

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Fernando Lourenço Maeda**

**Investigando a participação do cônjuge nos cuidados  
ao paciente com dor lombar crônica**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**SÃO PAULO**

**2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Fernando Lourenço Maeda**

**Investigando a participação do cônjuge nos cuidados  
ao paciente com dor lombar crônica**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Mathilde Neder.

**SÃO PAULO**

**2008**

**BANCA EXAMINADORA**

---

nome e assinatura

---

nome e assinatura

---

nome e assinatura

## AGRADECIMENTOS

A todos os **participantes** deste trabalho que experienciam diariamente a difícil tarefa de conviver com a dor, sem os quais não teria sido possível a realização desta pesquisa.

Ao **CNPQ**, que forneceu apoio financeiro a esta pesquisa.

À Profa. Dra. **Mathilde Neder** pelo carinho, em primeiro lugar, e por compartilhar comigo a sua sabedoria e paciência durante esse período de aprendizagem.

Ao Prof. Dr. **Esdras G. Vasconcellos** pelo afeto, incentivo e colaboração em todas as etapas do planejamento desta pesquisa.

À Profa. Dra. **Andréa Portnoi** pela contribuição com seus conhecimentos no campo da Psicologia da Dor e por acreditar no meu trabalho.

Ao Prof. Dr. **Manoel Jacobsen Teixeira** pela disponibilidade em propiciar os recursos para a realização deste estudo.

À Profa. Dra. **Edna M. S. P. Kahhale**, pelos ensinamentos em metodologia.

Às professoras Dra. **Ceres A. de Araújo**, Dra. **Denise G. Ramos** e Dra. **Marlise A. Bassani** do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, que me mostraram a seriedade do trabalho acadêmico.

À Profa. **Yara P. G. de Castro** pela orientação estatística e pela paciência em responder todas as minhas dúvidas.

Aos médicos do Ambulatório do Centro Multidisciplinar de Dor da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas da USP, em especial a Profa. Dra. **Massako Okada**, Dr. **Sinclair Rocha**, Dr. **Eduardo Nogueira**, Dr. **Claudio Barboza**, e Dr. **Joaci O. de Araújo** pela atenção, crédito e apoio na viabilização deste trabalho.

Aos amigos **Karol Sá**, **Alexandre Hilel**, **Rodrigo Cazzaroto**, **Maria Mello**, **George Barbosa**, **Rosa Espinelli**, **Rita Motooka**, **Solange Lopez**, **André Keppe**, **Claudinei Affonso**, **Iara** e **Rosana** pelas risadas e momentos de descontração.

A toda equipe de suporte da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas, a enfermeira **Sandra C. da Silva**, a assistente social **Heloisa Dal Rovere**, as secretárias **Verinha**, **Reiko** e **Sônia**, que me acolheram e me ajudaram na etapa de coleta de dados.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho à **Paula**, minha companheira e amiga, que esteve ao meu lado durante todo o processo desta pesquisa. A minha mãe **Cecília**, que me ajudou nos momentos mais difíceis com sua experiência, conhecimento e amor. E a toda minha **família** que sempre acreditou em mim.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral investigar a percepção de apoio conjugal e o impacto da dor no relacionamento de casal de pacientes portadores de dor lombar crônica, de ambos os gêneros, em tratamento ambulatorial em um hospital de grande porte da rede pública da cidade de São Paulo.

O trabalho foi realizado com 50 pacientes, sendo 25 homens e 25 mulheres, com faixa etária entre 35 e 65 anos. Os principais instrumentos utilizados foram: Questionário Sócio-demográfico, Escala VAS de intensidade da dor, Questionário de Qualidade de Vida SF – 36 e Entrevista Semi-dirigida.

Os resultados demonstraram que todos os participantes do estudo obtiveram qualidade de vida prejudicada, sendo que as mulheres apresentaram intensidade de dor considerada severa, enquanto os homens obtiveram intensidade de dor moderada. 70% da amostra relataram impacto negativo no relacionamento sexual, em decorrência da limitação funcional e gravidade da dor, enquanto que o restante referiu um reajustamento conjugal frente aos sintomas da dor. 86% da amostra relataram que percebem seus cônjuges como apoiadores, sendo que o comportamento solícito foi considerado o principal meio de apoio.

A análise dos resultados demonstrou que os participantes que receberam apoio do cônjuge, obtiveram melhores índices nos domínios Vitalidade e Saúde Mental, quando comparados com aqueles que não receberam apoio.

A conclusão dos resultados indicou que a dor lombar crônica causa impacto negativo no relacionamento de casal e o apoio conjugal pode funcionar como fator de proteção para sintomas depressivos e de ansiedade, sendo este um aspecto importante a ser considerado no processo da saúde dos indivíduos com dor crônica e no planejamento de condutas terapêuticas.

Palavra-Chaves: dor crônica, lombalgia, relacionamento de casal, diferença entre gênero, psicologia da saúde.

## ABSTRACT

This study had as general goal investigate the perception of partner's support and the impact of the pain in the relationship as a couple of patients suffering of chronic lower back pain, of both gender, in ambulatory treatment in a big public hospital of São Paulo city.

The study was made with 50 patients, where 25 were men and 25 were women, aged 35 to 65 years. The main used instruments were: social-demographic questionnaire, visual analogical scale of pain intensity, medical Outcomes study 36-item short form-health survey and semi directed interviews.

The results demonstrated that all the participants of the study had the quality of their lives harmed, and that women showed intensity pain levels considered severe, whereas men obtained intensity pain levels considered moderate. 70% percent of the sample mentioned a negative impact on their sexual relations, due to their functional limitation and intensity of the pain, while the rest mentioned a marital adjustment when facing the symptoms of the pain. 86% of the sample mentioned perceiving their partners as supportive, being the helpful behavior considered the main way of support.

The analysis of the results showed that the participants that had received partner's support, obtained better levels in the control of Vitality and Mental Health, when compared to the ones that had had no support.

The conclusion of the results indicated that the chronic lower back pain causes a negative impact in the couple's relationship and that the partners support can work as a protection factor for depressive and anxiety symptoms, being this an important aspect to be considered in the health process of individual with chronic pain and in the planning of therapeutic procedures.

Key-words: chronic pain, lower back pain, couple relationship, difference among gender, health psychology.

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Objetivos</b> .....	6
<b>3. Fundamentação Teórica</b> .....	7
3.1 Dor: evolução histórica e concepção atual.....	7
3.1.1 Dor lombar.....	12
3.1.2 Dor e qualidade de vida em saúde.....	19
3.1.3 Dor e diferença entre gênero.....	24
3.2 Dor crônica e contexto conjugal.....	27
<b>4. Método</b> .....	34
4.1 Local.....	34
4.2 Período.....	34
4.3 Sujeitos .....	34
4.4 Instrumentos .....	35
4.5 Procedimentos.....	40
4.5.1 Seleção da amostra.....	40
4.5.2 Análise dos prontuários médicos.....	41
4.5.3 Coleta de dados.....	41
4.5.4 Cuidados éticos.....	41
4.5.5 Devolutiva dos resultados.....	42
4.6 Tratamento dos dados.....	42
<b>5. Resultados</b> .....	45
5.1 Dados sócio-demográficos .....	45
5.2 Dados clínicos .....	47
5.3 Dados do relacionamento de casal .....	51
5.3.1 Impacto da dor no casal .....	51



5.3.2	Percepção do apoio conjugal .....	52
5.4	Cruzamento entre variáveis.....	54
5.4.1	Variáveis sócio-demográficas e clínicas: comparação entre gêneros... ..	54
5.4.2	Variáveis clínicas x variáveis clínicas.....	56
5.4.3	Variáveis experimentais.....	57
5.5	Análise dos Resultados .....	61
5.5.1	Quantitativos.....	61
5.5.2	Qualitativos.....	64
<b>6.</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>81</b>
<b>7.</b>	<b>Considerações Finais .....</b>	<b>93</b>
<b>8.</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>95</b>
<b>Anexos.....</b>		<b>103</b>
I –	Termo de Consentimento.....	103
II –	Questionário de dados sócio-demográficos.....	105
III –	Escala VAS .....	106
IV –	Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	107
V –	Entrevista semi-dirigida.....	109
VI –	Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	110
VII –	Autorização para utilização do SF – 36 .....	111
VIII –	Tabelas e gráficos: Distribuição das frequências .....	112

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Distribuição da Faixa Etária nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	45
Tabela 2 – Distribuição da Situação Profissional nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	46
Tabela 3 – Distribuição da Renda Mensal nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	46
Tabela 4 – Distribuição da Escolaridade em anos de estudo, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	47
Tabela 5 – Distribuição do Diagnóstico nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	47
Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto à realização de Cirurgia, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	48
Tabela 7 – Distribuição quanto à Duração da doença em meses, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	48
Tabela 8 – Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) da Duração da doença nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	49
Tabela 9 – Distribuição da Intensidade da dor avaliada pela escala VAS, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa. ....	49
Tabela 10 - Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) da Intensidade da dor, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	49

Tabela 11 – Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) dos oito domínios do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.....	50
Tabela 11 –A - Distribuição dos escores médios dos oito domínios do SF 36: Amostra do estudo (dor lombar crônica) e amostra norte-americana (pop. geral) .....	50
Tabela 12 – Frequência dos resultados da Questão 1, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa (Quais são/foram as conseqüências da dor no relacionamento com o seu cônjuge?).....	51
Tabela 13 – Frequência dos resultados da Questão 2, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa (O seu companheiro(a) acredita na sua dor?).....	52
Tabela 14 – Frequência dos resultados da Questão 3, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa (O seu cônjuge fornece ajuda ou apoio para as necessidades impostas pela dor?).....	53
Tabela 15 – Comparação entre gêneros: idade, utilizando a prova “Teste t”.....	54
Tabela 16 - Comparação entre gêneros: escolaridade e renda mensal, utilizando a prova de Mann-Whitney.....	54
Tabela 17 - Comparação entre gêneros: situação ocupacional, utilizando a prova “Chi quadrado”.....	55
Tabela 18 - Comparação entre gênero: diagnóstico e cirurgia utilizando a prova “Chi quadrado”.....	55
Tabela 19 – Comparação entre gênero: domínios da qualidade de vida, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a prova “Test t”.....	55

Tabela 20 – Comparação entre cirurgia no grupo completo: domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, utilizando a prova “Teste t” .....	56
Tabela 21 – Comparação entre diagnóstico: domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, utilizando a prova “Teste t” .....	56
Tabela 22 – Relação entre intensidade da dor x domínios da qualidade de vida e duração da doença, utilizando a prova “Coeficiente de Correlação de Pearson” .....	57
Tabela 23 - Comparação entre Questão 1 no grupo completo: domínios do SF 36, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a “Análise de Variância” .....	57
Tabela 24 - Comparação entre Questão 1 no grupo masculino: domínios do SF 36, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a “Análise de Variância” .....	58
Tabela 25- Comparação entre Questão 1 no grupo feminino: domínios do SF 36, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a “Análise de Variância” .....	58
Tabela 26 - Comparação entre Questão 2 no grupo completo: domínios do SF 36, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a prova “Teste t” .....	59
Tabela 27 - Comparação entre Questão 2 no grupo feminino x domínios da qualidade de vida, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a prova “Teste t” .....	59
Tabela 28 – Comparação entre médias da Questão 3 no grupo completo x domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, utilizando a prova “Teste t” .....	60
Tabela 29 – Comparação entre Questão 3 no grupo feminino x domínios da qualidade de vida, intensidade da dor e duração da doença, utilizando a prova “Teste t” .....	60
Gráfico 1 - Distribuição da amostra quanto ao gênero.....	45
Gráfico 2 - Comparação dos escores médios dos oito domínios do SF 36: Amostra do estudo X amostra norte-americana (pop. geral).....	50

# 1. INTRODUÇÃO

Os caminhos percorridos para a realização deste estudo tiveram início no ano de 2003, quando, ainda cursando graduação em Psicologia, tive a oportunidade de participar como estagiário da Equipe de Psicologia da Liga de Dor do Hospital das Clínicas da USP, realizando atividades de pesquisa e ensino, em populações com dor crônica. Após o término da graduação, continuei vinculado às atividades da Liga de Dor, na qualidade de colaborador, prestando serviços em Psicologia Clínica.

Em virtude da experiência clínica e hospitalar acumulada junto aos pacientes e profissionais da área, pude observar a importante influência dos fatores psicossociais no prognóstico desses indivíduos, surgindo assim, o interesse pelo tema "Investigando a participação do cônjuge nos cuidados ao paciente com dor lombar crônica".

A dor, particularmente a crônica, é um fenômeno complexo e multifatorial, configurando um verdadeiro desafio para os profissionais da área da saúde e especialmente para aqueles que a experienciam em seu cotidiano. Sua ocorrência é universal, sendo vivenciada por todos os indivíduos no decorrer de suas vidas, exceto por aqueles que apresentam quadros congênitos ou adquiridos de insensibilidade à ela.

Segundo a *International Association for the Study of Pain – IASP*, a dor é uma experiência multidimensional, modulada por componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e culturais, sendo uma sensação descrita em termos de dano ou lesão nos tecidos, pois ocorre no corpo ou em segmentos do corpo, mas também é uma experiência emocional, pois envolve uma percepção de cunho aversivo (Merskey, 1979). A percepção, interpretação e expressão do estímulo doloroso é subjetiva, construída ao longo da vida de cada indivíduo, que percorre caminhos próprios, variando de acordo com o meio sócio-cultural no qual esta inserido e das experiências dolorosas passadas que precisou enfrentar.

A dor pode se apresentar como um sintoma secundário a outras condições ou como uma doença em si, quando persiste por períodos prolongados de tempo, sendo agrupada no quadro das chamadas síndromes dolorosas. Segundo Teixeira et al. (1999), as síndromes dolorosas são caracterizadas pela ocorrência de dor como sintoma primário, podendo ser classificadas conforme o tempo de duração do quadro algíco (agudo ou crônico) e a natureza ou localização das estruturas acometidas.

Enquanto a dor aguda exerce uma importante função biológica protetora para o organismo, alertando a pessoa sobre a ocorrência de um dano nos tecidos, e induzindo-a a adotar medidas especiais para que a lesão cure, como por exemplo, a inatividade de movimento e posturas corporais autoprotetoras e tensas, a dor crônica, frequentemente, perde este valor tornando-se disfuncional. A passividade defensiva e constante tensão muscular propiciam a sensibilização dos tecidos e dos circuitos de transmissão da dor, que, por sua vez, alteram a percepção do limiar e tolerância, podendo resultar em aumento de dor. Gradualmente, comprometem diversas áreas da vida do indivíduo, provocando sofrimento, limitações funcionais e piora de qualidade de vida (Teixeira e Souza, 2001).

As dores lombares inserem-se no campo das síndromes dolorosas como um dos problemas atuais que mais levam os indivíduos a procurarem serviços médicos. Segundo Yeng, Teixeira e Kaziyama (2006), a dor lombar, seja ela aguda ou crônica, é uma condição comum na população em geral, constituindo, dessa forma, um importante problema de saúde pública. Para os autores, aproximadamente 60% a 80% dos indivíduos poderá sofrer pelo menos um episódio agudo desta dor durante sua vida, limitando atividades laborais e sociais. A taxa de prevalência aumenta de acordo com a idade, existindo relativa igualdade entre homens e mulheres, com discreto predomínio no sexo feminino a partir dos 60 anos.

As lombalgias e lombocíalgias são as causas mais frequentes das dores lombares, e tem como expressão comum a dor na região da coluna lombar. Frequentemente, essas dores apresentam-se associadas, descrevendo condições clínicas similares, principalmente, nos aspectos prognósticos e terapêuticos (Cruz e Sardá, 2003).

Segundo Silva, Fassa e Valle (2004), a dor lombar crônica atinge principalmente a população em idade economicamente ativa, trazendo prejuízos na capacidade funcional e produtividade dos indivíduos, sendo uma das maiores causas de absenteísmo. Em decorrência das limitações e dificuldades de movimento, ela pode alterar de forma significativa o papel ocupacional do seu portador, resultando em prejuízos econômicos e financeiros.

As demandas implicadas na avaliação e tratamento desses pacientes são complexas, devido à natureza multifacetada da dor, fazendo-se necessária uma ampla gama de profissionais, atuando em equipe multidisciplinar, para melhor compreensão e

controle do quadro algico. Conforme Pimenta (1999), a avaliação e terapêutica nestes casos devem abranger toda a multidimensionalidade desta experiência, envolvendo aspectos neurofisiológicos e musculoesqueléticos da região acometida, incluindo os fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais que estão diretamente associados às respostas de dor.

As dificuldades do ponto de vista daqueles que sofrem também são complexas. Domínios importantes da vida dos pacientes passam a ser influenciados pela experiência dolorosa, impondo novas demandas para o ajustamento dessa condição. Esses indivíduos, após anos de convivência com a dor e inúmeras tentativas malsucedidas de resolução do problema, muitas vezes desenvolvem estilos de vida focalizados nela e na limitação funcional. Esse contexto pode iniciar um ciclo de sofrimento que, progressivamente, restringe os recursos psicológicos e corporais do paciente no enfrentamento da doença, muitas vezes desencadeando transtornos secundários como depressão, ansiedade e transtornos do sono (Cruz e Sardá, 2003), além da piora do condicionamento físico e da qualidade de vida (Martinez et al., 1999; Caraviello et al., 2005).

Associa-se a estes fatores o comprometimento de outras áreas da vida do paciente. No contexto social, além da diminuição da condição econômica da família, ocasionada pela perda da capacidade ocupacional de um membro que poderia contribuir com a renda familiar, e pelo aumento dos gastos com o tratamento, as mudanças nos papéis familiares também se mostram relevantes, na medida que ocorre um aumento das responsabilidades domiciliares para os membros saudáveis e uma diminuição das atividades sociais e de lazer de todo o grupo (Soderberg et al., 2003). Frente à sobrecarga exaustiva gerada pela dor crônica, a capacidade da família em manter as tarefas corriqueiras acaba por tornar-se dispendiosa, e as relações de mútua dependência tendem a crescer, podendo acarretar em prejuízos emocionais e interpessoais.

É importante ressaltar que o paciente está constantemente interagindo com o seu ambiente social, familiar e laboral e essas interações constituem parte da experiência multidimensional da dor. Frutuoso e Cruz (2004) corroboram com essa perspectiva enfatizando a importância dos aspectos psicossociais na evolução do processo doloroso, justificando a necessidade de produzir mais conhecimentos nesse campo, a fim de favorecer o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Considerando estas colocações, uma intervenção multidisciplinar que possa abranger domínios realmente importantes da vida do indivíduo deve, necessariamente, explorar quais os recursos sociais que o paciente dispõe, e como estes influenciam no problema atual. Neste contexto, os relacionamentos interpessoais, especificamente o relacionamento de casal, ocupam um lugar de destaque na compreensão da aquisição, exacerbação e manutenção da cronicidade, na medida em que o cônjuge fornece uma importante fonte de contingências sociais para o paciente, devido a frequência de contato e intimidade, influenciando os seus comportamentos, da mesma forma que é afetado por ele.

O termo relacionamento de casal diz respeito a toda relação amorosa e sexual entre duas pessoas. No Brasil, essa forma de convivência é legalmente denominada de união estável, e refere-se basicamente a casais heterossexuais que vivem na condição de marido e mulher (Brasil, 2002). O relacionamento de casal insere-se no campo da dor crônica, sendo estudado sob diferentes perspectivas. As pesquisas desta área têm crescido substancialmente nas últimas décadas e, cada vez mais, pesquisadores e clínicos têm mostrado interesse nas variáveis conjugais das condições dolorosas.

Leonard, Cano e Johansen (2006) sugerem que as variáveis do relacionamento conjugal podem influenciar a experiência dolorosa da mesma forma que as variáveis da dor crônica podem afetar o relacionamento do casal. Verifica-se dessa forma, que as variáveis do casal podem tanto beneficiar o paciente com dor, funcionando como fator de proteção, como também podem contribuir para a piora de sua condição.

O apoio conjugal às necessidades decorrentes da doença é um tema que tem recebido atenção dos pesquisadores, sendo considerada uma variável mediadora dos processos subjacentes aos comportamentos de saúde. Pensando na perspectiva da interação e convivência social, é bastante aceita a idéia de que o suporte e apoio de pessoas significativas, mais especificamente o apoio do cônjuge, possa produzir efeitos positivos e benéficos na adaptação aos efeitos deletérios da condição crônica. Por outro lado, deve-se levar em conta que, embora o apoio de outras pessoas, tais como o cônjuge, possa auxiliar a minimizar as demandas da dor, também pode reforçar comportamentos de dor devido aos seus ganhos secundários como: atenção especial dos familiares, desobrigação das atividades domésticas e laborais, entre outros.



Sob essa perspectiva, serão analisadas as seguintes perguntas: De que formas o cônjuge de pacientes com dor lombar crônica fornece apoio às dificuldades decorrentes da doença? O apoio do cônjuge pode influenciar a gravidade dos sintomas e limitações funcionais decorrentes da dor lombar crônica? A dor pode prejudicar o relacionamento de casal?

Embora existam estudos internacionais sobre este assunto, que investigaram essas questões de diferentes formas e com populações clínicas variadas, sendo a maioria deles voltados para síndromes como cefaléia, fibromialgia e dor generalizada, poucos se preocuparam em levantar e descrever essas características em pacientes com dor lombar crônica, e nenhum estudo em população nacional foi encontrado nesta revisão.

## **2. OBJETIVOS**

### **Gerais**

- Avaliar a percepção do impacto da dor no relacionamento de casal de pacientes com dor lombar crônica.
- Investigar a percepção do apoio conjugal destes pacientes, nas necessidades decorrentes da doença.

### **Específicos**

- Verificar a intensidade da dor destes pacientes.
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde destes pacientes.
- Identificar possíveis associações entre as variáveis conjugais estudadas e as variáveis: intensidade da dor e qualidade de vida.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3. 1. Dor: perspectiva histórica e concepção atual**

A dor e o sofrimento sempre estiveram presentes na história da humanidade, sendo tema corrente em diversas culturas, sociedades e agrupamentos humanos. Ao longo do tempo, foi atribuído ao fenômeno doloroso, diferentes significados e representações, na maioria das vezes, com o objetivo de compreender e entender as suas causas e, dessa forma, poder controlá-lo e buscar o alívio dos seus sintomas.

As práticas terapêuticas mais antigas foram encontradas em culturas primitivas, que utilizavam rituais mágicos e mitos cosmogênicos (criação) para explicar e tratar as morbidades dolorosas. De acordo com Achterberg (1996), as doenças, incluindo a experiência dolorosa, eram consideradas manifestações de seres superiores, como os deuses e demônios, sendo necessário métodos mágicos de tratamento, que se concretizavam através de homens com habilidades específicas, dotados de supostos poderes, chamados de curandeiros, xamãs e feiticeiros. Procedimentos como os exorcismos, uso de talismãs e amuletos, e as mais variadas formas de rituais, eram utilizadas para combater entidades divinas e maus espíritos.

Os povos da Mesopotâmia, em torno de 3.500 a.C, acreditavam que as doenças seriam uma punição dos deuses e demônios e a cura seria proporcionada por meio de orações e sacrifícios de animais (Rey, 1993 apud Teixeira, 2003). Também utilizavam procedimentos terapêuticos empíricos, como bandagem e imobilizações no tratamento das doenças.

Segundo Ojugas (1999), na Babilônia, a dor era associada a uma punição divina e sua cura era realizada por indivíduos que, além de possuir conhecimentos em medicina (ervas, extratos e uso de calor para alívio da dor), exerciam papel de sacerdote. Os primeiros relatos do uso de ópio (substância com forte poder analgésico) datam de escritos desta época. O autor enfatiza que os primeiros conhecimentos em substâncias medicinais e procedimentos de cura adquiridos por experimentação, começavam a ser incorporados nos tratamentos das doenças, no entanto, o aspecto religioso e mágico era prevalente e fortemente empregado.

Achterberg (1996), relata que durante a Idade Média, iniciada no final do século V d.C, os conceitos greco-romanos constituíram a base do desenvolvimento científico da medicina nos moldes do pensamento racional. A medicina era ensinada de forma mais estruturada e organizada em centros de estudos ou hospitais, surgindo as primeiras universidades no século X d.C. Nesse período histórico, ainda com Achterberg (1996), o judaísmo e o cristianismo, religiões que influenciaram fortemente o mundo ocidental, acreditavam que a dor e a doença eram uma punição pelos pecados ou pela transgressão às leis divinas. Assim, a única possibilidade de cura, advinha da graça divina que dependeria da intervenção favorável ou não de Deus. A dor também era vista como uma retribuição divina, ou seja, quanto maior a dor e sofrimento, mais purificado e perto de Deus o indivíduo estaria, e por isso, atitudes estóicas de indiferença a dor e práticas de auto-flagelo eram reconhecidas e aceitas pela grande maioria. A atenção voltava-se ao bem estar espiritual em detrimento do controle da dor. Tal pensamento ia de encontro com a prática da medicina de aliviar a dor e o sofrimento e influenciou todo o desenvolvimento sobre o conceito e entendimento da dor neste período.

A religião e a ciência estavam intimamente associadas, os valores morais da igreja influenciavam o pensamento científico e seus métodos de investigação. Aqueles que apresentavam novas idéias ou teorias sobre o homem e os fenômenos relativos à saúde e doença, eram repudiados e muitas vezes mortos por contraporem os dogmas religiosos, cenário que foi se modificando lentamente nos séculos subsequentes.

Kahhale, Peixoto e Gonçalves (2002), referem que, a partir do século XV, aconteceram progressos marcantes na compreensão dos fenômenos relativos ao homem e a natureza, tendo como base o movimento científico e filosófico promovido por filósofos e estudiosos de destaque como, Francis Bacon, Jerônimo Cardano, John Locke, Emmanuel Kant, René Descartes, entre outros, que organizaram em novos parâmetros o conhecimento adquirido da humanidade, otimizando a maneira de pensar sobre os fenômenos. Dessa forma, o conhecimento foi dividido em segmentos, havendo uma diferenciação entre a ciência e a religião (teologia), cada qual com critérios, características e métodos específicos de investigação.

Essa transformação no pensar possibilitou contemplar o fenômeno “dor” separado do âmbito religioso, esse fato, somado ao crescente avanço em fisiologia e anatomia, além do uso do método da verificação e experimentação das idéias, contribuiu para o surgimento das primeiras teorias sobre os mecanismos físicos da dor, embasados

na teoria mecanicista de Descartes, que concebia a dor como uma sensação resultante de uma estimulação dos nervos sensoriais periféricos que seria percebida no cérebro. (Teixeira e Okada, 2003).

A doença e a dor não mais eram entendidas como uma punição de Deus, mas como uma punição da natureza, gerada pelo próprio homem ou pelo mau funcionamento do organismo. Segundo Teixeira e Souza (2001), nos séculos subseqüentes, os avanços em anatomia e fisiologia eram crescentes e os conhecimentos sobre o sistema nervoso eram cientificamente reconhecidos sendo a ele atribuído o papel fundamental no mecanismo da dor e nocicepção.

A partir da lógica mecanicista desenvolveu-se o conceito sensorial-fisiológico da dor, na qual a percepção da intensidade do estímulo doloroso seria proporcionalmente linear ao tamanho da lesão tecidual (Guimarães, 1999). Nessa perspectiva, a dor passou a ser compreendida como um sinal de alarme do organismo a estímulos potencialmente perigosos. Todavia, esse conceito não explicava a ocorrência de dor na ausência da lesão e as diversas alterações comportamentais associadas ao quadro do sofredor, criando lacunas na compreensão do fenômeno doloroso.

Durante o século XIX, Rey (1995 apud Portnoi, 1999) refere que a comunidade científica reconhecia a relação entre dor física e dor mental, entretanto, os estudos em medicina experimental e semiologia eram emergentes e passavam a produzir grande quantidade de material sobre as características da sensibilidade à dor.

O desenvolvimento desses novos conhecimentos culminaram no surgimento de diversas teorias sobre os mecanismos fisiológicos da dor, que apesar de contribuírem sobremaneira para o avanço do estudo e pesquisa das síndromes dolorosas no domínio biológico, não possuíam sustentação ao integrar os achados clínicos com a multiplicidade de fatores contemplados pela experiência dolorosa.

Teixeira e Okada (2003) referem que, durante a primeira metade do século XX, o tratamento da dor era baseado, principalmente, em terapias físicas e farmacológicas. Entretanto, o fato de existirem alterações psicológicas e comportamentais envolvidas no fenômeno da dor crônica, estimulou o emprego das psicoterapias como parte do tratamento de algumas patologias, mesmo que inicialmente, de forma tímida e pouco freqüente.

Foi somente em 1965 que Melzack e Wall desenvolveram a Teoria da Comporta, que conseguia conciliar e integrar aspectos das teorias desenvolvidas anteriormente, fornecendo bases fisiológicas para relacionar os aspectos psicológicos e a influência de fatores ambientais na compreensão do processamento da dor. Essa teoria acrescentou informações valiosas para a compreensão do processo doloroso, pois considerava os aspectos psicológicos e sociais (emoções, crenças, história de vida, diferença entre gênero, motivação, relacionamento com outros significativos, ambiente cultural de origem, entre outros) como tendo um papel central na modulação das respostas dolorosas, influenciando a percepção do limiar, tolerância, intensidade e duração desse fenômeno (Melzack e Wall, 1965).

Sob esse enfoque, durante o processo de transmissão da informação dolorosa, estruturas especializadas da medula espinal atuariam como uma comporta, inibindo ou ativando o estímulo doloroso. Durante esse mecanismo de modulação seriam evocados aspectos emocionais, baseado na ativação da memória emocional e experiências prévias relacionadas à dor, estabelecendo dessa forma diferentes características quanto à percepção, sensação e respostas adaptativas em cada pessoa (Melzack e Wall, 1965). A dor, portanto, mais do que a simples transmissão de estímulos nociceptivos, torna-se resultado da constante interação entre indivíduo, sua história de vida e eventos eletroquímicos aversivos.

Conforme Main et al. (1997), a Teoria da Comporta possibilitou a elaboração de um modelo testável de como os fatores psicológicos e sociais poderiam ativar sistemas inibitórios da dor, alterar processos nociceptivos e modular a dor. Essas questões estimularam o interesse no papel das crenças, da avaliação e medo da dor e relatos de estratégias de enfrentamento, gerando uma ampla gama de investigações nessa área.

Baseado nesses conhecimentos, a *International Association for the Study of Pain* - IASP define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável... A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias, relacionadas a danos” (Merskey, 1979). Nessa definição contemplam-se três componentes que atuam de forma integrada: o Sensorio-Discriminativo (mecanismos neuro-fisiológicos e tipos de dor); o Afetivo-Motivacional (características afetivas e motivacionais do estímulo nociceptivo - raiva, medo, ansiedade, tristeza); e o Cognitivo-Avaliativo (atribuição de significados e produção de comportamentos adaptativos). A adoção desse conceito reconhece a

multidimensionalidade dessa experiência e, por seu turno, a sua subjetividade, na medida que abrange aspectos da história de vida do indivíduo.

Esse conceito propõe que a dor está associada a uma multiplicidade de fatores, enfatizando as relações funcionais entre as dimensões biológica, psicológica e social, dessa forma, considerando a interação e interdependência do indivíduo com o seu ambiente sob uma perspectiva ampla e sistêmica. É importante notar que a adoção dessa perspectiva para compreensão dos fenômenos dolorosos foi acompanhada pelo desenvolvimento do modelo biopsicossocial proposto por Engel, em 1980.

O modelo biopsicossocial enfatiza que todas as circunstâncias que ocorrem antes, durante e após uma enfermidade, estão inter-relacionadas e fazem parte do processo de saúde e doença do indivíduo. Nesse sentido, a compreensão de qualquer enfermidade envolve necessariamente, a integração de diferentes áreas do conhecimento. Verifica-se, portanto, que a história pessoal e familiar, os padrões de aprendizagem social, as crenças individuais relacionadas às doenças, o ambiente cultural, entre outros, podem influenciar diretamente as condições de saúde (Turk e Akiko, 2002).

Desde as décadas de 60 e 70, as publicações na revista *Pain*, periódico oficial da *International Association for the Study of Pain - IASP*, tem dado ênfase aos fatores psicológicos envolvidos na experiência dolorosa como crenças, estratégias de coping, expectativas, auto-eficácia, relações interpessoais, que podem ter influência na percepção e nos comportamentos de dor.

Atualmente, no Brasil, algumas clínicas de dor já adotam programas multidisciplinares no combate à dor crônica e, além dos tratamentos medicamentosos e cirúrgicos tradicionais, incluem uma variedade de técnicas psicológicas como: terapias breves de abordagens teóricas variadas (comportamental, cognitivo-comportamental, psicanálise, psicodrama, entre outras), biofeedback, hipnose, relaxamento, grupoterapia, programas psico-educativos focados em síndromes específicas, entre outras, que favorecem a modificação de pensamentos, comportamentos e emoções pouco adaptativas e aumentam o senso de controle e eficácia sobre a dor.

Sob esse prisma serão descritos alguns aspectos gerais sobre a dor lombar, suas repercussões e o impacto desta na qualidade de vida e nas relações familiares de seus portadores, para melhor compreender o universo dos sujeitos desta pesquisa.

### **3.1.1 Dor lombar**

#### **Caracterização**

As lombalgias e lombociatalgias são as causas mais comuns das dores lombares. A lombalgia é caracterizada pela ocorrência de dor no segmento inferior da coluna, entre o último arco costal e a prega glútea, e a lombociatalgia se caracteriza por dor na região lombar que se irradia para as nádegas e para um ou ambos membros inferiores, acompanhando o trajeto do nervo ciático (Cecin et al., 2001).

Fatores individuais, constitucionais e posturais são considerados de risco para a ocorrência das lombalgias<sup>1</sup>, englobando ganho de peso, altura da pessoa, má postura, fraqueza dos músculos abdominais e espinais, frouxidão ligamentar, além da falta de condicionamento físico, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo. Fatores psicossociais como depressão, hipocondria, ansiedade e somatização, parecem ser, muitas vezes, indicadores mais importantes que os fatores físicos para a evolução insatisfatória da doença (Imamura, Kaziyama e Imamura, 2001; Yeng et al, 2008).

#### **Etiologia**

De acordo com Deyo e Phillips (1996), a etiologia da dor lombar é variada, podendo ser causada por diversas anormalidades da coluna lombar e sofrer influência de fatores psicossociais. O diagnóstico diferencial é amplo e somente em 15% dos casos estruturas anatômicas e neurofisiológicas são identificadas como causa específica, dificultando o controle dos sintomas.

As causas mais comuns de lombalgia (aguda ou crônica) são afecções reumatológicas, tumores primários ou secundários (metástases) da coluna, processos infecciosos (ostemielite), afecções vasculares (aneurisma da aorta abdominal), afecções endócrinas ou metabólicas (osteoporose), afecções pélvicas ou abdominais (endometriose, inflamações pélvicas, nefropatia, afecções de vias urinárias), anormalidades mecânicas (artropatias, hérnias discais, desvios articulares), afecções sistêmicas (fibromialgia, doenças auto-imunes), e outras condições (Teixeira e Amaral, 2006).

---

<sup>1</sup> O termo lombalgia é usualmente utilizado, no meio clínico e acadêmico, para descrever as diversas morbidades que acometem a região lombar e apresentam como denominador comum a dor, portanto, neste estudo, serão utilizados como sinônimos dor lombar e lombalgia.



Posturas inadequadas, traumatismos, *stress*<sup>2</sup> ocupacional, práticas esportivas exageradas, obesidade, déficits musculares, anomalias congênitas (escoliose acentuada), também causam lombalgia, podendo ser agravada devido à execução de esforços físicos e movimentos inadequados. Está associada também com hipertonia e espasmos musculares, deformidades e desequilíbrios posturais, que resultam em mudanças nas curvaturas da coluna vertebral (Yeng et al, 2008 ; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

Os autores citam ainda que a não correção dos fatores desencadeantes ou mantenedores, insatisfação com a atividade ocupacional, instabilidade degenerativa da coluna, traumas, iatrogenias, hipermobilidade, frouxidão ligamentar, procedimentos cirúrgicos, doenças psiquiátricas, dependência química, sensibilização periférica e central, também podem contribuir para a cronificação da dor.

### **Epidemiologia**

Conforme Deyo e Phillips (1996) cerca de 50% a 80% dos indivíduos adultos apresentam dor lombar no decorrer de suas vidas, sendo que a ocorrência parece ser igual entre os sexos, observando-se queixa maior em mulheres acima de 60 anos, provavelmente devido às conseqüências da osteoporose.

Constitui um problema médico, econômico e social, sendo uma das causas mais onerosas de doenças da coluna e a segunda causa que mais leva os indivíduos a procurar assistência médica, decorrente de doenças crônicas (Deyo e Phillips, 1996). Estima-se que a dor lombar é responsável por 75 a 90% dos custos sociais com doenças crônicas, que são gerados pelo absenteísmo no trabalho, pela redução da produtividade e da habilidade para realização de tarefas usuais, reposição de atividades por outros funcionários e afastamento temporário ou definitivo do trabalho. (Yeng et al, 2008; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006; Teixeira e Amaral, 2006; Teixeira, 2008).

### **Diagnóstico**

O grande número de possibilidades etiológicas torna, muitas vezes, difícil e complexo o diagnóstico das lombalgias e lombociatalgias. Cecin (1997) refere que a inexistência de uma confiável correlação entre os achados clínicos e os exames de imagem prejudicam a interpretação do fenômeno doloroso. O autor relata que, em decorrência deste fato, o diagnóstico dessas síndromes torna-se basicamente clínico,

---

<sup>1</sup> Optou-se, nesta dissertação, pela utilização da versão internacional do termo *stress*.

necessitando-se de exames complementares somente para a confirmação da hipótese diagnóstica.

De acordo com Yeng et al. (2008) e Yeng, Teixeira e Kaziyama (2006), a evolução das dores lombares pode ser caracterizada de acordo com a duração da dor em: aguda (início súbito e duração inferior a 6 semanas); subaguda (duração entre 6 e 12 semanas); crônica (duração superior a 12 semanas).

A lombalgia aguda é uma condição autolimitada, ou seja, 90% dos doentes se recuperam espontaneamente entre 4 e 7 semanas, embora mais de 50% dos indivíduos possa rerepresentar um novo episódio durante o período de um ano. Na subaguda, 40% a 44% dos pacientes podem rerepresentar cronificação da dor, em um período de seis meses. A lombalgia crônica, por sua vez, caracteriza-se por dor persistente, contínua e com duração acima de três meses (Imamura, Kaziyama e Imamura, 2001; Yeng et al, 2008; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

Quanto as possíveis causas a dor lombar pode ser classificada como específicas ou inespecíficas. As lombalgias inespecíficas (sem etiologia definida) são as mais comuns e totalizam 85% dos quadros. Já as específicas correspondem a 15%, podendo ter como etiologia, hérnia discal, espondilolistese, instabilidade, estenose do canal vertebral, tumor, espondilodiscite, deformidades vertebrais (Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

Para a avaliação da lombalgia a anamnese é o principal instrumento para levantar dados do histórico clínico do paciente. Como a dor lombar pode ser um sintoma causado por doenças de outros órgãos e sistemas, a história familiar e os antecedentes pessoais devem ser pesquisados, bem como a intensidade, localização, flutuação e irradiação da dor, e fatores agravantes. Os hábitos do indivíduo, incluindo tabagismo, posição de dormir, tipo de colchão e travesseiro, principais posições assumidas no trabalho, no estudo, em atividades de lazer e esportivas, também são dados importantes para prevenir a continuidade do quadro doloroso após o tratamento (Cecin et al., 2001).

Para o diagnóstico, ainda são consideradas as avaliações decorrentes do exame físico através da palpação e inspeção da constituição física do sujeito, ocorrência de deformidades, alterações posturais, análise dos movimentos da coluna lombar, avaliação neurológica com observação da marcha, ocorrência de anormalidades neurovegetativas,

realização de testes de movimentação passiva e ativa, coordenação e equilíbrio. Os instrumentos mais utilizados na avaliação funcional, que buscam mensurar o impacto da dor na capacidade física desses indivíduos são os domínios pertencentes ao componente físico do Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 e a Roland Morris Disability Scale (Imamura, Kaziyama e Imamura, 2001; Yeng et al, 2008; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

De acordo com Portnoi et al. (2004), a avaliação psicológica constitui parte integrante do tratamento e tem a finalidade de identificar condições emocionais, comportamentais e cognitivas que possam causar, manter ou agravar a percepção dolorosa e o sofrimento, além de fornecer subsídios que direcionem outras intervenções. O foco de atuação do psicólogo, além do conhecimento sobre sua história pessoal e clínica, inclui também a investigação de fatores familiares, laborais e sociais, uma vez que as interações estabelecidas nestes ambientes contemplam a experiência multidimensional associada à dor e ao sofrimento.

## **Tratamento**

A dor lombar aguda apresenta melhora em curto período de tempo e, desta forma, não compromete de forma significativa a qualidade de vida do indivíduo. Seu tratamento objetiva amenizar os sintomas da dor e da inflamação, fornecendo estratégias para proteger as estruturas envolvidas no segmento doloroso. Entretanto, nos casos crônicos, além do tratamento específico focado no quadro doloroso, busca-se a recuperação progressiva da capacidade funcional.

Um dos principais objetivos do tratamento da lombalgia crônica é o retorno ao trabalho e às atividades usuais, implicando em medidas de reabilitação física, psíquica e social. As diversas opções terapêuticas que promovem o alívio dos sintomas dolorosos podem facilitar esse processo, os tratamentos mais indicados: terapias físicas e de reabilitação motora, repouso não prolongado, terapia medicamentosa, procedimentos cirúrgicos, órteses, correções posturais, fisioterapia, atividades físicas, psicoterapias e técnicas de relaxamento. (Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006; Yeng et al, 2008).

Vale ressaltar, entretanto, que uma das formas de tratamento cirúrgico mais utilizadas em casos de dor lombar grave e incapacitante, a laminectomia, pode desencadear algumas reações inesperadas, como a síndrome dolorosa pós-laminectomia.

A *IASP* (2003) define a síndrome dolorosa pós-laminectomia como “dor espinal lombar de origem desconhecida na mesma localização da dor original”. A dor pode persistir mesmo com a intervenção cirúrgica, ou se instalar após o procedimento. Do ponto de vista clínico a lombalgia e a síndrome dolorosa pós-laminectomia se sobrepõem e apresentam como denominador comum dor lombar. E a definição é atribuída a todas as cirurgias realizadas na coluna vertebral para tratar afecções nessa região (Teixeira e Amaral, 2006; Teixeira, 2008).

Embora o alívio da dor por si só traga melhora na qualidade de vida na maioria dos indivíduos, componentes emocionais e sociais estão presentes em todo o processo de doença. Há que se atentar para o fato de que esses componentes e o fenômeno doloroso estão intrinsecamente ligados, existindo dois modos específicos de associação entre eles. A dor pode gerar prejuízos psicossociais (depressão, ansiedade, limitação na produtividade, sedentarismo, entre outros), e os componentes emocionais e sociais podem agravar ou manter o quadro doloroso, levando a persistência da dor.

Sob essa perspectiva é fundamental considerar no tratamento das dores lombares, as crenças sobre doença, o medo e evitação de movimentos ou exercícios, o pensamento catastrófico, e as formas como o indivíduo enfrenta o *stress* decorrente da dor, pois estes podem comprometer o trabalho de reabilitação, contribuindo para a não adesão ao tratamento e perpetuando a sensação de dor. Todos estes fatores podem levar a um ciclo vicioso de dor, medo de movimento, desuso e incapacidade, que por sua vez gera mais dor e sofrimento.

Yeng, Teixeira e Kaziyama (2006) corroboram com esta concepção informando que as crenças e a cognição distorcida sobre dor e lesão, afastamento do trabalho, benefícios recebidos por auxílio-doença e auxílio-acidente, uso abusivo de medicamentos e atitudes de enfrentamento pouco adaptativas são indicadores importantes na reabilitação de indivíduos com lombalgia crônica.

De acordo com Braum (2003), procedimentos comportamentais e cognitivo-comportamentais, técnicas de relaxamento, biofeedback e hipnose possibilitam a modificação de padrões comportamentais mal-adaptativos, bem como a diminuição dos sintomas de depressão, ansiedade, entre outros.

Estudo de Cruz e Sardá (2003), que avaliou 50 pacientes portadores de lombalgias e lombociatalgias utilizando o Inventário de Sintomas SCL-90-R, indicou

percentil alto de sintomas depressivos, níveis de ansiedade e presença de somatização, quando comparados a populações sem dor. O conceito de somatização neste estudo constituía os sintomas decorrentes do *stress* causado pela dor. Os autores sugerem o incremento de avaliações psicológicas no contexto terapêutico desses pacientes justificando a influência dos aspectos psicológicos na cronificação do quadro doloroso.

A família também pode exercer um papel importante no gerenciamento dos cuidados ao paciente com dor crônica. Em estudo de revisão focado em diversas síndromes dolorosas, Maeda, Chiarelli e Mello (2006) relataram que o suporte familiar para as limitações físicas da dor crônica, flexibilidade para mudanças de papéis e habilidade social comunicativa, auxiliam o paciente a envolver-se em atividades saudáveis e a desenvolver comportamentos de saúde, contribuindo de forma indireta para a adesão ao tratamento.

Considerando a interdependência e interação dos aspectos biopsicossociais nas abordagens aqui descritas, acredita-se que os trabalhos realizados por equipe multidisciplinar, que tenha como objetivo a reabilitação física, psíquica e social, são mais eficazes e econômicos, quando comparados com intervenções que focam apenas uma dimensão da vida do doente.

### **Prognóstico**

O prognóstico da dor lombar aguda é positivo, com melhora espontânea e de forma natural na maioria dos indivíduos. Entretanto, Teixeira e Amaral (2006) ressaltam que a dor lombar pode tornar-se crônica em 15% a 20% dos indivíduos, sendo uma das principais causas de procura por tratamento nos sistemas de saúde devido a doenças crônicas, gerando altos custos em litígios, compensações financeiras e tratamentos em serviços de saúde.

A grande maioria dos indivíduos afastados do trabalho devido à lombalgia e lombociatalgia aguda retorna à função após três meses da instalação do quadro. Embora muitos possam apresentar quadros algícos moderados e intensos, a maioria desses indivíduos permanecem trabalhando. Aqueles que não retornam após o período de seis meses têm mais chances de manter-se incapacitados para o trabalho e, conseqüentemente, de desenvolver dor crônica (Imamura, Kaziyama e Imamura, 2001; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

Algumas situações podem favorecer o não retorno ao trabalho, sendo: não participação ativa no tratamento, falta de atividades físicas, falta de informações sobre a doença, insatisfação e pressão psicológica no ambiente de trabalho e a preferência pela compensação financeira e emocional devido ao afastamento do trabalho (Silva, Fassa e Vale, 2004).

A prevenção do agravamento do quadro doloroso tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e reduzir as limitações funcionais. O acompanhamento ambulatorial deve proporcionar expectativas positivas quanto ao controle da dor, revisar regularmente o progresso do tratamento, propiciar informações sobre a doença e o tratamento das diferentes especialidades, auxiliá-lo nas adaptações das atividades diárias e promover e incentivar auto-cuidados. (Yeng et al, 2008; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006).

A aceitação da doença, no sentido de modificação da percepção do evento stressante, parece ser um bom preditor de prognósticos positivos. McCracken, Vowles e Eccleston (2004) sugerem que a aceitação da dor crônica, ou seja, conviver com ela sem realizar esforços desnecessários para evitá-la, pode levar a avaliações mais fidedignas e realistas das limitações e, conseqüentemente, gerar estratégias de enfrentamento e comportamentos mais adaptativos. Os autores pesquisaram a correlação entre níveis de aceitação, mensurada pelo Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ), e variáveis clínicas como depressão, ansiedade e comportamentos de dor. Os resultados demonstraram que os indivíduos com alto grau de aceitação obtiveram menores índices nessas variáveis, indicando que a aceitação das limitações decorrentes da dor poderia funcionar como um facilitador do processo de adaptação à dor crônica.

### 3.1.2 Dor e qualidade de vida em saúde

A preocupação com a vida sempre esteve presente na história da humanidade, segundo Domingos (1997, p. 2) *"a vida, imbricada num processo sócio-histórico, deixou de ser única e simplesmente vida, para merecer um valor"*, nesse sentido, o autor destaca que, qualquer discussão sobre a vida implica na discussão da sua qualidade.

Inicialmente o conceito de qualidade de vida foi discutido entre cientistas sociais, filósofos e políticos. Hayry (1991 apud Lima, 2002) salienta que os cientistas sociais e psicólogos desenvolveram principalmente definições e métodos de estudo de qualidade de vida, enquanto que os filósofos concentraram suas pesquisas nos motivos para definir e medir esse constructo e nas questões éticas envolvidas nesta medida.

Avaliações, metodologias de pesquisa, definição de medidas e conceitos sobre qualidade de vida passaram a ser um tema de interesse de vários profissionais, todavia, as dificuldades para alcançar um consenso sobre sua definição foram grandes por ser um termo amplo e envolver a própria concepção de vida.

As definições podem variar tanto quanto a multiplicidade das abordagens, estabelecendo dificuldades para a criação de uma única concepção. Os autores acima citados informam que existe pouco consenso a respeito do conceito qualidade de vida, pois este envolve diferentes modelos teóricos para o seu entendimento.

No entanto, existem aspectos fundamentais que são comuns em todas as concepções. Lima (2002, p. 12) explicita como sendo:

*"... uma medida que varia ao longo do tempo, dado que o homem está em constante transformação e evolução; é uma medida subjetiva, que parte da percepção do indivíduo, considerando suas necessidades, recursos e modos de lidar com sua realidade, não admitindo generalizações a partir do que se pré-julga como bom, de qualidade, ou provável; o indivíduo serve como seu próprio controle, ou seja, são detectadas as mudanças que ocorrem na sua qualidade de vida de acordo com a sua trajetória de doença/saúde, ao invés de uma avaliação de ausência ou de presença de sintomas; e ainda, a qualidade de vida deve ser avaliada em vários níveis: desde questões para avaliação do bem estar global até questões referentes a domínios específicos.*

O autor destaca que, no contexto médico, o conceito surgiu como uma tentativa de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida e não meramente uma avaliação de seu estado de saúde. Segundo Fleck et al. (1999, p. 20) aos pacientes que tinham a sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, foi necessário acrescentar “*vida aos anos e não apenas anos à vida*”.

A associação entre saúde e qualidade de vida, conforme Pilon (1992), pode ser vista sob uma perspectiva existencialista, multidisciplinar e integrativa, apontando para a busca do equilíbrio entre as dimensões físicas, sociais e subjetivas.

De acordo com a *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group, 1995)* que envolveu especialistas de diferentes culturas no estudo dos principais modelos teóricos sobre a qualidade de vida, três aspectos fundamentais foram obtidos: 1) Subjetividade; 2) Multidimensionalidade; 3) Presença de dimensões positivas (ex. mobilidade), e negativas (ex. dor). Ou seja, o conceito de qualidade de vida engloba as diferenças e expectativas individuais, as várias áreas e dimensões que compõem a vida de um indivíduo, bem como a presença de fatores positivos e negativos que influenciam diretamente esse sistema.

Foi sob esta perspectiva que a Organização Mundial da Saúde adotou o conceito de qualidade de Vida como sendo: “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (*WHOQOL Group, 1995, p. 405*). Esse conceito é abrangente, com ênfase na subjetividade, secundariamente explorando todos os aspectos da vida que tenham impacto significativo na qualidade do viver. Sublinha de forma complexa a saúde da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e fatores importantes do ambiente ao qual o sujeito se insere.

A busca pela qualidade de vida em saúde, passa por várias questões, desde o desejo de obter relacionamentos afetivos, profissionais, sociais e familiares mais harmoniosos, atividade profissional gratificante (gostar do que faz e receber um salário justo), grau de mobilidade ampliado ou poder expressar suas emoções e ter as funções cognitivas preservadas. Maeda (2005), refere que qualidade de vida também significa a possibilidade de conviver com a dor sem interrupções significativas ou impeditivas, por meio do aprendizado de novas maneiras de utilização do corpo, incentivando o indivíduo a responsabilizar-se também pela manutenção de sua saúde, procurando



condições de repouso, busca de lazer, e internalização de novos hábitos e atitudes de vida.

Entretanto, muitas vezes, a dor crônica que acompanha diversas patologias, modifica substancialmente as atividades do dia-a-dia da pessoa, refletindo no seu estado mental (evocando raiva, sensação de impotência, tristeza), no âmbito profissional, nos relacionamentos interpessoais (alterações de papéis familiares) e na sua percepção de bem-estar e qualidade de vida, podendo gerar um círculo vicioso de dor-impotência-emoções negativas-aumento da dor, causando reações de *stress*, que pode aparecer como uma resposta à dor ou, juntamente com outros fatores, contribuir para o seu aparecimento ou intensificação.

Melzack (1983 apud Vasconcellos, 2002, p. 155) afirma que:

*“As evidências psicológicas embasam fortemente o ponto de vista da dor como experiência perceptiva, cuja qualidade e intensidade é influenciada pela história passada e única de cada indivíduo, pelo significado que ele dá à situação que produziu a dor e pela situação mental no momento. Nós acreditamos que todos esses fatores desempenham um papel na determinação dos padrões decorrentes de impulsos nervosos que ascendem do corpo ao cérebro e que dentro dele transitam. Dessa forma a dor torna-se uma função de todo o indivíduo, incluindo seus pensamentos e temores presentes, assim como suas esperanças para o futuro”*

Sob essa perspectiva portanto, os aspectos acima citados irão também influenciar a qualidade de vida, incentivando pesquisadores a criarem instrumentos que pudessem complementar avaliações sobre o bem-estar do indivíduo.

Entretanto, eram consideráveis as dificuldades encontradas nas diferentes escalas quanto à validação das propriedades psicométricas e desenvolvimento de um instrumento genérico, que avaliasse as diferentes dimensões da vida do sujeito.

Para Fleck et al. (1999) na última década houve um maior interesse para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, sendo a maioria nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los e aplicá-los em outras culturas. No entanto, o autor relata que esta aplicação transcultural é bastante controversa, sendo objeto de muitas críticas e considerações.

Uma das limitações é a capacidade de generalização dos resultados das medidas de qualidade de vida, não sendo suficiente apenas a tradução de um instrumento para outro idioma. Faz-se necessário verificar sua aplicabilidade para determinada realidade, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, políticas de saúde pública, entre outros, com o local de origem do instrumento. Dessa forma, é evidente a influência cultural para o seu desenvolvimento e/ou validação para outras populações.

Lima (2002) cita que existem diversos instrumentos publicados na literatura para avaliar qualidade de vida, sendo classificados em três categorias:

1. Qualidade de vida geral: avalia qualidade de vida de uma forma global, utilizando os vários domínios de forma igualitária e baseando-se geralmente num referencial social.
2. Qualidade de vida ligada à saúde: avalia a valorização dos aspectos relacionados ao processo das limitações funcionais provocadas pela doença e resposta a tratamentos, em função do detrimento de aspectos ambientais e sociais.
3. Qualidade de vida ligada a uma doença específica: avalia os aspectos relacionados à qualidade de vida de determinada doença.

Para a avaliação da qualidade de vida em saúde, foram desenvolvidos instrumentos, genéricos ou específicos (ligados a uma doença), incluindo informações subjetivas (sentimentos, percepções), sócio-culturais e relacionais (trabalho, família). Esses instrumentos são capazes de avaliar a qualidade de vida na saúde a partir de informações prestadas pelo próprio paciente, fornecendo dados da percepção do seu estado de saúde (física e mental), do impacto da doença e dos tratamentos na sua vida e nas dimensões relacionais e afetivas.

As medidas de avaliação genérica sobre a saúde são capazes de demonstrar se os indivíduos conseguem desempenhar atividades de rotina, tarefas domésticas, entre outras, e também como se sentem em relação a estas atividades. Atualmente, esses instrumentos podem tornar-se norteadores para tratamentos específicos, uma vez que são capazes de mensurar subjetivamente as condições de saúde dos pacientes,

contribuindo para condutas terapêuticas focadas e individualizadas, de acordo com as demandas idiossincráticas de cada paciente.

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*) é um instrumento genérico que possibilita a comparação da qualidade de vida entre diferentes grupos e diferentes patologias. Foi desenvolvido por Ware e Gandek (1994), nos EUA, e validado para a língua portuguesa por Ciconelli (1999), em pacientes com artrite reumatóide.

Para esta pesquisa a escolha do SF-36, descrito com maiores detalhes no capítulo sobre Método, foi realizada pela sua especificidade de avaliação na área da saúde abrangendo aspectos físicos, mentais, sociais, afetivos e relacionais, e por ser de fácil compreensão e manejo, apresentando resultados claros e precisos.

### 3.1.3 Dor e diferença entre gênero

Homens e mulheres, apesar de serem da mesma espécie, são diferentes em vários aspectos: biológicos, psicológicos, sociais, de força física, estéticos. Desde tempos remotos, as funções sociais eram distintas, cabendo ao homem caçar e proteger a família, enquanto as mulheres permaneciam cuidando dos filhos e do preparo dos alimentos. A partir dessas condutas, no nível filogenético, suas habilidades, aptidões, percepções e comportamentos evoluíram de formas diferentes, cada um se desenvolvendo para desempenhar as próprias necessidades e funções da melhor maneira possível. (Pease, 2000).

Essas diferenças permanecem até hoje em vários domínios, levando alguns pesquisadores a investigar possíveis diferenças entre gênero, sexo e dor crônica. Sabe-se que fatores biológicos (diferenças anatômicas e hormonais), psicossociais, familiares, culturais, história de vida e os papéis atribuídos a cada gênero na sociedade, contribuem para a existência da diferença entre homens e mulheres não somente quanto à percepção da dor, mas também quanto à evolução terapêutica (Andrade, 2005).

É importante notar que muitas pesquisas utilizam o termo gênero e sexo de forma similar, como se fossem sinônimos, porém, a maior parte desses estudos enfatiza as diferenças quanto ao sexo.

Wizeman e Pardue (2001, p. 2) definem sexo como: *“a classificação dos seres vivos, geralmente como macho e fêmea, de acordo com os seus órgãos reprodutivos e funções cromossomicamente determinadas”*. Esclarecendo que gênero é *“a representação social do indivíduo como macho e fêmea, como esse indivíduo é visto pelas instituições sociais com base na sua apresentação de gênero. Gênero é modelado pelo meio e pelas experiências”*.

Nesse sentido, observa-se que homens e mulheres são diferenciados não somente por suas características biológicas e filogenéticas, mas também pelos papéis determinados pelo ambiente sócio-cultural, no nível ontogenético. Filligim (2003) discute a inter-relação quanto às diferenças conceituais entre sexo e gênero, sugerindo a utilização de uma abordagem biopsicossocial que integraria as dimensões fisiológicas (hormônios masculinos e femininos, diferenças anatômicas e fatores genéticos),

psicológicas (medo, ansiedade, expressão de raiva, depressão), e sociais (papéis sociais desempenhados, fatores históricos e culturais).

Unruh, Ritchie e Merskey (1999), investigaram as diferenças entre gêneros quanto ao relato e expressão verbal da gravidade dos sintomas de dor e as estratégias utilizadas para controlá-la. Os autores constataram que as mulheres tendem a expressar os seus sintomas de dor de forma mais intensa, relatando maiores taxas de problemas somáticos, quando comparados aos homens. Os dois gêneros avaliaram de maneira semelhante que o impacto da dor interferia de forma mais significativa na dimensão emocional, do que nos impedimentos físicos, sem diferenças qualitativas quanto à percepção de ameaça. As mulheres também utilizaram uma variabilidade maior de estratégias de enfrentamento quando comparadas com os homens, principalmente as centradas na resolução do problema, tais como buscar apoio junto aos familiares e amigos, distração da atenção e utilização dos serviços de saúde.

Pesquisas de Unruh (1996), e Myers, Riley e Robinson (2003), citam que mulheres experimentam dores mais recorrentes e freqüentes, queixam-se mais de dor, demonstrando maior sensibilidade e limiar, e tolerância mais baixa à dor, quando comparadas aos homens. Savedra et al. (1982) corroboram com estes resultados dizendo que a dor no sexo feminino é mais grave, prevalente e também expressada com maior emoção do que no sexo masculino.

É importante salientar que, algumas diferenças entre homens e mulheres podem ser influenciadas mais diretamente por fatores sociais, uma vez que, expressar a dor, e os sentimentos associados a ela, parece ser uma condição socialmente mais aceita no gênero feminino, o que explicaria, em parte, os resultados de algumas pesquisas.

Estudo de Nogueira (no prelo), com uma amostra de 30 homens e 30 mulheres adultos, revelou diferenças entre os gêneros na escolha de recursos de enfrentamento da sensação dolorosa, porém não obteve diferenças significativas quanto a intensidade da dor. Em sua amostra, os homens referiram sofrer impacto emocional de forma mais severa, em decorrência dos sintomas da dor, no início da doença, quando comparados com as mulheres. Keefe et al. (2004) e Affleck et al., (1999) compatibilizam, em parte, com estes resultados, na medida que, em seus estudos, as mulheres contextualizaram e limitaram de forma mais eficaz o impacto emocional individual ocasionado pela dor, todavia, os autores não informaram em qual período da doença esse processo ocorreu.

Outros estudos de Haley, Turner e Romano (1985), Riley et al.(2001), apontam diferenças relativas às respostas afetivas à dor. Estudo de Fillingim (2003), relata que, apesar de mulheres e homens apresentarem pontuações parecidas nos resultados do Inventário de Depressão Beck, o padrão dos sintomas é diferente, pois as mulheres apresentaram maiores distorções na imagem corporal, mais fadiga, choro e perda de apetite.

Haley, Turner e Romano (1985), constataram que a depressão, nas pacientes do sexo feminino, estava associada às queixas de dor, enquanto nos homens estava relacionada ao prejuízo na execução das tarefas e atividades laborais. Estudos sobre dor crônica e comorbidades como depressão, sugerem que a depressão está mais associada às mulheres do que aos homens (Unruh, 1996).

Por outro lado e fazendo contraponto com a pesquisa acima, Riley et al. (2001), observaram que a dor nas mulheres se relacionava mais ao medo e à frustração, enquanto nos homens estava mais associada à ansiedade e à depressão.

Para este estudo, os aspectos levantados nas pesquisas analisadas são relevantes, já que a dor lombar apresenta-se, na atualidade, com alta prevalência em ambos os gêneros.

### 3.2 Dor crônica e contexto conjugal

A pesquisa sobre relacionamento de casal no contexto dos problemas de saúde é um tema que tem recebido destaque nas últimas décadas, sendo estudado sob diferentes enfoques. Segundo Neder (1973), uma intercorrência em um membro da família ou casal pode ser compartilhada por todos os demais e, reciprocamente, qualquer experiência que ocorra à família afeta seus membros, individualmente, justificando a necessidade de incluir a família no geral, e o casal em particular, em contextos terapêuticos de saúde.

A família preenche necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo e, por isso, é uma preciosa fonte de suporte social e um dos mais importantes recursos de *coping*. Entretanto, é também, com frequência, uma fonte geradora de *stress* devido às exigências que faz em termos de responsabilidades, compromissos e desempenho de uma série de papéis. (Croog, 1970 apud Portnoi, 1999).

Kiecolt-Glaser e Newton (2001) analisaram os resultados de 64 artigos sobre interações conjugais no domínio da saúde física, publicados entre os anos de 1990 e 2000, sugerindo que as dimensões negativas do relacionamento conjugal (hostilidade, baixa satisfação conjugal e sexual, *stress* conjugal, entre outros) têm influência indireta nos resultados de depressão e hábitos saudáveis de saúde, alterando diretamente o mecanismo fisiológico dos pacientes, especificamente no funcionamento cardiovascular, endócrino e imunológico. Da mesma forma, Burman e Margolin (1992), em outro estudo de revisão, encontraram evidências que variáveis do casamento relacionam-se aos problemas de saúde, afetando negativamente a evolução e tratamento das doenças, de maneira indireta e inespecífica, sugerindo estudos focados em populações específicas. De fato, a variabilidade de comportamentos e a especificidade dos sintomas implicadas nas diferentes patologias justificam pesquisas em amostras mais uniformes, como no caso das síndromes dolorosas.

No campo da dor crônica, o relacionamento de casal e familiar é estudado sob diferentes perspectivas. Considerando as colocações de diversos autores (Flor, Turk e Rudy, 1987; Payne e Norfleet, 1986, Kerns e Otis, 2003) pode-se pensar os enfoques de pesquisa desta área nas perspectivas: etiológica, terapêutica, diagnóstica e prognóstica. Os estudos do tipo etiológico focam a contribuição de aspectos do relacionamento conjugal e familiar no aparecimento da dor crônica. São investigadas variáveis como a estrutura familiar (tamanho da família, ordem de nascimento e *status* socioeconômico) e

acontecimentos específicos como falecimento do cônjuge e/ou familiares e incidência de dor crônica em outros membros da família. Os estudos do tipo terapêutico visam avaliar o benefício ou eficácia de intervenções com o casal, sendo estas baseadas em diferentes modelos teóricos do funcionamento familiar. Nas pesquisas diagnósticas, além do conhecimento científico diretamente relacionado à dor, valoriza-se a técnica da observação, uso de escalas e questionários, e outras que focalizam a avaliação do paciente em relação ao cônjuge. Os estudos de prognóstico exploram o impacto e as conseqüências da dor crônica no relacionamento do casal, bem como a influência dos relacionamentos íntimos na saúde e tratamento do paciente. São abordados temas como qualidade do relacionamento de casal, satisfação conjugal e sexual, *status* da saúde mental (depressão), apoio e respostas do cônjuge à dor, entre outros.

As evidências empíricas encontradas nos estudos desta área revelam importantes resultados do relacionamento entre variáveis conjugais no contexto da dor. Sem a pretensão de esgotar o tema em questão, foram incluídas nesta revisão somente pesquisas com enfoque prognóstico, com a finalidade de explorar a mútua influência entre estas duas dimensões.

De acordo com Leonard, Cano e Johansen (2006), a qualidade do relacionamento de casal, satisfação conjugal, as respostas do cônjuge à dor e o apoio/ajuda fornecido por ele, são aspectos estudados pelos pesquisadores da área da dor. Da mesma forma, variáveis específicas da dor como: severidade, duração, limitação da capacidade funcional, *stress* e comportamentos dolorosos, são aspectos que frequentemente estão associados, direta ou indiretamente, ao relacionamento conjugal desses pacientes.

Um número significativo de estudos tem enfatizado as conseqüências negativas da dor crônica no relacionamento conjugal e familiar. Autores como Payne e Norfleet (1986) e Snelling (1990), sugerem que as variáveis do relacionamento conjugal são fortemente influenciadas pela dor crônica, existindo indícios de que o cônjuge possa ser afetado negativamente por ela. Estes estudos salientam uma insatisfação com o relacionamento conjugal após o seu início, apontando um baixo nível de ajustamento do casal. Em parte, isso pode ser explicado pela relação de dependência que se instala, visto que o cônjuge pode passar a realizar assistência básica ao paciente, como cuidados com higiene, controle de medicação e ajuda na locomoção.



De acordo com Schwartz, Slater e Birchler (1996), baseado no referencial da Teoria Operante, a interação com o cônjuge é uma importante fonte de contingências sociais para o paciente, podendo funcionar como reforçadores dos comportamentos de dor (queixas verbais, expressões faciais de aflição, dificuldades de locomoção, indicações de incapacidade). A relação entre respostas solícitas dos cônjuges (preocupação, simpatia, conforto) e aumento de comportamentos de dor pelo paciente parece ser positiva. Essas respostas podem reforçar os comportamentos de dor, na medida em que proporcionam vantagens ao paciente, possivelmente contribuindo para a cronicidade da condição dolorosa. Estudo de Faucett e Levine (1991) revela outras vantagens da manutenção dos comportamentos de dor, uma vez que estes parecem camuflar os conflitos do casal, diminuindo as interações negativas.

Schwartz, Slater e Birchler (1996) enfatizam que o comportamento de dor do paciente tem um importante papel na vida do casal. Os autores revelam a tendência de pacientes a responder de forma mais significativa aos conflitos conjugais com comportamentos de dor, do que com respostas comportamentais comuns e esperadas de um conflito de casal. Neste sentido, o comportamento de dor pode funcionar como uma resposta de esquiva do paciente a situações aversivas, como por exemplo brigas e discussões. Quando os cônjuges percebem este tipo de interação, podem ser levados a produzir respostas comportamentais de punição, contribuindo para a exacerbação dos sintomas dolorosos. Também foi verificado neste estudo uma associação significativa entre respostas negativas de punição do cônjuge aos comportamentos de dor, com aumento de *stress* emocional no paciente.

Ao comparar pesquisas relacionadas a outros tipos de dor crônica, porém similares as aqui relatadas, Soderberg et al. (2003), descrevem que a limitação funcional causada pela dor, em pacientes com artrite reumatóide, é apontada como um dos principais fatores negativos para a convivência conjugal e familiar. Nesses casos, apontam os autores, os papéis sociais desempenhados anteriormente são reestruturados face às novas demandas, ocorrendo reorganização do esquema familiar, devido ao aumento das responsabilidades sociais, econômicas e das tarefas domiciliares realizadas pelos membros saudáveis.

Para Soderberg et al. (2003), o prejuízo da capacidade laborativa do paciente afetará diretamente a renda familiar, principalmente se o doente for o provedor da família, exigindo que outros membros passem a investir em atividades profissionais

para compensar o déficit financeiro. Estas circunstâncias podem levar os membros saudáveis a um desinvestimento gradual de encontros, como reuniões sociais e atividades de lazer.

É importante notar que, da mesma forma que a dor pode afetar o casal e a família, as variáveis do relacionamento conjugal também podem influenciar os sintomas do paciente individualmente. Em estudos sobre a dor na fibromialgia, Perece e Sandberg (2005), verificaram que existe uma associação significativa entre aumento de conflito conjugal e familiar com a elevação dos níveis de problemas de saúde, incapacidade funcional e intensidade da dor de pacientes fibromiálgicas. Notadamente, quando as pacientes relatavam baixos níveis de tensão entre os membros da família e suporte familiar para as limitações da doença, apresentavam diminuição das queixas de dor e maior adesão e frequência no uso de medicamentos.

Cano et al. (2004) salientaram que a insatisfação conjugal do paciente e percepção de respostas negativas do cônjuge à dor contribuem como fator adicional para o aumento dos níveis de depressão e ansiedade do paciente, independente dos seus efeitos negativos (intensidade e limitações funcionais). Segundo os autores, a gravidade dos sintomas de depressão e ansiedade pode ser melhor explicada pela associação das variáveis conjugais com os efeitos negativos da dor crônica. Dessa forma, evidencia-se a importância da intervenção em variáveis do relacionamento de casal, como terapêutica auxiliar no tratamento multidisciplinar da dor crônica.

Geisser, Cano e Leonard (2005) estudaram a relação entre satisfação conjugal, *stress* psicológico e percepção das limitações funcionais dos cônjuges de pacientes com dor lombar crônica em uma amostra de 119 casais. Foram analisadas satisfação conjugal e *stress* afetivo no cônjuge, e a limitação funcional e intensidade da dor do paciente, buscando correlações entre a percepção do cônjuge sobre a condição de saúde do paciente. Verificou-se que essa percepção para as limitações funcionais do paciente (incluindo limitações no desempenho de papéis sociais) estava fortemente associada ao ajustamento conjugal e *stress* emocional do casal. Ou seja, a percepção de severidade das limitações funcionais do paciente, pelo cônjuge, pode ser diretamente associada com o nível elevado de insatisfação conjugal e *stress* psicológico do casal. Os autores apontam que a intensidade da dor não teve correlação significativa com as variáveis conjugais, indicando que as limitações na capacidade funcional influenciam de forma mais determinante a satisfação conjugal do cônjuge. A amostra foi dividida entre

homens e mulheres, porém não foram encontradas diferenças significativas entre os gêneros.

Outros estudos (Flor, Turk e Rudy, 1987; Payne e Norfleet, 1986; Snelling, 1990), sugerem que a convivência com uma pessoa com dor pode influenciar a saúde física do cônjuge, apontando que estes apresentam aumento na sensibilidade e percepção dos seus sintomas de dor, além de níveis importantes de depressão. Schwartz et al. (1991), em estudo sobre depressão em cônjuges de pacientes com dor lombar crônica, encontraram maiores índices de depressão no cônjuge, quando comparados os índices de depressão dos pacientes. Os mesmos autores ainda constataram que o nível de depressão dos cônjuges acompanhava de forma estatisticamente positiva a intensidade da dor e limitação física dos pacientes.

No entanto, estudo de Bigatti e Cronan (2002), que comparou o *status* da saúde física e mental de maridos de mulheres com fibromialgia - grupo de estudo - com maridos de mulheres saudáveis – grupo controle, encontrando um nível de saúde física do grupo de estudo relativamente menor, quando comparado ao grupo controle; este nível, porém, mostrou-se de acordo com a pontuação média para a idade da amostra, indicando que a saúde física dos cônjuges não é influenciada diretamente pela dor da esposa. Além disso, a frequência do uso de serviços de saúde foi similar nos dois grupos. As variáveis como depressão, solidão e *stress* emocional tiveram maior pontuação no grupo de estudo. Porém, quando comparadas à população em geral, estavam apenas um pouco abaixo da média, demonstrando que essas variáveis são parcialmente influenciadas pela queixa de dor do cônjuge. A correlação entre tempo de dor e resultado positivo do *status* de saúde dos cônjuges foi discutida pelos autores, considerando a possibilidade de existir uma adaptação às adversidades impostas pela doença, ao longo do tempo.

Estudos sobre o apoio social de membros familiares ao doente com dor crônica têm recebido atenção da literatura especializada. O modelo Operante, baseado na concepção de Fordyce (1976), tem sustentado a maior parte destas pesquisas, sugerindo que a atenção positiva de outros significativos pode reforçar comportamentos de dor, e dessa forma, manter ou exacerbar as expressões de dor e a incapacidade física. Na perspectiva do autor, a dor é uma experiência subjetiva que só pode ser mensurada através de comportamentos observáveis de dor, que comunicam informações sobre o mundo interior do indivíduo. Neste sentido, o comportamento expresso, mais que a dor

propriamente dita, deve ser o foco de atenção. O autor classifica a dor como um comportamento e, dessa forma, ela estaria sujeita as contingências de reforçamento sócio-ambiental, como qualquer outro comportamento. O cônjuge, pela proximidade afetiva e emocional, poderia reforçar seletivamente os comportamentos de dor por meio da atenção social, simpatia e solicitude, sem ter consciência deste processo. O paciente, por sua vez, sente-se gratificado com os comportamentos do cônjuge, além de obter aprovação para evitar ou não realizar atividades e responsabilidades consideradas aversivas.

Fordyce (1976) avalia que a atenção positiva e o suporte ao paciente somente seriam adaptativas quando fornecidas contingentes a “bons” comportamentos, como por exemplo, a inserção em atividades físicas, a realização de trabalhos produtivos, a interação social com grupos distintos (vizinhos e amigos), o cumprimento das tarefas e responsabilidades do tratamento, entre outras.

No entanto, o autor também enfatiza a importância do apoio solícito e atenção, uma vez que estes podem amenizar o sofrimento emocional relacionado à doença. Perspectiva esta compartilhada por Brown, Wallston e Nicassio (1989), que estudaram a influência do suporte social em pacientes com Artrite Reumatóide, demonstrando que o apoio de outros significativos, como os membros familiares e amigos, pode diminuir o impacto da depressão quando comparado com pacientes que não receberam ajuda.

Revenson e Majerovitz (1990), buscaram associações entre a provisão de apoio conjugal e intensidade da dor em indivíduos com artrite reumatóide, sendo que o suporte positivo (conselhos, interações diárias positivas, respostas solícitas) foi associado negativamente com a severidade da dor, indicando que a atenção social provavelmente contribuiu para o aumento dos comportamentos de dor.

Embora a literatura apresentada nesta revisão ressalte algumas evidências empíricas sobre o importante papel da dor crônica no contexto do relacionamento de casal, sugerindo que as variáveis do casal são importantes para o planejamento de condutas terapêuticas dos pacientes, o desenvolvimento de pesquisas adicionais devem ser incentivadas, principalmente em populações nacionais. Apesar de poucos estudos focarem indivíduos com dor lombar crônica, os resultados apresentados nesta revisão podem ser parcialmente generalizados para estas populações, respeitando as diferenças culturais e sociais na qual estão inseridas.

Diante de tudo isso, enfatiza-se a necessidade de compreender o relacionamento conjugal desses pacientes, em suas dificuldades e demandas, podendo propiciar, dessa forma, melhores condições de saúde e recursos para a sua adaptação à condição dolorosa.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Local**

Ambulatório do Centro Multidisciplinar de Dor da Divisão de Neurologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CMD-ICHC-FMUSP, localizada na cidade de São Paulo.

### **4.2 Período**

Os dados foram coletados no período de 10/10/2007 a 02/02/2008.

### **4.3 Sujeitos**

Cinquenta pacientes adultos, sendo 25 homens e 25 mulheres, com idades entre 30 e 65 anos, diagnosticados com dor lombar crônica, não oncológica, casados ou mantendo vínculo conjugal, com ou sem filho(s), em tratamento regular no Ambulatório do CMD-ICHC-FMUSP.

#### **Critérios de Exclusão**

- Pacientes portadores de psicopatologias graves.
- Pacientes com diagnóstico de dor lombar crônica de origem oncológica.
- Pacientes com outras doenças crônicas associadas
- Cônjuge portador de doença crônica e/ou incapacitante

#### **Critérios de Inclusão**

- Pacientes com diagnóstico de dor lombar crônica, de ambos os gêneros e com tempo de dor superior a seis meses.
- Pacientes sem comprometimento físico/motor decorrentes de outras morbidades ou traumas.
- Pacientes adultos, preferencialmente com idade entre 30 e 65 anos.

- Estar casado ou mantendo vínculo conjugal (coabitando).
- Possuir condições psicossociais suficientes para compreender e responder os procedimentos do estudo, sem distinção de etnia, religião ou ideologia.

#### **4.4 Instrumentos**

- Prontuário médico (fornecido pelo CMD-ICHC-FMUSP);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Questionário de Dados Sócio-Demográficos - elaborado pelo pesquisador;
- Escala VAS de intensidade da dor;
- Questionário Genérico de Qualidade de Vida – SF-36 ("*Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey - SF-36*"), elaborado por Ware e Gandek, Iqola Project Group, 1994. Versão em português validada para a população brasileira por Ciconelli et al., 1999;
- Entrevista Semi-dirigida – elaborada pelo pesquisador;
- Software SPSS – Versão 12.0 (*Statistical Package for the Social Science - SPSS, National Opinion Research Center Inc:Chicago, 1969-2007*);
- Software SPAD-T - Version 1.5 (*Système Portable pour l'Analyse des Données – Textuelles, Copyright (C) CISIA-LogicielD:France APP-8808006*).

#### **Prontuário Médico**

A verificação dos prontuários de cada paciente teve a finalidade de confirmar a hipótese diagnóstica e verificar a existência de patologias associadas.

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I)**

Teve a finalidade de informar os participantes sobre: justificativas e objetivos da pesquisa; procedimentos utilizados; possíveis desconfortos e riscos esperados; benefícios que poderão ser obtidos; garantias de livre acesso as informações, liberdade





**Questionário Genérico de Qualidade de Vida – SF-36** ("*Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey - SF-36*"), elaborado por Ware e Gandek, Iqola Project Group, 1994. Versão em português validada para a população brasileira por Ciconelli et al., 1999. (ANEXO IV)

A validação desse instrumento foi realizada pelo método de fidedignidade entre avaliadores, e demonstrou boa consistência nos seus resultados (tabela abaixo). O seguinte texto, retirado do parágrafo final do estudo de validação do SF-36, demonstra a conclusão dos autores:

*“A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro adicional útil e pode ser utilizado na avaliação da artrite reumatóide ou até de outras doenças, seja em nível de pesquisa ou em nível assistencial”* (Ciconelli et al. 1999).

É um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, multidimensional, específico para avaliar a qualidade de vida na área da saúde. O instrumento é composto por 36 questões, que abrangem oito domínios específicos - capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade. Podem também ser subdivididos em dois componentes: Físico e Mental. Os resultados de cada um dos oito domínios são mostrados em escores que variam de 0 a 100, sendo que 0 indica a pior qualidade de vida e 100 a melhor qualidade de vida. A interpretação do questionário é realizada por meio do cálculo da *Raw Scale*. (ANEXO VII)

O Componente Físico é representado pelos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral da saúde. O Componente Mental é representado pelos domínios: saúde mental, aspectos emocionais, aspectos sociais e vitalidade.

O domínio *capacidade funcional* avalia a extensão das limitações relacionadas às tarefas que exigem movimentação e capacidade física para realização de atividades como: mover uma mesa, carregar pesos, andar longas distâncias, tomar banho, vestir-se, entre outras atividades. O domínio *aspectos físicos* abarca questões referentes à

limitação do indivíduo quanto ao tipo e quantidade de trabalho, avaliando o quanto à limitação afeta tarefas da vida diária e execução de trabalhos. *Dor* avalia a presença de dor corporal e o quanto ela interferiu em suas atividades da vida diária no período das últimas 4 semanas. *Estado geral de saúde* avalia a percepção do paciente no que diz respeito a sua saúde no geral. Os *aspectos emocionais* envolvem questões referentes à interferência dos problemas emocionais nas atividades domésticas e/ou profissionais quanto ao tempo, cuidados e quantidade de tarefas realizadas, buscando aferir o impacto dos aspectos emocionais no bem-estar geral. O domínio *saúde mental* abrange itens relacionados à depressão, sensação de calma, ansiedade, desânimo, alterações do comportamento e bem-estar psicológico. *Vitalidade* inclui itens sobre o nível de energia, força, fadiga, entre outros, analisando o quanto essas variáveis encontram-se presentes no indivíduo. O domínio *aspectos sociais* avalia questões referentes à interação e engajamento em atividades sociais, quanto aos grupos familiares, de amigos, vizinhos e de trabalho.

**Reprodutibilidade intra-observador e interobservador de cada componente da versão do SF-36 para a língua portuguesa avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson (Ciconelli, 1999).**

Componentes	Coeficiente de correlação	
	Intra-observador	Interobservador
Capacidade funcional	0,8044**	0,8101**
Aspectos físicos	0,6392**	0,6271**
Dor	0,5426**	0,5542**
Estado geral da saúde	0,8468**	0,6168**
Vitalidade	0,6523**	0,7828**
Aspectos sociais	0,7595**	0,7158**
Aspectos emocionais	0,4426*	0,6884**
Saúde mental	0,6927**	0,8041**

\* p < 0,01

\*\* p < 0,001

**Entrevista semi-dirigida (ANEXO V)**

A entrevista semi-dirigida é um importante instrumento de pesquisa, que possibilita o levantamento de informações relevantes acerca do comportamento dos indivíduos, de forma sistematizada e eficaz, favorecendo o processo de investigação de temas específicos (Cozby, 2003).

A utilização de um roteiro estruturado de questões abertas e um direcionamento por parte do entrevistador são algumas das suas principais características. Estes aspectos

facilitam o tratamento e avaliação dos dados, garantindo que todos os participantes respondam as mesmas questões de maneira uniforme. A entrevista semi-dirigida também permite grande flexibilidade na análise das informações coletadas, podendo ser utilizada tanto na abordagem qualitativa como na abordagem quantitativa.

No contexto de pesquisa, principalmente em ambiente hospitalar- institucional, a entrevista semi-dirigida apresenta-se como instrumento de fácil aplicação, permitindo aos participantes maior espontaneidade de resposta e expressão de opinião, valores e sentimentos, quando comparado com instrumentos padronizados (por exemplo, as escalas e questionários).

Somadas, essas características expõem o alto valor científico desse instrumento como importante método de investigação de variáveis do comportamento humano.

Neste estudo, a entrevista semi-dirigida foi constituída por três perguntas abertas, cujo objetivo foi a investigação de duas variáveis relacionadas a realidade conjugal desses indivíduos: a percepção do impacto da dor no relacionamento de casal e o do apoio fornecido por seu cônjuge. É importante salientar que o termo impacto foi utilizado para descrever as possíveis conseqüências provenientes da experiência dolorosa no relacionamento conjugal. O termo apoio foi utilizado para avaliar qual a percepção do apoio fornecido por seu cônjuge para as necessidades da limitação física e da dor. As perguntas estão descritas abaixo:

1. Quais são/foram as conseqüências da dor/doença no relacionamento com seu cônjuge?

Essa questão buscou identificar qual a percepção do paciente sobre a influencia (positiva ou negativa) da dor no seu relacionamento de casal, se ocorreram mudanças após o advento da doença, e quais áreas do funcionamento conjugal foram afetadas.

2. O seu companheiro(a) acredita na sua dor?

Por meio desta pergunta avaliou-se qual a percepção do paciente sobre a crença positiva ou negativa de seu cônjuge em seus sintomas de dor, e as possíveis justificativas para cada alternativa.

3. O seu cônjuge fornece ajuda ou apoio para as necessidades impostas pela dor?

Essa pergunta questionava sobre a percepção do apoio ou da falta de apoio conjugal e quais os significados atribuídos a cada uma delas.

**Software SPSS – Versão 12.0** (*Statistical Package for the Social Science- SPSS; National Opinion Research Center Inc:Chicago, 1969-2007*).

Programa de análise estatística para área das Ciências Sociais, possibilita a realização de ampla variedade de testes estatísticos (covariância, correlações, entre outros).

**Software SPAD-T - Version 1.5** (*Système Portable pour l'Analyse des Données – Textuelles, Copyright (C) CISIA-LogicielD:France APP-8808006*).

Programa estatístico que possibilita uma análise quantitativa de dados textuais, com a contagem da frequência de ocorrência de palavras e frases. Tem a finalidade de facilitar o desenvolvimento da categorização do conteúdo de cada questão.

## **4.5 Procedimentos**

### **4.5.1 Seleção da amostra**

A seleção da amostra foi realizada de duas formas distintas:

- pelo pesquisador que, nos horários de funcionamento do Ambulatório do CMD-ICHC-FMUSP, acompanhava as consultas médicas realizadas por uma equipe de neurologistas e ortopedistas, especializada em atendimentos de dor lombar crônica, fazendo o convite para participação na pesquisa.

- pelos próprios médicos da equipe que, na ausência do pesquisador, verificavam se o paciente preenchia os critérios de inclusão e/ou exclusão, e faziam o encaminhamento. Neste caso, o médico apenas informava o paciente sobre a existência da pesquisa, anotando nome e telefone. Posteriormente o pesquisador entrava em contato com esses pacientes por meio de um telefonema e realizava o convite para a pesquisa.

O primeiro contato teve a finalidade de: esclarecer os objetivos e procedimentos da pesquisa, verificar o preenchimento dos critérios de inclusão/exclusão, convidar os pacientes para a pesquisa, e agendar um horário e data para a realização da coleta de dados.

#### **4.5.2 Análise dos prontuários médicos:**

O prontuário dos pacientes, quando disponível no momento da consulta médica, foi consultado, buscando as seguintes informações: hipótese diagnóstica, realização de cirurgia e morbidades associadas. Aqueles que não estavam disponíveis foram consultados posteriormente por meio de solicitação na Divisão de Arquivo Médico do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de São Paulo.

#### **4.5.3 Coleta dos dados:**

A entrevista de coleta dos dados com cada paciente foi realizada em um único encontro, com duração aproximada de uma hora, nas dependências do ambulatório do CMD-ICHC-FMUSP, com horário marcado.

Os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2. Questionário de dados Sócio-Demográficos; 3. Escala Visual Analógica - VAS; 4. Questionário de Qualidade de Vida - SF-36; e 5. Entrevista semi-dirigida. Todos os instrumentos foram respondidos pelos sujeitos com a assistência do pesquisador, que lia em voz alta cada questão (aplicação assistida). A utilização desta forma de aplicação dos instrumentos visou diminuir dúvidas e incompreensões relativas ao significado de cada uma das questões.

#### **4.5.4 Cuidados éticos:**

##### **Parecer sobre o projeto**

O projeto de pesquisa "*Investigando a participação do cônjuge nos cuidados ao paciente com dor lombar crônica*", cujo título original era "*A dor crônica no contexto conjugal: Explorando variáveis do relacionamento conjugal de pacientes com dor lombar crônica*" foi aprovado pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da FMUSP, segundo o Protocolo nº 0886/07 (ANEXO VI).

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Os objetivos, procedimentos e todos os dados relevantes sobre a pesquisa foram devidamente informados para os pacientes que consentiram em participar do estudo e assinaram o documento. O pesquisador também forneceu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes, com as respectivas assinaturas.

### **Termo de Compromisso do Pesquisador**

Foi assinado pelo pesquisador, que se comprometeu à: atentar aos deveres institucionais básicos da honestidade, sinceridade, competência e descrição; pesquisar adequada e independentemente, além de buscar aprimorar e promover o respeito à sua profissão; não fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; não violar as normas do consentimento informado; não converter recursos públicos em benefícios pessoais; não prejudicar seriamente o meio ambiente ou conter erros previsíveis ou evitáveis; comunicar ao possível sujeito todas as informações necessárias para um adequado consentimento informado; propiciar ao possível sujeito plena oportunidade e encorajamento para fazer perguntas; solicitar o consentimento apenas quando o possível sujeito tenha conhecimento adequado dos fatos relevantes e das conseqüências de sua participação e tenha tido oportunidade suficiente para considerar se quer participar; obter de cada possível sujeito um documento assinado como evidência do consentimento informado.

#### **4.5.5 Devolutiva dos resultados**

Todos os sujeitos de pesquisa foram informados que, ao término do estudo, ocorrerá um encontro, em grupo, para a comunicação dos resultados obtidos. O profissional da instituição responsável pelo pesquisador, também será informado sobre os resultados e conclusões.

#### **4.6 Tratamento dos dados**

Os dados desse estudo foram analisados descritivamente e mensurados de acordo com a natureza das suas variáveis, utilizando-se medidas quantitativas (Questionário de

Dados Sócio-Demográficos, Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 e a Escala VAS), e medidas qualitativas (Entrevista semi-dirigida).

As informações do Questionário de Dados Sócio-Demográficos foram mensuradas de acordo com as medidas adequadas para cada questão.

Os resultados do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 foram analisados de acordo com a proposta de interpretação dos autores (ANEXO VII), sendo utilizado o programa SPSS para o processamento dos dados.

A interpretação dos resultados da escala VAS foi analisada de acordo com a proposta do estudo de Collins, Moore e McQuay (1997), que compararam os valores da escala de categorias de 4 pontos (nenhuma dor; dor leve; dor moderada e dor grave) com os valores da escala VAS, em uma amostra de 1080 pacientes norte-americanos. Os resultados desta pesquisa indicaram que 85% dos sujeitos que relataram dor moderada na escala de categorias de 4 pontos estabeleceram valores acima de 3,0 cm na escala VAS, e 85% dos sujeitos que relataram dor intensa estabeleceram valores acima de 5,4 cm na VAS. Dessa forma, foi utilizado o seguinte critério de classificação: ausência de dor = 0 cm; dor leve = 0,1 cm até 2,9 cm; dor moderada = 3,0 cm até 5,3 cm; e dor grave = acima de 5,4 cm.

As questões abertas da entrevista semi-dirigida foram gravadas e transcritas com a finalidade de fornecer maior confiabilidade às respostas de cada questão, sendo analisadas por meio do método de análise do conteúdo, que buscou a categorização do conteúdo das questões. Foi utilizado como recurso metodológico de suporte o programa SPAD-T, que faz a análise estatística das palavras e frases do texto, facilitando a criação das categorias. Atribuiu-se codificação específica a cada uma das categorias, para que fosse possível o lançamento das informações no software SPSS e, dessa forma, realizar os cruzamentos e comparações com as outras variáveis.

O cruzamento dos resultados de todos os instrumentos foi analisado por meio do software SPSS, sendo correlacionadas as variáveis de interesse do estudo, utilizando as seguintes provas estatísticas:

- “Teste t”, para comparação de médias em amostras independentes para comparar variáveis quantitativas entre dois grupos independentes;

- “Análise de Variância”, para comparar médias de variáveis quantitativas entre mais do que dois grupos independentes;
- “Teste de Scheffé”, utilizado para identificar quais médias são diferentes após a conclusão da Análise de Variância;
- “Coeficiente de Correlação de Pearson”, para testar a relação entre duas variáveis quantitativas;
- “Teste de  $\chi^2$ ” (Chi-Quadrado), para testar a relação entre variáveis categóricas;
- “Teste de Mann Whitney”, para comparar uma variável ordinal entre dois grupos independentes.

A análise estatística teve a supervisão e orientação de um estatístico da PUC/SP.



## 5. RESULTADOS

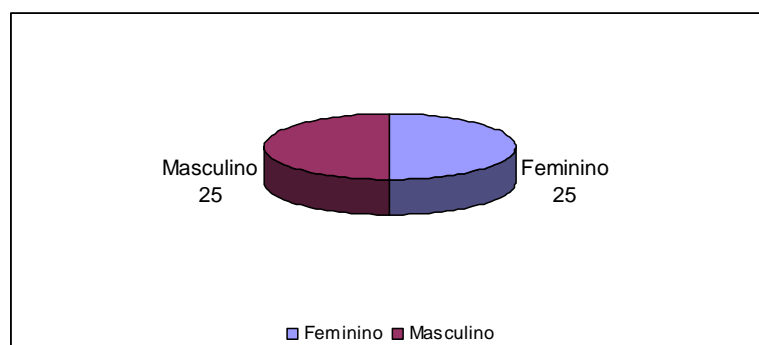
### 5.1 Dados sócio-demográficos

**Tabela 1 - Distribuição da faixa etária nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
30 – 40 anos	6	24%	9	36%	15	30%
41 – 50 anos	9	36%	5	20%	14	28%
51 – 60 anos	9	36%	8	32%	17	34%
61 – 65 anos	1	4%	3	12%	4	8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A média de idade de todos os participantes do estudo (homens e mulheres) foi 47,9 anos. O grupo masculino apresentou uma média de idade de 47,6 anos, com idade mínima de 31 anos e idade máxima de 65 anos. O grupo feminino apresentou uma média de idade de 48,2 anos, com idade mínima de 36 anos e idade máxima de 65.

**Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao gênero**



A amostra foi composta por 25 participantes do gênero masculino e 25 participantes do gênero feminino.

**Tabela 2 – Distribuição da situação profissional nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Situação Profissional	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Trabalhando ou aposentado por tempo de serviço	5	20,0%	2	8,0%	7	14,0%
Do lar	-	-	15	60,0%	15	30,0%
Recebendo compensação financeira	20	80,0%	8	32,0%	28	56,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A distribuição da amostra quanto à situação profissional indicou que 14% dos participantes encontraram-se na categoria “Trabalhando ou aposentado por tempo de serviço”, 30% na categoria “Do lar”, e 56% recebiam algum tipo de compensação financeira (aposentadoria por invalidez, auxílio doença, ou afastamento do trabalho).

No grupo masculino, 20% enquadraram-se na categoria “Trabalhando ou aposentado por tempo de serviço” e 80% recebiam algum tipo de compensação financeira. Não foi registrado nenhum participante masculino na categoria “Do lar”.

No grupo feminino, 8% das mulheres estavam trabalhando ou aposentadas por tempo de serviço, 60% encontraram-se na categoria “Do lar”, e 32% na categoria “Recebendo compensação financeira”.

**Tabela 3 – Distribuição da Renda Mensal nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Renda Mensal	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Até R\$1000	8	32%	7	28%	15	30%
Entre R\$1000 e R\$ 2000	11	44%	9	36%	20	40%
Entre R\$2000 e R\$ 3000	5	20%	6	24%	11	22%
Acima de R\$ 3000	1	4%	3	12%	4	8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A distribuição de toda a amostra em relação à renda mensal indicou que 30% dos participantes referem renda mensal até R\$1000, 40% recebem entre R\$1000 e R\$ 2000, 22% recebem entre R\$2000 e R\$ 3000, e 8% possuem renda mensal acima de R\$ 3000.

Em relação à distribuição da renda mensal no grupo masculino e feminino, 32% dos homens e 28% das mulheres recebem até R\$1000, 44% dos homens e 36% das mulheres recebem entre R\$1000 e R\$ 2000, 20% dos homens e 24% das mulheres

recebem entre R\$2000 e R\$ 3000, e 4% dos homens e 12% das mulheres possuem renda mensal acima de R\$ 3000.

**Tabela 4 – Distribuição da Escolaridade em anos de estudo nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Anos de estudo	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Até 4 anos	7	28%	7	28%	14	28%
Entre 5 e 8	14	56%	9	36%	23	46%
Entre 9 e 11 anos	4	16%	9	36%	13	26%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A distribuição da escolaridade na amostra completa indicou que 28% dos indivíduos preencheram até 4 anos de estudo, 46% estudaram entre 5 e 8 anos, e 26% entre 9 e 11 anos.

A frequência entre o grupo masculino e feminino indicou que 28% dos homens e 28% das mulheres estudaram até 4 anos, 56% dos homens e 36% das mulheres estudaram entre 5 e 8 anos, e 16% dos homens e 36% das mulheres relataram entre 9 e 11 anos de estudo.

## 5.2 Dados clínicos

**Tabela 5 – Distribuição do Diagnóstico nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Diagnóstico	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Lombalgia	15	60,0%	16	64,0%	31	62,0%
Lombociatalgia	10	40,0%	9	36,0%	19	38,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A análise de toda a amostra indicou que 62% dos participantes preencheram o diagnóstico de lombalgia e o restante (38%) de lombociatalgia. Os resultados do grupo masculino e feminino respectivamente indicaram que 60% dos homens e 64% das mulheres têm o diagnóstico de lombalgia, e 40% dos homens e 36% das mulheres tem o diagnóstico de lombociatalgia.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto à realização de cirurgia nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Cirurgia	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Realizou	7	28	14	56	21	42
Não realizou	18	72	11	44	29	58
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

No que se refere à realização de cirurgia, os dados da amostra completa indicaram que 42% dos sujeitos realizaram algum procedimento cirúrgico e 58% não realizaram cirurgia.

Em relação ao grupo masculino e feminino, 28% dos homens e 56% das mulheres foram submetidos à cirurgia, e 72% dos homens e 44% das mulheres não realizaram nenhum tipo de cirurgia.

**Tabela 7 – Distribuição quanto à Duração da Dor em meses nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Duração	Masculino		Feminino		Todos	
	N	%	N	%	N	%
Abaixo de 50 (abaixo de 4 anos)	12	48,0%	6	24,0%	18	36,0%
Entre 51 e 100 (entre 4 e 8 anos)	7	28,0%	8	32,0%	15	30,0%
Entre 101 e 150 (entre 8 e 12 anos)	5	20,0%	6	24,0%	11	22,0%
Acima de 151 (acima de 12 anos)	1	4,0%	5	20,0%	6	12,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A distribuição da duração da dor (em meses) na amostra completa indicou que 36% dos sujeitos referiram um tempo de dor abaixo de 50 meses, 30% relataram duração entre 51 a 100 meses, 22% entre 101 e 150 meses e apenas 12% responderam acima de 151 meses.

Entre o grupo masculino e feminino, 48% dos homens e 24% das mulheres relataram tempo de dor abaixo de 50 meses, 28% dos homens e 32% das mulheres indicaram entre 51 e 100 meses, 20% dos homens e 24% das mulheres entre 101 e 150 meses, e 4% dos homens e 20% das mulheres responderam acima de 151 meses.

**Tabela 8 – Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) da Duração da Dor nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

<i>Duração da Dor (em meses)</i>		<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Todos</b>
	<b>N</b>	25	25	50
	<b>Média</b>	70,3	110,3	90,3
	<b>Mediana</b>	60,0	96,0	72,0
<b>DP</b>	47,3	84,4	70,7	

A média do tempo de duração da dor em todos os participantes do estudo foi 90,3 meses. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram média de 70,3 meses de dor, sendo que o tempo máximo de dor foi 208 meses e o mínimo 12 meses. As participantes mulheres registraram média de 110,3 meses, com tempo máximo de 360 meses e mínimo de 12 meses.

**Tabela 9 – Distribuição da intensidade da dor avaliada pela escala VAS nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

<b>Intensidade da dor</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>Todos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Leve (1,0 – 2,9 cm)	5	20%	3	12%	8	16%
Moderada (3,0 – 5,3 cm)	13	52%	10	40%	23	46%
Grave (5,4 – 10 cm)	7	28%	12	48%	19	38%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A distribuição quanto à intensidade da dor na amostra completa indicou que 16% dos participantes referiram dor leve, 46% dor moderada e 38% dor grave.

A distribuição no grupo masculino e feminino revelou que 20% dos homens e 12% das mulheres indicaram dor leve, 52% dos homens e 40% das mulheres relataram dor moderada, e 28% dos homens e 48% das mulheres assinalaram dor grave.

**Tabela 10 - Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) da Intensidade da dor nos grupos Masculino, Feminino e na amostra completa.**

<i>Intensidade da Dor (VAS)</i>		<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
	<b>N</b>	25	25	50
	<b>Média</b>	4,4	5,5	4,9
	<b>Mediana</b>	4,1	5,1	4,8
<b>DP</b>	1,8	2,0	1,9	

A média da intensidade da dor na amostra completa indicou 4,9 cm, revelando dor moderada. O valor médio para o grupo masculino foi 4,4 cm, indicando dor moderada, enquanto que a média do grupo feminino foi de 5,5 cm, identificando dor severa.

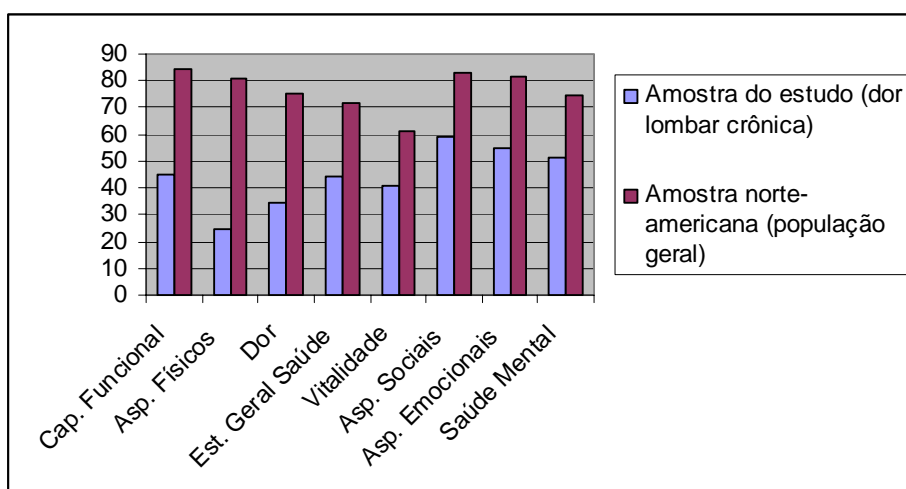
**Tabela 11 – Distribuição das Médias, Medianas e Desvios Padrões (DP) dos oito domínios do SF-36, nos grupos masculino, feminino e na amostra completa.**

Domínios	Masculino				Feminino				Total			
	Média	Mediana	DP	N	Média	Mediana	DP	N	Média	Mediana	DP	N
Capacidade Funcional	46,40	40,00	20,29	25	43,80	40,00	21,28	25	45,10	40,00	20,62	50
Aspectos Físicos	25,00	25,00	28,87	25	24,00	20,00	34,22	25	24,50	25,00	31,34	50
Dor	35,92	41,00	12,72	25	32,96	30,00	16,28	25	34,44	31,00	14,54	50
Estado Geral de Saúde	44,28	45,00	16,22	25	45,00	40,00	18,26	25	44,64	45,00	17,09	50
Vitalidade	47,20	40,00	16,90	25	33,80	35,00	18,50	25	40,50	37,50	18,80	50
Aspectos Sociais	65,50	62,50	24,28	25	52,00	50,00	28,57	25	58,75	62,50	27,11	50
Aspectos Emocionais	60,00	66,67	44,10	25	49,33	33,33	46,27	25	54,67	66,67	45,05	50
Saúde Mental	53,60	56,00	23,12	25	49,60	44,00	24,95	25	51,60	46,00	23,89	50

**Tabela 11-A - Distribuição dos escores médios dos oito domínios do SF 36: Amostra do estudo (dor lombar crônica) e amostra norte-americana (pop. geral).**

Domínios	Médias	
	Amostra do estudo (dor lombar crônica)	Amostra norte-americana (pop. geral)
Capacidade Funcional	45,10	84,20
Aspectos Físicos	24,50	80,90
Dor	34,44	75,20
Estado Geral de Saúde	44,64	71,90
Vitalidade	40,50	60,90
Aspectos Sociais	58,75	83,30
Aspectos Emocionais	54,67	81,30
Saúde Mental	51,60	74,70

**Gráfico 2 – Comparação dos escores médios dos oito domínios do SF 36: Amostra do estudo X amostra norte-americana (pop. geral).**



Verificou-se por meio da tabela 11 que todos os índices de qualidade de vida da amostra completa, apresentaram valores baixos, quando comparados com os índices de qualidade de vida de amostras não clínicas norte-americanas da população geral (tabela 11-A e gráfico 2). Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde e vitalidade foram os mais prejudicados.

No grupo masculino os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde e vitalidade obtiveram os menores valores. Os domínios aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental apresentaram os melhores resultados da amostra masculina. Todavia, seus valores (65,50; 60,00 e 53,60 respectivamente) demonstram níveis indicativos de baixa qualidade de vida, e seus respectivos desvios padrões (24, 28, 44, 10 e 23, 12) contribuem sobremaneira para essa avaliação. Nesse sentido, verifica-se que os índices dos oito domínios de qualidade de vida dos participantes homens indicaram níveis baixos de qualidade de vida.

No grupo feminino, também observou-se que os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde e vitalidade obtiveram os piores índices, quando comparados com os domínios aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. No entanto, estes últimos, tal como na amostra masculina, também apresentaram níveis baixos de qualidade de vida, indicando prejuízos em todos os domínios.

### 5.3 Dados do relacionamento de casal

#### 5.3.1 Impacto da Dor no Relacionamento de Casal

**Tabela 12– Frequência dos resultados da Questão 1 nos grupos masculino, feminino e na amostra completa** (Quais são/foram as conseqüências da dor no relacionamento com o seu cônjuge?).

<i>Conseqüências da dor para o casal</i>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>Todos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 – Impacto negativo no relacionamento sexual e afetivo-emocional	3	12,0%	15	60,0%	18	36,0%
2 – Impacto negativo no relacionamento sexual, sem prejuízos para a relação afetivo-emocional	10	40,0%	7	28,0%	17	34,0%
3 – Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal	10	40,0%	2	8,0%	12	24,0%
4 – Melhora do relacionamento afetivo-emocional, sem prejuízos para o relacionamento sexual	2	8,0%	1	4,0%	3	6,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

A análise da Questão 1 da entrevista semi-dirigida foi sub-dividida em quatro categorias. No grupo completo, 36% dos indivíduos situaram-se na categoria 1 (Impacto negativo no relacionamento sexual e afetivo-emocional), 34% encontraram-se na categoria 2 (Impacto negativo no relacionamento sexual, sem prejuízos para a relação afetivo-emocional), 24% na categoria 3 (Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal), e 6,0% preencheram a categoria 4 (Melhora do relacionamento afetivo-emocional, sem prejuízos para o relacionamento sexual).

No grupo masculino, 12% dos homens foram incluídos na categoria 1, 40% preencheram a categoria 2, 40% a categoria 3, e apenas 8,0% a categoria 4.

No grupo feminino, a grande maioria das mulheres situou-se na categoria 1 (60%), 28% na categoria 2, 8,0% na categoria 3, e somente 4,0% encontraram-se na categoria 4.

### 5.3.2 Percepção do Apoio Conjugal

**Tabela 13 – Frequência dos resultados da Questão 2 nos grupos masculino, feminino e na amostra completa (O seu companheiro(a) acredita na sua dor?)**

<i>Crença na dor</i>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>		<b>Todos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 - Acredita	25	100,0%	17	68,0%	42	84,0%
2 - Não acredita	-	-	8	32,0%	8	16,0%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>	<b>50</b>	<b>100,0%</b>

Esta análise abrangeu duas categorias: Acredita e Não acredita, indagando sobre a crença do cônjuge em sua dor. A avaliação de toda a amostra indicou que a grande maioria dos participantes (84%) responderam que seus cônjuges acreditam na sua dor, e apenas 16% dos cônjuges não acreditam na dor dos sujeitos entrevistados.

No grupo masculino todos os indivíduos preencheram a categoria “Acredita”.

No grupo feminino, 68% das mulheres responderam que seus cônjuges acreditam em sua dor, e 32% disseram que não acreditam.



**Tabela 14 – Frequência dos resultados da Questão 3 nos grupos masculino, feminino e na amostra completa (O seu cônjuge fornece ajuda ou apoio para as necessidades impostas pela dor?)**

<i>Percepção de comportamentos de apoio</i>		<b>Homens</b>		<b>Mulheres</b>		<b>Total</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Apoio</i>	1 - Controle da dor	3	12%	6	24%	9	18%
	2 – Tratamento	7	28%	4	16%	11	22%
	3 - Tarefas domésticas	1	4%	4	16%	5	10%
	4 - Controle da dor e Tratamento	5	20%	0	0%	5	10%
	5 - Controle da dor e Tarefas domésticas	0	0%	1	4%	1	2%
	6 - Tratamento e Tarefas domésticas	1	4%	3	12%	4	8%
	7 - Tratamento e Tarefas domésticas e Controle da dor	8	32%	0	0%	8	16%
<i>Sem Apoio</i>	8 – Sem apoio	0	0%	7	28%	7	14%
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

O primeiro nível de análise dessa questão levou em consideração a presença ou ausência de comportamentos de apoio, exemplificadas pelos parâmetros *Apoio* e *Sem Apoio*, dessa forma, possibilitando a verificação de percepções positivas ou negativas em relação à ajuda fornecida pelo cônjuge.

O segundo nível de análise enfocou as três formas mais usuais de apoio relatadas pelos pacientes, ilustradas pelas categorias 1 (Em relação ao “Controle da dor”), 2 (Em relação ao “Tratamento”), e 3 (Em relação às “Tarefas domésticas”), a fim de obter uma análise quantitativa da frequência de cada uma delas no grupo masculino, feminino e na amostra completa. Em decorrência do grande número de participantes que referiram dois ou mais tipos de comportamentos de apoio na mesma resposta, foi necessário ampliar o número de categorias para esta questão, contemplando todas as suas variações, possibilitando esse tipo de análise. Dessa forma, foram acrescentadas as seguintes categorias: 4 - Controle da dor e Tratamento; 5 - Controle da dor e Tarefas domésticas; 6 - Tratamento e Tarefas domésticas; 7 – Tratamento, Tarefas domésticas e Controle da dor.

O primeiro nível de análise da tabela 20 demonstrou que 86% da amostra completa (categorias de 1 a 7) responderam que seus cônjuges fornecem algum tipo de ajuda, e 14% referiram não receber nenhum tipo de apoio (categoria 8). O segundo nível de análise demonstrou que os cuidados em relação ao “Tratamento” (56%) foi a resposta mais relatada pelos sujeitos, seguido de “Controle da dor” (46%) e “Tarefas domésticas” (36%).

Quanto aos indivíduos do sexo masculino, verificou-se que não foi computada nenhuma resposta 8 (Sem apoio), indicando que todos os homens desta amostra relataram receber algum tipo de ajuda de suas esposas. O segundo nível de análise indicou que os cuidados com o “Tratamento” (84%), foi a forma de apoio mais relatada, seguida por “Controle da dor” (64%) e “Tarefas domésticas” (40%).

No grupo feminino, 18 pacientes (72%) referiram receber algum tipo de apoio, e 7 pacientes (28%) responderam ausência de comportamentos de ajuda. Quanto ao segundo nível de análise 32% das participantes responderam “Tarefas domésticas”, 28% “Controle da dor” e 28% “Tratamento”.

## 5.4 Cruzamento entre variáveis

O cruzamento entre variáveis enfocou:

1. comparação entre gêneros nas variáveis sócio-demográficas e clínicas, buscando identificar as diferenças e similaridades entre os gêneros masculino e feminino;
2. comparação entre as variáveis clínicas, a fim de caracterizar os aspectos clínicos da amostra;
3. comparação entre as variáveis experimentais (variáveis do relacionamento do casal e variáveis clínicas).

### 5.4.1 Variáveis sócio-demográficas e clínicas: comparação entre gêneros

**Tabela 15 – Comparação entre gêneros: Idade, utilizando a prova “Teste t”.**

	F	Sig. (1-tailed)
<b>Idade</b>	2,134	,410

Observou-se que não ocorreram diferenças significativas entre os resultados de tempo de casamento, número de filhos e idade entre os grupos masculino e feminino.

**Tabela 16 - Comparação entre gêneros: Escolaridade e Renda mensal, utilizando a prova de “Mann-Whitney”.**

	Sig.
<b>Escolaridade</b>	,239
<b>Renda mensal</b>	,209

Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres nas variáveis escolaridade e renda mensal.

**Tabela 17 - Comparação entre gêneros: situação ocupacional, utilizando a prova “Chi quadrado”**

	Value	Sig.
<b>Situação ocupacional</b>	18,017	,000*

\*p<0,001

A comparação entre gêneros e situação ocupacional indicaram maior concentração de mulheres na categoria “Do lar”, e maior concentração de homens na categoria “Recebendo compensação financeira”.

**Tabela 18 - Comparação entre gêneros: Diagnóstico e Cirurgia utilizando a prova “Chi quadrado”**

	Value	Sig.
<b>Diagnostico</b>	,085	,385
<b>Cirurgia</b>	4,023	,54

A comparação entre gêneros x diagnóstico e cirurgia, não indicou diferenças significativas.

**Tabela 19 – Comparação entre gêneros: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a prova “Test t”.**

	F	Sig. (1 tailed)
<b>Capacidade Funcional</b>	,027	,330
<b>Aspectos Físicos</b>	,655	,456
<b>Dor</b>	2,892	,238
<b>Estado Geral de Saúde</b>	,014	,441
<b>Vitalidade</b>	,003	,005**
<b>Aspectos Sociais</b>	1,720	,039*
<b>Aspectos Emocionais</b>	,588	,204
<b>Saúde Mental</b>	,668	,279
<b>Intensidade da dor</b>	,512	,026*
<b>Duração da doença</b>	3,812	,022*

\*\*Correlação com nível de significância 0,01

\*Correlação com nível de significância 0,05

Os resultados da comparação entre gêneros nos domínios vitalidade e aspectos sociais indicaram que as mulheres obtiveram índices significativos mais baixos. A comparação entre gênero quanto a Intensidade da dor indicaram que as mulheres obtiveram valores significativos maiores que os homens. A comparação entre gênero

quanto à duração da doença indicaram que as mulheres apresentaram tempo de dor (em meses) significativo maior que os homens.

#### 5.4.2 Variáveis clínicas x variáveis clínicas

**Tabela 20 – Comparação entre Cirurgia no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida e Intensidade da dor, utilizando a prova “Teste t”**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	,128	,434
<b>Aspectos Físicos</b>	,983	,386
<b>Dor</b>	0,62	,151
<b>Estado Geral de Saúde</b>	,189	,381
<b>Vitalidade</b>	,220	,339
<b>Aspectos Sociais</b>	2,845	,463
<b>Aspectos Emocionais</b>	,344	,121
<b>Saúde Mental</b>	,004	,271
<b>Intensidade da dor</b>	,050	,433

Os resultados da comparação entre aqueles que realizaram cirurgia e aqueles que não realizaram cirurgia, nos domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, não indicaram diferenças significativas.

**Tabela 21 – Comparação entre Diagnóstico: Domínios da Qualidade de Vida e Intensidade da dor, utilizando a prova “Teste t”.**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	1,654	,202
<b>Aspectos Físicos</b>	1,243	,298
<b>Dor</b>	1,169	,320
<b>Estado Geral de Saúde</b>	1,248	,296
<b>Vitalidade</b>	,074	,929
<b>Aspectos Sociais</b>	,968	,387
<b>Aspectos Emocionais</b>	,138	,871
<b>Saúde Mental</b>	,970	,387
<b>Intensidade da dor</b>	,488	,692

Os resultados da comparação entre os indivíduos com lombalgia e lombociatalgia, nos domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, não indicaram diferenças significativas.

**Tabela 22 – Relação entre Intensidade da dor: Domínios da Qualidade de Vida e Duração da Doença, utilizando a prova “Coeficiente de Correlação de Pearson”.**

Domínios	Homens		Mulheres		Todos	
	Correlação	Sig.	Correlação	Sig.	Correlação	Sig.
<b>Capacidade Funcional</b>	-,401	,044*	-,327	,111	-,366	,009**
<b>Aspectos Físicos</b>	-,401	,047*	-,182	,384	-,270	,058
<b>Dor</b>	-,501	,011**	-,451	,024*	-,478	,000**
<b>Estado Geral de Saúde</b>	-,290	,159	-,271	,190	-,263	,065
<b>Vitalidade</b>	-,097	,644	-,209	,316	-,242	,090
<b>Aspectos Sociais</b>	,050	,813	-,149	,477	-,128	,374
<b>Aspectos Emocionais</b>	-,100	,635	,019	,927	-,067	,646
<b>Saúde Mental</b>	-,248	,231	-,050	,813	-,157	,277
<b>Duração da doença</b>	,150	,460	-,040	,851	,101	,484

\*\*Correlação com nível de significância 0,01

\*Correlação com nível de significância 0,05

Verificou-se na amostra completa correlação linear negativa ( $p < 0,01$ ) entre intensidade da dor e os domínios capacidade funcional e dor, indicando que quanto maior a intensidade de dor nos indivíduos da amostra, menor são os escores obtidos nesses domínios. No grupo masculino observou-se correlação linear negativa ( $p < 0,05$ ) entre intensidade de dor e os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor, indicando que quanto maior a intensidade da dor em homens, menor o escore obtido nesses domínios.

No grupo feminino verificou-se correlação linear negativa ( $p < 0,01$ ) entre intensidade da dor e o domínio dor, indicando que quanto maior a intensidade de dor, menor é o escore obtido nesse domínio.

#### 5.4.3 Variáveis Experimentais

**Tabela 23 - Comparação entre Questão 1 grupo completo: Domínios do SF 36, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a “Análise de Variância”.**

	F	Sig.
<b>Capacidade Funcional</b>	1,480	,232
<b>Aspectos Físicos</b>	1,271	,295
<b>Dor</b>	2,764	,053
<b>Estado Geral de Saúde</b>	,497	,686
<b>Vitalidade</b>	11,384	,000**
<b>Aspectos Sociais</b>	2,288	,091
<b>Aspectos Emocionais</b>	1,948	,135
<b>Saúde Mental</b>	3,417	,025*
<b>Intensidade da dor</b>	1,074	,369
<b>Duração da doença</b>	1,423	,198

\*\*Correlação com nível de significância 0,01

\*Correlação com nível de significância 0,05

A prova de “Análise de Variância” entre as quatro categorias da Questão 1 indicou diferenças significativas no domínio vitalidade e saúde mental. A aplicação do Teste de Scheffé pode identificar que os participantes da categoria 3 (Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal), obtiveram escores significativos mais altos em nestes domínios quando comparados com os sujeitos da categoria 1 (impacto negativo na relação sexual e afetivo-emocional).

**Tabela 24 - Comparação entre Questão 1 no grupo Masculino: Domínios do SF 36, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a “Análise de Variância”.**

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	2,352	,101
<b>Aspectos Físicos</b>	1,215	,329
<b>Dor</b>	1,213	,329
<b>Estado Geral de Saúde</b>	,404	,752
<b>Vitalidade</b>	3,992	,021*
<b>Aspectos Sociais</b>	1,691	,219
<b>Aspectos Emocionais</b>	1,055	,389
<b>Saúde Mental</b>	1,165	,347
<b>Intensidade da dor</b>	,134	,938
<b>Duração da doença</b>	1,227	,322

\*Correlação com nível de significância 0,05

A prova de “Análise de Variância” entre as quatro categorias da Questão 1 indicou diferenças significativas no domínio vitalidade. A aplicação do Teste de Scheffé pode identificar que no grupo masculino, os homens da categoria 3 (Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal), obtiveram escores significativos mais altos em vitalidade quando comparados com os homens da categoria 1 (impacto negativo na relação sexual e afetivo-emocional).

**Tabela 25 - Comparação entre Questão 1 no grupo feminino: Domínios do SF 36, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a “Análise de Variância”.**

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	1,247	,318
<b>Aspectos Físicos</b>	,646	,594
<b>Dor</b>	1,416	,266
<b>Estado Geral de Saúde</b>	,835	,490
<b>Vitalidade</b>	3,423	,036*
<b>Aspectos Sociais</b>	,316	,814
<b>Aspectos Emocionais</b>	1,265	,312
<b>Saúde Mental</b>	3,063	,050*
<b>Intensidade da dor</b>	,718	,553
<b>Duração da doença</b>	1,870	,212

\*Correlação com nível de significância 0,05

A prova de “Análise de Variância” entre as quatro categorias da Questão 1 indicou diferenças significativas no domínio vitalidade. A aplicação do Teste de Scheffé pode identificar que, no grupo feminino, as mulheres que preencheram a categoria 3 (Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal), obtiveram escores significativos mais altos em vitalidade e saúde mental, quando comparadas com as mulheres da categoria 1 (impacto negativo na relação sexual e afetivo-emocional).

**Tabela 26 - Comparação entre Questão 2 no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a prova “Teste t”.**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	2,689	,317
<b>Aspectos Físicos</b>	,008	,394
<b>Dor</b>	1,046	,278
<b>Estado Geral de Saúde</b>	2,470	,100
<b>Vitalidade</b>	4,743	,079
<b>Aspectos Sociais</b>	1,896	,324
<b>Aspectos Emocionais</b>	,635	,275
<b>Saúde Mental</b>	5,724	,034*
<b>Intensidade da dor</b>	,919	,342
<b>Duração da doença</b>	,165	,187

\*Correlação com nível de significância 0,05

A comparação entre médias do grupo completo verificou que os indivíduos da categoria “Não acredita” apresentaram piores resultados no domínio saúde mental, quando comparadas as médias dos participantes da categoria “Acredita”.

**Tabela 27 - Comparação entre Questão 2 no grupo feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a prova “Teste t”.**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	3,510	,387
<b>Aspectos Físicos</b>	,215	,418
<b>Dor</b>	3,765	,392
<b>Estado Geral de Saúde</b>	4,164	,810
<b>Vitalidade</b>	4,590	,364
<b>Aspectos Sociais</b>	6,279	,377
<b>Aspectos Emocionais</b>	,396	,400
<b>Saúde Mental</b>	9,568	,048*
<b>Intensidade da dor</b>	,029	,451
<b>Duração da doença</b>	,137	,163

\*Correlação com nível de significância 0,05

Os resultados da tabela 27 indicaram que as mulheres que preencheram a categoria “Não acredita” apresentaram piores índices no domínio saúde mental, quando comparadas com aquelas que responderam “Acredita”.

**Tabela 28 – Comparação entre médias da Questão 3 no grupo completo: Domínios da Qualidade de vida, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a prova “Teste t”.**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	1,548	,343
<b>Aspectos Físicos</b>	,073	,391
<b>Dor</b>	,295	,319
<b>Estado Geral de Saúde</b>	1,934	,086
<b>Vitalidade</b>	4,389	,005**
<b>Aspectos Sociais</b>	1,007	,363
<b>Aspectos Emocionais</b>	,129	,150
<b>Saúde Mental</b>	6,807	,001**
<b>Intensidade da dor</b>	,026	,256
<b>Duração da doença</b>	,177	,146

\*\*Correlação com nível de significância 0,01

Os resultados demonstraram que os indivíduos que preencheram a categoria “Não apoio” obtiveram escores significativos mais baixos no domínio vitalidade e saúde mental, quando comparados com os participantes que receberam apoio.

**Tabela 29 – Comparação entre Questão 3 no grupo feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da dor e Duração da doença, utilizando a prova “Teste t”**

	<b>F</b>	<b>Sig. (1 tailed)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	1,959	,407
<b>Aspectos Físicos</b>	,002	,410
<b>Dor</b>	1,611	,419
<b>Estado Geral de Saúde</b>	3,007	,730
<b>Vitalidade</b>	4,492	,266
<b>Aspectos Sociais</b>	2,931	,361
<b>Aspectos Emocionais</b>	,024	,225
<b>Saúde Mental</b>	10,160	,022*
<b>Intensidade da dor</b>	,000	,454
<b>Duração da doença</b>	,607	,150

\*Correlação com nível de significância 0,05

Os resultados demonstraram que as mulheres que preencheram a categoria “Não apoio” obtiveram escores significativos mais baixos no domínio saúde mental, quando comparadas com os participantes que referiram receber apoio.



## **5.5 Análise dos Resultados**

### **5.5.1 Quantitativos**

#### **Dados sócio-demográficos**

A análise dos dados sócio-demográficos permitiu uma visão panorâmica da realidade social desses indivíduos, e das diferenças e similaridades entre os gêneros. A apresentação dos dados quanto à faixa etária da amostra indicou média geral de 47,9 anos (Tabela 1), sem diferenças significativas entre o grupo masculino e feminino (Tabela 15).

Quanto a situação ocupacional da amostra (Tabela 2), a maioria dos homens descreveram o recebimento de algum tipo de compensação financeira (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou afastamento temporário) devido a impossibilidade de trabalho e a maior parte das mulheres referiram ser “do lar”. (Tabela 17).

A variável renda familiar mensal (Tabela 3) informou que grande parte dos pacientes recebem até R\$ 1.000,00, e entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00, não existindo diferenças significativas entre homens e mulheres quanto a classe social (Tabela 16).

Em relação à escolaridade (Tabela 4), a maior parte dos indivíduos informou que estudou entre 5 e 8 anos, não havendo diferenças significativas entre o tempo de estudo de homens e mulheres (Tabela 16).

É importante notar que a maioria dos dados sócio-demográficos avaliados neste estudo não apresentou diferenças significativas entre homens e mulheres, possibilitando dessa forma menor interferência dessas variáveis em outros resultados que compararam a variável gênero.

#### **Dados Clínicos**

Os dados clínicos foram avaliados por meio da análise dos prontuários (que buscou identificar a hipótese diagnóstica para lombalgia ou lombociatalgia), por duas questões do questionário sócio demográfico (que perguntavam sobre a duração da doença e realização de cirurgia), e por meio da aplicação de dois questionários (Escala VAS e Questionário de Qualidade de Vida SF - 36).

Os dados referentes ao diagnóstico (Tabela 5) revelaram que as diferenças entre gêneros não foram significantes, indicando a mesma distribuição entre homens e mulheres, diagnosticados com lombalgia e/ou lombociatalgia. Os resultados da

comparação entre os indivíduos com essas síndromes (Tabela 21), nos domínios da qualidade de vida e intensidade da dor, também não foram significativas. Dessa forma, apesar das diferenças conceituais entre elas, constatou-se que, nessa amostra, o diagnóstico de lombalgia ou lombociatalgia, não alterou os resultados da qualidade de vida e intensidade da dor desses indivíduos.

Em relação à cirurgia observou-se que não houve diferenças significativas entre homens e mulheres (Tabela 6 e 18). A comparação entre aqueles que se submeteram a algum tipo de procedimento cirúrgico e aqueles que não realizaram cirurgia (Tabela 20), também não apresentou diferenças significativas nos domínios da qualidade de vida e intensidade da dor. Neste sentido, verificou-se que a realização de cirurgia da coluna lombar, denominada laminectomia, também não alterou os resultados de qualidade de vida e intensidade da dor.

Estes resultados foram importantes, uma vez que, as diferenças conceituais entre as duas hipóteses diagnósticas e a realização de procedimento cirúrgico poderiam alterar os resultados da qualidade de vida e, possivelmente, os da intensidade da dor, o que não foi verificado nesta amostra.

A média do tempo de duração da doença em todos os participantes do estudo foi de 90,3 meses (Tabela 8). A comparação entre o grupo feminino e masculino (Tabela 7 e Tabela 19) indicou que as participantes mulheres apresentaram média do tempo de dor significativamente maior que os homens. Quanto à intensidade da dor, a média da amostra completa (Tabela 10) revelou que os sujeitos avaliados indicaram dor moderada (4,9 cm), todavia, quando comparados os grupos masculino e feminino (Tabela 9 e Tabela 19), observou-se que as mulheres preencheram valores significativos mais altos que os homens, demonstrando dor grave.

No que diz respeito à qualidade de vida, pode-se observar que todos os indivíduos da amostra obtiveram escores baixos nos oito domínios, tanto homens quanto mulheres, indicando que a dor lombar prejudica a qualidade de vida de maneira global, independente do gênero (Tabela 11). Também verificou-se que, as mulheres apresentaram índices mais prejudicados nos domínios Vitalidade e Aspectos Sociais, quando comparadas aos homens, indicando menos relatos de força, energia e contato social (Tabela 19).

Os dados obtidos pela correlação entre intensidade da dor e os domínios da qualidade de vida (Tabela 22) demonstraram que o aumento da gravidade dos sintomas de dor comprometeu os homens, nos domínios físicos da qualidade de vida, de forma mais significativa que as mulheres, pois estes apresentaram um declínio linearmente negativo nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor, enquanto as mulheres foram prejudicadas somente no domínio dor. Um aspecto importante observado na tabela 22 foi a correlação linear negativa entre intensidade da dor (mensurada pela escala VAS) e o escore obtido no domínio Dor da qualidade de vida. Este resultado indicou que quanto maior a intensidade da dor, menor é a qualidade de vida quanto à presença de dor, demonstrando que os dois instrumentos apresentaram validade de constructo e são confiáveis para avaliar essas variáveis.

Em suma, por meio da análise dos dados clínicos, constatou-se que as participantes mulheres deste estudo estiveram mais prejudicadas que os homens, apresentando índices mais baixos de vitalidade e aspectos sociais e índices mais altos de dor e duração da doença.

### **Dados do Relacionamento do Casal**

Por meio da análise das comparações entre as variáveis experimentais constatou-se que, na questão 1 da entrevista semi-dirigida (Tabela 23), todos os indivíduos da amostra que relataram comprometimentos na relação afetivo-emocional e sexual (categoria 1) obtiveram índices significantes menores no domínio vitalidade e saúde mental, quando comparados com aqueles que não referiram mudanças na interação conjugal (categoria 3), após o advento da dor. Quanto ao grupo masculino (Tabela 24), foi encontrada diferença significativa no domínio vitalidade, indicando que os homens da categoria 1 apresentaram-se com menor vitalidade quando comparados com aqueles da categoria 3. Os resultados do grupo feminino (Tabela 25) também indicaram diferenças quando comparadas entre si, nas categorias vitalidade e saúde mental. Estes dados indicaram que a qualidade da interação conjugal esteve diretamente associada ao domínio vitalidade e saúde mental.

Os resultados da questão 2 e 3 (Tabela 26, 27, 28 e 29) foram similares, uma vez que o mesmo número de participantes que responderam que seus cônjuges acreditam em sua dor foi muito próximo daqueles que disseram receber apoio. Dessa forma, aqueles que relataram ter cônjuges apoiadores e crentes em seus sintomas de dor, obtiveram escores significativamente melhores no domínio saúde mental, quando comparados com

aqueles que não acreditam na dor e não fornecem apoio, tanto no grupo completo como no grupo feminino.

### **5.5.2 Qualitativos**

O método de análise de conteúdo das questões abertas da entrevista semi-dirigida, propiciou rico material sobre a realidade subjetiva do relacionamento de casal de cada participante e sobre a variabilidade de contingências implicadas no processo de ser ajudado por uma pessoa tão próxima, tal como o cônjuge. As perguntas realizadas no encontro de avaliação foram diretivas, porém, permitindo flexibilidade em suas respostas, possibilitando dessa forma contemplar a diversidade das informações de cada questão. A análise qualitativa dos resultados das questões abertas foi dividida em três partes, cada qual correspondente a uma questão.

#### **Análise da questão 1 (tabela 12)**

A análise da questão 1 possibilitou a seleção dos dados em quatro categorias, que expressaram a experiência dos participantes quanto às possíveis conseqüências da dor na relação conjugal. O critério utilizado para a formatação dessas categorias foi a ordenação de acordo com o tipo de conseqüência relatada pelos participantes, que variou desde respostas negativas, com prejuízos nas mais diversas áreas da vida de um casal (categorias 1 e 2), passando por respostas neutras (3), em que os pacientes referiram um reajustamento conjugal frente às demandas da dor, e até mesmo respostas positivas (4), onde eram enfatizadas conseqüências gratificantes para o relacionamento, decorrentes da adaptação ao novo estilo de vida que a dor lombar crônica “impõe” aos seus portadores.

A avaliação do grupo como um todo indicou que a dor trouxe algum tipo de prejuízo para o casal, seja na esfera sexual ou afetivo-emocional, em até 70% da amostra, ilustradas pelas categorias 1 e 2, indicando que a maioria desses indivíduos relatou um impacto negativo em sua relação conjugal. Em 24% da amostra (categoria 3), a condição dolorosa não modificou a convivência do casal, e as limitações da dor não comprometeram a qualidade de seu relacionamento. No restante da amostra (categoria 4), 6% dos indivíduos relataram que a doença trouxe um incremento para o relacionamento afetivo-emocional.

A **1ª categoria** (Impacto negativo no relacionamento sexual e afetivo-emocional) abrangeu os participantes que relataram um contexto de distanciamento afetivo do cônjuge, dificuldades de comunicação e problemas na relação sexual. Esses pacientes referiram em seu discurso uma associação direta entre o contexto de aridez conjugal e as limitações decorrentes da dor. As diferenças numéricas entre os grupos feminino e masculino foram significativas, sendo que 15 mulheres encontraram-se nesta categoria, enquanto que apenas 3 homens situavam-se nela. No entanto, as contingências pelas quais mulheres e homens enquadravam-se nestas condições foram similares.

No grupo masculino, foi relatado uma interferência direta da dor em seu humor, referindo que nesses momentos tornavam-se mais agressivos e irritados, o que gerava um isolamento das companheiras e dos filhos, evitando assim possíveis brigas e discussões. Essa situação era considerada aversiva, levando a um distanciamento emocional por parte dos pacientes, com prejuízos para a convivência diária dos casais. A frase dos participantes abaixo que se encontraram nesta categoria ilustram essa situação. Por motivos éticos, as iniciais utilizadas neste estudo não correspondem às verdadeiras iniciais dos participantes.

**P. L.** *“As vezes eu fico nervoso, agressivo e descontento nela, e nesses momentos, as vezes procuro me isolar para não ofender as pessoas. Fico isolado e isso atrapalha”* (homem-sic)

**N. J.** *“Ela queria que eu fosse carinhoso com ela o tempo todo, e eu não sou, depois da dor não sou mais carinhoso. Agora não sinto mais vontade de ficar junto, eu fico mais afastado, antes não era assim. E traz muito nervoso para gente, tem dia que eu sou revoltado por isso”* (homem-sic)

Em relação ao contato sexual, as principais dificuldades referidas pelos homens foram a limitação de movimento e diminuição do desejo sexual, que as frases procuram ilustrar.

**L. P.** *“Sexualmente atrapalha, fico com a cabeça transtornada e não consigo dar o carinho que ela precisa, ai perde, né”* (homem-sic)

**N. J.** *“Mas a dor chega em um ponto que eu paro, começo de novo e paro, dói muito as pernas. E ela não colabora, é só de um jeito e pronto. Então me prejudica muito, dói muito os braços e na coluna.”*(homem-sic)

No grupo feminino, 8 das 15 mulheres responderam de formas similares ao grupo masculino, sendo relatado o mesmo padrão de alteração do humor, como aumento da agressividade e nervosismo causados pela dor, gerando brigas familiares e um afastamento afetivo por parte das pacientes, exemplificadas pelas seguintes frases:

**L. M.** *“Piora um pouco né, porque quando fico com muita dor eu fico mal humorada, percebo que fico meia agressiva, então eu fico meio quieta para não ofender ninguém. Tenho vontade de xingar todo mundo, por qualquer coisa que me irrita.”* (mulher-sic)

**C. A.** *“Eu percebi que eu fico muito agressiva, tanto com meu marido como com meus filhos. Não é por que eu quero, mas eu me sinto agressiva, me comporto muito mal por sentir dor. Eu me mudo, o personagem é outro, com raiva. Eu me tranco dentro do quarto para ver se ficando quieta, alivia um pouco a dor.”* (mulher-sic)

É importante notar que as mulheres situadas nesta categoria enfatizavam as conseqüências negativas individuais, que se refletiam para o relacionamento com seus esposos e filhos, indicando que a utilização da estratégia de afastamento para evitar danos maiores à convivência, acarretava em prejuízos para o relacionamento de todo o grupo familiar, e não somente aos seus companheiros, mostrando-se uma estratégia pouco adaptativa. Vale dizer que, tanto os homens quanto as mulheres que demonstraram a contingência entre dor, alteração do humor (agressividade) e distanciamento afetivo, relataram que a percepção de afastamento relacionava-se a si próprios, na medida que os cônjuges mostravam-se preocupados e solícitos às demandas da doença.

O restante das participantes (7 mulheres) dessa categoria referiram prejuízos para o relacionamento, devido a um contexto de falta de companheirismo dos maridos, que não compreendiam as reais limitações causadas pela dor e não forneciam a devida ajuda para as dificuldades na realização das tarefas domiciliares e para as demandas

afetivas individuais, relatando sentimentos de solidão e tristeza. Seguem alguns exemplos desse contexto abaixo.

**O. G.** *“(Quando nos casamos) eu achava que ele ia me ajudar, tipo massagem, conversar mais. Ele me deixa muito só em casa e eu me sinto retraída. E me sinto isolada, pelo quanto de tempo que a gente tem um ano de casado, era para estar na lua de mel e prá mim eu ainda não passei por essa lua de mel. Eu acho que piorou a relação. Não temos nenhuma afinidade, ele é um homem calado, só entra em casa prá comer, fazer alguma coisa no quintal.”* (mulher-sic)

**F. M.** *“Mas eu fiquei com essa crise dolorida e muito mal. Ele me deixava sempre só, eu ficava doente e quem me socorria era o vizinho ou a ambulância, sabe. E isso me deixou muito chateada”*(mulher-sic)

As respostas quanto ao impacto negativo no relacionamento sexual foram similares aos dos homens, em todas as pacientes dessa categoria, sendo relatado a diminuição do desejo sexual, o medo da dor e as dificuldades dos movimentos, que por sua vez levava à diminuição na frequência e piora da qualidade do contato íntimo, como enfatizado abaixo pelas seguintes frases.

**S. R.** *“É, na hora da relação sexual, atrapalha. Atrapalha na hora de fazer. Por causa da dor você não pode ficar muito tempo de um jeito. Incomoda e perde a vontade. O desejo não fica tão gostoso como era.”* (mulher-sic)

**C. A.** *“Porque nem sempre quando ele me procura eu estou a fim, porque eu estou sentindo dor. Então diminuiu. Tem dia que eu falo que por mim ele poderia ir embora, porque se eu ficar com essa dor não vou ter mais prazer, eu acho. Assim mantêm, mas muito pouco e pessimamente, não por ele, mas por mim.”* (mulher-sic)

A **2ª categoria** (Impacto negativo no relacionamento sexual, sem prejuízos para a relação afetivo-emocional) agrupou os indivíduos que relataram uma relativa independência entre o convívio social e as dificuldades sexuais do casal, indicando um contexto de compreensão dos cônjuges para as dificuldades decorrentes da dor. O denominador comum que caracterizou os indivíduos desta categoria foi a constatação de

prejuízos no domínio do relacionamento sexual. A distribuição das respostas entre os grupos masculino e feminino para esta categoria foi próxima, abrangendo 10 homens e 7 mulheres. As respostas foram similares nos dois grupos, evidenciando um padrão em que o advento da dor ocasionou uma mudança no comportamento sexual, com redução da frequência e qualidade, porém, sem comprometimento para o convívio do casal. Os pacientes relataram que a compreensão para as dificuldades da doença, a participação no tratamento, a ajuda com os medicamentos e o comportamento solícito, eram as principais qualidades do cônjuge, salientando também que as dificuldades do casal eram resolvidas por meio do diálogo. As frases abaixo procuram ilustrar esse contexto entre os homens e as mulheres participantes.

**P. B.** *“É complicado, porque tem uma variedade de consequência da dor. Em casa não mudou praticamente nada, mas tipo sexual mesmo, já deu uma maneirada, depois da dor. Quando a dor está muito forte, não dá. Isso foi negativo, mas na convivência não mudou nada não, tá normal. Quando temos uma companheira que compreende a situação, que é positiva, ela sempre ajuda, então ela reconhece a situação também, eu acredito que isso também é um ponto positivo.”* (homem-sic)

**N. L.** *“Mudou um pouco porque ele se desesperava às vezes, ele queria que eu melhorasse, queria fazer alguma coisa, chamava os filhos, ele é muito bom. Foi mais o sofrimento dele, em relação a minha dor. Também teve um afastamento até de corpos porque a minha dor até prá movimentar na cama é ruim, e por isso nós colocamos uma caminha de solteiro no quarto e a gente dorme separados porque eu fico muito impaciente. Mas isso tudo é coisa que a gente sabe que vai passar, que vai voltar ao normal, é comum do casal, mas nada drástico.”* (mulher-sic)

Os prejuízos quanto ao relacionamento sexual foram similares aos referidos pelos indivíduos da categoria 1, ou seja, medo da dor, limitação dos movimentos e diminuição da frequência, como exemplificados nas frases abaixo dos homens e mulheres participantes.

**V. S.** *“Tem vezes que eu não quero fazer porque eu estou com dor, isso influencia e atrapalha a gente muitas vezes. A gente tem uma relação boa entre nos dois, só quando tá com dor a gente fica chateado, nervoso, mas ele entende.”* (mulher-sic)



**M. B.** “*A gente era companheiro bastante um do outro e isso não perdeu, ele é muito compreensivo, muito cuidadoso, mas o que piorou na nossa vida foi a relação sexual. Essa parte no meu casamento não tá legal. Sei lá, mas o meu marido respeita. A gente conversou, procurou entrar num consenso, né.*” (mulher-sic)

**V. C.** “*Eu até brinco com ela, que ela me dá o remedinho na hora certa, que eu sou meio esquecido. Remédio prá dor da coluna. Mas quando eu tô com muita dor, nós não temos relação não. Ela entende.*” (homem-sic)

Apenas um indivíduo do sexo masculino relatou que a dor interferiu de forma indireta na relação sexual, atribuindo os prejuízos aos sintomas da depressão.

**A. J.** “*A depressão sim, deixa abatido, muito mesmo, e às vezes, fico semanas sem ter vontade de relação sexual, porque não tem energia prá isso.*” (homem-sic)

No grupo masculino, quatro indivíduos relataram, além das dificuldades de movimento, a interferência negativa da medicação na disposição sexual, como referido pelo participante abaixo.

**C. R.** “*(A dor influenciou) Bastante. A começar pelo remédio, porque foi bem decaindo mesmo, entendeu. Antes era duas ou três vezes por semana, garantido. Depois que chegou isso aí, foi caindo mesmo, piorou com o remédio.*” (homem-sic)

Na **3ª categoria** (Não ocorreram mudanças no relacionamento do casal), as diferenças numéricas entre os grupos masculino e feminino, foram significativas, sendo referidas por 10 homens e apenas 2 mulheres. Apesar da diferença na distribuição de indivíduos nos dois grupos, as respostas foram similares entre homens e mulheres. Os indivíduos que englobaram esta categoria não especificaram nenhum tipo de consequência negativa na convivência do casal, dando maior ênfase às consequências individuais, como as dificuldades em realizar tarefas cotidianas e a perda da produtividade. As frases abaixo destacam esse contexto:

**P.M.** *“Minha esposa me apóia muito nesse ponto, ela vai lá e dá um jeitinho, conversa. Nunca que passa a dor, é claro, não vai passar nunca, mas é um momento que a gente tem que conviver assim, tranquilamente. Porque, às vezes, mexe com a gente. Me dói. Mexe com meus nervos. Acho que para ela não tem muito não, normal, ela não reclama. Sobre a relação sexual é sempre bom. Inclusive é uma parte que não me atinge muito. Lógico que me prejudica um pouco, mas não exageradamente.”*(homem-sic)

**S. S.** *“Fica um pouco meio ruim prá mim, porque prá falar a verdade, a gente com saúde é uma coisa e sem saúde é outra. Da minha parte, às vezes, ficou mais incompatível um pouco. Devido à coluna. (Quanto à relação sexual) agora tá mais ou menos né, devido à saúde, a dor. Se tiver menos dor, tá bom. Tem sempre que tomar remédio. Ultimamente, quando acontece, até melhora a dor.”*(mulher-sic)

As qualidades dos respectivos cônjuges foram destacadas como tendo um papel central na convivência do casal, que se mostravam sempre solícitos, atenciosos e compreensivos para as dificuldades dos pacientes, como ilustrado abaixo:

**C. J.** *“Prá falar a verdade, eu não tive assim grandes problemas com a minha esposa entendeu, porque ela é compreensiva. A gente procura se ajudar ao outro. Ela se preocupa comigo, as vezes ela fala prá tomar cuidado, que não pode ficar esforçando nisso.”* (homem-sic)

**C. D.** *“As conseqüências não teve não, porque o meu marido me entende. Nas tarefas de casa ele me ajuda a fazer tudo, quando eu tô com dor ele que faz tudo em casa. Então nessa parte eu não posso reclamar. E se eu tô ruim ele faz tudo até hoje. Porque ele se interessa pela minha dor, porque quando eu falo que eu tô com dor ele acredita.”* (mulher-sic)

Vale ressaltar que a grande maioria dos indivíduos relatou em suas respostas um reajustamento do casal face à dor e limitações, referindo que as barreiras físicas quanto à relação sexual eram resolvidas com base na compreensão, negociação e comunicação aberta das dificuldades. Essa estratégia parece ter minimizado o impacto da dor, pois muitos pacientes relataram evitar o contato sexual em momentos de crise, acarretando

em diminuição da frequência. No entanto, esse fato não era percebido como um fator negativo, pois predominava a qualidade, desejo e prazer na relação sexual.

A **4ª categoria** (Melhora do relacionamento afetivo-emocional, sem prejuízos para o relacionamento sexual) foi respondida por 2 indivíduos do sexo masculino e 1 indivíduo do sexo feminino, que relataram que a experiência dolorosa acarretou em conseqüências positivas para o casal. Os principais motivos para o incremento positivo na relação afetivo-emocional do casal foram os fatos dos cônjuges modificarem seus comportamentos após o início da doença, passando a ser mais atenciosos, solícitos e compreensivos com os pacientes. Esses indivíduos enfatizam os ganhos secundários como, o comportamento de atenção, solicitude e ajuda nos afazeres domésticos, como as principais características positivas.

Também relatam que houve mudanças no relacionamento sexual com a diminuição da frequência, porém, este fato, não era considerado negativo, uma vez que referiram estarem satisfeitos. Segue abaixo os exemplos.

**P. M.** *“Não, não teve conseqüência, não. Não mudou em nada. Mudou prá melhor, né, porque ele passou a me ajudar mais, passou a colaborar mais comigo nas tarefas de casa. Mudou assim a compreensão dele e de toda minha família. Eles entendem quando estou desanimada, reclamando de dores, eles colaboram mais, entendem.. Graças a Deus não mudou nada de ruim. A gente conversa bastante quando a dor vem. Mas a relação (sexual), já a frequência não é boa, mas é bom sim.”* (mulher-sic)

**A. N.** *“A convivência é boa porque a minha esposa é uma mulher maravilhosa, porque eu amo ela e ela me ama. Então ela me cuida como se cuida de um bebê. Sobre isso é maravilhoso. A dor foi boa, porque tem coisa boa né, porque ela cuida de mim direito, muito bem. Antes cuidava também, mas tá cuidando mais..”* *“Assim, quando eu tenho muita dores eu não posso ter relação (sexual), mas em harmonia a gente conversa, quando não pode a gente não faz, conversa e entende. Ela compreende as conseqüências que eu tô passando, as falhas financeiras também, ela compreende tudo.”* (homem-sic)

**C. R.** *“No começo foi bem complicado. Mudou bastante, pois ela no começo, brigava muito. Mas agora, depois foi sentindo falta um do outro. Agora já aproximou bastante,*

*nós estamos bem juntos. Antes da dor a gente não se via muito, tinha o trabalho e outras coisas, agora é diferente. Estamos sempre junto, dá atenção prá um.”* (homem-sic)

### **Análise da questão 2** (tabela 13)

A dor persistente e incapacitante, que perdura por meses e até mesmo anos, muitas vezes, sem a possibilidade de melhora de seus sintomas, constituem um problema para o doente, na medida em que pode ser interpretada por outros significativos com descrédito. A crença na dor ou a avaliação positiva de que ela realmente existe, pode ter influência direta nos cuidados prestados a essas pessoas. Partindo desta perspectiva, a questão 2 enfatizou a percepção do paciente sobre a crença positiva ou negativa de seus cônjuges em sua dor.

A avaliação de toda a amostra indicou que 84% dos participantes relataram que seus cônjuges acreditam em sua dor. Os motivos pelos quais esse fato ocorria, foram variados, sendo ressaltadas a percepção de preocupação do cônjuge, o interesse pelo tratamento, os exames diagnósticos, a realização de cirurgia (somente aqueles que se submeteram) e os comportamentos de solicitude, como os principais fatores que levaram a uma crença positiva na dor.

Constatou-se também que 16% da amostra feminina, o equivalente a oito pacientes, relataram que seus cônjuges não acreditavam em suas dores, justificando uma indiferença do marido aos compromissos do tratamento e questionamentos sobre a veracidade da dor, que persistia por períodos prolongados de tempo.

No grupo masculino, foi relatada por todos os indivíduos a resposta “acredita”. As frases abaixo especificam os principais motivos referidos pelos homens.

**A. J.** *“Ela já sabe que foi depois da cirurgia, que eu fiquei um tempo internado, foi quando começou. Ela também acredita na dor, pois sempre me vê no hospital, tomando remédio.”* (homem-sic)

**C. R.** *“Ah! antes ela pensava besteira, mas agora ela tá compreendendo, porque está vendo o relatório medico e está compreendendo melhor. Ela acredita muito nessa dor, por isso mesmo tenta ajudar bastante.”* (homem-sic)

**N. J.** “*Que realmente eu estou doente, então ela acredita, tem exame e tal, não acha que é fingimento. Mas eu acho que ela não gosta da dor, sabe que não é fingimento, mas acha ruim. E também pede a Deus para melhorar.*” (homem-sic)

**P. L.** “*Sim, ela acredita e conversando comigo, já pensou em marcar consulta no vidente, mas nem a medicina me ajuda, por aí você vê que ela tá tentando fazer algo por mim.*” (homem-sic)

Pela observação das frases, a constatação médica, seja ela por meio de exames diagnósticos, conversas com o médico, ou pela realização de cirurgia e internação hospitalar, forneceram fortes argumentos para que a dor fosse levada a sério por suas esposas. Além disso, a preocupação e a percepção de apoio foram utilizadas por diversos indivíduos como evidências da crença de suas companheiras. Em alguns casos, os indivíduos também relataram as dificuldades e a falta de credibilidade em seus sintomas no início da doença, que se modificou ao longo do tempo, como refere o participante C. R.

No grupo feminino, 17 mulheres responderam que os parceiros acreditam em suas dores, sendo que os motivos foram os mesmos do grupo masculino. Os trechos abaixo exemplificam as respostas das mulheres.

**D. B.** “*No inicio ele achava que era uma frescura, isso me disse cara a cara. Ele só veio acreditar mesmo, depois que um médico amigo dele viu os meus exames e falou para ele que o meu caso não é tão simples assim como ele imaginava. Aí ele passou a ter mais cuidado comigo, a acreditar realmente que eu tenho minhas crises de dor. Tanto é, que antes disso, até na hora de uma relação (sexual) ele não queria saber se eu tava com dor ou não, ele não acreditava e achava que era uma desculpa que eu tava dando. Hoje não, ele já entende, não insiste no assunto, ele acredita e procura até fazer as coisas para mim. Mas no inicio foi muito difícil.*” (mulher-sic)

**D. C.** “*Ele acha que um dia eu ainda vou sarar, ele fala que tem que acreditar que vai sarar, porque não adianta pensar que não vai, ele sempre fala que tem que pedir para Deus. Por que ninguém gosta de sentir dor vinte quatro horas por dia, então nessa parte aí ele me ajuda, né. Porque quando eu falo que eu tô com dor, ele acredita. Antes*

*de eu operar eu falava: aí, tô com dor, ele falava toma remédio que passa. Hoje em dia êle sabe que mesmo tomando medicamento, ele sabe que eu tô com dor, porque eu tô.*“ (mulher-sic)

**R. S.** *“Eu sinto que ele acredita. Quando fiz a cirurgia, ele passou a me acompanhar e passou a sofrer junto comigo, ele via e percebia o quanto eu sofria também”.*(mulher-sic)

**A. P.** *“Agora ele acredita. Eu acho que ele não acreditava, mas não como agora. Êle também conversa com os médicos e os médicos explicam, né.”* (mulher-sic)

Tal como no grupo masculino, observou-se que a validação da doença por um procedimento médico (cirúrgico ou laboratorial) ou profissional da saúde, foi fator determinante para que essas pacientes obtivessem credibilidade. A participante D. B. relata o contexto de modificação da crença de seu parceiro ao longo do curso da doença, novamente enfatizando, como no grupo dos homens, as dificuldades daqueles que estão próximos em acreditar em sintomas que não são objetivos e observáveis diretamente, tal como uma lesão na pele ou deformidades físicas.

Entretanto, 8 mulheres indicaram que seus cônjuges não acreditam em suas dores. Os trechos abaixo exemplificam os principais motivos.

**F. M.** *“Não sei se ele acredita. Eu sinto que ele não se importa. Ele não acredita. Ele não sabe o dia que eu venho no médico, ele não sabe os meus resultados. Ele não pergunta nada. A vida que ele leva é uma e a vida que eu levo é outra. Nossa vida em conjunto, só é os filhos e as coisas que faltam na casa, as contas para pagar, só. Porque ele fala para mim que a vida não é só choro, que a vida é para ser vivida, tem que se viver a vida do jeito que dá.”* (mulher-sic)

**A. P.** *“Ele fica assim: você não tem que pôr na cabeça, você tem que tirar da cabeça que tá com dor, aí eu fico chateada porque eu digo que não é eu que quero, eu tô sentindo a dor. Aí eu fico nervosa quando ele fica falando isso prá mim. Ah! eu já penso que ninguém me entende. Eu falo prá ele ,e ele responde: mas é fácil, é só você querer, ter força de vontade. Força de vontade eu tenho, eu não desanimo, entendeu, não sou*

*aquela pessoa que abaixa a cabeça,, mesmo com a dor, eu tento. Sua reação não é legal mesmo.” (mulher-sic)*

Neste grupo de mulheres foi relatado um contexto de indiferença e falta de credibilidade em sua doença. Muitas vezes, essa situação acompanhava o desajustamento da relação do casal, como refere a paciente F. M., que enfatiza, além da indiferença à sua dor, dificuldades de comunicação e falta de companheirismo de ambas as partes.

### **Análise da questão 3** (tabela 14)

Essa questão foi analisada de acordo com a presença ou ausência da percepção de apoio do cônjuge para as necessidades decorrentes da dor lombar. O foco da análise buscou verificar quais os principais tipos de apoio e se existiam diferenças entre os relatos de homens e mulheres. Foram identificados naqueles indivíduos que respondiam afirmativamente a essa questão três tipos básicos de comportamentos de apoio, tanto em homens como em mulheres, exemplificados pelas categorias 1, 2 e 3. Vale ressaltar que à inclusão das categorias 4, 5, 6 e 7 foram computadas somente com o objetivo de analisar quantitativamente a frequência de cada um dos tipos básicos de apoio entre homens e mulheres e na amostra completa.

É importante ressaltar que não foram feitas distinções pelos participantes quanto ao valor de importância de cada um dos três tipos básicos de apoio, uma vez que a percepção de cada um deles é subjetiva, observando-se, dessa forma, similaridades qualitativas entre as três formas de apoio. Nesse sentido, verificou-se que, ajudar com as tarefas domésticas na impossibilidade do paciente exercê-las, teve a mesma importância de receber carinho ou massagem para o alívio do desconforto físico, ou acompanhá-lo em suas atividades médicas, pois o denominador comum entre essas três formas de apoio foi a reação de solicitude do cônjuge, constituída por respostas de cunho positivo, de ajuda e prontidão aos cuidados básicos da doença.

A avaliação de toda a amostra indicou que 86% dos participantes homens e mulheres preencheram esta categoria. As três categorias que representam a percepção de apoio positivo (de ambos os sexos) são descritas a seguir.

A **categoria 1** (Controle da dor) foi constituída por comportamentos do cônjuge que objetivaram o alívio da dor e diminuição do desconforto, através de ações como,

carinhos, massagens, utilização de bolsa de água quente, e em alguns casos, tentativas de distração da atenção do foco da dor, através de diálogos e conversas. As seguintes frases ilustram essa situação nos participantes masculinos e femininos.

**A. J.** *“A primeira reação dela é tentar me acalmar naquela hora, entendeu, ela fala: calma que vai passar uma hora, não vai ficar assim sempre. Ela sempre me dá apoio, não tem o que falar, ela sempre me dá apoio nos piores momentos da minha vida. Assim, fala que vai melhorar, tipo fazer massagem, compressa de água quente. Então ela sempre procura fazer de uma coisa um pouquinho, tipo uma pomada, e por aí vai. Tudo prá passar a dor.”* (homem-sic)

**F. L.** *“Ele quer me ajudar, pergunta se eu não quero deitar ou colocar um travesseiro nas costas para melhorar. Ele sempre quer fazer massagem, alongamento, ele fica me incentivando e paparicando. Mas eu sempre evito falar para ele que eu to com dor, porque acaba enchendo o saco né. Não tem nenhuma reação ruim sabe, ele sempre tenta me ajudar o máximo.”* (mulher-sic)

**N. J.** *“Ela me abraça e conversa, é isso que ela faz. Pergunta se está faltando alguma coisa, se ela pode ajudar. Me oferece remédio, essas coisas. Faz carinho e também fica do meu lado, quando ela não está muito brava. Tá sempre me lembrando, ficando preocupada. Como eu sou meio esquecido, ela fica me lembrando.”* (homem-sic)

A **categoria 2** (Tratamento) abrangeu comportamentos do cônjuge em relação ao tratamento do paciente, que incluíam os cuidados com a medicação, gerenciamento dos horários de remédios, fornecimento de transporte, e também o incentivo e acompanhamento às consultas médicas e/ou exames de rotina. As seguintes frases ilustram este comportamento de apoio.

**T. R.** *“Ela me força a fazer as coisas que tem que fazer, como ir no médico. As vezes eu falo que eu não vou mais no médico, que não tá resolvendo nada, e ela fala: não, você vai, você vai, então ela fica insistindo prá mim vir.”* (homem-sic)

**B. A.** *“A ajuda que ele me dá é assim, me levar no médico, e até agora ele começou a pagar um convênio. Mas tem carência, eu não posso fazer muita coisa porque tem*



*carência, eu tenho doença pré-existente, então ele fez um convênio para mim. Ele me ajuda de todas as formas possíveis, se precisar sair de noite para levar no pronto-socorro, ele leva.” (mulher-sic)*

A **categoria 3** (Tarefas domésticas) registrou os comportamentos de ajuda quanto às atividades domésticas e tarefas relacionadas ao funcionamento da casa (lavar, varrer, limpar, preparar as refeições, entre outras), como referido pelos participantes abaixo.

**N. M.** *“Ele também ajuda na casa, passa aspirador na casa, lava uma louça. A única coisa que ele não faz é lavar roupa, mas o resto ele faz tudo. Ele faz as coisas mais práticas, né.” (mulher-sic)*

**P. M.** *“Ela procura não deixar eu fazer nada que sabe que vai me prejudicar. Ela fala “se não agüenta fazer isso ou aquilo, deixa isso para lá e vai descansar”, você entendeu como é. Ela me ajuda nesse sentido. Sobre isso eu não posso reclamar porque ela me ajuda. Lá em casa ela chama alguém para ajudar quando tem trabalho para duas pessoas, tipo arrumar uma mesa ou coisa assim.” (homem-sic)*

Foi encontrado, em alguns poucos casos, entre os participantes homens e mulheres, além de respostas de apoio e solicitude, comportamentos de incentivo de atividades físicas como um incremento adicional entre as formas de suporte fornecido pelos cônjuges, como exemplificado abaixo.

**C. R.** *“Ela sempre me incentiva para caminhar, mas como dói, não dá, eu ando um pedaço, dói e tenho que parar. Ela gosta de andar, ela tem a minha idade e é ativa. Acho que ela pensa que eu desanimei, mas acredita que eu possa melhorar se eu me esforçar.” (homem-sic)*

**S. R.** *“Ele é atencioso. Ele tem uma reação muito boa. Se eu não fiz comida, ele faz ou esquenta, sem problema nenhum. De sábado e domingo, quando eu estou melhor, a gente vai dar uma volta, fazer uma caminhada. Ele me leva e traz, me acompanha no dia a dia.” (mulher-sic)*

Vale dizer que os indivíduos do sexo masculino e feminino que relataram receber algum tipo de apoio apresentaram contingências sociais similares entre suas respostas, na medida em que a interação entre o casal, no que diz respeito às demandas da doença, foi pautada por respostas solícitas do cônjuge. Esse tipo de relação era enfatizada como sendo positiva, com benefícios não somente para as necessidades práticas e objetivas relacionadas à doença, mas também para aquelas relacionadas com a diminuição do sofrimento e amenização da sensação de impotência frente às limitações.

Na perspectiva oposta aos comportamentos de ajuda, encontraram-se os indivíduos que relataram falta de apoio, constituindo 14% da amostra total, sendo que todas eram mulheres. Esse grupo foi identificado pelo parâmetro sem apoio (**categoria 8**), abrangendo respostas que foram constituídas por comportamentos de indiferença e não compreensão do cônjuge quanto às demandas decorrentes da dor, refletindo em falta de atenção e comportamento solícito.

As respostas obtidas nesta categoria demonstraram contingências em que o cônjuge somente fornecia apoio em casos extremos de dificuldade, como o transporte para socorro médico ou em tarefas essenciais ao funcionamento do lar, como pagamento de contas ou compra de mantimentos. Além disso, atitudes não colaborativas tanto para as atividades domésticas quanto para os cuidados com a limitação dos movimentos foram relatadas. Em alguns casos, além da indiferença, foram relatadas interações prejudiciais, que contribuíam para o aumento da dor. As frases abaixo ilustram esta categoria.

**L. A.** *“Assim quando eu preciso muito mesmo, ele me ajuda. Se precisar de um remédio, buscar alguma coisa, se precisa me levar no médico ele leva, mas só isso. Mas mesmo quando eu estou com dificuldades, ele não faz as coisas para mim, por mim.”*  
(mulher-sic)

**F. M.** *“Só se eu estiver com muita dor de não conseguir andar, mas se eu puder levantar e ir lá na geladeira pegar o remédio, eu vou pegar. Ajuda mesmo ele só manda eu deitar, mas não ajuda com a medicação, não conversa. O nosso diálogo em casa é sobre conta pra pagar e problemas de filho.”* (mulher-sic)

**A. P.** *“Ah, acho que nenhum apoio. As vezes ele fala: “eu acho melhor você parar de ir prá médico porque não tá resolvendo nada”, então ele não tá me ajudando, né, Aí eu já fico nervosa também e digo: “lógico que tá, eu vou ate o fim”; ele fala: “ah! não, você fica só em hospital, hospital, e nada resolve”. Então aí me deixa chateada, muito chateada.”* (mulher-sic)

**O. G.** *“Ele ajuda muito em brigar, é muito irritante em casa. É muito machista e briguento em casa quando ele briga muito eu fico mais nervosa e sinto que a dor aumenta. Ele é mais briguento do que eu. Ele só ajuda quando sai. Eu acho que ajuda quando sai porque não tá comprando confusão, né. Porque quando entra na casa, já fica procurando uma colher que esteja em má posição, e começa a brigar”* (mulher-sic)

### **Considerações sobre a análise qualitativa**

As respostas dos participantes para a questão 1 foram bem delimitadas, facilitando o trabalho de categorização, e também não foram encontradas diferenças entre os gêneros quanto às contingências sociais envolvidas em cada uma das categorias, uma vez que as justificativas foram similares. Nesse sentido, deve-se pensar que, apesar das evidentes diferenças entre homens e mulheres, o fato destes indivíduos compartilharem a dor e a limitação física como aspecto comum, provavelmente influenciou na proximidade das respostas entre gêneros.

As questões 2 e 3 podem ser analisadas de forma conjunta, pois, de modo geral, foi encontrada uma proximidade entre estas respostas, ou seja, os participantes que relataram uma crença positiva em seus sintomas de dor, também referiam que seus cônjuges eram apoiadores e solícitos. As respostas negativas também foram preenchidas pelos mesmos participantes.

Também foi identificada a presença de um pequeno grupo de sete mulheres que preencheram as mesmas respostas em todas as questões. Essas pacientes relataram impacto negativo da dor na interação sexual e afetivo-emocional, além de seus cônjuges não acreditarem em suas dores e também não fornecerem apoio.

É importante ressaltar que somente uma participante mulher respondeu que seu cônjuge não acreditava em suas dores, porém lhe fornecia apoio, e estava sempre disponível para ajudá-la com os afazeres domésticos e atividades do tratamento. Vale

dizer, que esta participante não expressava comportamentos de dor, portanto, não sinalizava ao seu interlocutor sua condição subjetiva de sofrimento. Provavelmente, este fato contribuiu sobremaneira para a falta de credibilidade em seus sintomas, contudo, quando a paciente sinalizava suas dificuldades, seu cônjuge mostrava-se solícito e prestativo, como exemplificado nas frases abaixo:

(O seu companheiro acredita em sua dor?)

**L. M.** *“Eu acho que ele não sabe o quanto é minha dor, ninguém sabe né, é muito difícil. Eles até falam lá em casa, “ah! ela está bem”, mas eu não estou bem. Eles sempre acham que eu estou bem porque, de modo geral eu sou normal, não fico chorando, não fico falando, ai, ai tá doendo. Eu falo só quando está doendo muito, mas de modo geral eu não reclamo, faço tudo normal.”* (mulher-sic)

(O seu cônjuge fornece ajuda ou apoio para as necessidades impostas pela dor?)

**L. M.** *“Se eu peço alguma coisa, ele me ajuda. Fazer algum serviço, alguma coisa assim né. Pegar alguma coisa no guarda roupa, no alto né. Ele sempre me ajuda. Ele esta sempre pronto pra me levar aonde eu peço. Até hoje ele não reclamou nada né, para qualquer tratamento que eu faço ele me leva. Então ele esta sempre pronto para me ajudar.”* (Mulher-sic)

Uma análise mais específica das contingências envolvidas no relacionamento deste casal, provavelmente, indicaria que seu cônjuge acredita em seus sintomas de dor, pelo fato deste responder de forma positiva quando a paciente comunica suas dificuldades e propicia as condições para que o apoio possa ser fornecido, todavia, optou-se por não realizar tal inferência neste estudo, categorizando sua resposta como uma crença negativa na doença.

## 6. DISCUSSÃO

Esse estudo teve dois objetivos gerais: verificar o impacto da dor no relacionamento de casal de pacientes com dor lombar crônica e investigar a percepção do apoio conjugal desses indivíduos, nas necessidades decorrentes da doença. Buscou-se, secundariamente, possíveis associações entre as variáveis conjugais estudadas e os domínios de qualidade de vida e intensidade da dor desses pacientes. A comparação entre os resultados masculino e feminino foi consequência desse processo, uma vez que o número de participantes foi dividido igualmente entre homens e mulheres, sendo representativo da distribuição encontrada em populações clínicas.

Durante o período de coleta de dados foram avaliados 66 pacientes, no entanto, em decorrência do não preenchimento dos critérios de inclusão/exclusão, foram retirados 16. Nestes casos, informações como patologias associadas à dor lombar crônica, que não constavam no prontuário, e cônjuges portadores de doenças crônicas (cardiopatias, dor crônica, alcoolismo, entre outras), não relatadas no primeiro contato, foram os principais motivos de exclusão, identificados durante a entrevista.

A literatura apresentada neste estudo teve a finalidade de contextualizar as implicações individuais e conjugais decorrentes da dor lombar crônica. A partir desta perspectiva e pensando nos objetivos acima citados, os dados serão discutidos.

### **Dados sócio-demográficos**

A apresentação dos dados quanto à faixa etária da amostra indicou média geral de 47,9 anos (Tabela 1), sem diferenças significativas entre os grupos masculino e feminino (Tabela 15). Vale ressaltar que a média de idade desses participantes apresentou proximidade a encontrada na pesquisa de Silva, Fassa e Valle (2004), sobre prevalência de dor lombar crônica em amostra brasileira, que obteve faixa etária para a doença entre de 50 e 59 anos, e do estudo de Kim e Michlsen (1992) que encontraram média de 49 anos.

A distribuição quanto ao gênero foi composta igualmente entre homens e mulheres, sendo, portanto, representativa da prevalência indicada por Yeng, Teixeira e Kaziyama (2006).

Os dados referentes à escolaridade (Tabela 4), indicaram que 46% da amostra estudaram entre 5 e 8 anos e somente 26% entre 9 e 11 anos, o que equivale ao ensino

médio. A baixa escolaridade encontrada entre os participantes deste estudo dificulta o retorno ao trabalho em decorrência da indisponibilidade para serviços “braçais”. Esses dados corroboram com o estudo de Silva, Fassa e Valle (2004), que apontam a baixa escolaridade como um fator de risco para lombalgia crônica, uma vez que esses indivíduos podem se expor a maiores cargas ergonômicas no trabalho. Além disso, os autores verificaram que o baixo tempo de estudo esteve diretamente associado a outros fatores de risco para dor lombar, como o tabagismo e a demora em iniciar tratamentos em centros de saúde.

O impacto na capacidade funcional desses indivíduos foi marcadamente visível durante as entrevistas de coleta de dados, observando-se, em diversos momentos, a comunicação de comportamentos de dor. A limitação de movimentos é descrita como um dos sintomas mais frequentes da dor lombar crônica, afetando diretamente o domínio do trabalho e da produtividade (Yeng et al, 2008; Yeng, Teixeira e Kaziyama, 2006; Teixeira e Amaral, 2006; Teixeira, 2008). Esses dados refletiram-se na situação ocupacional da amostra (Tabela 2), na medida em que a grande maioria dos homens relataram que recebiam algum tipo de compensação financeira (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez ou afastamento temporário) em decorrência da impossibilidade de trabalho, e a maior parte das mulheres referiram ser “do lar”.

Receber algum tipo de compensação financeira também implica em um aumento de convivência diária com seus cônjuges, principalmente no caso dos indivíduos que têm seus parceiros trabalhando no lar, ou aposentados. Esse contexto abre a possibilidade, como verificado em frases dos sujeitos da amostra, para uma gama de contingências, positivas ou negativas, na interação com seus cônjuges. Três participantes que preencheram a categoria 4 da questão 1, relataram que o aumento do tempo de convivência, entre outros fatores, como a atenção especial dos parceiros, propiciou melhora da relação afetivo-emocional, porém, como observado pelos pacientes classificados na categoria 1 dessa mesma questão, a convivência diária também foi relacionada como um fator negativo, necessitando, em diversos momentos, afastar-se de seus familiares para evitar possíveis discussões e brigas.

Com relação a variável renda familiar mensal (Tabela 3) obteve-se que grande parte dos pacientes recebiam até R\$ 1.000,00, e entre R\$ 1.000,00 e 2.000,00. Os custos com o tratamento, e a limitação laboral de um membro familiar são apontados como fatores negativos à convivência familiar de pacientes com dor crônica, podendo gerar

aumento das responsabilidades entre os membros saudáveis e dependência por parte do paciente (Soderberg et al., 2003). Por diversas vezes, a questão financeira esteve presente no relato dos sujeitos como causa de *stress* familiar, e referido por um participante do sexo masculino como principal motivo para a piora do relacionamento de casal, após o advento da dor. Além disso, Mannion e Elfering (2006), em estudo com amostra holandesa, relataram que classe social baixa esteve diretamente associado com aumento da intensidade de dor, sendo um possível preditor de não retorno ao trabalho.

### **Dados Clínicos**

Os aspectos físicos limitantes das lombalgias são largamente enfatizados na literatura médica como um dos principais sintomas que afligem essa população. Os dados referentes a intensidade da dor desta amostra, mensurados pela escala VAS, indicaram diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo que as mulheres relataram dor grave, enquanto os homens referiram dor moderada (Tabela 22). Esses dados conferem com os achados de Savedra et al. (1982), e Myers, Riley e Robinson (2003) que reportaram dor grave, mais prevalente e comunicada com mais emoção em mulheres, quando comparadas com indivíduos masculinos. No entanto, Forni (2007), em estudo com indivíduos com lombalgia crônica em tratamento regular no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, não obteve diferenças significativas entre gêneros quanto à gravidade da dor. Talvez, há de se pensar nos resultados que utilizam diferentes escalas, uma vez que o autor utilizou a Escala Visual Numérica, enquanto este estudo utilizou a Escala Visual Analógica.

Quanto à correlação entre intensidade da dor e domínios de qualidade de vida, os homens apresentaram um declínio nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor, conforme aumentava a gravidade dos sintomas dolorosos, enquanto as mulheres foram prejudicadas somente no domínio dor, indicando que a gravidade da dor influencia de forma mais determinante os homens. Estes dados compatibilizam, em parte, com os achados de Forni (2007), informando que a qualidade de vida de sua amostra foi prejudicada nos domínios aspectos físicos e vitalidade, conforme aumentava a intensidade da dor, porém, o autor analisou a amostra como um todo, não diferenciando homens e mulheres.

Os resultados do Questionário SF-36, por si só, elucidaram muito sobre a vida conjugal desses pacientes. Os resultados demonstraram que os sujeitos deste estudo estiveram prejudicados em todos os domínios, tanto nos homens quanto nas mulheres

(Tabela 11). Estes dados indicam que a dor lombar crônica é uma importante fonte de *stress* e pode causar impacto negativo, de forma global, na qualidade de vida relacionada à saúde, comprometendo todas as atividades da vida de uma pessoa, como o desempenho para o trabalho, para as tarefas domésticas e até mesmo para o contato sexual. Associa-se a este quadro, os resultados obtidos pela escala VAS, indicando dor moderada quando analisada a amostra completa (Tabela 10). É válido lembrar que moderado, no que condiz a percepção da gravidade da dor, produz conseqüências marcantes na vida de uma pessoa, com prejuízos até mesmo para o relacionamento com pessoas próximas. Neste estudo, constatou-se que a dor e a limitação funcional interferiram em até 70% da amostra (Tabela 12) que indicaram por meio das categorias 1 e 2 que a dor lombar crônica influenciou a dimensão do relacionamento sexual desses indivíduos, nos dois gêneros.

Por meio da análise dos resultados dos dados clínicos do estudo, constatou-se que as mulheres se apresentaram mais prejudicadas do que os homens, em relação as variáveis intensidade da dor, duração da doença, vitalidade e aspectos sociais, quando comparadas aos homens. Esses dados são compatíveis, em parte, com os referidos por Unruh (1996); Myers, Riley e Robinson (2003) e Fillingim (2003), que revelam que as mulheres sentem maior sensibilidade aos sintomas da dor, além de apresentarem níveis maiores de intensidade de dor.

### **Dados do relacionamento de casal**

Foram utilizados dois delineamentos para a avaliação destas variáveis: 1º) uma análise qualitativa, que propiciou a descrição dos dados sobre as contingências envolvidas em cada categoria de cada questão e 2º) uma análise quantitativa, que forneceu dados numéricos acerca das três questões, possibilitando tratamento estatístico para comparação dos resultados referentes às variáveis clínicas com os resultados das variáveis conjugais.

#### **Impacto da Dor no Relacionamento do Casal**

Verificou-se por meio da análise qualitativa sobre o impacto da dor no casal, diversas conseqüências acarretadas pela doença, podendo tanto influenciar negativamente componentes importantes da relação conjugal, como melhorar a interação íntima.



Uma parte dos indivíduos que relataram impacto negativo na relação afetiva e sexual, mulheres em sua maioria (Tabela 12), descreveram um contexto de afastamento emocional, porém, por demandas individuais, uma vez que a dor produzia alteração do humor, e conseqüente aumento de agressividade, levando a utilização de afastamento como estratégia para evitar brigas e discussões. Essas contingências acabavam por prejudicar o relacionamento afetivo do casal. Além disso, a dor também ocasionava dificuldades quanto ao contato físico íntimo devido a sua intensidade. Apesar destes totalizarem 22% da amostra total (8 mulheres e 2 homens), este é um dado importante e deve ser levado em conta, uma vez que evidenciou uma estratégia pouco adaptativa, devido a suas conseqüências posteriores de distanciamento afetivo conjugal. Dados similares aos encontrados neste estudo foram relatados por Smith e Friedemann (1999), que estudaram a percepção do funcionamento familiar e conjugal, de 30 pacientes com dor crônica generalizada, de ambos os gêneros. Os resultados indicaram a presença de distanciamento afetivo dos cônjuges e filhos, uma vez que as limitações funcionais e a gravidade dos sintomas provocavam um isolamento de atividades antes compartilhadas por todos, dificuldades de compartilhar sentimentos difíceis relativos ao sofrimento, além de stress emocional, identificado por sentimentos de raiva, tristeza e ansiedade.

É válido dizer que as outras 7 mulheres da categoria 1, referiram as características de indiferença à dor e falta de apoio do cônjuge como o principal fator do impacto negativo na relação, dessa forma, diferindo dos demais pacientes inclusas nesta categoria.

Uma parcela importante dos indivíduos relatou que a dor causou um impacto na qualidade da relação sexual, com diminuição da freqüência e do desejo sexual, mas sem maiores prejuízos para a relação afetiva (categoria 2). Estes dados indicam que, apesar do evidente comprometimento da condição física desses indivíduos, outras variáveis podem atuar como mediadoras desse processo e amenizar o impacto emocional da dor. No caso desses indivíduos, a compreensão para as dificuldades da doença, o comportamento solícito de apoio do cônjuge, e o diálogo aberto sobre as dificuldades da dor, atuaram como possíveis fatores de proteção para os prejuízos na interação afetiva e amorosa do casal. Estes dados são compatíveis com os resultados de Smith (2003), que estudou o relacionamento conjugal e familiar de mulheres com diversos tipos de síndromes dolorosas. O autor informa que, apesar das mulheres relatarem prejuízos na satisfação sexual, a dor proporcionou um envolvimento íntimo do casal e de outros

membros familiares, uma vez que ocorreu uma mudança no comportamento dos familiares, que se mobilizavam para ajudar as pacientes nas limitações impostas pela dor.

O fato destes indivíduos acima citados, pertencentes às categorias 1 e 2, perfazerem 70% da amostra total, mulheres em sua maioria, esteve de acordo com as considerações de Payne e Norfleet (1986), Turk, Rudy e Flor (1985), Snelling (1990), entre outros autores, que relataram altas taxas de mal-ajustamento conjugal e/ou sexual após o início da dor.

No presente estudo, também foi encontrado indivíduos que não relataram prejuízos atuais decorrentes da dor em seus relacionamentos, sendo a maioria homens, indicando interações adaptativas ao longo do tempo para superar as dificuldades decorrentes da doença. Dois homens e uma mulher enfatizaram ganhos com o advento da dor, como uma aproximação afetiva do casal. Em alguns poucos estudos que utilizavam metodologia qualitativa, em amostras de pequeno porte, foram encontrados achados compatíveis, como relatam Smith e Friedemann (1999), e Soderberg et al. (2003) que, entre outras formas de interações (positivas e negativas), obtiveram relatos de um possível reajustamento da interação conjugal após a superação dos problemas e limitações da doença. Todavia, os autores não esclarecem os meios pelos quais o padrão adaptativo se procedeu. Nesse sentido, pode-se pensar nas colocações de Kerns e Otis (2003), que indicam as variáveis tempo de dor e tempo de casamento como possíveis preditores de interações adaptativas.

É importante enfatizar que os indivíduos que relataram melhora na relação do casal, um pequeno grupo formado por dois homens e uma mulher, apontaram a atenção familiar e os cuidados especiais como principal benefício ocasionado pela dor. Esses dados indicam a dupla função do apoio familiar, uma vez que este pode influenciar na manutenção da doença, devido aos ganhos secundários, e também pode proporcionar experiências positivas para o paciente, como refere Fordyce (1979).

Vale dizer que não foram identificadas diferenças qualitativas entre as respostas de homens e mulheres em cada uma das categorias dessa questão, pois as contingências envolvidas entre os gêneros foram parecidas. Nesse sentido, verifica-se que, apesar das diferenças entre gêneros, a experiência dolorosa como expressão comum a todos os participantes adquiriu função determinante na interação dos casais.

A avaliação da análise quantitativa desta questão (Tabela 23, 24, 25), revelou que todos os participantes que relataram um comprometimento global em sua relação conjugal, obtiveram índices baixos nos domínios vitalidade e saúde mental, quando comparados com aqueles que não relataram impacto no casal. Estes dados indicam que a qualidade da interação conjugal esteve diretamente associada a estes domínios, exercendo influência na determinação de sintomas como depressão, ansiedade, energia e fadiga. Esse mesmo dado foi encontrado quando comparado somente entre as mulheres (Tabela 25), tornando essas constatações mais confiáveis no que se refere as mulheres desta amostra. Os homens (Tabela 24) sofreram esse tipo de alteração somente no domínio vitalidade. Em estudos com amostras Norte-americanas, foram encontrados resultados semelhantes aos desta pesquisa. Cano, Weisberg, e Gallagher (2000), Cano et al. (2004), Kerns et al. (1990), entre outros, informaram relação positiva entre desajustamento conjugal e sintomas depressivos, investigando, especificamente, o papel de interações conflituosas como variável mediadora dos sintomas depressivos. Em todas elas foram utilizados delineamentos que também incluíam o cônjuge como sujeito de pesquisa. Há que se atentar que, no presente estudo, foi dado enfoque para a percepção do paciente das conseqüências da dor no relacionamento de casal, ou seja, partiu-se da análise no nível individual.

Deve-se salientar que as variáveis do relacionamento conjugal não devem ser compreendidas como a única causa destes sintomas, mas somente como um fator adicional que contribui tanto para aumentar como para amenizar a influencia destes, uma vez que tanto a dor crônica, como o relacionamento de casal, podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade.

### **Percepção de Apoio Conjugal**

Os resultados da questão 2 e 3 (Tabela 13 e 14), referentes à percepção de apoio conjugal, apresentaram similaridades entre suas respostas, tanto na avaliação quantitativa quanto na qualitativa. O número de indivíduos que relataram ter cônjuges crentes em sua dor foi muito próximo daqueles que responderam ter cônjuges apoiadores e solícitos. Somente uma participante mulher relatou que seu parceiro não acredita em sua doença, mas percebe que ele fornece apoio, contudo, este fato não alterou os outros resultados, pois este foi um caso isolado e que envolvia condições específicas e diferenciadas dos demais, como descrito no tópico referente à análise quantitativa.

Essa proximidade entre as respostas informa dados importantes sobre a percepção do apoio conjugal, indicando que, nessa amostra, a credibilidade nos sintomas de dor esteve correlacionada com o apoio oferecido pelo cônjuge. Nota-se também, que todos os participantes masculinos responderam as questões 2 e 3 de forma positiva, ou seja, suas esposas fornecem apoio e acreditam na doença. Do lado oposto, todos os indivíduos que responderam essas questões de forma negativa foram mulheres.

Este fato também contribuiu sobremaneira para a constatação de que, neste estudo, os cônjuges do grupo feminino fornecem menos apoio e acreditam menos em suas dores quando comparados aos do grupo masculino. Estes dados poderiam ser compreendidos, em parte, pelos papéis históricos atribuídos ao homem e a mulher quanto à tarefa de cuidar. Diversos estudos sobre cuidadores familiares, relatam a prevalência do sexo feminino como principal responsável pelos cuidados prestados ao doente (Garrido e Almeida, 1999; Karsch, 2003; Williams et al., 2003; López, Arrieta e Crespo, 2005).

Culturalmente e socialmente esse papel foi atribuído à mulher que, ao longo da história, desempenham diversas funções relacionadas ao cuidar, não somente aquelas que envolvem a maternidade e educação dos filhos, mas também os cuidados aos idosos, manutenção da casa e preparo dos alimentos. Conforme Néri (2000), as mulheres têm mais chances de cuidar pelo fato de serem mais ligadas emocionalmente aos membros familiares. A discussão acerca da ligação emocional entre as mulheres e membros familiares também pode ser analisada sob a perspectiva filogenética, como refere De Toni (2004), em artigo sobre o desenvolvimento do apego. O autor relata que a fragilidade do bebê humano ao nascer, implicava em muitos cuidados parentais, principalmente por parte da mãe, para que este pudesse desenvolver-se até atingir certa autonomia. Este contexto propiciou condições para que o sentimento de apego fosse selecionado naturalmente como tendo alto valor de sobrevivência para a espécie humana, mais especificamente no gênero feminino.

Apesar de, neste estudo, uma parte das mulheres terem relatado experiências negativas quanto à percepção de apoio e crença nos seus sintomas, deve-se considerar que a grande maioria delas referiram um contexto de ajuda e credibilidade na sua dor. Este fato indica que, embora os cônjuges homens forneçam menos apoio do ponto de vista quantitativo, quando se propõem a cuidar e ajudar suas parceiras nas necessidades

decorrentes da dor, realizam a tarefa de maneira a prover experiências positivas e adaptativas as suas parceiras, tal como os cônjuges femininos.

Os dados qualitativos da questão 2 informaram que os principais motivos da crença positiva do cônjuge em suas dores, estiveram relacionados aos procedimentos médicos, como presença nas consultas ambulatoriais, atenção social e preocupação dos parceiros, e que os relacionados ao descrédito nos sintomas dolorosos, foram à indiferença do cônjuge e o não apoio às demandas da dor. Conforme Portnoi (1999), em estudo com mulheres fibromiálgicas, o descrédito social na doença foi uma das características mais marcantes relatadas por estas mulheres, gerando prejuízos na auto-imagem e na identidade social. Nesse sentido, a dor persistente e incapacitante, que perdura por meses e até mesmo anos, muitas vezes sem a possibilidade de melhora de seus sintomas, constitui um obstáculo para o doente, na medida em que pode ser interpretada por outros significativos como algo de “menor importância”. Neste estudo, constatou-se que os cônjuges que não avaliam os sintomas de dor como um problema real, não fornecem apoio, conseqüentemente, acabam por não engajar-se nos cuidados do paciente, incluindo aqueles relacionados ao tratamento.

A análise quantitativa da questão 2 (Tabela 26) indicou que, no grupo completo e no grupo feminino, aqueles que relatavam que seus cônjuges acreditavam em suas dores obtiveram melhores escores de qualidade de vida relacionada ao domínio saúde mental, indicando menos sintomas depressivos e de ansiedade.

A análise qualitativa da questão 3 indicou que o denominador comum entre as respostas de apoio foi o comportamento de solicitude do cônjuge, na medida em que os tipos de apoio prestados, sejam eles em relação ao tratamento, aos cuidados com o controle da dor ou nas tarefas domiciliares, foram identificados com o mesmo valor de importância, pois a preocupação e atenção especial do cônjuge, além do sentimento de conforto e carinho, estavam presentes em todas as falas. Dessa forma, evidencia-se que o tipo de apoio prestado foi um aspecto de menor importância para estes pacientes, sendo enfocada a percepção emocional do que ele representa como a característica mais marcante. É importante notar que, também não foram encontradas diferenças qualitativas entre os gêneros, indicando que a percepção de apoio não sofre influência em homens e mulheres.

A análise quantitativa da questão 3 (Tabela 14) revelou que os cuidados com o tratamento foi a resposta mais relatada pelos sujeitos do grupo completo, seguido de

apoio no controle da dor e auxílio com as tarefas domésticas. O grupo masculino seguiu esta mesma ordem de apresentação e as mulheres relataram a ajuda com as tarefas domésticas como o principal tipo de apoio. Nota-se que o apoio referente às atividades relacionadas ao tratamento, como acompanhar nas consultas médicas e exames de rotina ou gerenciar os horários da medicação, tem influência direta na adesão ao tratamento, uma vez que o cônjuge pode propiciar condições para que o paciente sinta-se motivado a continuar em seu processo terapêutico.

O cruzamento da questão 3 com as variáveis clínicas (Tabela 28) indicaram que os pacientes que relataram ter cônjuges apoiadores e solícitos, obtiveram escores significativamente melhores em saúde mental e vitalidade, quando comparados com aqueles que não fornecem apoio. Estes mesmos dados também foram encontrados na amostra feminina (Tabela 29). Nesse sentido, os resultados acerca da percepção de apoio (questão 1 e 2) indicaram que pacientes que percebem seus cônjuges como apoiadores, solícitos e crentes em sua dor, referem menos sintomas depressivos e de ansiedade, além de níveis elevados de vitalidade. Estes resultados também foram encontrados em outros estudos com amostras de pacientes com artrite reumatóide. Goldberg, Kerns e Rosenberg (1993), em amostra predominantemente masculina, relataram que o suporte social conjugal pode contribuir para amenizar a severidade da depressão, analisada pela escala Beck de depressão, quando comparados com pacientes que não recebiam nenhum tipo de apoio de seus familiares. Brown, Wallston e Nicassio (1989), também encontraram uma associação negativa entre os sintomas depressivos e a provisão de apoio. Do lado contrário, Schiaffino e Revenson (1995), analisam que o apoio problemático, caracterizado por respostas negativas como conselhos que não ajudam, ou humor sarcástico sobre os sintomas de dor, foi identificado como um potencial preditor de aumento de sintomas depressivos, em pacientes do sexo feminino também portadoras de artrite reumatóide.

Apesar destes estudos focarem nos possíveis benefícios do apoio positivo do cônjuge para a dimensão emocional do paciente, outros pesquisadores relatam que a solicitude pode reforçar comportamentos de dor, levando a maiores níveis de incapacidade. Fordyce (1979), Waltz, Kriegel e Vant (1998) e Riensma et al. (2000), relataram que os ganhos secundários da doença podem ser traduzidos em aumento da limitação física, funcionando como um fator mantenedor dos sintomas dolorosos,

ênfatizando também, que o apoio e as respostas de atenção e solicitude podem gerar um ciclo de dependência dos familiares.

No que concerne aos cruzamentos das variáveis experimentais que não obtiveram diferenças significativas, acrescenta-se que o apoio conjugal e a crença nos sintomas de dor não alteraram os resultados da intensidade da dor e os resultados dos domínios de qualidade de vida referentes ao *status* físico. Isso indica que, receber ajuda e acreditar na dor, não influenciou essas variáveis, quando comparados com aqueles que não recebiam apoio, sendo relevante somente na determinação das variáveis relativas ao *status* mental desses indivíduos.

Apesar das evidentes diferenças entre homens e mulheres verificadas neste estudo, principalmente aquelas relacionadas às variáveis clínicas da condição dolorosa, as contingências envolvidas em cada uma das categorias da questão 1 e os relatos acerca da percepção de apoio, não sofreram influências entre homens e mulheres. Pensando nestas considerações, os resultados do grupo como um todo são relevantes, uma vez que essas variáveis contêm propriedades qualitativas similares.

Diante do exposto e pela análise conjunta entre as questões, pode-se constatar que o reajustamento conjugal frente às demandas da dor, a crença na dor de pessoas significativas, o apoio solícito do cônjuge, podem funcionar como um possível fator de proteção para sintomas depressivos e de ansiedade. Promovem ainda bem-estar psicológico e níveis mais elevados de energia e vitalidade, sendo estes importantes aspectos do processo de saúde dos indivíduos com síndromes dolorosas crônicas, dada a alta comorbidade destes sintomas nessa população.

Esses achados indicam que o apoio do cônjuge e as interações conjugais estabelecidas a partir do advento da dor, são fatores importantes para o enfrentamento das necessidades decorrentes dela, o que justificaria a necessidade de avaliações psicológicas para uma abordagem terapêutica multidisciplinar desses pacientes, com a intenção de realizar investigações mais amplas e assim, proporcionar intervenções mais eficazes. Em termos de avaliação psicológica em contexto clínico-ambulatorial, e pensando na grande demanda de pacientes assistidos por serviços públicos de saúde e no tempo limitado de atendimento individual, muitas vezes, o profissional necessita de indicadores claros para avaliar componentes importantes da vida do paciente. Nesse sentido, os resultados deste estudo fornecem valiosos subsídios para que o profissional

possa identificar possíveis fatores de risco para sintomas de depressão, ansiedade, força e fadiga.

Vale dizer que os possíveis ganhos secundários obtidos por meio do comportamento solícito de outros significativos também foram observados neste estudo, já que a grande maioria dos sujeitos relataram esse tipo de interação com seus cônjuges. No entanto, não foi possível identificar, por meio do cruzamento entre as variáveis experimentais, os possíveis prejuízos desta interação para o paciente, além de não fazer parte dos objetivos deste estudo. É válido ressaltar que muitas variáveis poderiam interferir nesse tipo de análise, o que exigiria a utilização de metodologias que pudessem controlar variáveis importantes como: benefícios financeiros e outras fontes de reforçamento social (filhos, amigos e vizinhos).

Algumas dúvidas ainda permanecem. Os meios pelos quais a ajuda do cônjuge pode funcionar como um fator protetor para esses sintomas, ainda não são claros e não foram explorados neste estudo, necessitando de maior atenção em futuras pesquisas que se proponham a investigar a influência do apoio conjugal na qualidade de vida e na intensidade da dor desses pacientes. Este estudo também não identificou quais os recursos de enfrentamento utilizados pelos pacientes que relataram uma adaptação do casal frente ao impacto da dor, sendo este um fator relevante no que condiz as estratégias de enfrentamento conjugal.

Não foi utilizado um grupo controle em função da variável dor, por si só, ser um fator stressante, ansiogênico, e que pode prejudicar a qualidade de vida de seus portadores, dificultando a comparação com populações sem dor. Portanto, trata-se de um estudo preliminar, dado a inexistência de pesquisas deste tipo em amostras nacionais. Todavia, pesquisas futuras que venham a investigar a relação entre as variáveis conjugais e a experiência dolorosa devem utilizar metodologias que concebam tanto paciente como cônjuge, a fim de obter dados sobre a realidade do cônjuge.

É importante notar que os resultados da amostra completa obtiveram maior força de evidência, pois totalizam 50 indivíduos, e não foram encontradas diferenças entre gêneros para a variável impacto no relacionamento de casal. Neste sentido, os resultados quantitativos podem ser parcialmente generalizados para populações com o perfil clínico e sócio-demográfico semelhante aos indivíduos avaliados neste estudo.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor crônica constitui um verdadeiro desafio para o paciente, cônjuge, sociedade, profissionais da saúde, família e amigos. Ela impõe ao seu portador e a todos aqueles que estão próximos, uma reaprendizagem do conviver e do relacionar-se, uma vez que promove mudanças negativas em todos os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde. Como visto neste estudo, as interações estabelecidas pelo paciente em seu ambiente familiar/conjugal, constituem parte da experiência multidimensional da compreensão da dor, podendo oferecer riscos e oportunidades ao processo de saúde.

Pela discussão dos resultados qualitativos, concluiu-se que:

1. A percepção do comportamento solícito do cônjuge foi a principal fonte de apoio relatado pelos participantes. Esse comportamento foi referido de diferentes modos, seja em relação ao tratamento, no alívio dos sintomas da dor ou ajudando nas tarefas de casa, porém em todas estas formas ele esteve presente, por meio de um carinho, de uma afirmativa, de uma pergunta ou pela simples preocupação na saúde do paciente. A sensação de apoio, de segurança, de credibilidade social na doença, e de poder contar com alguém que pudesse fornecer suporte para as situações difíceis relacionadas à dor, foram relatadas diversas vezes como auxílio fundamental para as demandas afetivas individuais, e também para as necessidades objetivas do tratamento.

2. A percepção da falta de apoio foi identificada pelo comportamento de indiferença do cônjuge e pela crença negativa nos sintomas de dor. Em alguns casos, respostas negativas às expressões de comportamentos de dor e interações pouco adaptativas do casal, também acompanhavam a percepção de falta de apoio conjugal.

3. A credibilidade social na doença esteve diretamente associada ao comportamento de apoio do cônjuge, na medida em que existiu uma proximidade entre os indivíduos que preencheram estas questões. Do lado oposto, a recíproca parece ser verdadeira, uma vez que os indivíduos que relataram crença negativa dos seus parceiros nos sintomas da dor, também relataram não receber apoio conjugal. A partir destes achados, pode-se inferir que a crença na dor predispõe o comportamento de apoio.

4. Em relação ao impacto da dor no casal, verificou-se que as contingências pelas quais a dor influencia a interação conjugal são variadas, podendo propiciar experiências positivas e negativas. De modo geral, 70% dos indivíduos relataram

dificuldades no relacionamento sexual, o que leva a constatação de que a maioria dos participantes deste estudo sofreu impacto negativo, mulheres na sua maior parte.

Através da análise dos resultados quantitativos, constatou-se que:

1. Os participantes homens apresentaram dor moderada e menor tempo de doença, enquanto as mulheres relataram dor grave e maior tempo de doença, contudo, apesar das diferenças quanto à estas variáveis, os prejuízos para a qualidade de vida foram similares, pois ambos os gêneros apresentaram comprometimentos em todos os domínios, indicando que dor moderada é incapacitante, tal como a grave, e pode gerar prejuízos para a qualidade de vida. Os homens obtiveram melhores índices nos domínios vitalidade e aspectos sociais, quando comparados com as mulheres.

2. A análise quantitativa também forneceu material para possíveis associações entre as respostas do cônjuge e o *status* de saúde do paciente. Os cruzamentos entre as questões abertas e o questionário de qualidade de vida, indicaram que os pacientes que percebiam seus cônjuges como apoiadores e crentes em sua dor, obtiveram melhores resultados nos domínios saúde mental e vitalidade, quando comparados com aqueles que não recebiam apoio e não acreditavam em seus sintomas. Dessa forma, pode-se constatar que a credibilidade social nos sintomas da dor e o apoio solícito do cônjuge, podem influenciar positivamente o prognóstico da doença, propiciando proteção para sintomas depressivos e de ansiedade, além de prover vitalidade.

3. Um grupo menor de indivíduos, homens em sua maioria, relataram um reajustamento conjugal frente às demandas da dor. Estes pacientes apresentaram melhores índices de qualidade de vida no domínio vitalidade, quando comparados com os indivíduos que relataram prejuízos no relacionamento sexual e afetivo-emocional.

Estes resultados indicam a importância do relacionamento interpessoal, especificamente o relacionamento conjugal, como variável influente dos processos subjacentes à saúde e ao bem-estar desses indivíduos. Além disso, estes dados podem contribuir para o desenvolvimento de condutas terapêuticas multidisciplinares futuras que envolvam pacientes com dor lombar crônica.

Deve-se ressaltar entretanto, que outros estudos ainda se fazem necessários, talvez com um número maior de participantes e a utilização de metodologias variadas, para melhor compreensão de como o apoio conjugal e o impacto da dor no casal podem influenciar comportamentos de saúde e as múltiplas variáveis envolvidas nesse processo.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHTERBERG, J. *A imaginação na cura – xamanismo e medicina moderna*. São Paulo. Summus, 1996.

AFFLECK, G. et al. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*, v. 83, p. 601-609, 1999.

ANDRADE, M. A. Gênero e dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. (Orgs.). *Dor e saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 79-84.

BERLINGUER, G. *Ética da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BIGATTI, S. M.; CRONAN, T. A. An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouses of people with fibromyalgia syndrome. *Health Psycho*, v. 21, n. 2, p. 157–166, 2002.

BRASIL. *Novo Código Civil*. Rio de Janeiro: DP&A, 197 pags., 2002.

BRAUN, W. Lombalgias. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003. p. 463-472.

BROWN, G. K.; WALLSTON, K. A.; NICASSIO, P. M. Social support and depression in rheumatoid arthritis. *J. of applied Social Psychology*, v. 19, p. 1164-1181, 1989.

BURMAN, B.; MARGOLIN, G. Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological Bulletin*, v.112, n. 1, p. 39-63, 1992.

CANO, A.; WEISBERG, J.; GALLAGHER, R. M. Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Med*, v. 1, p. 35-43, 2000.

CANO, A. et al. Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, v. 107, p. 99–106, 2004.

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

CECIN, H. A. (org.) et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *1º Concenso sobre lombalgia e lombociatalgia*. Sociedade Brasileira de Reumatologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. 13 p.

CECIN, H. A. Proposição de uma reserva anatomofuncional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico-degenerativas. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v. 43, p. 295-310, 1997.

- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validada do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. Reumatol.* v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.
- COLLINS, S. L.; MOORE, A.; McQUAY, H. J. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*, v. 72, p. 95-97, 1997.
- COZBY, P.C. Pesquisa de levantamento: uma metodologia para estimular pessoas a falar sobre si mesmas. In: \_\_\_\_\_ *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003. p. 141-169.
- CROOG, S. H. The family as a source of stress. In: LEVINE, S.; SCOTH, M. *Social stress*. Chicago: Aldine, 1970. p. 19-49.
- CRUZ, R. M.; SARDÁ, J. J. Diagnóstico de aspectos emocionais associados a lombalgia e a lombociática. *Avaliação Psicológica*, v. 1, p. 29-33, 2003.
- DE TONI, P. M. D. et al. Etologia humana: o exemplo do apego. *Psico-USF*, v. 9, n. 1, p. 99-104, 2004.
- DEYO, R. A.; PHILLIPS, W. R. Low back pain: a primary care challenge. *Spine*, v. 21, p. 2826-32, 1996.
- DOMINGOS, A. L. *Qualidade de vida: concepções e representações sociais*. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. v. 137, p. 535-544, 1980.
- FAUCETT, J. A.; LEVINE, J. D. The contributions of interpersonal conflict to chronic pain in the presence or absence of organic pathology. *Pain*, v. 44, p. 35-43, 1991.
- FILLINGIM, R. B. Sex-related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. *Rehabilitation Psychology*, v. 48, n. 3, p. 165-174, 2003.
- FILLINGIM, R. B.; NESS, T. J. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, v. 24, n. 4, p. 485-501, 2000.
- FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.21, n. 1, p. 19-28, 1999.
- FLOR, H., TURK, D.C., RUDY, T.E. Pain and families: II. assessment and treatment. *Pain*, v. 30, p. 29-45, 1987.
- FORDYCE, W. E. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1976. 226 p.

- FORNI, J. E. N. *Caracterização clínica e psicossocial de doentes com síndrome dolorosa pós-laminectomia*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde - Neurologia), Universidade de São Paulo.
- FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*, v. 3, n. 2, p. 107-114, 2004.
- GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 57, n. 2B, p. 427-434, 1999.
- GEISSER, M. E.; CANO, A.; LEONARD, M. T. Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back. *The Journal of Pain*, v. 6, n. 8, p. 518-525, 2005.
- GOLDBERG G., KERNS, R. D., ROSENBERG, R. Pain-relevant support as a buffer from depression among chronic pain patients low in instrumental activity. *Clinical Journal of Pain*. v. 9, p. 34-40, 1993.
- GUIMARAES, S. S. Introdução ao estudo da dor. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. p. 13-30.
- HALEY, W. E.; TURNER, J. A.; ROMANO, J. M. Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, v. 23, p. 337-343, 1985.
- IASP - International Association Study of Pain. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates*, v. 11, n. 2, p.1-4, 2003. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/pcu03-2.pdf>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2007.
- IMAMURA, S. T.; KAZIYAMA, S. H. H.; IMAMURA, M. Lombalgia. In: TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Jr., 2001. p. 222-236.
- JENSEN, M. P.; KAROLY, P. Self-reportscales and procedures for assessing pain in adults. In: TURK, D. C.; MELZACK, R. *Handbook of pain*. New York: Guilford Press, 1992. p. 135-151.
- JENSEN, I. B. A. et al. Coping whit long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? *Pain*, v. 57, p. 167-172, 1994.
- JENSEN, I. B. A. Randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are de effects dependent on gender? *Pain*, v. 91, p. 65-78, 2001.
- KAHHALE, E. M. S. P.; PEIXOTO, M. G.; GONÇALVES, M. G. M. A produção do conhecimento nas revoluções burguesas: aspectos relacionados à questão metodológica. In: KAHHALE, E. M. S. P. (Org.). *A diversidade da psicologia: uma construção teórica*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 17-74.

- KARSCH, U. M. S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.
- KEEFE, F. J. Changing face of pain: evolution of pain research in psychosomatic medicine. *American Psychosomatic Society*, v. 64, n. 6, p. 921-938, 2002.
- KEOGH, E.; HERDENFELDT, M. Gender, coping and perception of pain. *Pain*, v. 97, p. 195-201, 2002.
- KERNS, R. D.; OTIS, J. K. Family therapy for persons experiencing pain: evidence for its effectiveness. *Seminars in Pain Medicine*, v. 1, n. 2, p. 79-89, 2003.
- KERNS, R. D, et al. The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal Psychosom. Reserch.* v. 34, p. 401-8, 1990.
- KIECOLT-GLASER, J.; NEWTON, T. Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, v. 127, n. 4, p. 472-503, 2001.
- KIM, S. S.; MICHLSEN, C. B. Revision surgery for failed back surgery syndrome. *Spine*, v. 17, n. 8, p. 957-959, 1992.
- LEONARD, M. T.; CANO, A.; JOHANSEN, A. B. Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain*, v. 7, n. 6, p. 377-390, 2006.
- LIMA, A. F. B. S. *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool*. 2002. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LOPEZ, J.; ARRIETA, J. L.; CRESPO, M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 41, p. 81-94, 2005.
- MAEDA, C. L. *Eutonia e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia*. 2005, Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MAEDA, F. L.; CHIARELLI, B.; MELLO, M. A. A influência da dor crônica na família e suas implicações no tratamento multidisciplinar. In: III CONGRESSO PAULISTA DE PSICOSSOMÁTICA, 2006, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 2006.
- MAIN, C. J. et al. *Curriculum on pain for Students in Psychology – International Association for the Study of Pain - IASP*. Seattle-USA, 1997.
- MARION, A. F.; ELFERING, A. Predictors of surgical outcome and their assessment. *Journal European Spine Journal*, v. 15, suppl. 1, p. S93-S108, 2006.
- MARTINEZ, J. E. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do Medical Outcome Survey, 36 Itens, Short-form Study. *Rev. Bras. Reumatol.*, v. 39, n. 6, p. 312-316, 1999.

MCCRACKEN, L. M.; VOWLES, K. E. e ECCLESTON, C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, v. 107, n. 1-2, p. 150-6, 2004.

MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, v. 150, p. 971-9, 1965.

MERSKEY, R. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, v. 6, p. 249-252, 1979.

MYERS, C. D.; RILEY, J. L.; ROBINSON, M. E. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *The Clinical Journal of Pain*, v. 19, n. 4, p. 225-232, 2003.

NEDER, M. Implicações psicológicas em casos de amputação de mão. In: XIV INTERAMERICAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY, 1973, São Paulo. Anais. São Paulo, 1973.

NÉRI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e alta dependência. In: NÉRI, A. L. (Org.) *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Papirus, 2000. p. 257-285.

NOGUEIRA, M. Diferenciação entre homens e mulher no enfrentamento de dor crônica. *Revista Dor*. No prelo.

OJUGAS, A. C. *A dor através da história e da arte*. Barcelona: Atlas Medical Publishing, 1999.

PAYNE, B., NORFLEET, M. A. Chronic pain and the family: a review. *Pain*, v. 26, p. 1-22, 1986.

PEASE, A. *Por que os homens transam e as mulheres fazem amor – uma visão científica e bem-humorada de nossas diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

PERECE, J. C.; SANDBERG, J. G. Family resilience and the management of fibromyalgia: implications for family therapists. *Contemporary Family Therapy*, v. 27, n. 4, p. 559-576, 2005.

PILON, A. F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo. *Revista Bras. Saúde Esc.*, v. 2, n. 3/4, p. 117-125, 1992.

PIMENTA, C. A. M. Fundamentos teóricos da dor e sua avaliação. In: CARVALHO, M. M. J. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. p. 13-30.

PORTNOI, A. G. *Dor, estresse e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia*. 1999. 256f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

- PORTNOI, A. G. et al. Avaliação de aspectos psicológicos de doentes com dor crônica: afeto e cognição. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR, 2004, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis, 2004.
- REVENSON, T., MAJEROVITZ, S. Spouse's support provision to chronically ill patients. *Journal Social Pers. Relationships*. v. 7, p. 575-86, 1990.
- RIEMSMA, R. et al. Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *J. Health Psychol*, v. 5, p. 221-230, 2000.
- RILEY, J. L. et al. Sex differences in negative emotional responses to chronic pain. *The Journal of Pain*, v. 2, n. 6, p. 354-359, 2001
- ROY, R. Annotation: chronic pain and the family: a review. *Journal of Family Therapy*, v. II, p. 197-204, 1989.
- SAVEDRA, M. et al. How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain*, v. 14, p. 95-104, 1982.
- SCHWARTZ, L.; SLATER, M. A. BIRCHLER. G. R. The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain*, v. 65, p. 227-233, 1996.
- SCHWARTZ, L. et al. Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger and marital satisfaction. *Pain*, v. , n. 44, p. 61-67, 1991.
- SCHIAFFINO, K. M.; REVENSON, T. A. Relative contributions of spousal support and illness appraisals to depressed mood in arthritis patients. *Arthritis Care Res*. v. 8, p. 80-7, 1995.
- SILVA, M. C.; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 377-385, 2004.
- SMITH, A. A.; FRIEDEMANN, M. L. Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, v. 30, n. 3, p. 543-549, 1999.
- SMITH, A. A., Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing*. v. 4, n. 3, p. 134-142, 2003.
- SNELLING, J. The role of the family in relation to chronic pain: review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, v. 15, n. 7, p. 771-6, 1990.
- SODERBERG, S. et al. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Adv. Nursing*, v. 42, n. 2, p. 143-150, 2003.
- SOUSA, F.A .E. F. et al. Mensuração da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (Ed.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003. p. 179-190.



- TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da dor neuropática. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. (Org.). *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003. p. 155-170.
- TEIXEIRA, M. J. Síndrome dolorosa pós-laminectomia. In: TEIXEIRA, M. J.; YENG, L. T.; KAZIYAMA, H. (Org.). *Dor: síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética*. São Paulo: Roca, 2008. p. 637-648.
- TEIXEIRA, M. J. et al. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. p. 87-139.
- TEIXEIRA, M. J. ; SOUZA, A. C. F. Dor evolução histórica dos conhecimentos. In: TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, A. B. (Org.). *Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Moreira Jr, 2001. p. 8-13.
- TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: Teixeira M. J. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003. p. 15-51.
- TEIXEIRA, M. J.; AMARAL, A. C. Síndromes dolorosas pós-laminectomia lombar. In: TEIXEIRA, M. J. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 413-421.
- TURK, D. C.; AKIKO, O. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. v. 70, n. 3, p. 678-690, 2002.
- TURK, D. C.; KERNS, R. D.; ROSENBERG, R. Effects of marital interaction on chronic pain and disability: examining the down side of social support. *Rehabil Psychol*, v. 37, p. 259-274, 1992.
- TURK, D. C.; RUDY, T. E., FLOR, H. Why a family perspective in pain? *Journal Family Therapy*., v. 7, p. 223-234, 1985.
- UNRUH, A. M. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, v. 65, p. 123-167, 1996.
- UNRUH, A. M., RITCHIE, J., MERSKEY, H. Does gender affects appraisal of pain and pain coping strategies? *Clinical Journal of Pain*, v. 15, p. 31-40, 1999.
- VASCONCELLOS, E.G. O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: SEGER, L. (Org.). *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora*. 4 ed. rev. e ampl. São Paulo: Santos, 2002. p. 135-153.
- YENG, L.T. TEIXEIRA, M. J., KAZIYAMA, H.H.S. Lombalgia. In: TEIXEIRA, M. J. *Dor: manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 481-494.
- YENG, L.T. et al. Lombalgias. In: TEIXEIRA, M.J.; YENG, L.T. e KAZIYAMA, H. (Org.). *Dor: síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética*. São Paulo: Roca, 2008. p. 269-290.

WALTZ, M.; KRIEGEL, W.; VANT P. B. P. The social environment and health rheumatoid arthritis: Marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis Care Res.* v. 11, p. 356-74, 1998.

WARE, J. E.; GANDEK, B.; The IQOLA PROJECT GROUP. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health*, v. 23, p. 49-73, 1994.

WARE J. E., KOSINSKI M., KELLER S. D.; *SF-36: Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston: The Health Institute, 1994. (<http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>).

WILLIAMS, A. M. et al. The influence of income on the experience of informal caregiving: policy implications. *Health Care for Women International*, v. 24, p. 280-291, 2003.

WIZEMAN, T.; PARDUE, M. L. *Exploring the biological contributions to human health. Does sex matter?* Washington, DC: Bord on Health Sciences Policy - National Academy of Sciences, 2001.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, v. 41, p. 1403-10, 1995.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE:.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : M F  
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE .....  
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “A dor crônica no contexto conjugal: Explorando variáveis do relacionamento conjugal de pacientes com dor lombar crônica”.**

2. **PESQUISADOR EXECUTANTE:** Psicólogo Fernando Lourenço Maeda

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisador

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: Nº 06/77137

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Neurologia

**ORIENTADORA DA PESQUISA:** Profa. Dra. Mathilde Neder

CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL** (na instituição): Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira

CARGO/FUNÇÃO: Professor Titular Neurocirurgia

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Neurologia

3. **AValiação DO RISCO DA PESQUISA:**

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. **DURAÇÃO DA PESQUISA** : 08 meses.

**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:**

1. **Justificativa e os objetivos da pesquisa:** A dor lombar crônica é uma condição complexa, multifatorial, que envolve diferentes aspectos da vida da pessoa, podendo levar a prejuízos sociais, emocionais e de qualidade de vida. No aspecto social, o relacionamento conjugal tem um papel importante na assistência (e cuidados) de pessoas com dor crônica, podendo influenciar no bem estar global. Apesar de vários estudos sobre o assunto, poucos se preocuparam em levantar e descrever características da conjugalidade de pacientes com dor lombar crônica em populações nacionais. Esta pesquisa, portanto, tem o objetivo de investigar essas características, buscando também possíveis associações entre a conjugalidade e a condição dolorosa.

2. **Procedimentos que serão utilizados e propósitos:** Será realizado um encontro, com duração aproximada de 01 hora, em que os sujeitos de pesquisa fornecerão dados sobre profissão, escolaridade, situação financeira, religião, além de dados sobre o seu casamento (tempo e tipo de união). Também serão solicitadas informações sobre a dor como: tempo e intensidade da dor e como ela limita suas atividades diárias. As questões sobre o relacionamento conjugal serão

preenchidas por meio da Medida de Satisfação em relacionamento de Casal e de uma breve entrevista, que investigará aspectos sobre: a satisfação conjugal, o apoio que o cônjuge fornece às demandas impostas pela dor e como ele reage frente a dor e limitações.

**3. Desconfortos e riscos esperados:** Talvez, o participante poderá se sentir desconfortável ao responder questões sobre a sua vida.

**4. Benefícios que poderão ser obtidos:** Esclarecimentos sobre a influência da dor crônica na relação conjugal, e informações sobre os recursos de ajuda para lidar com essa situação.

**5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:** Não existem

---

#### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:**

Os participantes da pesquisa podem acessar, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a essa pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Tem a liberdade de retirar o consentimento (a qualquer momento) e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da sua assistência, salvaguardando a sua confidencialidade, sigilo e privacidade.

Poderá contar com a disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa, e ainda a viabilidade de indenização.

---

#### **V. INFORMAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Pesquisador Executante: Fernando Lourenço Maeda  
Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Mathilde Neder  
Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira  
Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 255  
05403-009 – São Paulo.  
Telefones:  
Manhã: (11) 30888270  
Tarde e Noite: (11) 99025291

---

#### **VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:** Nenhuma

---

#### **VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

---

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

---

assinatura do pesquisador executante

## QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS

1) Diagnóstico: \_\_\_\_\_  Com cirurgia  Sem cirurgia

2) Duração da doença (em meses)

### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

3) Idade:

4) Sexo: M (1) F (2)

5) Profissão (descrição do tipo de atividade):

6) Escolaridade (em número de anos):

7) Nível econômico (renda familiar):

**Escala VAS**

Marque na linha uma indicação da gravidade da dor que está sentindo o momento.

- \_\_\_\_\_ +  
Sem dor Pior dor possível

## VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

**1. Em Geral, você diria que sua saúde é:**

Excelente (1); Muito boa (2); Boa (3); Ruim (4); Muito ruim (5)

**2. Comparado a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?**

Muito melhor (1); Um pouco melhor (2); Quase a mesma (3); Um pouco pior (4); Muito pior (5)

**3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quando?**

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

**4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com os eu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividade (Ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

**5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

**6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma (1); Ligeiramente (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Extremamente (5)

**7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?** (circule uma)

Nenhuma (1); Muito Leve (2); Leve (3); Moderada (4); Grave (5); Muito Grave (6)

**8. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa) ?** (circule uma)

De maneira alguma (1); Um pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Extremamente (5)

**9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma respostas que mais se aproxima da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.**

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, vontade, e força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?** (circule uma)

Todo o tempo (1); A maior parte do tempo (2); Alguma parte do tempo (3); Uma pequena parte do tempo (4); Nenhuma parte do tempo (5)

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?** (circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



**ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA**  
(ROTEIRO DAS QUESTÕES)

1) Quais são/foram às conseqüências da dor/doença no relacionamento com seu cônjuge?

Positivas     Negativas     Nenhuma

Especifique: \_\_\_\_\_

2) O seu companheiro(a) acredita na sua dor?

Acredita     Não acredita     Não sabe

Especifique: \_\_\_\_\_

3) O seu cônjuge fornece ajuda ou apoio para as necessidades impostas pela dor?

Sim     Não

Especifique: \_\_\_\_\_



## APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 24/10/2007, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0886/07**, intitulado: **"A DOR CRÔNICA NO CONTEXTO CONJUGAL: EXPLORANDO VARIÁVEIS DO RELACIONAMENTO CONJUGAL DE PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA"** apresentado pelo Departamento de **NEUROLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira; Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira**

Pesquisador (a) Executante: **Fernando Lourenço Maeda**

CAPPesq, 01 de Novembro de 2007.

Prof. Dr. Eduardo Massad  
**Presidente da Comissão  
de Ética para Análise de  
Projetos de Pesquisa**

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069

6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / [secretariacappesq2@hcnet.usp.br](mailto:secretariacappesq2@hcnet.usp.br) -sol

Autorização para utilização do SF – 36  
Instrumento Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida em Saúde  
**Dr Marcos Bosi Ferraz/ Dra Rozana Mesquita Ciconelli**

---

**Título do Projeto** Investigando a participação do cônjuge nos cuidados ao paciente com dor lombar crônica

---

**Universidade** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica.

---

**Autores** Autor: Psicólogo Fernando Lourenço Maeda  
Orientadora: Mathilde Neder

---

**Tipo de Estudo**       Mestrado       Doutorado       Outros

---

**Contato** e-mail: [fernandomaeda@terra.com.br](mailto:fernandomaeda@terra.com.br)  
Fone: (011)55830954/ 99025291  
Rua Caicanga, 155, Mirandópolis – São Paulo-SP

---

Estaremos autorizando a utilização do Questionário SF 36, em seu projeto de caráter científico. Solicitamos que nos envie somente ao final do trabalho, uma cópia do mesmo e que os dados obtidos possam ser incorporados a um banco de dados, junto com o de outros trabalhos.

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

---

**Autor do Projeto**  
Por favor, envie para a Disciplina de Reumatologia – UNIFESP, por fax (011) 5579-6665, aos cuidados da Dra Rozana Mesquita Ciconelli.

**DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS E DESVIOS PADRÕES DAS VARIÁVEIS EXPERIMENTAIS:  
DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA, INTENSIDADE DA DOR E DURAÇÃO DA DOENÇA.**

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões dos grupos masculino e feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Gênero	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Masculino	25	46,4	20,2
	Feminino	25	43,8	21,2
Aspectos Físicos	Masculino	25	25,0	28,8
	Feminino	25	24,0	34,2
Dor	Masculino	25	35,9	12,7
	Feminino	25	32,9	16,2
Estado Geral de Saúde	Masculino	25	44,2	16,2
	Feminino	25	45,0	18,2
Vitalidade	Masculino	25	47,2	16,8
	Feminino	25	33,8	18,5
Aspectos Sociais	Masculino	25	65,5	24,2
	Feminino	25	52,0	28,5
Aspectos Emocionais	Masculino	25	60,0	44,0
	Feminino	25	49,3	46,2
Saúde Mental	Masculino	25	53,6	23,1
	Feminino	25	49,6	24,9
Intensidade da dor	Masculino	25	4,4	1,7
	Feminino	25	5,4	1,9
Duração da doença	Masculino	25	70,32	47,3
	Feminino	25	110,28	84,4

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 1 no grupo feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Categoria 1	15	40,3	14,6
	Categoria 2	7	43,5	26,0
	Categoria 3	2	52,5	45,9
	Categoria 4	1	80,0	21,2
Aspectos Físicos	Categoria 1	15	21,6	29,6
	Categoria 2	7	17,8	37,4
	Categoria 3	2	50,0	70,7
	Categoria 4	1	50,0	34,2
Dor	Categoria 1	15	28,9	12,7
	Categoria 2	7	39,7	20,3
	Categoria 3	2	46,0	22,6
	Categoria 4	1	20,0	16,2
Estado Geral de Saúde	Categoria 1	15	41,4	16,3
	Categoria 2	7	46,2	17,3
	Categoria 3	2	58,5	40,3
	Categoria 4	1	62,0	18,2
Vitalidade	Categoria 1	15	26,3	15,2
	Categoria 2	7	42,1	18,4
	Categoria 3	2	60,0	14,1
	Categoria 4	1	35,0	18,5
Aspectos Sociais	Categoria 1	15	48,3	27,0
	Categoria 2	7	55,3	32,9
	Categoria 3	2	56,2	44,1
	Categoria 4	1	75,0	28,5
Aspectos Emocionais	Categoria 1	15	37,7	43,4
	Categoria 2	7	57,1	53,4
	Categoria 3	2	100,0	0,0
	Categoria 4	1	66,6	46,2
Saúde Mental	Categoria 1	15	40,0	20,9
	Categoria 2	7	57,7	26,2
	Categoria 3	2	84,0	11,3
	Categoria 4	1	68,0	24,9
Intensidade da Dor	Categoria 1	15	5,8	1,8
	Categoria 2	7	5,2	2,0
	Categoria 3	2	5,4	2,4
	Categoria 4	1	5,6	2,3
Duração da Doença	Categoria 1	15	97,8	83,6
	Categoria 2	7	132,8	104,7
	Categoria 3	2	108,0	16,9
	Categoria 4	1	144,0	102,1

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 1 no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Categoria 1	18	37,7	15,2
	Categoria 2	17	46,7	21,0
	Categoria 3	11	53,6	24,0
	Categoria 4	3	46,6	32,0
Aspectos Físicos	Categoria 1	18	19,4	27,8
	Categoria 2	17	19,1	27,2
	Categoria 3	11	40,9	42,2
	Categoria 4	3	25,0	25,0
Dor	Categoria 1	18	29,1	12,1
	Categoria 2	17	36,7	16,0
	Categoria 3	11	42,7	13,9
	Categoria 4	3	23,6	6,3
Estado Geral de Saúde	Categoria 1	18	35,3	7,7
	Categoria 2	17	44,3	15,6
	Categoria 3	11	40,0	13,4
	Categoria 4	3	37,3	7,8
Vitalidade	Categoria 1	18	26,9	14,3
	Categoria 2	17	42,3	14,9
	Categoria 3	11	60,9	14,9
	Categoria 4	3	38,3	2,8
Aspectos Sociais	Categoria 1	18	48,6	24,9
	Categoria 2	17	58,0	24,1
	Categoria 3	11	78,4	21,7
	Categoria 4	3	62,5	45,0
Aspectos Emocionais	Categoria 1	18	42,5	42,4
	Categoria 2	17	50,9	48,7
	Categoria 3	11	87,8	30,8
	Categoria 4	3	44,4	38,4
Saúde Mental	Categoria 1	18	40,8	19,4
	Categoria 2	17	51,0	24,3
	Categoria 3	11	70,1	21,6
	Categoria 4	3	56,0	24,3
Intensidade da Dor	Categoria 1	18	5,4	1,6
	Categoria 2	17	4,8	2,1
	Categoria 3	11	4,2	2,0
	Categoria 4	3	5,3	2,0
Duração da Doença	Categoria 1	18	85,1	69,2
	Categoria 2	17	101,9	71,5
	Categoria 3	11	112,1	89,5
	Categoria 4	3	90,9	101,1

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 1 no grupo masculino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Categoria 1	3	25,0	13,2
	Categoria 2	10	49,0	17,9
	Categoria 3	10	53,0	20,2
	Categoria 4	2	30,0	21,2
Aspectos Físicos	Categoria 1	3	8,3	14,4
	Categoria 2	10	20,0	19,7
	Categoria 3	10	37,5	37,7
	Categoria 4	2	12,5	17,6
Dor	Categoria 1	3	30,3	10,5
	Categoria 2	10	34,7	13,0
	Categoria 3	10	40,9	12,9
	Categoria 4	2	25,5	7,7
Estado Geral de Saúde	Categoria 1	3	37,3	8,7
	Categoria 2	10	48,3	18,6
	Categoria 3	10	43,0	15,4
	Categoria 4	2	41,0	22,6
Vitalidade	Categoria 1	3	30,0	10,0
	Categoria 2	10	42,5	12,9
	Categoria 3	10	58,5	17,1
	Categoria 4	2	40,0	1,0
Aspectos Sociais	Categoria 1	3	50,0	12,5
	Categoria 2	10	60,0	17,4
	Categoria 3	10	77,5	22,6
	Categoria 4	2	56,2	61,8
Aspectos Emocionais	Categoria 1	3	66,6	33,3
	Categoria 2	10	46,6	47,6
	Categoria 3	10	76,6	41,7
	Categoria 4	2	33,3	47,1
Saúde Mental	Categoria 1	3	45,3	10,0
	Categoria 2	10	46,4	23,2
	Categoria 3	10	64,0	23,4
	Categoria 4	2	50,0	31,1
Intensidade da Dor	Categoria 1	3	4,3	1,6
	Categoria 2	10	4,5	2,0
	Categoria 3	10	4,7	2,1
	Categoria 4	2	5,1	2,3
Duração da Doença	Categoria 1	3	64,0	54,1
	Categoria 2	10	49,4	30,4
	Categoria 3	10	91,6	54,6
	Categoria 4	2	78,0	59,3

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 2 no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Acredita	42	45,7	21,7
	Não Acredita	8	41,8	13,8
Aspectos Físicos	Acredita	42	25,0	31,2
	Não Acredita	8	21,8	33,9
Dor	Acredita	42	34,9	15,0
	Não Acredita	8	31,6	11,7
Estado Geral de Saúde	Acredita	42	46,0	18,0
	Não Acredita	8	37,5	8,0
Vitalidade	Acredita	42	42,1	19,7
	Não Acredita	8	31,8	9,2
Aspectos Sociais	Acredita	42	59,5	28,1
	Não Acredita	8	54,6	22,0
Aspectos Emocionais	Acredita	42	56,3	44,4
	Não Acredita	8	45,8	50,1
Saúde Mental	Acredita	42	54,2	24,4
	Não Acredita	8	37,5	15,4
Intensidade da dor	Acredita	42	4,8	1,9
	Não Acredita	8	5,5	1,8
Duração da doença	Acredita	42	110,0	100,0
	Não Acredita	8	135,0	100,7

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 2 no grupo feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Acredita	17	44,7	24,3
	Não Acredita	8	41,8	13,8
Aspectos Físicos	Acredita	17	25,0	35,3
	Não Acredita	8	21,8	33,9
Dor	Acredita	17	33,5	18,3
	Não Acredita	8	31,6	11,7
Estado Geral de Saúde	Acredita	17	48,5	20,7
	Não Acredita	8	37,5	8,0
Vitalidade	Acredita	17	34,7	21,7
	Não Acredita	8	31,8	9,2
Aspectos Sociais	Acredita	17	50,7	31,7
	Não Acredita	8	54,6	22,0
Aspectos Emocionais	Acredita	17	50,9	45,8
	Não Acredita	8	45,8	50,1
Saúde Mental	Acredita	17	55,2	26,8
	Não Acredita	8	37,5	15,4
Intensidade da dor	Acredita	17	5,4	2,1
	Não Acredita	8	5,5	1,8
Duração da doença	Acredita	17	98,6	76,1
	Não Acredita	8	135,0	100,7

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 3 no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Apóia	43	45,5	21,4
	Não Apóia	7	42,1	14,9
Aspectos Físicos	Apóia	43	25,0	30,8
	Não Apóia	7	21,4	36,5
Dor	Apóia	43	34,8	14,9
	Não Apóia	7	31,8	12,6
Estado Geral de Saúde	Apóia	43	45,9	17,8
	Não Apóia	7	36,4	8,0
Vitalidade	Apóia	43	42,2	19,5
	Não Apóia	7	30,0	8,1
Aspectos Sociais	Apóia	43	59,3	27,8
	Não Apóia	7	55,3	23,7
Aspectos Emocionais	Apóia	43	57,3	44,4
	Não Apóia	7	38,0	48,7
Saúde Mental	Apóia	43	54,5	24,1
	Não Apóia	7	33,7	11,9
Intensidade da dor	Apóia	43	4,8	1,9
	Não Apóia	7	5,4	1,9
Duração da doença	Apóia	43	109,0	105,0
	Não Apóia	7	133,0	100,3

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Questão 3 no grupo feminino: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Apóia	18	44,4	23,6
	Não Apóia	7	42,1	14,9
Aspectos Físicos	Apóia	18	25,0	34,2
	Não Apóia	7	21,4	36,5
Dor	Apóia	18	33,3	17,8
	Não Apóia	7	31,8	12,6
Estado Geral de Saúde	Apóia	18	48,3	20,1
	Não Apóia	7	36,4	8,0
Vitalidade	Apóia	18	35,2	21,2
	Não Apóia	7	30,0	8,1
Aspectos Sociais	Apóia	18	50,6	30,7
	Não Apóia	7	55,3	23,7
Aspectos Emocionais	Apóia	18	53,7	45,9
	Não Apóia	7	38,0	48,7
Saúde Mental	Apóia	18	55,7	26,1
	Não Apóia	7	33,7	11,9
Intensidade da dor	Apóia	18	5,5	2,0
	Não Apóia	7	5,4	1,9
Duração da doença	Apóia	18	99,1	73,9
	Não Apóia	7	138,8	108,1

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões da Cirurgia no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Realizou	21	44,5	21,9
	Não realizou	29	45,5	20,0
Aspectos Físicos	Realizou	21	22,6	29,4
	Não realizou	29	25,8	33,0
Dor	Realizou	21	36,9	14,9
	Não realizou	29	32,6	14,1
Estado Geral de Saúde	Realizou	21	43,8	18,5
	Não realizou	29	45,2	16,3
Vitalidade	Realizou	21	41,9	19,0
	Não realizou	29	39,4	18,9
Aspectos Sociais	Realizou	21	58,3	23,4
	Não realizou	29	59,0	29,8
Aspectos Emocionais	Realizou	21	63,4	47,0
	Não realizou	29	48,2	43,2
Saúde Mental	Realizou	21	49,1	24,2
	Não realizou	29	53,3	23,8
Intensidade da dor	Realizou	21	4,8	2,0
	Não realizou	29	4,9	1,8
Duração da doença	Realizou	21	110,2	90,1
	Não realizou	29	108,7	98,0

**Distribuição das Médias e Desvios Padrões do Diagnóstico no grupo completo: Domínios da Qualidade de Vida, Intensidade da Dor e Duração da doença.**

Domínio	Resposta	N	Média	DP
Capacidade Funcional	Lombalgia	31	49,0	20,8
	Lombociatalgia	19	38,6	18,9
Aspectos Físicos	Lombalgia	31	26,6	34,1
	Lombociatalgia	19	21,0	26,6
Dor	Lombalgia	31	34,5	15,3
	Lombociatalgia	19	34,2	13,5
Estado Geral de Saúde	Lombalgia	31	47,6	15,3
	Lombociatalgia	19	39,7	19,0
Vitalidade	Lombalgia	31	40,8	18,7
	Lombociatalgia	19	40,0	19,3
Aspectos Sociais	Lombalgia	31	61,6	26,7
	Lombociatalgia	19	53,9	27,6
Aspectos Emocionais	Lombalgia	31	52,6	43,6
	Lombociatalgia	19	57,8	48,2
Saúde Mental	Lombalgia	31	54,0	23,8
	Lombociatalgia	19	47,5	24,0
Intensidade da dor	Lombalgia	31	4,9	2,1
	Lombociatalgia	19	5,0	1,5
Duração da doença	Lombalgia	31	82,5	66,2
	Lombociatalgia	19	102,8	77,5