas de ônibus urbano atingiu 33,4% e que também há associação entre a lombalgia e os fatores psicossociais. Kreling, Cruz e Pimenta (2006) estudaram 505 pessoas que apresentavam dor

crônica na cidade de Londrina, e observaram que 19,4% dos entrevistados apresentavam dor crônica na região lombar.

Os sujeitos com DLC podem apresentar incapacidades relacionadas à dor e problemas emocionais como depressão, ansiedade e desesperança, portanto, é necessária a identificação desses componentes antes de um procedimento terapêutico para que haja abordagem mais completa e eficaz (AMARAL et al., 2010; GUIC et al., 2002).

A incidência de dor lombar e suas implicações sócioeconômicas levaram à busca por melhores métodos de diagnóstico, de manejo e especialmente da avaliação da dor percebida (NUSBAUM et al., 2001). Vários parâmetros, como incapacidade, qualidade de vida, depressão, ansiedade, entre outros, estão sendo utilizados para a avaliação dos diferentes tipos de dor crônica e do impacto na vida de quem a percebe.

A DLC deve ser bem avaliada, ou seja, os aspectos multidimensionais da dor devem ser considerados, isso possibilita propor um manejo por meio de procedimentos convencionais de medicina física, associada a recursos cinesioterápicos e medicamentosos, além de outros. O tratamento fisiátrico deve sempre considerar fatores imponderáveis e o comprometimento emocional. O encaminhamento para o tratamento conservador sem cuidadosa avaliação diagnóstica e do grau de comprometimento emocional frequentemente resulta em fracassos terapêuticos, piorando a ansiedade e a patologia do sujeito (SIZÍNIO et al., 1998). Dessa forma, optou-se, aqui, por avaliar e mensurar a percepção da dor lombar crônica (intensidade e linguagem), depressão e incapacidade, bem como a existência da relação entre essas variáveis que podem refletir diretamente sobre as atividades de vida diária e do trabalho com impacto na qualidade de vida.

Diante desse cenário, o presente estudo surge como uma proposta de contribuição científica na área em relação à melhor compreensão de fatores associados à DLC como a depressão e a incapacidade, fornecer subsídios para que o profissional de saúde tenha melhor percepção das alterações ocasionadas pela DLC e perceba a importância da avaliação desses fatores para o manejo da dor, além disso, fornecer subsídios para escolha de abordagens terapêuticas mais efetivas para indivíduos com DLC.

1.2 Dor lombar crônica e incapacidade

Pode-se conceituar incapacidade como restrição resultante de uma deficiência (perda ou anormalidade de estrutura), da habilidade para desempenhar uma atividade considerada

normal para o ser humano. Surge como consequência direta para/ou é resposta do indivíduo a uma deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1993).

A incapacidade ocasionada pela dor lombar crônica impõe limitações como a impossibilidade de desenvolvimento das atividades profissionais, afastamento do trabalho, alterações nas atividades de lazer e alterações no convívio familiar (AMARAL et al., 2010; CARAVIELLO et al., 2005; GLUCU et al., 2012; SALVETTI et al., 2012).

A incapacidade decorrente da dor lombar crônica pode ser avaliada por alguns, instrumentos encontrados na literatura, sendo eles: o MACTAR (*McMaster-Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire*), validado por Tugwell (1987); ODI (*Oswestry Disability Index*), validado por Fairbank et al. (1980); QBPQ (*Quebec Back Pain Disability Questionnaire*), validado por Kopec (1995); RMDQ (*Roland-Morris Disability Questionnaire*), validado por Roland e Morris (1983), entre outros. No Brasil, os instrumentos que foram validados para a língua portuguesa são: Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI), validado por Vigatto et al. (2007); Questionário de Incapacidade Lombar de Quebec (QBPQ), validado por Rodrigues (2007); Questionário de Roland Morris (RMDQ), validado por Nusbaum et al. (2001).

O ODI tem como objetivo detectar o grau de disfunção dos indivíduos com lombalgia na realização das atividades de vida diária. A escala consiste de 10 questões com seis alternativas, cujo valor varia de 0 a 5, a primeira pergunta avalia a intensidade da dor e as outras nove avaliam o efeito da dor sobre as atividades diárias que podem ser interrompidas ou prejudicadas pela lombalgia (MASSELLI et al., 2007).

Sanchez et al. (2011) realizaram um estudo, em Paris, com 100 homens que apresentavam DLC. Os pesquisadores aplicaram o teste de MACTAR, questionário que avalia a preferência do paciente em realizar atividades funcionais em ordem de importância, além disso avalia a melhora global da saúde, a mobilidade, o autocuidado, o trabalho e o lazer. Observaram que os três tipos de incapacidades mais citados estavam relacionados à mobilidade (40,9%), à vida social (22,7%) e à vida doméstica (22,4%). Utilizaram também a Escala Visual Analógica (EVA) e observaram que os sujeitos são capazes de diferenciar a incapacidade da intensidade de dor.

Masselli et al. (2007) realizaram um estudo, na cidade de Curitiba, com 17 sujeitos, que se submeteram à cirurgia de hérnia de disco. Os sujeitos foram avaliados por meio do ODI, da EVA, dos reflexos patelar e aquileu e do flexímetro utilizado para mensuração da mobilidade da coluna. Os autores analisaram a evolução do pós-operatório por meio dos instrumentos e observaram que, com o passar do tempo, há melhora da dor, da função, da

mobilidade lombar e dos reflexos, entretanto, a evolução pode ser considerada lenta à medida que os indivíduos apresentavam queixa de dor e alguma disfunção residual um ano após a cirurgia.

Roland e Morris (1983a) desenvolveram e validaram um questionário para mensurar a incapacidade em sujeitos com dor lombar crônica. O instrumento é curto, simples, sensível, válido e confiável, e os sujeitos demoram, em média, 5 minutos para respondê-lo. Pode ser aplicado por meio de autorrelato ou entrevista. O Questionário de Incapacidade foi desenvolvido como parte de um estudo que descreveu a história natural de 230 sujeitos com dor lombar, com idade entre 16 e 64 anos, durante um ano. Os sujeitos não apresentaram dificuldades em responder ao questionário e não houve influência em relação à idade ou sexo, portanto, eles observaram que esse questionário pode contribuir para a elaboração de tratamento mais efetivo ao sujeito em relação à dor lombar. A utilização de instrumentos como o Questionário de Roland Morris, para a avaliação da incapacidade, possibilita o direcionamento do manejo da percepção de dor.

1.3 Dor lombar crônica e depressão

Dor significa um agravo à existência, porque não é somente o corpo físico que se encontra doente, mas a vida em suas várias dimensões, como a relação consigo mesmo, família, trabalho e lazer (SANCHES; BOEMER, 2002). Araos (2007) realizou uma revisão de literatura e observou que a dor crônica pode estar associada a possíveis transtornos psicológicos com respostas adaptativas, como insônia, desamparo, episódios de angústia, disfunção sexual, problemas familiares, perda de funções e isolamento social.

Quando os indivíduos vivenciam raiva, angústia e sentimentos negativos, aumentam as possibilidades de sofrer dores, principalmente musculares. Se essas dores ocorrerem, torna-se necessário que as pessoas compreendam que são sinais de um corpo que precisa ser “ouvido”, um corpo que ultrapassou sua capacidade de adaptação diante das tensões às quais foi exposto (SOUZA; FORGIONE; ALVES, 2000).

As emoções mais frequentes interligadas à dor são a ansiedade, o medo, a depressão, a raiva e a hostilidade. As duas primeiras referem-se, principalmente, às situações agudas e, as demais, aos quadros crônicos. Depressão é o quadro emocional mais frequente em indivíduos com dor crônica e há evidências de que se relaciona com a intensidade da dor (CASTRO; DALTRO, 2009).

As crises de depressão são frequentes na vida de pessoas que sofrem de dores crônicas, muitas vezes decorrentes da diminuição no nível da produção de endorfina, e, por essa razão, a dor passa a ser percebida em uma magnitude maior. Elas são caracterizadas por um quadro de melhoras e recaídas. Essa flexibilidade permite que se compreenda tanto a origem psicossocial do problema como, também, os conteúdos subjetivos que o envolvem (SOUZA; FORGIONE; ALVES, 2000).

A depressão é um transtorno mental comum, caracterizada pela tristeza, perda do interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou apetite, baixa energia e dificuldade de concentração. Esses problemas podem se tornar crônicos ou recorrentes, prejudicando substancialmente a capacidade de o indivíduo lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio. A maioria dos casos de depressão pode ser tratada com medicamentos ou psicoterapia (WHO, 2013).

Hampel et al. (2009) realizaram um estudo, com 199 indivíduos que apresentavam DLC e depressão. Observaram que fatores emocionais são encontrados na transição da dor lombar aguda para a crônica e que os sintomas depressivos ocorrem secundariamente à dor lombar crônica. Com isso, eles realizaram um programa de reabilitação multidisciplinar nos indivíduos e observaram que, os sujeitos que apresentavam depressão moderada e grave não foram beneficiados com o tratamento realizado de 6 a 12 meses, enquanto os sujeitos sem depressão e com depressão leve obtiveram melhora. Esse estudo demonstra a eficácia de um programa preventivo na não evolução da doença.

A depressão pode ser avaliada por alguns instrumentos encontrados na literatura, sendo eles: HAD (Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – *Hospital Anxiety and Depression Scale*), validado por Zigmond e Snaith (1983); SDS (Escala de Depressão de Zung – *Zung Self-Rating Depression Scale*), validada por Zung (1965); DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*), validada por Lovibond e Lovibond (1995); HAM-D (Escala para Avaliação para Depressão de Hamilton), validada por Hamilton (1960); MADRS (*Montgomery-Asberg depression rating scale*), validada por Montgomery e Asberg (1979); IDB (Inventário de Depressão de Beck – *Beck Depression Inventory*) validado por Beck et al. (1961). No Brasil, os instrumentos que foram validados para a língua portuguesa são: HAD, validado por Botega et al. (1995); SDS, validado por Chagas et al. (2009); DASS, validada por Pais-Ribeiro et al. (2004), designada em português por Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21); a HDRS validada por Moreno e Moreno (1998); a MADRS, validada por Moreno e Moreno, 1998; IDB, validada por Gorenstein e Andrade (1998).

A HAD tem sido usada para avaliar transtornos de humor em sujeitos com doenças físicas. É instrumento de simples utilização, sendo capaz de diagnosticar transtornos de humor, ansiedade e depressão em sujeitos com doenças físicas. Baseia-se em como os indivíduos se sentiram na última semana. Contém 14 questões de múltipla escolha e compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação em cada subescala de ansiedade e depressão vai de 0 a 21 pontos (BJELLAND et al., 2002).

A SDS é utilizada para uma descrição quantitativa de depressão como um distúrbio emocional. O questionário possui 20 afirmações que dizem respeito a características específicas da depressão. É uma escala do tipo Likert, que varia de 1 a 4 pontos. O escore final consiste na soma da pontuação de cada questão, tendo escore mínimo de 20 pontos e máximo de 80 pontos. Os valores então são convertidos no índice de Zung SDS e agrupados em quatro categorias diferentes para descrever a depressão (FALAVIGNA et al., 2011).

A EADS-21 constitui uma escala de 21 itens em número igual pelas três dimensões: depressão, ansiedade e estresse, os sujeitos respondem em que medida experimentaram cada sintoma na última semana. As três escalas são constituídas por sete itens cada, sendo que cada item consiste numa frase que remete para sintomas negativos (PAIS-RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004).

A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em indivíduos portadores de transtornos de humor. Possui de 17 a 21 itens ou, ainda, 24. A avaliação é baseada na entrevista e outras informações como prontuários, familiares/enfermagem (MORENO; MORENO, 1998).

A MADRS difere da HAM-D pelo fato de não incluir sintomas somáticos ou psicomotores. Entretanto, avalia alguns dos principais sintomas do transtorno depressivo, tais como tristeza, redução do sono, lassidão, pessimismo e pensamentos suicidas. Seus itens incluem aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais. A avaliação baseia-se em uma entrevista clínica com perguntas genéricas sobre sintomas e é acompanhada por questões mais detalhadas que permitem a avaliação precisa de gravidade. O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5). São avaliados 10 itens (MORENO; MORENO, 1998).

Beck et al. (1961), na Filadélfia, construíram um inventário composto por 21 categorias de sintomas e atitudes de depressão, cada item tem uma variação de 0 a 3, indicando o grau e a severidade. O escore final varia de 0 a 63, sendo que, se menor que 10, indica ausência de depressão, de 10 a 18 indica depressão leve, de 19 a 29 indica depressão de moderada a grave e de 30 a 63 indica depressão grave. Os entrevistadores utilizaram o

inventário em 226 sujeitos e, após, reaplicou em 183 sujeitos. Os autores desenvolveram o inventário para avaliar a intensidade da depressão, o que indicou alto grau de validade e efetividade em grupos com vários graus de depressão.

A depressão pode ser avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck (IDB), que é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como em clínica. Ele foi validado para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade (1998).

Castro e Daltro (2009) realizaram estudo sobre a avaliação do padrão do sono e da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em 400 sujeitos com dor crônica, em Salvador. Os autores utilizaram a EVA para avaliação da dor, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e o Miniquestionário do Sono. Os resultados mostraram que a prevalência de sintoma de ansiedade foi de 72,8%, de depressão foi de 61,5% e de alteração do sono, 93%.

Karp et al. (2010) estudaram o tratamento com duloxetina para depressão em 52 indivíduos que apresentavam DLC. Os sujeitos foram avaliados por meio da MADRS e do Questionário McGill de Dor (MPQ). Observaram que, os sujeitos tinham remissão da depressão com a medicação, além de diminuição da dor, sendo que o tempo médio de diminuição de resposta à dor lombar ocorreu mais rapidamente do que a melhora da depressão.

Yildirim et al. (2009) realizaram um estudo para verificar os efeitos do tratamento com gabapentina (anticonvulsivante) em 35 sujeitos que apresentavam radiculopatia com dor lombar crônica. Os pesquisadores avaliaram os sujeitos por meio do ODI, IDB e NHP e observaram melhora na intensidade da dor, resultando em melhoria na qualidade de vida, na incapacidade funcional e nos escores de depressão.

Estudo realizado por Capela et al. (2009), com 304 indivíduos que apresentavam dor lombar, teve como objetivo verificar a associação entre qualidade de vida e dor, ansiedade e depressão. Os sujeitos foram avaliados por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger, IDB e SF-36. Eles observaram que quanto maior a intensidade da dor, o nível da ansiedade e da depressão pior a qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, encontraram que os indivíduos que apresentavam dor difusa e crônica têm índices mais elevados de depressão quando comparados aos outros grupos, mostrando associação entre intensidade de dor e depressão.

Amaral et al. (2010), em estudo realizado em São Paulo, com 32 participantes com discopatia degenerativa, observaram que a grande maioria dos sujeitos com DLC apresenta

alterações psicológicas como depressão (52%), ansiedade (56%) e desesperança (21,4%), os sujeitos foram avaliados por meio do IDB, BAI e BHS.

Kroenke et al. (2009) estudaram sujeitos que apresentavam dor lombar, dor no quadril ou joelho por mais de 3 meses e depressão moderada, os sujeitos foram avaliados por meio do RMDQ, SF-36, Inventário Breve de Dor e GAD-7 (Fundo de Transtorno de Ansiedade Generalizada - *Background Generalized Anxiety Disorder*). Nesse estudo, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo que 123 receberam a intervenção que consistia em 12 semanas de terapia antidepressiva, seguida de 6 sessões de um programa de autogestão para dor e, por fim, a continuação da fase da terapia por mais 6 meses; os outros 127 foram tratados com terapia convencional. Os autores concluíram que o grupo que recebeu a intervenção com terapia antidepressiva e o programa de autogestão da dor obteve melhora substancial na depressão, bem como reduções moderadas na gravidade da dor e incapacidade.

Observa-se que a variável incapacidade, intensidade de dor e depressão estão correlacionadas. Portanto, deve-se pensar em corpo e mente como um sistema integrado. É inimaginável pretender manejar a dor, ou qualquer outra doença, sem considerar aspectos do corpo e da mente. É necessário escutar a pessoa em situação de dor para que se possa avaliá-la e, com isso, buscar alternativas que amenizem seu sofrimento e melhorem sua qualidade de vida.

1.4 Avaliação da dor

A psicofísica é um ramo da psicologia experimental originária do século XIX. No início, os procedimentos realizados dentro dessa perspectiva foram denominados Psicofísica Sensorial, sendo utilizada para escalonar variáveis métricas como sons, brilho, distância, temperatura, dentre outras. Com o desenvolvimento e a adaptação dessa tecnologia, foi possível determinar formas de realizar o mesmo tipo de avaliação, com o mesmo rigor metodológico para variáveis sociais e clínicas como o estresse e reajustamento social, grau de severidade das enfermidades, grau de instrução do cliente hospitalizado, expectativas e qualidade dos cuidados oferecidos, entre outras, sendo variáveis métricas e não métricas (SOUSA; SILVA, 1996).

A psicofísica visa conhecer a relação funcional entre os estímulos físicos e as respostas que eles provocam (HORTENSE; EVANGELISTA; SOUSA, 2005; SOUSA, 2000).

A psicofísica é trabalhada em vários campos de atuação, tanto na mensuração de atributos sociais (preferências musicais, julgamento moral, percepção do poder nacional, opinião política, dentre outras) quanto de atributos clínicos (audição ou visão, gravidade de enfermidade, estresse, dispnéia, dentre outros) (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SOUSA; SILVA, 1996). É um marco de referência na avaliação algica da medida, provê métodos fidedignos para mensurar a dor clínica, experimental e analisá-la em suas dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva (SOUSA; SILVA, 2005a, 2005b).

Nas instituições de saúde, atualmente, a dor vem sendo cada vez mais divulgada como o quinto sinal vital, portanto, ela deve ser avaliada em ambiente clínico e com métodos apropriados, desde a admissão e prosseguindo durante toda a evolução clínica. Assim, o profissional de saúde poderá indicar uma conduta terapêutica e avaliar a eficácia do tratamento (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SOUSA, 2002; SOUSA; SILVA, 2005a, 2005b).

Considerando a dor como quinto sinal vital, a sua avaliação deve ser registrada no mesmo ambiente clínico e no mesmo horário em que forem avaliados os outros sinais vitais, pois, dessa maneira, poderão ser detectadas as queixas de dor e possíveis complicações (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SOUSA; SILVA, 2005a, 2005b).

Noble et al. (2005) analisaram a história da mensuração de dor e identificaram três ramos de atividade, o primeiro conhecido como psicofísica, data do século XIX e avalia o efeito da analgesia tornando o sujeito livre de dor, o segundo utiliza questionários multidimensionais padronizados que foram desenvolvidos para categorizar a dor de sujeitos e o terceiro solicita ao sujeito que relate a intensidade da dor utilizando escalas. Esse método é utilizado na prática clínica para avaliar a efetividade de analgésicos. Relataram, ainda, que essa preocupação histórica vem da necessidade de estabelecer a eficácia de analgésicos e outras terapias para condições dolorosas.

No que se refere aos questionários multidimensionais está contida a linguagem da dor. A busca pelo conhecimento sobre a linguagem da dor é antigo e foi descrita pela primeira vez na literatura em 1939, por Dallenbach, quando o autor propôs uma lista de 44 palavras divididas em 5 grupos avaliando a temporalidade e a distribuição espacial da dor, bem como a sua integração com questões afetivas e atributos qualitativos (NOBLE et al., 2005).

Melzack e Torgerson (1971) selecionaram 102 palavras e as denominaram descritores de dor, os quais foram categorizados nas dimensões sensorial, discriminativa, cognitivo-avaliativa e afetivo-emocional. Posteriormente, tais descritores compuseram o instrumento multidimensional denominado Questionário McGill de Dor (MPQ). Para Sousa e Silva

(2005a), esse questionário apresenta algumas dificuldades, tais como o fato de os procedimentos de escalonamento de categorias utilizados para quantificar cada conjunto de descritores fornecerem informações ordinais e, em vez de intervalar, o MPQ é limitado em sua capacidade de informação quantitativa acerca da dor, fazendo com que alguns clientes fiquem confusos com o vocabulário. Além disso, ele fornece apenas um escore total.

Buscando adequada avaliação da dor, Sousa et al. (2010) construíram e validaram para o português, por meio de métodos psicofísicos, um instrumento multidimensional com os descritores que caracterizam a dor aguda e crônica para a cultura brasileira, considerando as diferenças culturais em expressar verbalmente a dor. Para elaboração da EMADOR, participaram 6 juízes, 493 profissionais da saúde e 146 indivíduos com dor aguda e dor crônica. Inicialmente as autoras basearam-se nos descritores de MPQ, em livros, em artigos científicos específicos da literatura mundial, em dicionário da língua portuguesa e em dicionário médico. Posteriormente, foram selecionados 308 descritores de dor e suas respectivas definições. Abaixo de cada definição foi inserida uma escala de categorias de 7 pontos, que variavam de 0 a 6. Cada participante emparelhou o julgamento, atribuindo escores que representassem o quanto, em sua percepção, tal descritor era atribuído para caracterizar a dor.

Foram utilizados métodos psicofísicos de estimação de postos, de estimação de magnitudes e de emparelhamento intermodal, com modalidade em comprimento de linhas. O inventário de descritores de dor, em sua forma definitiva, constou de 100 para dor aguda e 100 para dor crônica. Em suma, os resultados mostraram escalonamento dos descritores de maior caracterização para dor aguda e para dor crônica. Sendo assim, o estudo atingiu o propósito de validar o EMADOR nas suas múltiplas dimensões, visto que tais descritores capturaram indicadores que possibilitaram analisar a linguagem da dor e suas dimensões: sensitivas, afetivas e cognitivas (SOUSA et al., 2010).

Diversas pesquisas já foram e estão sendo realizadas utilizando-se a EMADOR, nas versões aguda e crônica, para avaliação e mensuração da dor humana, considerando que tal escala satisfaz os critérios psicométricos de fidedignidade, objetividade e consistência escalar (EVANGELISTA, 2007; HORTENSE; EVANGELISTA; SOUSA, 2005; PEDROSA, 2009; SALTARELI, 2007; ZAMBRANO, 2007).

O estudo de Pedrosa (2009) teve como objetivo avaliar a dor crônica isquêmica, percebida nos hospitais de Ribeirão Preto e Uberaba. Foram utilizados os métodos psicofísicos de estimação de categorias e de magnitude. Os resultados mostraram que a média de idade foi de 64,83 anos, 67 do gênero masculino, 89 queixavam-se de dor há mais de 6

meses. No método de estimação de categorias, cinco descritores de maior atribuição foram: “desagradável”, “perturbadora”, “forte”, “preocupante” e “cansativa” e os cinco de menor atribuição foram: “punitiva”, “deprimente”, “persistente”, “angustiante” e “desastrosa”. No método de estimação de magnitude, os cinco descritores de maior atribuição foram: “terrível”, “dolorosa”, “incômoda”, “preocupante” e “cansativa” e os cinco de menor atribuição foram: “enjoada”, “forte”, “perturbadora”, “chata” e “desagradável”.

Cardoso e Sousa (2009), em estudo experimental, escalonaram os descritores atribuídos à dor crônica, validaram a escala psicofísica de percepção da linguagem da dor e verificaram a estabilidade de percepção da linguagem da dor. Foram investigados 33 profissionais de saúde por meio de método psicofísico. Os descritores, que melhor descreveram a dor crônica foram: “deprimente”, “persistente”, “angustiante”, “prejudicial”, “desastrosa”, “dolorosa”, “assustadora”, “atormentadora”, “insuportável” e “desconfortável”. A escala de atribuição de dor pós-operatória foi válida, estável e consistente para o manejo da dor.

Para o profissional que atua nessa área, mensurar a dor é considerado um desafio tanto quando o objetivo é a pesquisa quanto o objetivo é a assistência, visto que a dor é entendida como uma experiência perceptual, complexa, individual e subjetiva de difícil quantificação e qualificação. As rigorosas técnicas psicofísicas podem ser utilizadas para assistir o diagnóstico e avaliar o tratamento. Um instrumento de mensuração da dor deve ser prático, fidedigno, sensível, válido e também possuir propriedades de uma escala de razão (SOUSA; SILVA, 2002).

Nas últimas décadas, observa-se maior investimento na elaboração de instrumentos para esse fim, visando facilitar a comunicação de clientes e profissionais, buscando revelar a incidência, duração e intensidade da dor percebida (PEREIRA; SOUSA, 1998). Esse aumento da atenção relacionada à mensuração de dor está associado ao maior número de estudos sobre a complexidade dos processos da dor (GRACEY, 1999).

Com a compreensão da dor como um processo multidimensional, é preciso compreender também que, para avaliá-la, é necessário levar em consideração essas múltiplas dimensões, ou seja, é necessário utilizar métodos de mensuração da percepção dolorosa que consigam englobar a maioria dessas dimensões. A medida consiste em um processo de decodificação. Sousa (2002) relata que o propósito da mensuração é assinalar um valor a uma característica, traço ou estado. No caso da mensuração da dor, o propósito é assinalar um valor à dor vivenciada e/ou percebida.

Para Silva e Ribeiro-Filho (2006), a mensuração é a base fundamental da investigação científica. Ressaltam que número considerável de descobertas científicas da humanidade pode ser diretamente atribuído à descoberta ou ao aperfeiçoamento de instrumentos de observação e de medida.

Melzack (1984) aborda problemas na medida de dor quando se preocupa com a resposta dos sujeitos a serem pesquisados sobre a magnitude da dor que sentem. Questiona “Eles se referem à intensidade sensitiva, à presença de qualidades sensitivas específicas, ou ao seu sofrimento, ansiedade, angústia?”. Ressalta que, se o estudo da sensação dolorosa precisa ter fundamentação científica, é essencial mensurá-la.

A teoria da medida, atualmente aceita em inúmeras ciências, foi elaborada por Stevens (1975), que consiste em atribuir números aos objetos ou eventos, de acordo com certas regras determinadas. As condições nas quais os números são designados aos objetos ou atributos são denominadas tipo de escala ou nível de mensuração.

Dada a importância de um parâmetro para se medir a intensidade e alívio da dor, foram desenvolvidas inúmeras escalas unidimensionais, que medem basicamente a intensidade da dor e multidimensionais que permitem avaliar a dor clínica e a dor experimental em suas múltiplas dimensões, seja sensitiva (intensidade e duração), afetiva (relacionadas aos sentimentos emocionais e negativos) e cognitiva (expressam a intensidade global da dor), a partir de diferentes indicadores de respostas (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SOUSA, 2002).

Os instrumentos unidimensionais constituem um meio simples de os clientes atribuírem a intensidade da dor percebida e, devido à fácil aplicação, são os mais utilizados na pesquisa e na clínica. Para Silva e Ribeiro-Filho (2006), as escalas unidimensionais mais frequentemente utilizadas são a Escala de Categoria Numérica (*Numeric Rating Scale* – NRS), a Escala Analógica Visual (*Visual Analogue Scale* – EVA) e a Escala de Categoria Verbal ou Visual (*Verbal-Visual Rating Scale* – VRS).

Para Silva e Ribeiro-Filho (2006), os principais questionários e inventários multidimensionais de avaliação de dor na pesquisa e clínica são o instrumento de Avaliação Inicial da Dor (*Initial Pain Assessment Inventory* – IPAI), o Inventário Breve de Dor (*Brief Pain Inventory* – BPI), o Questionário McGill de Dor (*Mc Gill Pain Questionnaire* – MPQ), o Desenho da Localização da Dor (*Pain Drawing* – PD), o Perfil da Percepção da Dor (*Pain Perception Profile* – PPP), a Escala de Avaliação da Dor Relembrada (*Memorial Pain Assessment Card* – MPAC), O Inventário Multidimensional de Dor (*Multidimensional Pain Inventory* – MPI), e a Escala de Descritor Diferencial (*Descriptor Diferencial Scale* – DDS).

Atualmente, foi validada para a língua portuguesa a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) (SOUSA et al., 2010).

A dor é um fenômeno complexo, portanto, os instrumentos multidimensionais buscam avaliar de maneira mais complexa possível a experiência dolorosa. Para uma avaliação fidedigna, deve-se estabelecer afetiva comunicação entre profissionais, indivíduos e cuidadores.

A comunicação da dor dependerá de fatores tais como a idade do sujeito, sexo, estrutura de personalidade, funções cognitivas, história pessoal, contexto sociofamiliar e de dor, estado afetivo e condições psico-orgânicas do momento. A comunicação dependerá, ainda, diretamente da qualidade do ouvinte, da disponibilidade real e sincera de escuta, da comunicação inequívoca, pelo ouvinte ao sujeito, de sua determinação inarredável em dele cuidar (MICELI, 2002).

É importante que antes do emprego da escala se conheça o nível de mensuração para que se possa determinar a adequação da escala escolhida com aquilo que se quer mensurar (PEREIRA et al., 2001), considerando-se os quatro níveis de medida.

O primeiro nível nominal é utilizado para classificar objetos ou pessoas, ou seja, nomeia atributos. É amplamente utilizada para mensurar a intensidade da dor em ambientes clínicos (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SORIANO, 2004).

As escalas de categoria em nível ordinal têm sido amplamente usadas na avaliação da dor, apresentando-se tanto em versões unidimensionais como multidimensionais. Segundo Sousa (2000), as escalas que são baseadas no reconhecimento de atributos e ordenação de suas dimensões permitem a representação de uma série de dados qualitativos numa série quantitativa. A escala do tipo ordinal contém categorias que podem ser ordenadas em sequência, variando de extremidade a outra na categorização de um determinado atributo. O número de categorias varia de acordo com o problema a ser pesquisado, sendo que seus itens devem ser elaborados com atributos pertinentes ao objeto social estudado.

A escala intervalar possui as mesmas características do nível ordinal. No entanto, também informa o intervalo entre os diferentes graus da escala, ou seja, as diferenças de tamanho entre os atributos (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; SORIANO, 2004).

A escala de razão possui todas as propriedades anteriores e, além disso, tem um ponto zero verdadeiro como valor de origem, embora a unidade de medida seja arbitrária. Essa escala é definida dentro dos limites da multiplicação por uma constante positiva. Exemplos são os instrumentos de medida de comprimento, de altura, de espessura e de peso de qualquer corpo (SOUSA, 2002).

Os estudos psicofísicos que avaliaram a dor e a percepção dos descritores mais utilizados na nossa cultura demonstraram ter fidedignidade nas pesquisas com seres humanos, mostrando a importância de se detectar componentes físicos, sensitivos, afetivos e cognitivos. Tais estudos, segundo Hortense e Sousa (2009), justificam a busca para compreender o processo doloroso e a avaliação de percepção, tanto por quem o sente quanto por quem os trata, propiciando ao profissional de saúde manejo mais adequado em relação à dor.

Com a mensuração apropriada, torna-se possível determinar se os riscos de um dado tratamento superam os danos causados pelo problema clínico e, também, permite escolher qual é melhor e o mais seguro entre os diferentes tipos. Possibilita examinar a natureza, as origens e os correlatos clínicos da dor, em função das características emocionais, motivacionais, cognitivas e de personalidade do cliente. Sem avaliação apropriada, a dor pode ser mal interpretada ou subestimada, o que pode acarretar manipulação inadequada e prejudicar a qualidade de vida do cliente. A dor é influenciada por fatores culturais, situacionais e, também, pela atenção, motivação, emoção e outras variáveis psicológicas, além de variáveis externas. A maior parte da informação necessária para se adequar um procedimento de avaliação da dor origina-se do que o indivíduo relata, complementada pela avaliação física, portanto, o indivíduo é considerado como um instrumento de mensuração (SOUSA et al., 2010).

Para medir a presença e a severidade da dor, é preciso considerar: o autorrelato, as observações clássicas, variáveis como depressão e ansiedade, o significado da dor para o sujeito, o seu suporte familiar e seus possíveis receios quanto a incomodar o médico ou levá-lo a desistir do tratamento pela progressão de doença, caso seja confessado o aumento da dor.

2.1 Objetivos gerais

- Avaliar a dor percebida em indivíduos com dor lombar crônica.
- Avaliar correlações existentes entre a variável intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemograficamente os indivíduos com dor lombar crônica.
- Mensurar a intensidade de dor lombar crônica percebida.
- Identificar a incapacidade relacionada às atividades de vida diária nos indivíduos com dor lombar crônica.
- Identificar os níveis de depressão nos indivíduos com dor lombar crônica.
- Estabelecer correlações entre as variáveis estudadas.
- Identificar os descritores de maior e menor atribuição na caracterização da dor lombar crônica.

3 MÉTODOS E PARTICIPANTES

3.1 Considerações éticas

A ética da pesquisa é direcionada pela Resolução 196/96, Conselho Nacional de Saúde, a qual orienta a realização de pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, aprovado em 9 de setembro de 2011, segundo Parecer sob Protocolo nº 1358/2011 e Of. CEP-EERP/USP – 294/2011 (ANEXO A). Vale ressaltar que foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelo sujeito, depois de ter sido orientado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa.

3.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram indivíduos que realizavam tratamento ambulatorial para dor lombar crônica. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro/2012 a junho/2012. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter idade acima de 18 anos e apresentar diagnóstico médico de dor lombar crônica não oncológica (dor há mais de 3 meses). Os critérios de exclusão foram: indivíduos com dor lombar crônica de origem oncológica, ou ainda não especificado, com incapacidade de racionalização e alteração de funções físicas e/ou cognitivas que impossibilitem a coleta dos dados.

3.3 Local

A coleta de dados foi realizada na Clínica para o Tratamento da Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP-USP), cujo atendimento ocorre pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

3.4 Instrumentos

Para que os objetivos fossem atingidos, utilizou-se um questionário contendo os itens para a coleta de dados sociodemográficos e econômicos e perguntas relacionadas à percepção da dor (APÊNDICE B); a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR)

(SOUSA et al., 2010) (ANEXO B); o Questionário Roland-Morris de Incapacidade (NUSBAUM et al., 2001) (ANEXO C) e o Inventário de Depressão de Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998) (ANEXO D).

3.5 Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa transversal descritivo-exploratória. Na qual, os participantes foram abordados pelos pesquisadores durante uma consulta de rotina e convidados a participar da pesquisa. Os participantes que aceitaram participar foram orientados quanto às tarefas a serem realizadas.

Primeiramente foi realizada coleta dos dados para caracterização dos participantes quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos (APÊNDICE B).

A dor foi avaliada de acordo com a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR), construída e validada por Sousa et al. (2010) (ANEXO B), tal escala utiliza descritores de dor crônica para caracterizar a dor percebida e uma escala para avaliar a intensidade de dor percebida. Para realização desta pesquisa, utilizaram-se os primeiros 20 descritores de dor crônica da EMADOR. Os participantes da pesquisa julgaram cada descritor de dor considerando sua percepção na caracterização da dor crônica utilizando a escala de 0 a 10 pontos, sendo que 0 significa que aquele descritor não caracteriza a dor percebida, 10 significa que aquele descritor caracteriza extremamente a dor percebida e os outros escores caracterizam, intermediariamente, a dor percebida. Além disso, a intensidade da dor foi avaliada utilizando-se a escala de 0 a 10 na escala, sendo 0 indicando “sem dor”, 10 “dor máxima” e os outros escores, de 2 a 9, para indicar níveis intermediários de dor percebida.

A incapacidade relacionada à dor nos sujeitos com dor lombar crônica foi avaliada por meio do Questionário Roland Morris de Incapacidade (ANEXO C), tendo sido adaptado e validado para o português por Nusbaum et al. (2001). O Questionário de Incapacidade contém afirmações relacionadas às atividades de vida diária que indicam incapacidades provocadas pela dor, utilizando-se a frase “por causa das minhas costas...” (ROLAND; MORRIS, 1983a). Roland e Morris selecionaram 24 estados para avaliar a incapacidade resultante da lombalgia, o escore do questionário é calculado pelo número total de perguntas assinaladas com resposta sim, dessa forma, variando de 0 a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa, resultados superiores a 14 correspondem a incapacidade significativa.

A depressão foi avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck (IDB) (ANEXO D), validado para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade (1998). Esse instrumento é composto por 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3, que refletem a intensidade do sintoma. O escore varia de 0 a 63, sendo que quanto maior o escore maior o nível de depressão percebido. Para amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes, recomendam-se escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo “depressão” deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com o diagnóstico clínico concomitante.

3.6 Análise dos resultados

Para análise dos dados sociodemográficos, dos dados relacionados à dor e dos escores dos domínios dos instrumentos, foi utilizada a estatística descritiva com medidas de tendência central (média - MA, mediana – Med, mínimo – Mín e máximo – Máx) e medidas de dispersão (desvio-padrão - DP), além de cálculos de porcentagem. Utilizou-se o *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) 18, para Windows.

Para se identificar os descritores de dor crônica, foram calculados a média aritmética (MA), o desvio-padrão (DP) e a ordenação de posições, em ordem decrescente, das estimativas atribuídas a cada descritor. Para a avaliação da intensidade de dor, do Questionário Roland Morris de Incapacidade e do Inventário de Depressão de Beck (escores totais obtidos e apresentados em forma de porcentagem) também foram calculados a média aritmética, o desvio-padrão, a mediana, o valor máximo e mínimo.

As correlações entre intensidade, incapacidade e depressão foram calculadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Para se quantificar o grau de dependência entre duas variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação que usa um único número para descrever a relação entre as variáveis. O coeficiente de correlação utilizado neste trabalho foi o coeficiente de correlação de Spearman. O coeficiente ρ de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. O sinal positivo da correlação significa que as variáveis variam no mesmo sentido, isto é, categorias mais altas de uma variável associam-se a categorias mais altas da outra variável (SIEGEL; CASTELLAN, 2006). Os

valores mostrados a seguir podem ser aplicados para interpretação do coeficiente de Spearman, usando-se valores exatos ou não.

Tabela 1 – Interpretação do coeficiente de Spearman

Pontuação	DESCRIÇÃO
+1,00	CORRELAÇÃO POSITIVA PERFEITA
+0,70 a 0,99	CORRELAÇÃO POSITIVA FORTE
+0,30 a 0,69	CORRELAÇÃO POSITIVA MODERADA
+0,01 a 0,29	CORRELAÇÃO POSITIVA FRACA
0,00	NENHUMA CORRELAÇÃO
-0,01 a 0,29	CORRELAÇÃO NEGATIVA FRACA
-0,30 a 0,69	CORRELAÇÃO NEGATIVA MODERADA
-0,70 a 0,99	CORRELAÇÃO NEGATIVA FORTE
-1,00	CORRELAÇÃO NEGATIVA PERFEITA

Fonte: Siegel e Castellan (2006).

4.1 Caracterização da amostra: aspectos sociodemográficos

A amostra do estudo foi composta por 60 sujeitos com DLC, com média de idade de 54,8 anos, sendo que a idade mínima foi de 22 e a máxima de 91 anos, com predominância de idade entre 41-50 (25%), 51-60 (25%) e 61-70 (25%) anos. Observa-se que houve predomínio do sexo feminino (63,33%), de pessoas casadas (61,67%) e com ensino fundamental incompleto (61,67%) (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados está empregada, sendo que esses foram classificados em diversas categorias, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011); a maior parte 23 (38,33%) realiza serviços domésticos e 12 (20%) estão aposentados. A média da renda familiar dos entrevistados foi de 2,20 salários-mínimos (R\$622,00 – junho/2012), sendo no mínimo 1 salário e no máximo 10,45 salários (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica segundo as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2012

(continua)

Variáveis	Número absoluto (N)	Porcentagem (%)
Idade (anos)/intervalo 54,8		
(22 – 91)		
22-30	1	1,67
31-40	7	11,67
41-50	15	25
51-60	15	25
61-70	15	25
71-80	5	8,32
81-91	2	3,34
Sexo		
Feminino	38	63,33
Masculino	22	36,67
Estado civil		
Casado	37	61,67
Divorciado	8	13,33
União estável	6	10
Viúvo	6	10
Solteiro	3	5
Escolaridade		
Analfabeto	5	8,33
Ensino fundamental incompleto	37	61,67
Ensino fundamental completo	3	5
Ensino médio incompleto	3	5
Ensino médio completo	9	15
Ensino superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	3	5

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica segundo as variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2012

(conclusão)

Variáveis	Número Absoluto (N)	Porcentagem (%)
Profissão*		
Serviços domésticos	23	38,33
Aposentado	12	20
Serviços prestados	5	8,33
Construção	3	5
Atividades não especificadas	3	5
Transporte terrestre	2	3,33
Confecção de artigos do vestuário	2	3,33
Educação	2	3,33
Alimentação	2	3,33
Limpeza urbana	1	1,67
Atividades culturais	1	1,67
Comércio	1	1,67
Desempregado	1	1,67
Atividades administrativas	1	1,67
Agricultura	1	1,67
Renda familiar** (SM)	2,20 (1 – 10,45)	

*Classificação de Ocupação e Atividade, segundo o IBGE, 2011.

**Renda familiar em salário-mínimo, calculado a partir de R\$622,00, jun/2012.

4.2 Caracterização da amostra: dor percebida

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos indivíduos com DLC, segundo as características da dor.

Tabela 3 – Distribuição dos indivíduos com dor lombar crônica, segundo as características da dor. Ribeirão Preto, SP, 2012

Variável	Número absoluto (N)	Porcentagem (%)
Dor no momento		
Sim	54	90
Não	6	10
Quantos meses sente dor	108 (5 – 624)	
Quantas horas por dia sente dor	21,93 (2 – 24)	
Períodos do dia com mais dor		
Tarde	15	25
Manhã	14	23,33
Manhã/tarde/noite	12	20
Noite	10	16,67
Manhã/noite	7	11,66
Manhã/tarde	1	1,67
Tarde/noite	1	1,67

Observa-se que, dos sessenta participantes da pesquisa, 90% sentia dor no momento em que a pesquisa estava sendo realizada. A média de tempo de percepção de dor foi de 108 meses e a quantidade de horas de dor por dia foi de 21,93 horas (Tabela 3).

O período do dia no qual os sujeitos sentem mais dor é o período da tarde (25%), seguido do período da manhã (23,33%).

A maioria dos sujeitos, ou seja, 95% deles, fazia uso de medicamentos para dor e 76,67% dos sujeitos não faziam outro tratamento para dor além daquele realizado na Clínica para o Tratamento da Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Observa-se que, 23,33% dos sujeitos realizam outros tipos tratamentos para dor, sendo eles, psiquiátrico, fisioterápico, psicológico, aulas de hidroginástica e aulas de ginástica. A Clínica para o Tratamento da Dor oferece tratamento medicamentoso, não oferece outros tipos de tratamento, portanto, os sujeitos que realizam outros tipos de tratamento frequentam outros locais.

4.3 Linguagem da dor lombar crônica

A Tabela 4 apresenta a caracterização da DLC por meio dos descritores em ordem de posição.

Tabela 4 – Descritores de dor lombar crônica em ordem de posição. Ribeirão Preto, SP, 2012

Ordem de posição	Descritores de dor crônica	Média aritmética (MA)	Desvio-padrão (DP)
1ª.	Desconfortável	9,25	1,25
2ª.	Enjoada	8,87	1,90
3ª.	Dolorosa	8,77	1,56
4ª.	Terrível	8,75	1,87
5ª.	Prejudicial	8,72	1,92
6ª.	Insuportável	8,68	1,73
7ª.	Agressiva	8,63	1,94
8ª.	Cruel	8,60	2,24
9ª.	Infernizante	8,53	2,20
10ª.	Atormentadora	8,52	1,77
11ª.	Intensa	8,50	1,77
12ª.	Brutal	8,50	2,14
13ª.	Aterrorizante	8,30	2,29
14ª.	Persistente	8,27	1,94
15ª.	Esmagadora	8,25	2,02
16ª.	Angustiante	8,23	2,15
17ª.	Desgraçada	8,15	2,44
18ª.	Assustadora	8,00	2,55
19ª.	Desastrosa	7,85	2,80
20ª.	Deprimente	7,58	2,42

Os cinco descritores de maior atribuição que melhor caracterizam a dor lombar crônica foram desconfortável (9,25; 1,25), enjoada (8,87; 1,90), dolorosa (8,77; 1,56), terrível (8,75; 1,87) e prejudicial (8,72; 1,92) (Tabela 4).

Os cinco descritores de menor atribuição foram angustiante (8,23; 2,15), desgraçada (8,15; 2,44), assustadora (8,0; 2,55), desastrosa (7,85; 2,80) e deprimente (7,58; 2,42) (Tabela 4).

4.4 Intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica

Na Tabela 5 são apresentados os valores da intensidade de dor, incapacidade e depressão segundo média aritmética, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo, nos indivíduos com DLC estudados.

Tabela 5 – Distribuição dos valores (MA, DP, Med, Mín e Máx) da intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com DLC. Ribeirão Preto, SP, 2012

	MA	DP	Med	Mín	Máx
Intensidade de dor	7,38	2,14	8	1	10
Incapacidade	19,87	2,96	21	12	24
Depressão	24,98	13,57	22,5	3	61

A média aritmética da intensidade de dor foi de 7,38 pontos, em uma escala numérica variando de 0 a 10. O nível de incapacidade, avaliado pelo Questionário de Roland Morris, foi 19,87 pontos, sendo que varia de 0 a 24 pontos e 95% (57) dos sujeitos apresentaram resultado maior que 14 pontos, o que indica incapacidade. O nível de depressão, avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck, foi 24,98 pontos, sendo que sua pontuação varia de 0 a 63 pontos e 61,66% (37) dos sujeitos apresentaram pontuação acima de 20 pontos, sugerindo depressão, já que essa amostra não foi diagnosticada anteriormente (Tabela 5).

4.5 Correlações entre intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica

Na Tabela 6, observam-se as correlações entre intensidade de dor, incapacidade e depressão percebida pelos sujeitos, com dor lombar crônica, estudados.

Tabela 6 – Correlações (coeficiente de Spearman) entre os escores da intensidade de dor, incapacidade e depressão em indivíduos com dor lombar crônica. Ribeirão Preto, SP, 2012

	Incapacidade	Depressão
Intensidade de dor	0,232	0,166
Incapacidade		0,362

A correlação apresentada entre a intensidade de dor e incapacidade mostra correlação positiva fraca (0,232), sugerindo que a intensidade de dor pode estar influenciando o grau de incapacidade, mas, fracamente. Entre as variáveis intensidade de dor e depressão também se observou correlação positiva fraca (0,166), sugerindo que a intensidade de dor pode estar influenciando os níveis de depressão fracamente, ou o contrário também pode estar acontecendo.

Já a correlação entre as variáveis incapacidade e depressão foi positiva moderada (0,362), sugerindo que a incapacidade correlaciona-se positiva e moderadamente com a depressão.

5.1 Caracterização da amostra: aspectos sociodemográficos

No presente estudo, observou-se que em relação aos aspectos sociodemográficos a idade média dos sujeitos que apresentavam DLC foi de 54,8 anos, sendo que essa é considerada a idade média em adultos, na qual esses ainda estão em idade produtiva, podendo ocasionar alterações nas atividades relacionadas ao trabalho. Alguns autores apontam a dor como grave problema de saúde pública relacionada aos gastos diretos e indiretos (CARAVIELLO et al., 2005; JORGE; GERARD; REVEL, 2009; MEYER et al., 2009; SALVETTI et al., 2012; SANCHEZ et al., 2011; SOYSAL; KARA; ARDA, 2013).

Observa-se, também, que houve predomínio no sexo feminino (63,33%). Outros estudos realizados com pessoas com dor lombar crônica também encontraram esse predomínio, sendo que esse fato, segundo tais estudos, pode estar relacionado à realização de tarefas domésticas, às características físicas próprias da mulher, menor resistência à sustentação de peso e articulações mais frágeis (ALMEIDA et al., 2008; CARAVIELLO et al., 2005; DUNN; JORDAN; CROFT, 2011; FOSTER et al., 2010; JORGE; GERARD; REVEL, 2009; KARP et al., 2010; KHOUEIR et al., 2009; MEYER et al., 2009; SANCHEZ et al., 2011; SOYSAL; KARA; ARDA, 2013; SPYROPOULOS et al., 2007; TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008).

Silva, Fassa e Valle (2004) apontam que o sexo feminino apresenta características anatomofuncionais (menor estatura, menos massa óssea, articulações mais frágeis e são menos adaptadas ao esforço físico, e têm maior peso de gordura) que podem colaborar para o surgimento das dores lombares crônicas.

Em relação ao estado civil, a maioria dos sujeitos é casada (61,67%), outros estudos também encontraram esse dado (CARAVIELLO et al., 2005; GUCLU et al., 2012; RUDY et al., 2007; SALVETTI et al., 2012). Observa-se que grande parte da amostra apresenta nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto (61,67%), outros estudos também encontraram baixa escolaridade em pessoas com DLC (ALMEIDA et al., 2008; CARAVIELLO et al., 2005; GLUCU et al., 2012; PREUPER et al., 2008; SALVETTI et al., 2012). A média da renda familiar encontrada foi de 2 salários-mínimos, sendo que, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013), a população que se apresenta nessa faixa de salário é classificada como C2, portanto, os resultados apontaram que os entrevistados apresentaram baixa escolaridade e baixa renda familiar, com isso, pode-se sugerir que esse resultado está relacionado ao local da coleta de dados (serviço público de saúde). Os dados relacionados à renda familiar, ao serem comparados com os dados

internacionais, pode induzir a erros, considerando que se analisa aqui o salário-mínimo no Brasil.

Os sujeitos avaliados no presente trabalho apresentam diferentes ocupações, no entanto, a maior parte realiza serviços domésticos (38,33%). Esse fato relaciona-se com o gênero já que grande parte da amostra é mulher e culturalmente esse tipo de serviço é realizado predominantemente por mulheres. Outros autores também encontraram essa predominância (CARAVIELLO et al., 2005; GLUCU et al., 2012).

Almeida et al. (2008), em pesquisa realizada em Salvador, com 337 indivíduos com DLC, observaram maior prevalência em mulheres (55,5%), com idade entre 40-59 anos (59,1%), casadas (69,5%) e em pessoas com baixa escolaridade (50,4%). Os pesquisadores relatam que ser solteiro surgiu como fator protetor, ou seja, houve menor prevalência de dor lombar crônica nos solteiros. Eles sugeriram também que a dor lombar pode advir de fatores associados ao tabagismo, obesidade central e baixa escolaridade. E, em relação à renda familiar, encontraram que os sujeitos apresentavam renda de 1 salário-mínimo, classificado pela ABEP (2013) como classe D/E.

Estudo realizado com 177 sujeitos que apresentavam DLC, em São Paulo, mostrou que a DLC afeta mais as pessoas em idade produtiva, sendo a média de idade encontrada de 46,9 anos. Os sujeitos avaliados apresentavam baixa escolaridade e baixa renda, o que reflete a realidade brasileira. Visto que o estudo foi realizado em serviços públicos, esperava-se o predomínio dessas características (SALVETTI et al., 2012).

Outro estudo, realizado na Grécia por Spyropoulos et al. (2007), com 771 trabalhadores de escritório, encontrou prevalência de dor lombar em mulheres (75,8%) e obesos e a média de idade foi de 44,5 anos.

Já Jorge, Gerard e Revel (2009) observaram, em estudo realizado na França, com 21 sujeitos com DLC, que a média de idade foi de 53,66 anos, sendo a maioria do sexo feminino (76,19%) e com ensino médio (57,14%). Em relação ao grau de escolaridade observa-se que houve divergência em relação ao presente estudo.

Em estudo realizado em Istambul, por Glucu et al. (2012), com 105 sujeitos que apresentavam DLC, os autores observaram que houve prevalência de dor nas mulheres (65,7%), relacionaram a dor à fraqueza dos músculos paraespinhais ou ilíaco e a hormônios. Eles observaram, também, que a maioria dos sujeitos era casada (76,2%), tinha ensino fundamental incompleto (54,3%) e realizava serviços domésticos (40%).

Caraviello et al. (2005), em estudo realizado em São Paulo, com 58 sujeitos que apresentavam DLC, observaram que a média de idade foi de 48,1 anos, 86,7% eram do sexo

feminino, casados, 60% apresentavam ensino fundamental incompleto e os serviços domésticos ou do lar foram as mais prevalentes. Os pesquisadores observaram que a prevalência da DLC foi do sexo feminino e se refere ao fato de as mulheres serem culturalmente chamadas a “cuidar”, inclusive da família, estando, portanto, mais sensíveis a cuidar da própria saúde. Esses autores também apontam que a baixa escolaridade pode interferir no aprendizado das informações e dos exercícios ensinados podendo retardar ou impedir a melhora significativa desses sujeitos.

Os pesquisadores Toledo, Alexandre e Rodrigues (2008), em estudo desenvolvido em Campinas, com 40 sujeitos que apresentavam DLC, observaram que há predomínio do sexo feminino (77,5%), na população em idade economicamente ativa, o que ocasiona grande número de indenizações trabalhistas.

Stefane et al. (2013) observaram em estudo realizado com 97 sujeitos que apresentavam DLC, que 69% desses eram do sexo feminino, sendo que a média de idade foi 54,2 anos. Em relação ao nível de escolaridade, 41,24% apresentaram até 8 anos de estudo e, quanto à renda familiar, 70,53% recebiam entre 2 e 8 salários-mínimos mensais.

Alguns estudos realizados no Brasil e no mundo apresentam dados que divergem do presente estudo, entre eles, Preuper et al. (2008), na Holanda, estudaram 92 sujeitos com DLC e observaram que a prevalência foi no sexo masculino (65%); outros pesquisadores, como Guic et al. (2002), Luk et al. (2010), Amaral et al. (2010) e Murtezani et al. (2011) também observaram esta predominância.

Rudy et al. (2007) observaram, em estudo realizado na Pensilvânia, com 162 sujeitos que apresentavam dor lombar, que houve prevalência do sexo masculino (51,2%) e que 52,3% dos sujeitos apresentavam o ensino superior, sendo que esses resultados são diferentes dos encontrados no presente estudo.

5.2 Percepção da dor lombar crônica

A DLC apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo. Fica evidente a preocupação dos pesquisadores em entender com maior profundidade esse tipo de dor e suas consequências, haja vista o grande número de trabalhos produzidos nessa área (AMARAL et al., 2010; ASSIS et al., 2009; CARAVIELLO et al., 2005; DUNN; JORDAN; CROFT, 2011; GUIC et al., 2002; RUDY et al., 2007; SALVETTI et al., 2012; SPYROPOULOS et al., 2007).

A DLC é um problema de saúde que não atinge apenas o aspecto físico do sujeito, mas também aspectos socioeconômicos, psicológicos, emocionais e espirituais (AMARAL et al., 2010; CARAVIELLO et al., 2005; SALVETTI et al., 2012). A carga física e emocional é pesada para quem convive com a dor durante tanto tempo. Os sujeitos da presente amostra convivem com a dor há 108 meses e durante aproximadamente 22 horas por dia. Pôde-se constatar que 90% dos sujeitos apresentavam dor lombar no momento em que a pesquisa estava sendo realizada.

Apesar dos aspectos multidimensionais do fenômeno doloroso, observa-se que a maioria dos participantes utilizava apenas o tratamento medicamentoso e somente 23,33% realizavam o manejo da dor utilizando outras formas de alívio, como fisioterápico, psicológico e aulas de ginástica. Paralelamente a isso, alguns pesquisadores observaram que os sujeitos que apresentam DLC, quando submetidos ao tratamento multidisciplinar como exercícios, tratamento psicológico e fisioterápico, apresentam melhoras significativas do quadro (CARAVIELLO et al., 2005; JORGE; GERARD; REVEL, 2009; KARP et al., 2010; LUK et al., 2010; SALVETTI et al., 2012).

Em São Paulo, estudo realizado por Caraviello et al. (2005), teve o objetivo de avaliar a dor e a incapacidade funcional de 30 sujeitos com DLC antes e após frequentarem a Escola de Coluna. A Escola de Coluna é um programa multidisciplinar de reabilitação que oferece aos sujeitos variadas informações para poder lidar melhor com suas dores nas costas e superar, da melhor maneira possível, as limitações do dia a dia. Eles utilizaram o RMDQ e a EVA. Os autores observaram que antes da intervenção proposta, 50% apresentaram intensidade de dor maior ou igual a 8 pontos, além disso, 46,7% dos sujeitos tiveram resultados do RMDQ maior ou igual a 14 pontos, indicando resultados preocupantes de incapacidade funcional. Os pesquisadores observaram que a maioria dos indivíduos apresentou melhora da dor (56,7%) e da função (60%), após o término do programa de reabilitação.

Luk et al. (2010), em Hong Kong, examinaram a eficácia do programa de reabilitação multidisciplinar (condicionamento físico, hidroterapia, exercícios com peso e flexibilidade) nos sujeitos com DLC. Os 54 sujeitos apresentavam dor por período médio de 21 meses. Eles foram avaliados por meio do ODI, EVA, IDB e desempenho físico e observou-se que, dos 54 sujeitos avaliados, 28 retornaram ao trabalho e 26 não retornaram. Com isso, os sujeitos foram divididos em 2 grupos: os sujeitos que retornaram ao trabalho e os sujeitos que não retornaram ao trabalho. Os sujeitos que retornaram ao trabalho apresentaram média de intensidade de dor na primeira avaliação de 3,84 e da depressão 10,2 e os que não retornaram

ao trabalho apresentaram média da intensidade de dor de 4,79 e da depressão 12. Foi realizado um programa de reabilitação com duração de 14 semanas, e, após esse período, aplicou-se uma nova avaliação: os sujeitos que voltaram ao trabalho apresentaram média de intensidade de dor igual a 2,15 e o escore do IDB foi 10,7 e os que não retornaram ao trabalho a média da intensidade de dor foi de 3,67 e o escore do IDB foi de 13,9. Os pesquisadores observaram que o programa ajudou na melhora da função física e no retorno ao trabalho e os sujeitos que retornaram ao trabalho apresentaram melhoras em relação aos que não retornaram ao trabalho.

Estudo realizado por Sahin et al. (2011), Turquia, com o objetivo de avaliar os efeitos do programa da Escola de Coluna, associados à fisioterapia e aos exercícios físicos para a melhora da função em sujeitos com dor lombar crônica, avaliaram 146 sujeitos com dor lombar crônica por meio da EVA (intensidade de dor) e ODI (incapacidade), sendo que esses foram divididos em dois grupos: o primeiro (n=73) realizou exercícios físicos, fisioterapia e o programa da Escola de Coluna e o segundo (n=73) realizou exercícios físicos e fisioterapia. O objetivo da Escola da Coluna é ensinar os sujeitos sobre a anatomia funcional da coluna, a função da coluna, dor, a forma correta de utilizar a coluna nas atividades diárias, habilidades para lidar com os problemas na coluna, aumentar a autoestima e melhorar a qualidade de vida; na fisioterapia foram utilizados recursos como o a estimulação transcutânea e o ultrassom e, nas atividades físicas, foram realizados exercícios de flexão e extensão da coluna e alongamento lombar e coxa. Os sujeitos fizeram tratamento por 3 meses e foram reavaliados. Os autores observaram que adicionar o programa da Escola da Coluna melhora de forma significativa a dor e a incapacidade e melhora a realização das atividades de vida diária.

Quanto à intensidade de dor percebida pelos participantes, no momento da entrevista, a média encontrada foi de 7,38 pontos, sendo que a escala utilizada variou de 0 a 10 pontos (EVA), 55% dos entrevistados apresentavam dor de intensidade igual ou maior que 8,0 pontos; assim, pode-se considerar que os sujeitos estudados apresentavam dor de elevada intensidade. Alguns autores nacionais e internacionais realizaram estudos avaliando a intensidade de dor lombar crônica e encontraram resultados parecidos (AMARAL et al., 2010; CARAVIELLO et al., 2005; GLUCU et al., 2012; JORGE; GERARD; REVEL, 2009; SALVETTI et al., 2012; SANCHEZ et al., 2011).

Em relação à incapacidade avaliada por meio do RMDQ, cuja pontuação final varia entre 0 e 24 pontos, observou-se que a média aritmética foi de 19,87 pontos, sugerindo que os indivíduos com dor lombar crônica apresentaram grande incapacidade funcional relacionada à dor lombar crônica. Há, no Brasil e em outros países, alguns autores que estudaram a incapacidade relacionada à dor lombar crônica (CARAVIELLO et al., 2005; FOSTER et al.,

2010; GLUCU et al., 2012; KARP et al., 2010; MEYER et al., 2009; PREUPER et al., 2008; TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008).

No que se refere à depressão avaliada pelo IDB, cuja pontuação varia de 0 a 63 pontos, a amostra estudada apresentou média de 24,98 pontos, sendo que 61,66% apresentavam pontuação maior que 20 pontos. Tais resultados sugerem que grande parte dos sujeitos com DLC estudados apresentaram algum grau de depressão. Gorestein e Andrade (1998) recomendam que escores acima de 20 pontos sugerem “depressão” em indivíduos não diagnosticados anteriormente. Observa-se que há outros estudos na literatura mundial que apresentam a avaliação da depressão por meio do IDB em sujeitos com DLC (AMARAL et al., 2010; GLUCU et al., 2012; LUK et al., 2010; PREUPER et al., 2008; SALVETTI et al., 2012; YILDIRIM et al., 2009).

No presente estudo, foram avaliadas as correlações por meio do coeficiente de correlação de Spearman e observou-se que as correlações existentes entre intensidade de dor e incapacidade e entre intensidade de dor e depressão foram correlações positivas fracas, sugerindo que a intensidade de dor influencia os índices de incapacidade e de depressão, portanto quanto maior a intensidade de dor percebida maior a incapacidade relacionada à dor e maiores são as possibilidades de aparecerem sintomas relacionados à depressão. Já a correlação entre a incapacidade e a depressão foi positiva moderada, sugerindo que quanto maior a incapacidade relacionada à dor lombar crônica maior a possibilidade de surgirem os sintomas relacionados à depressão ou vice-versa. Há algumas pesquisas nacionais e internacionais que também observaram essas correlações (AMARAL et al., 2010; GLUCU et al., 2012; PREUPER et al., 2008; SALVETTI et al., 2012).

Sugere-se que altos níveis de intensidade de dor podem ocasionar altos níveis de incapacidade e depressão, visto que a dor pode reduzir o movimento ocasionando cada vez mais impossibilidades de realização de atividades pelo “não uso” de determinados grupos musculares (ocasionando encurtamentos e fraquezas musculares) e isso se torna um círculo vicioso, ou seja, a dor gera o “não movimento” que gera incapacidade e o “não movimento” gera a dor que gera a incapacidade. No entanto, a fraca correlação encontrada entre a intensidade da dor e os escores do RMDQ e de depressão, sugerem que embora estas variáveis estejam relacionadas, a incapacidade e a depressão, não ocorrem apenas em função da intensidade da dor, outros fatores não estudados também podem estar contribuindo.

A moderada correlação entre depressão e incapacidade pode ser explicada pelo fato de que os indivíduos que não conseguem realizar suas atividades, por causa da dor, sentem-se impotentes frente a ela. A incapacidade impede a pessoa de realizar atividades que faziam

antes, como afazeres domésticos, esporte, interações sociais, etc, possibilitando aos sintomas de depressão. O contrário também pode ser verdadeiro, ou seja, pacientes deprimidos tendem a ficar mais isolados e sem motivação para se envolverem em quaisquer tipos de atividade.

Stefane (2012) objetivou identificar o nível de depressão em indivíduos com DLC e associá-la à intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. Foi utilizada para a avaliação uma escala numérica para mensurar a intensidade de dor, RMDQ, IDB e WHOQOL-Bref (Instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde). Os resultados mostraram que 21,6% dos sujeitos (n=97) apresentaram indicativo de depressão, sendo que a média da amostra foi de 15,3 pontos. A correlação entre depressão e intensidade de dor foram positivas fracas, entre a depressão e os domínios da qualidade de vida foram correlações negativas moderadas com os domínios físicos e psicológicos. Entre a depressão e a incapacidade houve correlação positiva moderada, corroborando os resultados do presente estudo.

Observa-se, no presente estudo e nos estudos a seguir relacionados, grande preocupação dos pesquisadores em avaliar a dor lombar crônica em vários aspectos, identificando índices relacionados ao impacto da dor na vida diária. Isso se faz de extrema importância para o avanço do entendimento desse fenômeno tão complexo e, dessa forma, para as propostas de manejo.

Roland e Morris (1983b), no Reino Unido, realizaram estudo cujo objetivo foi avaliar a história natural da dor em 230 sujeitos que apresentavam dor lombar. Avaliaram a incapacidade por meio do RMDQ e a dor por meio da escala de avaliação da dor (*Pain Rating Scale*). Na primeira consulta, os sujeitos apresentaram escore médio de 11 pontos, uma semana depois, de 8 pontos, e quatro semanas depois, de 4 pontos. Em relação à intensidade de dor, na primeira avaliação prevaleceu a dor moderada (15,18%), uma semana depois continuou sendo a dor moderada (15,09%) e quatro semanas após pouca dor ou sem dor, prevaleceram com 17,09% cada. Após a consulta inicial, durante uma semana os médicos prescreveram somente paracetamol ou dihidrocodeína. Os autores observaram que, na maioria dos sujeitos, não é possível fazer um diagnóstico da causa da dor, devido à quantidade de patologias que produzem os sintomas da dor lombar; observaram, também, que a história natural da dor é extremamente variável, pois algumas pessoas melhoram em dias, enquanto outras permanecem com a dor por anos, com isso, eles sugerem que existe tendência da melhora dos sintomas com o passar do tempo.

Estudo realizado em Campinas, por Toledo, Alexandre, Rodrigues (2008), com o objetivo de realizar a validação do Índice Spitzer de Qualidade de Vida (QLI) e avaliar sua

confiabilidade em 120 indivíduos portadores de dor lombar crônica, e, para realizar a validação, eles utilizaram a correlação entre os escores de QLI, SF-26 e RMDQ. Nos resultados obtidos observaram que, em relação ao período de dor, a média foi de 60,2 meses, a média do RMDQ foi 9,5 pontos e do QLI, 7,3 pontos. A validade da versão brasileira do QLI foi confirmada por meio da correlação negativa significativa entre ele e o RMDQ (-0,730) e a sua forte correlação positiva com o SF-36 em relação às dimensões dor (0,699), aspectos físicos (0,687), capacidade funcional (0,682) e aspectos sociais (0,680).

Milani et al. (2009), em estudo realizado em São José do Rio Preto, com 20 sujeitos que realizaram intervenção cirúrgica para hérnia de disco, avaliaram a intensidade de dor (escala numérica), a incapacidade (RMDQ) e a qualidade de vida (SF-36) antes e 60 dias após a cirurgia. Em relação ao RMDQ, na primeira avaliação os sujeitos estavam muito incapacitados com média de 17,06 pontos e 60 dias após a pontuação caiu para 5,7 pontos, apenas os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor do questionário de qualidade de vida SF-36 apresentaram resultados estatisticamente significantes quando comparados no período pré e pós-operatório, e a escala analógica de dor revelou diminuição da intensidade de 8,33 para 4,55 pontos, o que indica aumento da funcionalidade, pois um quadro algíco é altamente incapacitante. Os autores observaram que 60 dias após a cirurgia, 65% dos sujeitos retornaram as atividades laborais, 15% continuavam em absteísmo e 50% tiveram atividades laborais modificadas, 40% continuaram apresentando dor lombar e 20% dor ciática. A avaliação realizada 60 dias após a operação de hérnia de disco lombar mostrou que os sujeitos obtiveram ganho funcional e de qualidade de vida, decorrentes da diminuição da dor.

Estudo realizado por Stefane et al. (2013), em São Carlos, Brasil, teve o objetivo de avaliar a percepção da dor em indivíduos com DLC e compará-la com níveis de qualidade de vida e incapacidade física. Foram utilizados, para a avaliação da dor, a escala numérica de 11 pontos, para avaliação da incapacidade o RMDQ e para avaliação da qualidade de vida o WHOQOL-Bref. Os autores avaliaram 97 indivíduos com dor lombar crônica e encontraram que o período médio de dor foi de 77,4 meses, a média da incapacidade foi de 14,4 pontos, da intensidade de dor foi de 5,4 pontos e da qualidade de vida, 48,1 pontos, sendo o domínio físico o mais prejudicado, com 44,1 pontos. Os sujeitos apresentaram elevados níveis de dor e incapacidade, sendo que houve forte associação entre o domínio físico da qualidade de vida e a incapacidade e moderada associação entre a incapacidade e o domínio psicológico da qualidade de vida.

Os pesquisadores Foster et al. (2010), em estudo realizado no Reino Unido, com o objetivo de determinar os fatores psicológicos existentes em 1.591 sujeitos que apresentam DLC, utilizaram os questionários RMDQ, Questionário de Percepção da dor, Escala Tampa de Cinesiofobia, HAD e Questionário de Auto-eficácia de Dor. Observaram que 23,5% apresentavam dor há mais de 7 meses e a média do RMDQ foi de 8,64 pontos. Os pesquisadores avaliaram os sujeitos 6 meses após a consulta dos cuidados primários e concluíram que os indivíduos que sentiam dores nas costas por período maior e tinham baixa autoeficácia apresentaram resultados clínicos menos eficazes. Os pesquisadores associaram a dor lombar aos fatores psicológicos antes e após a intervenção primária e fizeram a correlação entre os valores obtidos por meio do RMDQ e outras vinte escalas psicológicas utilizadas, assim, observaram que a incapacidade estava associada à percepção das consequências da doença, à baixa autoeficácia e a depressão.

Em São Paulo, Salvetti et al. (2012) realizaram estudo com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à incapacidade em 177 sujeitos que apresentavam DLC. Utilizaram formulário de dados demográficos, além dos instrumentos IDB, ODI, de autoeficácia para dor crônica, Escala Tampa de Cinesiofobia e de Fadiga de Piper. Nos resultados, os autores observaram que 63,3% da amostra apresentava dor há 49 meses ou mais, a média da intensidade de dor foi de 7,8 pontos, a prevalência de incapacidade foi de 65%, sendo que 80,7% apresentavam-se de moderada a grave e 36,7% apresentavam índices de depressão. Foram encontrados três fatores relacionados à incapacidade, sendo eles, a ausência de trabalho remunerado, a baixa autoeficácia e a depressão. Os autores relatam que esses são fatores modificáveis por meio da recolocação no trabalho, tratamento para depressão e reconceitualização das crenças de autoeficácia, podendo ter um impacto importante na prevenção e redução da incapacidade. Os autores também observaram que há maior prevalência de incapacidade entre os sujeitos com dor intensa, dor prolongada, sintomas depressivos, fadiga, baixa autoeficácia, com elevado medo e evitação da dor.

Salvetti et al. (2012) sugerem ainda que a relação entre depressão e incapacidade pode ser explicada pelo fato de que os indivíduos que não conseguem realizar suas atividades, por causa da dor, sentem-se incapacitados e impotentes ante a ela, além disso, que os sujeitos com altos índices de depressão tendem a ficar mais isolados e menos motivados em relação ao tratamento. Os sujeitos com sintomas de depressão apresentavam chance 1,2 vezes maior de estarem incapacitados que sujeitos sem esse sintoma. Portanto, tratar os sintomas depressivos é eficaz no sentido de minimizar a incapacidade.

A incapacidade relacionada à dor prejudica diversos aspectos de vida diária e provoca sofrimento psíquico. Indivíduos que enfrentam dificuldades para realizar atividades do dia a dia e não conseguem desenvolver atividades laborais tendem a se afastar do convívio social e evitar as atividades de lazer. O isolamento social e a evitação das atividades relacionadas à dor pode reduzir a autoeficácia e aumentar a chance de desenvolvimento de sintomas depressivos e de incapacidade (SALVETTI et al., 2012).

Os pesquisadores Karp et al. (2010), EUA, realizaram estudo com o objetivo de avaliar o efeito do tratamento da duloxetina, juntamente com o manejo da dor e da depressão em idosos que apresentavam DLC e depressão. O manejo da dor e da depressão foi conduzido por enfermeiros psiquiátricos e psicólogos e consistia na educação sobre depressão e dor lombar. Utilizaram, para a avaliação dos sujeitos, a Escala de Classificação da Depressão de Montgomery Asberg (MADRS), o MPQ, RMDQ, PSQI, Inventário Breve de Sintomas (*Brief Symptom Inventory* – BSI) e a Escala de Autoeficácia de Dor Crônica (*The chronic pain self-efficacy scale* – CPSS). Os pesquisadores observaram que, após a administração da duloxetina associada ao manejo da dor e depressão, 46,7% da amostra teve remissão da depressão e 93,3% remissão da dor, houve melhora na qualidade de vida, ansiedade, qualidade do sono e autoeficácia. Eles sugerem que o tratamento com duloxetina associada ao manejo da dor e da depressão é uma boa escolha para os idosos com DLC e depressão.

Outro estudo, realizado na Turquia, com o objetivo de avaliar a eficácia da gabapentina no impacto da qualidade de vida em 35 sujeitos que apresentavam DLC, utilizou o Perfil de Saúde de Nottingham (NHP) para avaliar a qualidade de vida, o ODI para a incapacidade, a EVA para a intensidade de dor e o IDB para a depressão. Os pesquisadores observaram que os sujeitos apresentavam dor por período médio de 16,4 meses. Esses foram avaliados antes e 4 meses após a administração da gabapentina. Os resultados mostraram que os sujeitos apresentaram, respectivamente antes e após o tratamento, a média da intensidade de dor de 4,9 e 2,8, índice de incapacidade de 28,5 e 13,3 e nível de depressão de 20 e 9,56. Os autores concluíram que a gabapentina proporciona benefícios no alívio da dor lombar crônica e melhora da qualidade de vida (YILDIRIM et al., 2009).

Preuper et al. (2008) realizaram um estudo na Holanda, com 92 sujeitos que apresentavam DLC, cujo objetivo foi analisar a relação entre os fatores psicológicos (depressão, autoeficácia, autoestima e medo do movimento), o desempenho físico por meio da Avaliação da Capacidade Funcional - FCE e a incapacidade. Para a medida da depressão e da incapacidade foram utilizados o IDB e o RMDQ. Os autores observaram que a média de intensidade de dor encontrada foi 5 pontos, a incapacidade foi de 12,6 pontos e a média da

depressão foi de 7,3 pontos. Os pesquisadores realizaram as correlações e encontraram que a cinesiofobia foi a única variável psicológica que contribuiu de forma significativa para o desempenho físico e não há correlação entre a incapacidade, a depressão e o desempenho físico, divergindo do presente estudo, já que se encontrou correlação positiva moderada entre a incapacidade e a depressão.

Amaral et al. (2010) realizaram, em São Paulo, estudo com o objetivo de descrever os fatores psicossociais no momento da indicação da cirurgia em sujeitos com DLC causada por discopatia degenerativa. Os autores avaliaram 32 sujeitos por meio do IDB, Escala de Desespero de Beck (BHS), EVA e ODI. Observaram que as médias de dor e de limitação física foram elevadas; a maior parte dos sujeitos se encontrava em quadros de ansiedade e/ou depressão, sendo que a desesperança também estava presente, além disso, encontraram que as alterações emocionais estavam correlacionadas entre si. A depressão, ansiedade e desesperança apareceram mais nas mulheres e a intensificação da dor e incapacidade física apareceu mais nos ansiosos e depressivos. A depressão apareceu em 52% dos sujeitos, assim os autores alegam que há relação substancial de ansiedade e depressão com quadros de dor lombar crônica. Os autores sugerem que a grande maioria dos sujeitos que sofrem de dor lombar crônica apresenta problemas emocionais como depressão, ansiedade e desesperança, além de estarem expostos a fatores socioeconômicos determinantes, portanto é necessária a identificação desses componentes para que haja abordagem mais completa e eficaz no manejo.

Glucu et al. (2012) realizaram estudo na Turquia, com o objetivo de avaliar o medo e as crenças em 105 sujeitos que apresentavam DLC, e examinar as determinantes da incapacidade e os preditores da qualidade de vida. As variáveis foram avaliadas por meio da EVA, RMDQ, BAI, IDB, Escala Somatossensorial da Amplificação do Medo, FABQ e SF-36. Os pesquisadores observaram que a média da intensidade de dor foi de 6,22 pontos, da incapacidade foi de 15,45 pontos e da depressão, 16,06 pontos. Os autores consideraram que os participantes apresentaram altos níveis de intensidade de dor, de incapacidade e de depressão e ainda realizaram a correlação de Pearson e a análise de regressão logística e encontraram que incapacidade e depressão apresentam correlação positiva fraca, sugerindo que a incapacidade aumenta quando a depressão também aumenta ou vice-versa. Observou-se que quando a intensidade de dor aumenta o medo e as crenças também aumentam. E os altos níveis de ansiedade, depressão e medo e crenças levam a nível maior de incapacidade. A função física diminui quando aumenta a intensidade de dor, a ansiedade, a depressão e o medo. E a qualidade de vida diminui quando a intensidade de dor e o medo aumentam.

Estudo realizado nos EUA por Rudy et al. (2007) teve o objetivo de identificar os fatores multidimensionais que distinguem os idosos que apresentam DLC dos que não apresentam. Foram avaliados 320 idosos, sendo 162 com DLC e 158 sem DLC, quanto às variáveis autoeficácia, depressão, qualidade de vida, qualidade do sono, dor e desempenho físico. Os instrumentos utilizados foram a CPSS, Escala Geriátrica de Depressão, o SF-36, o Índice da Qualidade do Sono de Petersburg (PSQI), o Estado do Índice Funcional, o Inventário Multidimensional da dor (MPI) e o Estado da Atividade Física e o Desempenho Físico. Os idosos que apresentaram dor relataram dor de moderada a severa e o tempo médio de dor foi de 14,2 anos. Eles observaram que, as variáveis estatisticamente diferentes entre os dois grupos foram: o índice funcional, a qualidade de vida, a rotação de tronco, o alcance funcional e o desempenho psicossocial. Com isso, os pesquisadores concluíram que os idosos com DLC apresentavam pior desempenho físico e psicossocial quando comparados aos sem dor e os idosos com dor apresentaram sintomas depressivos e piora na qualidade de vida quando comparados aos livres de dor.

Meyer et al. (2009) realizaram um estudo na Suíça, cujo objetivo foi examinar a influência da catastrofização e outras variáveis psicológicas em relação à dor e à incapacidade em sujeitos com DLC. Eles avaliaram 78 pessoas com DLC por meio da Escala de Catastrofização da Dor, o RMDQ, o Questionário de Medo e Crenças (FABQ), o Questionário Modificado de Percepção Somática, a Escala de Depressão de Zung Modificada e a EVA. Nos resultados, eles observaram que os sujeitos apresentavam dor por período médio de 53,5 meses, a média encontrada para o RMDQ foi de 11,6 pontos e para EVA foi de 5,3 pontos. Eles concluíram que a percepção de dor e a incapacidade estão correlacionadas fortemente à catastrofização da dor, ao medo e à depressão.

Dunn, Jordan e Croft (2011), Reino Unido, realizaram um estudo com 389 sujeitos que apresentavam DLC, cujo objetivo foi determinar prognósticos em sujeitos onde a dor era persistente. Para isso, avaliaram a intensidade de dor, incapacidade, ansiedade e a depressão. Eles utilizaram para avaliação a EVA, o RMDQ e o HAD. Os resultados apontaram que a média da intensidade de dor foi de 4,6 pontos, a média do RMDQ foi de 10 pontos, do HAD foi de 8,6 pontos e 7,2 pontos, sendo que 40% dos sujeitos apresentavam dor há mais de 10 anos. Eles observaram que a alta intensidade de dor, a incapacidade funcional, a dor em outras partes do corpo e estar desempregado contribuem negativamente na melhora da DLC.

É necessária a avaliação dos componentes físicos, psicológicos (história pessoal, sintomas de ansiedade, depressão, cognição, crenças sobre dor, formas de lidar com a dor entre outros) e sociais (ambiente de trabalho, satisfação, estresse no trabalho, compensação

financeira entre outros) para os profissionais entenderem como o indivíduo percebe a dor e como ele se adapta a ela. Dessa forma, pode-se manejar a dor de maneira mais completa e eficaz para prevenir incapacidades e cronicidade.

Observa-se, por meio dos resultados, que a intensidade de dor está correlacionada à incapacidade e à depressão e que a incapacidade tem correlação ainda maior com a depressão, com isso, deve-se manejar a dor do sujeito de forma multidimensional (emocional, social e física), ou seja, todos os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) devem trabalhar de maneira interdisciplinar para o bem-estar do sujeito. Pensamentos negativos e fadiga, sintomas frequentes nos quadros de depressão, também podem interferir no modo de lidar com a dor e contribuir para a presença de incapacidade. Portanto, tratar os sintomas depressivos, pode ser uma estratégia eficaz no sentido de minimizar a incapacidade.

Outra forma de entender com maior profundidade a multidimensionalidade do fenômeno doloroso é conhecer a linguagem utilizada para relatar a dor. Neste estudo, a linguagem foi avaliada de acordo com a EMADOR e os resultados apontaram que os descritores que melhor caracterizaram a DLC foram “desconfortável”, “enjoada”, “dolorosa”, “terrível” e “prejudicial”. Desses, os descritores “desconfortável” e “dolorosa” caracterizam a dimensão sensitiva da dor, cuja expressão remete à sensação física do fenômeno álgico. Já os descritores “enjoada” e “terrível” caracterizam a dimensão afetiva da dor, a qual sugere que a dor afeta o sujeito no que diz respeito às emoções e o descritor “prejudicial” caracteriza a dimensão cognitiva da dor, em que há explicação, racionalização e intelectualização do fenômeno percebido. Os sujeitos utilizaram palavras que remetem às dimensões sensitiva, afetiva e cognitiva do fenômeno doloroso; interessante notar a utilização das palavras “desconfortável” e “prejudicial” que são palavras que remetem à incapacidade física ocasionada pela dor. Os descritores de menor atribuição foram “angustiante”, “desgraçada”, “assustadora”, “desastrosa” e “deprimente”, todos eles de dimensão afetiva, no entanto, o descritor “deprimente”, mesmo sendo o descritor menos utilizado, obteve pontuação alta na escala, 7,58 pontos.

Cabe ressaltar que todos os descritores, mesmo os de menor atribuição, obtiveram pontuação maior que 7 pontos, indicando ampla aceitação dessas palavras para expressar a dor percebida.

Em relação à EMADOR, os resultados deste estudo mostraram que o instrumento é de grande utilidade na investigação da DLC. Sua validade e fidedignidade foram constatadas, podendo ser percebidas em seus componentes sensitivos, afetivos e cognitivos, de maneira

semelhante a estudos anteriores sobre avaliação e percepção dolorosa (CARDOSO; SOUSA, 2009; HORTENSE; EVANGELISTA; SOUSA, 2005; PEREIRA; SOUSA, 1998; PEREIRA; SOUSA, 2007; SOUSA; SILVA, 2005b). Portanto, a utilização dos descritores foi de grande relevância no conhecimento de como o sujeito com DLC percebe sua dor e a descreve por meio das palavras.

Alguns estudos foram realizados utilizando a EMADOR. Cardoso e Sousa (2009), com o objetivo de validar e de identificar a categorização dos descritores de dor em adultos com dor crônica, apontaram que os descritores que receberam maior atribuição foram “deprimente”, “persistente”, “prejudicial”, “angustiante” e “desastrosa”. Tais resultados, quando comparados a este estudo pode-se observar que, dentre os descritores de maior atribuição, o único que se assemelha é o “prejudicial”, enquanto “deprimente”, “desastrosa” e “angustiante” foram classificados como descritores de menor atribuição pelos sujeitos com DLC.

Outro estudo com 100 participantes adultos avaliou a dor crônica isquêmica percebida. Tal estudo demonstrou que os descritores de menor atribuição foram “deprimente”, “angustiante” e “desastrosa” (PEDROSA, 2009). Observou-se que esses resultados corroboram os do presente estudo, uma vez que houve semelhança na percepção dos descritores de dor crônica “deprimente”, “angustiante” e “desastrosa”, como anteriormente. Pelegrin (2011), em estudo realizado com 46 idosos, avaliou a dor no envelhecimento e observou que os descritores de maior atribuição na caracterização da dor crônica foram “dolorosa”, “desconfortável” e “prejudicial” e os de menor atribuição foram “assustadora”, “deprimente” e “desastrosa”, corroborando o presente estudo.

Stefane (2012), em São Carlos, realizou estudo com 97 sujeitos que apresentavam DLC, cujo objetivo foi caracterizar a DLC por meio de descritores, utilizando a EMADOR. Observou-se que os descritores mais atribuídos foram desconfortável, dolorosa, prejudicial, intensa e persistente, e os descritores de menor atribuição foram angustiante, deprimente, assustadora, esmagadora e desastrosa. Em relação ao presente estudo, observa-se que desconfortável, dolorosa e prejudicial também aparecem entre os descritores de maior atribuição.

Tais resultados podem remeter ao significado cultural dado às palavras escolhidas para caracterizar a dor crônica no Brasil.

A dor crônica deve ser avaliada em toda a sua multidimensionalidade, ou seja, considerando todos os aspectos a ela relacionados, sendo eles anteriores ou consequentes.

Dessa forma, é possível entendê-la com maior profundidade, possibilitando seu manejo adequado pela equipe de saúde.

De maneira geral, entende-se que este estudo pode contribuir para retratar uma realidade emergente do quinto sinal vital que não pode ser subestimada, visto que há necessidade de a equipe de saúde em geral perceber a multidimensionalidade existente na dor, realidade que precisa ser repensada para possíveis melhorias na área da avaliação de dor, no ensino, na pesquisa e na prática clínica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos propostos para o presente trabalho, as considerações são apresentadas a seguir.

As mulheres representam a maioria dos entrevistados, sendo 63,33% da amostra. A idade média encontrada foi de 54,8 anos, variando entre 22 e 91 anos. Observa-se que há predomínio das pessoas casadas (61,67%) e com ensino fundamental incompleto (61,67%). A maioria dos entrevistados está empregada e a maior parte realiza serviços domésticos (38,33%) e 20% estão aposentados. A média da renda familiar dos entrevistados foi de 2,20 salários-mínimos.

A intensidade de dor obteve média de 7,38 pontos. A média de pontos do RMDQ foi de 19,87 pontos e do IDB foi de 24,98 pontos.

Segundo as características da dor, 54% dos sujeitos apresentaram dor no momento da pesquisa, sentiam dor, em média, por 108 meses e por 21,93 horas por dia.

As correlações entre intensidade de dor e incapacidade e intensidade de dor e depressão foram positivas fracas, significando que a intensidade de dor influencia os índices de incapacidade e de depressão, mostrando que quanto maior a intensidade de dor percebida maior a incapacidade relacionada à dor e maiores as possibilidades de aparecerem sintomas relacionados à depressão. Já a correlação entre a incapacidade e a depressão foi positiva moderada, sugerindo que quanto maior a incapacidade relacionada à dor lombar crônica maior a possibilidade de surgirem os sintomas relacionados à depressão ou vice-versa.

Os cinco descritores que melhor caracterizaram a DLC foram desconfortável, enjoada, dolorosa, terrível e prejudicial e os cinco descritores que menos caracterizaram a DLC foram angustiante, desgraçada, assustadora, desastrosa e deprimente, ressalta-se que todos os descritores tiveram pontuação maior que 7 pontos.

O presente trabalho possibilitou a discussão da dor lombar crônica. Ressalta-se que os achados do presente estudo mostram-se consistentes com os resultados de outras pesquisas que avaliaram o fenômeno dor, demonstrando a sua multidimensionalidade e, ao se considerar a sua complexidade, considera-se adequado conhecer a variável intensidade de dor, incapacidade e depressão e inter-relacioná-las a fim de propiciar adequado manejo da dor lombar crônica.

REFERÊNCIAS

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

AMARAL, V. et al. Prevalência e relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 150-156, 2010.

ARAOS, B. S. Manejo multidisciplinario del crônico. **Revista Médica Clínica**, Las Condes, v. 18, n. 3, p. 222-228, 2007.

ASGHARI, A. Psychometric properties of a modified version of the Roland Morris disability questionnaire (M-RMDQ). **Archives of Iranian Medicine**, Tehran, v. 14, n. 5, p. 327-331, 2011.

ASSIS, F. D. et al. Uso terapêutico da radiofrequência pulsátil no gânglio dorsal da raiz de L2 na lombalgia discogênica. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 139-142, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Dados com base no levantamento sócio econômico**. Disponível em:
<<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 31 maio 2013.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 53-63, 1961.

BJELLAND, I. et al. The validity of the hospital anxiety and depression scale an updated literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 52, n. 2, p. 69-77, 2002.

BRÉDER, V. F. et al. Lombalgia e fatores psicossociais em motoristas de ônibus urbano. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 295-299, 2006.

CAPELA, C. et al. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 263-268, 2009.

CARAVIELLO, E. Z. et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 11-14, 2005.

CARDOSO, R. P. S.; SOUSA, F. A. E. F. The identification and validation of the Brazilian chronic pain descriptors. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 10, n. 2, p. 85-93, 2009.

CASTRO, M. M. C.; DALTRO, C. Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 25-28, 2009.

DUNN, K. M.; JORDAN, K. P.; CROFT, P. R. Contributions of prognostic factors for poor outcome in primary care low back pain patients. **European Journal of Pain**, London, v. 15, n. 3, p. 313-319, 2011.

EVANGELISTA, R. A. **Avaliação de qualidade de vida das mulheres que apresentam cefaleia**. 2007. 123 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FALAVIGNA, A. et al. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 62-67, 2011.

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

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GRACELY, R. H. Pain measurement. **Acta Anaesthesiologica Scandinava**, Aarhus, v. 43, n. 9, p. 879-908, 1999.

GUCLU, D. G. et al. The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. **Turkish Neurosurgery**, Ankara, v. 22, n. 6, p. 724-731, 2012.

GUIC, E. S. et al. Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 130, n. 12, p. 1411-1418, 2002.

HAMPEL, P. et al. Effects of gender and cognitive-behavioral management of depressive symptoms on rehabilitation outcome among inpatient orthopedic patients with chronic low back pain: a 1 year longitudinal study. **European Spine Journal**, Heidelberg, v. 18, n. 12, p. 1867-1880, 2009.

HORTENSE, P.; EVANGELISTA, R. A.; SOUSA, F. A. E. F. Descritores de dor Pós-Hemorroidectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 203-207, 2005.

HORTENSE, P.; SOUSA, F. A. E. F. Escalonamento comparativo de diferentes dores nociceptivas e neuropáticas por meio de métodos psicofísicos variados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 207-214, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 8 ago. 2012.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). **IASP pain terminology**. 2011. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

JORGE, L. L.; GERARD, C.; REVEL, M. Evidences of memory dysfunction and maladaptative coping in chronic low back pain and rheumatoid arthritis patients: challenges for rehabilitation. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, Torino, v. 45, n. 4, p. 469-477, 2009.

KARP, J. F. et al. Duloxetine and care management treatment of older adults with comorbid major depressive disorder and chronic low pain: results of an open-label pilot study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 25, n. 6, p. 633-642, 2010.

KHOUEIR, P. et al. Prospective assessment of axial back pain symptoms before and after bariatric weight reduction surgery. **The Spine Journal**, New York, v. 9, n. 6, p. 454-463, 2009.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

KROENKE, K. et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 301, n. 20, p. 2099-2110, 2009.

LUK, K. D. et al. A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study. **Journal of Orthopaedic Surgery**, Hong Kong, v. 18, n. 2, p. 131-138, 2010.

MASSELLI, M. R. et al. Índice Funcional de Oswestry após cirurgia para descompressão de raízes nervosas. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 115-122, 2007.

MELZACK, R. Neuropsychological basis of pain measurement. **Advances in Pain Research and Therapy**, New York, v. 6, p. 971-979, 1984.

MELZACK, R.; TORGERSO, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 50-59, 1971.

MEYER, K. et al. Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 41, n. 8, p. 620-625, 2009.

MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.

MILANI, J. P. et al. A qualidade de vida no período pré e pós operatório de pacientes portadores de hérnia de disco lombar. **Revista Dor**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-37, 2009.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 262-267, 1998.

MURTEZANI, A. et al. A comparison of high intensity aerobic exercise and passive modalities for the treatment of workers with chronic low back pain: randomized, controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, Torino, v. 47, n. 3, p. 359-366, 2011.

NOBLE, B. et al. The measurement of pain, 1945–2000. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 29, n. 1, p. 14-21, 2005.

NUSBAUM, L. et al. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001.

O’SULLIVAN, P. B. et al. Low back pain in 17 year olds has substantial impact represents an important public health disorder: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 100, 2012.

PAIS-RIBEIRO, J. L.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 229-239, 2004.

PEDROSA, D. F. A. **Avaliação e mensuração da dor crônica isquêmica e da qualidade de vida**. 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PELEGRIIN, A. K. A. P. **Avaliação e mensuração da dor no envelhecimento:** instituições de longa permanência. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PEREIRA L. V. et al. Magnitudes estimates of pain descriptors. **Psycologica**, Coimbra, n. 28, p. 269-276, 2001.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 41-48, 1998.

_____. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 563-557, 2007.

PREUPER, H. R. S. et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain, **European Spine**, Heidelberg, v. 17, n. 11, p. 1448-1456, 2008.

PUTS, M. T. E. et al. Changes in the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. **Age and Ageing**, London, v. 37, n. 2, p. 187-193, 2008.

ROLAND, M.; MORRIS, R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. **Spine**, Hagerstown, v. 8, n. 2, p. 141-144, 1983a.

_____. A study of natural history of low back pain. Part II: development of guidelines for trials of treatment in primary care. **Spine**, Hagerstown, v. 8, n. 2, p. 145-150, 1983b.

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

SAHIN, N. et al. Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 43, n. 3, p. 224-229, 2011.

SALTARELI, S. **Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia.** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SALVETTI, M. G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 16-23, 2012. Número especial.

SANCHES, L. M.; BOEMER, M. R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 386-393, 2002.

SANCHEZ, K. et al. McMaster-Toronto arthritis patient preference disability questionnaire sensitivity to change in low back pain: influence of shifts in priorities. **Plos ONE**, New York, v. 6, n. 5, 2011. doi:10.3899/jrheum.090632.

SATO, T. et al. Low back pain in childhood and adolescence: a cross-sectional study in Niigata City. **European Spine**, Heidelberg, v. 17, n. 11, p. 1441-1447, 2008.

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

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.

SILVA, M. C.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.

SÍZINIO, H. et al. **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SORIANO, R. R. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SOUSA, F. A. E. F. **Mensuração de atributos clínicos e sociais: um enfoque experimental**. Ribeirão Preto: FUNPEC-RP, 2000.

_____. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 446-447, 2002.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 147-178, 1996.

_____. Por que medir a dor? **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 79-85, 2002.

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

_____. Mensurando dor. **Revista Dor**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 680-687, 2005b.

SOUSA, F. A. E. F. et al. Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 3-10, 2010.

SOUZA, L. P. M.; FORGIONE, M. C. R.; ALVES, V. L. R. Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia com queixas de dor crônica e fibromialgia - uma proposta. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 56-60, 2000.

SOYSAL, M.; KARA, B.; ARDA, M. N. Assessment of physical activity in patient with chronic low back or neck pain. **Turkish Neurosurgery**, Ankara, v. 23, n. 1, p. 75-80, 2013.

SPYROPOULOS, P. et al. Prevalence of low back pain in greek public office workers. **Pain Physician**, Paducah, v. 10, n. 5, p. 651-660, 2007.

STEFANE, T. **Avaliação dos atributos em dor lombar crônica**: descrição e intensidade de dor, qualidade de vida, incapacidade e depressão. 2012. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

STEFANE, T. et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 14-20, 2013.

STEVENS, S. S. **Psychophysics**: introduction to its perceptual, neural and social prospects. New York: Wiley, 1975.

TOLEDO, R. C. M. R.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, R. C. M. Avaliação das qualidades psicométricas de uma versão brasileira do spizer quality of life index em pacientes com dor lombar crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 943-950, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva, 1993.

_____. **Depression**. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/depression/en/>>. Acesso em: 3 abr. 2013.

YILDIRIM, K. et al. Gabapentin monotherapy in patients with chronic radiculopathy: the efficacy and impact on life quality. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, Reading, v. 22, n. 1, p. 17-20, 2009.

ZAMBRANO, E. **Mensuração e avaliação da dor pós analgesia raqui-peri combinada durante o trabalho de parto**: um enfoque experimental. 2007. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação de incapacidade, intensidade de dor e depressão em pacientes com dor lombar crônica”, na qual irá avaliar e medir a sensação da dor nas costas, as dificuldades ocasionadas por ela e a depressão, pois elas estão diretamente relacionadas ao impacto da dor no dia-a-dia, com o objetivo de avaliarmos as relações existentes entre a intensidade da dor, dificuldades e depressão. Você foi selecionado para participar da pesquisa com pacientes ambulatoriais de ambos os sexos, acima de 18 anos, que apresentem dor crônica nas costas e sua participação não é obrigatória. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a três questionários para podermos analisá-los. A pesquisa será realizada na Clínica da Dor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP), sendo que as entrevistas terão duração de 15 minutos. Esta pesquisa irá gerar maiores benefícios do que riscos aos pacientes com dor crônica nas costas; no que se refere aos riscos, pode-se dizer que há um risco de cansaço e fadiga durante a coleta de dados, visto que o instrumento a ser utilizado para coleta de dados é extenso, no entanto, você poderá solicitar a qualquer momento para que a pesquisa seja interrompida. Para minimizar estes riscos possibilitaremos que as instalações em que a entrevista será realizada permita conforto durante sua realização, sendo que você poderá permanecer sentado de maneira confortável, além disso poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo, e deste modo, poderá remarcar a continuação da entrevista ou não. Já os benefícios serão direcionados a pessoas com dor nas costas em geral, já que esta pesquisa irá gerar conhecimento sobre dor crônica nas costas e suas inter-relações com a características sócio-demográfica, qualidade de vida, dificuldades ocasionadas pela dor, depressão, intensidade de dor, caracterização da dor, de forma a aprofundar o entendimento de suas causas e consequências, e posteriormente, adequar melhor as possibilidades de tratamento às necessidades das pessoas. Os pesquisadores responsáveis acompanharão a pesquisa do início ao fim, ou seja, eles estarão presentes durante todo o tempo dos questionários, podendo esclarecer qualquer dúvida. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, você será identificado através de

suas iniciais ou números; os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Esta pesquisa não trará nenhum tipo de despesa ao participante. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal , podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____
aceito, por livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa e permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro, que estou ciente dos objetivos e de ter compreendido as informações dadas pelo pesquisador.

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

Assinatura do Paciente

Pesquisadora responsável: Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa
Pós-Graduanda da EERP – USP: Márcia de Oliveira Sakamoto Silva Garbi
Av: Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902
Tel: 3602-4761
marshasilva@hotmail.com

APÊNDICE B

I – Identificação

Nome: _____ Data: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Sexo: M () F ()

Profissão: _____ Estado civil: _____

Escolaridade:

() Nunca estudou () 1º grau incompleto

() 1º grau completo () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () 3º grau incompleto

() 3º grau completo

Renda Familiar (em salários mínimos): _____

Diagnóstico: _____

Você sente dor no momento? () Sim () Não

Há quantos meses você sente dor? _____

Quantas horas você sente dor por dia? _____

Qual horário você mais sente dor? _____

Faz uso de algum tratamento medicamentoso? _____ Qual? _____

Faz algum outro tipo de tratamento? _____ Qual? _____

ANEXO A

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 294/2011

Ribeirão Preto, 09 de agosto de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 09 de agosto de 2011.

Protocolo: nº 1358/2011

Projeto: Avaliação de incapacidade, intensidade de dor e depressão em pacientes com dor lombar crônica.

Pesquisadores: Fatima A. E. Faleiros Souza
Marcia de O. Silva Garbi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Fatima A. E. Faleiros Souza
Depto. de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) (SOUSA et al., 2010)

2 – Para sabermos o nível de atribuição de cada descritor dependemos da nota que o cliente irá atribuir a cada um deles, através de uma escala graduada de 0 (zero) a 10 (dez) pontos, colocada logo abaixo de cada definição.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nota: | | | | | | | | | |

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12)Agressiva: 1. Que agride, denota ou envolve agressãoNota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13)Atormentadora: 1. Aquela que tortura; sulicia; flagela; angustia; modifica; aflige.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14)Intensa: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15)Esmagadora: 1. Que esmaga. 2.opressiva, tirânica. 3. indiscutível; irretorquível; irrefutável.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16)Brutal: 1. Própria do bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; barbara. 3. Impiedosa; violenta. 4.

Medonha; terrível.

Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17)Aterrorizante: 1. Que enche de terror; que faz medo.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18)Infernizante: 1. Que torna muito incomoda; insuportável; que inferniza; que aflige; que desespera; que atormenta.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19)Desgraçada: 1. De má sorte. 2. Miserável. 3. Desprezível.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20)Enjoada: 1. Intolerável. 2. Desagradável.Nota:

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO C

Questionário Roland-Morris de Incapacidade versão em Português – Brasil

(NUSBAUM et al., 2001)

Introdução

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas tem utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você *ouvir* estas frases pode notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ouvir a lista pense em você hoje. Quando você ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim. Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

Frases:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.
2. Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar mais frequentemente.
7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
10. Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.
12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
13. As minhas costas doem quase que o tempo todo.
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.
15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
19. Por causa de minhas dores nas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
22. Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagorosamente do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

ANEXO D

Inventário de Depressão de Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998)

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

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
 - 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 - 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.
 - 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
 - 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
 - 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
 - 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
 - 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
 - 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 - 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 - 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 - 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 - 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 - 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.