

# Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica

Self-efficacy and depressive symptoms in chronic pain patients

MARINA DE GÓES SALVETTI<sup>1</sup>, CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA<sup>2</sup>, LAIS VERDERAME LAGE<sup>3</sup>, JOSÉ OSWALDO DE OLIVEIRA JUNIOR<sup>4</sup>, ROBERTO DE OLIVEIRA ROCHA<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira e aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Bolsista CAPES.

<sup>2</sup> Enfermeira e professora titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>3</sup> Médica reumatologista do Departamento de Clínica Médica da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da USP.

<sup>4</sup> Médico neurocirurgião e diretor da Central da Dor do Hospital do Câncer A. C. Camargo.

<sup>5</sup> Médico anesthesiologista da Clínica de Dor do Hospital Santa Cruz.

Recebido: 08/12/05 – Aceito: 23/08/06

## Resumo

**Contexto:** Auto-eficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso tarefas ou de apresentar comportamentos para produzir um resultado desejável. É conceito-chave para o adequado controle de doenças crônicas e estudos sobre o tema são incipientes no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a crença de auto-eficácia de pacientes com dor crônica e relacioná-la a variáveis sociodemográficas, de características da dor e à presença de sintomas depressivos. **Métodos:** A amostra, de conveniência, foi de 132 sujeitos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). **Resultados:** O escore médio de auto-eficácia foi 170,8 (DP = 56,7). Auto-eficácia menor foi observada nos pacientes com até 8 anos de escolaridade, quando comparada à de pacientes com escolaridade entre 9 e 11 anos ( $p = 0,015$ ). Auto-eficácia mais elevada foi observada nos doentes com dor menos intensa ( $p = 0,042$ ). A Escala AEDC apresentou correlação negativa com o IDB ( $r = -0,48$ ;  $p < 0,01$ ). **Conclusões:** Os doentes com escolaridade de até 8 anos apresentaram auto-eficácia menor que os doentes que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade. Os pacientes com dor menos intensa e os doentes com menos sintomas depressivos apresentaram maior auto-eficácia.

Salvetti, M.G. et al. / *Rev. Psiq. Clín.* 34 (3); 111-117, 2007

**Palavras-chave:** Auto-eficácia, dor crônica, depressão, crenças.

## Abstract

**Background:** Self-efficacy is the belief about one's personal ability to perform a task or specific behavior successfully. Self-efficacy is a key concept to manage chronic diseases and the studies about it are insufficient in Brazil. **Objective:** To evaluate chronic pain patient's self-efficacy belief and relate to social demographic variables, pain and depressive symptoms. **Methods:** The convenience sample was 132 subjects. The instruments utilized were Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) in Portuguese version (AEDC) and Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** The self-efficacy average score was 170.8 (DP = 56.7). Low self-efficacy was observed in 8 year education level patients compared to 9 to 11 year education level ( $p = 0.015$ ). Higher self-efficacy was observed in patients with lower pain intensity ( $p = 0.042$ ). The AEDC was negative correlated to IDB depression ( $r = -0.48$ ;  $p < 0.01$ ). **Conclusions:** Patients with 8 year education level showed low self-efficacy than patients with 9 to 11 year education level. Subjects with lower pain intensity and fewer depressive symptoms showed higher self-efficacy scores.

Salvetti, M.G. et al. / *Rev. Psiq. Clín.* 34 (3); 111-117, 2007

**Key-words:** Self-efficacy, chronic pain, depression, beliefs.

## Introdução

Auto-eficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável (Bandura, 1977).

A crença de auto-eficácia é composta pelas expectativas de auto-eficácia e de resultados. Expectativa de auto-eficácia é a convicção (crença) de que se pode apresentar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados e expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados.

A expectativa de auto-eficácia é alimentada por quatro fontes de informação: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais. Realizações pessoais são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. A observação de experiências refere-se à observação de pessoas desempenhando atividades sem conseqüências adversas, o que pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las. A persuasão verbal é uma estratégia amplamente utilizada, na qual as pessoas são estimuladas a enfrentar situações que imaginavam superar suas habilidades. As respostas emocionais a situações estressantes eliciam respostas emocionais que podem interferir na percepção de competência pessoal. Minimizar o desgaste emocional melhora a percepção de auto-eficácia e o desempenho.

O conceito de auto-eficácia pode ser aplicado a uma variedade de condições de saúde, incluindo a de dor crônica. Estudos sobre auto-eficácia e dor mostraram que as crenças de auto-eficácia relacionam-se com incapacidade, tolerância à dor, manifestação de comportamentos dolorosos e sintomas depressivos (Litt, 1988; Cipher e Fernandez, 1997).

Em um estudo que analisou a influência da auto-eficácia na tolerância e evitação da dor em pacientes com dor crônica, observou-se que a expectativa de tolerância predisse a tolerância real, e a expectativa de perigo predisse a evitação da dor (Cipher e Fernandez, 1997).

Um estudo sobre efeitos da auto-eficácia nos comportamentos dolorosos de pacientes com artrite reumatóide mostrou correlação negativa entre escores de auto-eficácia, número de comportamentos dolorosos e sintomas depressivos, isto é, quanto maior a auto-eficácia, menor o número de comportamentos dolorosos e de sintomas depressivos (Buescher *et al.*, 1991).

Em estudos sobre a mediação da auto-eficácia na intensidade da dor, incapacidade e depressão, observou-se que dor intensa e baixa auto-eficácia contribuíram para o desenvolvimento de incapacidade e depressão em pacientes com dor crônica (Arnstein *et al.*, 1999; Arnstein, 2000).

Da análise da relação entre a percepção de auto-eficácia e os resultados do tratamento em doentes com

dor crônica, observou-se que a crença de auto-eficácia estava associada ao nível de funcionalidade e à resposta ao tratamento (Kores *et al.*, 1990).

O conceito de auto-eficácia em dor crônica é pouco explorado no Brasil e pode ser muito útil no tratamento desses pacientes. A percepção de auto-eficácia pode ser modificada com intervenções específicas, contribuindo para melhorar a incapacidade, a adesão ao tratamento, os sintomas depressivos e a tolerância à dor.

Marks *et al.* (2005) afirmam que o construto da auto-eficácia permite o desenvolvimento de intervenções capazes de afetar positivamente o comportamento, produzindo impacto significativo nos problemas relacionados às doenças crônicas.

As intervenções propostas na literatura para melhorar a auto-eficácia dos doentes incluem estratégias educativas, envolvimento dos familiares no tratamento, prática de exercícios, promoção do autocuidado, auto-avaliação das respostas emocionais e fisiológicas, encorajamento, desenvolvimento de técnicas de tomada de decisão e resolução de problemas. A abordagem pode ser individual ou em grupos pequenos, com ênfase na colaboração e nas estratégias de participação ativa dos doentes (Marks *et al.*, 2005).

Intervenções no modelo comportamental-cognitivo também podem ser utilizadas para melhorar a auto-eficácia dos doentes.

O objetivo deste estudo foi avaliar a crença de auto-eficácia de pacientes com dor crônica e relacioná-la a variáveis sociodemográficas, de características da dor e à presença de sintomas depressivos.

## Casuística e método

O estudo foi desenvolvido em quatro serviços de saúde simultaneamente: Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Ambulatório de Reumatologia (Serviço A), Ambulatório do Grupo de Dor do Hospital Santa Cruz (Serviço B), Ambulatório da Central da Dor do Hospital do Câncer A. C. Camargo (Serviço C) e Serviço de Medicina Preventiva – (Qualivida) Unimed São Roque (Serviço D).

Nos ambulatórios onde se realizou a coleta de dados, o projeto foi submetido às Comissões de Ética em Pesquisa e em todas obteve aprovação (Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas – FMUSP, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Cruz e Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer). No Serviço de Medicina Preventiva da Unimed São Roque, o projeto foi encaminhado à Diretoria da Unimed São Roque e aos médicos responsáveis pelo Grupo de Dor, pois o Serviço não contava com Comissão de Ética em Pesquisa e sua realização foi aprovada.

A amostra de conveniência foi constituída por 132 pacientes com dor crônica não oncológica de etiologia

variada. Os critérios de inclusão foram: dor havia pelo menos 6 meses, diagnóstico médico de dor crônica, idade superior a 18 anos e 4 anos de escolaridade, no mínimo. Dos avaliados, 43 eram do Hospital das Clínicas, 23, do Hospital Santa Cruz, 38, do Hospital do Câncer e 28, da Unimed São Roque. Os dados foram coletados entre os meses de setembro de 2003 e fevereiro de 2004.

A tabela 1 apresenta as principais características da amostra estudada.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e da dor dos doentes, São Paulo, 2004

Características	Amostra total
<b>Sexo</b> (n = 132)	
Feminino	116 (87,9%)
Masculino	16 (12,1%)
<b>Idade</b> (n = 132)	
Média (DP)	45,91 (12,68)
Mediana	45,00
Variação	22 – 82
<b>Escolaridade</b> (n = 132)	
4 a 8 anos	48 (36,3%)
9 a 11 anos	46 (34,8%)
12 anos e mais	38 (28,7%)
<b>Renda*</b> (n = 109)	
Média (DP)	3,31 (3,24)
Mediana	2,00
Variação	0,4 – 20,8
<b>Etiologia da dor</b> (n = 132)	
Fibromialgia	72 (54,5%)
Dor neuropática	32 (24,2%)
Origem desconhecida	8 (6,1%)
Cefaléia	6 (4,5%)
Outras**	14 (10,6%)
<b>Intensidade da dor</b> (n = 132)	
Média (DP)	6,83 (2,3)
Mediana	7
Variação	1 – 10
<b>Tempo de dor</b> (em anos) (n = 132)	
Média (DP)	7,4 (7,7)
Mediana	5
Variação	0,5 – 40

\*A renda foi obtida em salários mínimos (R\$ 240,00) e o n foi 109, pois nem todos os sujeitos da pesquisa souberam ou quiseram especificar a renda.

\*\*Outras: artrite, LER/DORT, tendinite, bursite, síndrome miofascial, síndrome do intestino irritável e síndrome da articulação temporomandibular.

Os dados foram coletados antes ou depois da consulta médica, nos três ambulatorios citados. No Serviço de Medicina Preventiva Qualivida – Unimed São Roque, os doentes faziam parte de um programa de atendimento multiprofissional em grupo para o controle da dor crônica e responderam à pesquisa no início do programa. Os doentes assinaram, em duas vias, o Termo de

Consentimento Informado e responderam ao Instrumento de Identificação, à Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS) (Anderson *et al.*, 1995), validada para a língua portuguesa (Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica [AEDC]) (Salveti e Pimenta, 2005) e ao Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Beck, 1982; Gorenstein e Andrade, 1998). Os doentes optaram por responder aos instrumentos sozinhos ou acompanhando a leitura com a pesquisadora.

O Instrumento de Identificação foi composto por dados demográficos e de características da dor, incluindo uma escala numérica para mensuração da intensidade da dor.

A CPSS foi desenvolvida para medir a percepção de auto-eficácia e a capacidade de lidar com as conseqüências da dor em pacientes com dor crônica. É composta de 22 itens divididos em três domínios: auto-eficácia para a dor (AED), auto-eficácia para a funcionalidade (AEF) e auto-eficácia para outros sintomas (AES). Cada crença é avaliada numa escala do tipo Likert que varia de 10 a 100 e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. É possível obter um escore para cada domínio (AED, AEF, AES), somando-se os valores de cada um dos itens daquele domínio e dividindo-se pelo número de itens. O AED possui 5 itens, o AEF, 9 e o domínio AES, 8 itens. O escore por domínio varia entre 10 e 100. A soma dos escores dos três domínios fornecerá o escore total da escala, que varia entre 30 e 300 (Anderson *et al.*, 1995).

A escala não estabelece pontos de corte para auto-eficácia. Na validação para a língua portuguesa, foram confirmados os três domínios da escala original e obteve-se boa confiabilidade para a escala total ( $\alpha$  de Cronbach = 0,94) e para os domínios AED, AEF e AES, em que o  $\alpha$  Cronbach foi de 0,76, 0,89 e 0,92, respectivamente (Salveti e Pimenta, 2005).

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) validado para a língua portuguesa por Gorenstein e Andrade (1998) é composto de 21 itens com afirmações graduadas de 0 a 3, que refletem a intensidade do sintoma. O escore máximo é 63 (maior nível de depressão). As categorias avaliadas nos 21 itens são as seguintes: humor deprimido, pessimismo, sensação de fracasso, perda de satisfação, sentimentos de culpa, sensação de punição, auto-rancor (ódio, aversão), auto-acusação, ideação suicida, choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, imagem corporal alterada, inibição para o trabalho, anormalidades do sono, fadigamento, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido. Segundo Gorenstein e Andrade (1998), os pontos de corte para indivíduos sem diagnóstico prévio de depressão são os seguintes: 0 a 15: ausência de depressão; 16 a 20: disforia; e acima de 20: depressão.

Para analisar as associações entre as escalas e as demais variáveis quantitativas, foram utilizados coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman, no caso de variáveis sem distribuição normal. Alternativa-

mente, as variáveis quantitativas foram categorizadas segundo os tercis da distribuição e, assim, transformadas em qualitativas. Nesse caso, as associações foram analisadas comparando-se as médias dos escores em cada categoria. Para comparar as médias, utilizou-se a Análise de Variância (Anova), seguida pelo Método de Comparações Múltiplas de Tukey para localizar as diferenças duas a duas. A suposição de normalidade, necessária para a realização dos testes, foi verificada pelos coeficientes de assimetria e curtose, diagramas do tipo *box-plot* e gráficos normais de probabilidade. Para se analisar a existência de correlação entre crença de auto-eficácia e depressão, utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson.

O nível de significância adotado foi 0,05. O programa estatístico utilizado para efetuar os cálculos foi o SPSS versão 11.0.

## Resultados

A média, o desvio-padrão e a mediana do escore de auto-eficácia obtidos nos três domínios e na escala total estão apresentados na tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição dos escores da Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) por domínios e para a escala total, São Paulo, 2004

Crença de auto-eficácia (n = 132)	Média	(DP)	Mediana
Auto-Eficácia para Dor (AED)	52,21	(19,52)	52,00
Auto-Eficácia para Funcionalidade (AEF)	62,37	(24,68)	63,30
Auto-Eficácia para outros Sintomas (AES)	56,24	(20,32)	55,00
Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC)	170,80	(56,66)	173,05

O escore médio da Escala de Auto-Eficácia (AEDC) foi de 170,8 (DP = 56,7) e a mediana foi de 173,05, considerando-se o total da amostra. Observa-se que a média e a mediana foram semelhantes e a variação foi grande (66,40 a 296,9), sugerindo a existência de escores discrepantes (8 sujeitos tiveram escores abaixo de 80 e 3 escores acima de 270). Em relação aos domínios da escala, a percepção de auto-eficácia mais elevada foi observada no domínio funcionalidade (AEF), seguido pelo domínio sintomas (AES) e controle da dor (AED). Não houve diferença significativa entre as subamostras dos diferentes serviços de saúde, onde o estudo foi realizado.

As relações entre os escores de auto-eficácia e as variáveis sociodemográficas e de características da dor são apresentadas na tabela 3.

A auto-eficácia diferiu em relação à escolaridade, isto é, auto-eficácia menor foi observada nos doentes com

escolaridade entre 4 e 8 anos (Ensino fundamental), quando comparada aos doentes com escolaridade entre 9 e 11 anos (Ensino médio) ( $p = 0,015$ ). O grupo com as maiores médias de auto-eficácia foi o com escolaridade entre 9 e 11 anos (Ensino médio). Não se observou uma relação linear do tipo quanto maior a escolaridade, maior a auto-eficácia, o que justifica a falta de correlação linear na análise quantitativa. As variáveis sexo, idade e renda não apresentaram diferença em relação ao escore de auto-eficácia. Vale lembrar que a comparação da variável sexo foi prejudicada pela predominância do sexo feminino.

Observou-se relação significativa entre auto-eficácia e intensidade da dor, isto é, auto-eficácia maior foi observada nos pacientes com dor menos intensa (menor que 5), quando comparada aos doentes que classificaram a intensidade de sua dor como moderada (entre 5 e 7) ( $p = 0,042$ ) e intensa (8 a 10) ( $p = 0,042$ ). A auto-eficácia não apresentou diferença em relação ao tempo de dor.

A distribuição dos escores do IDB na amostra estudada, por faixa de escore, como proposto por Gorenstein e Andrade (1998), foi de 0-15 (52,3%;  $n = 69$ ), 16-20 (18,9%;  $n = 25$ ) e  $\geq 21$  (28,8%;  $n = 38$ ). Nas subamostras dos diferentes serviços de saúde estudados, não houve diferença significativa em relação aos escores do IDB. Observaram-se, em cerca de um quarto dos avaliados, escores iguais ou superiores a 21, indicativos de depressão.

A correlação entre a Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica (AEDC) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) foi negativa ( $r = -0,48$ ) e estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). O mesmo ocorreu com os domínios da escala, quando analisados separadamente, sendo  $r = -0,29$ ,  $r = -0,41$  e  $r = -0,55$ , para os domínios AED, AEF e AES, respectivamente, indicando que quanto maior o escore na Escala de Auto-Eficácia (AEDC), menor o escore do IDB, isto é, escores elevados de auto-eficácia estiveram relacionados a menos sintomas depressivos.

## Discussão

Dor crônica é uma experiência complexa, multideterminada e de difícil avaliação e controle, cuja etiologia e cujo tratamento não se restringem ao modelo clássico de doença. O modelo comportamental-cognitivo tem auxiliado na compreensão de como os comportamentos de dor são adquiridos e de como as crenças e erros cognitivos influem na apreciação e vivência de quadros dolorosos crônicos. Nessa ótica, a atribuição de significado ao fato “ter dor crônica” e o estilo de apreciação dos eventos, mais do que a etiologia ou a localização da dor, influem no modo como se lida com a situação.

O conceito de auto-eficácia pode ser útil no manejo da dor crônica e na modificação de comportamentos pouco adaptativos relacionados à dor. As intervenções cognitivo-comportamentais podem modificar a crença de auto-eficácia e melhorar os resultados do tratamento (Dolce, 1987). Um estudo desenvolvido por Nicholas

**Tabela 3.** Relação entre os escores de auto-eficácia e variáveis demográficas relacionadas à dor, São Paulo, 2004

Variável	AED* média (DP)	AED* mediana	AEF** média (DP)	AEF** mediana	AES*** média (DP)	AES*** mediana	AEDC# média (DP)	AEDC# mediana	Teste
<b>Sexo</b>									
Feminino (n = 116)	51,71 (19,21)	52,00	61,19 (24,02)	62,76	55,63 (20,14)	55,00	168,50 (55,42)	170,90	T de Student
Masculino (n = 16)	55,88 (21,91) (p = 0,425)	54,00	70,88 (28,40) (p = 0,142)	86,60	60,70 (21,72) (p = 0,351)	60,00	187,45 (64,42) (p = 0,211)	206,58	
<b>Idade</b>									
22 a 40 anos (n = 47)	54,55 (19,04)	56,00	61,57 (22,46)	62,20	54,28 (19,74)	53,75	170,41 (53,39)	174,15	Anova
41 a 50 anos (n = 40)	48,00 (19,57)	46,00	58,69 (27,39)	59,41	52,50 (20,53)	50,00	159,19 (59,84)	153,87	
51 a 82 anos (n = 45)	53,51 (19,80) (p = 0,256)	54,00	66,47 (24,31) (p = 0,338)	71,10	61,61 (20,04) (p = 0,084)	58,75	181,53 (56,25) (p = 0,193)	195,85	
<b>Escolaridade</b>									
4 a 8 anos (n = 48)	46,67 (19,32)	47,00	55,61 (24,59)	50,50	50,81 (16,34)	51,25	153,09 (53,58)	150,98	Anova
9 a 11 anos (n = 46)	55,65 (19,10)	56,00	68,10 (23,48)	70,55	60,73 (22,54)	61,25	184,48 (56,12)	191,13	
Mais de 11 anos (n = 38)	55,05 (19,18) (p = 0,046)	54,00	63,96 (24,80) (p = 0,043)	71,65	57,66 (20,96) (p = 0,052)	60,63	176,60 (56,70) (p = 0,019)	187,98	
<b>Renda (n = 109)</b>									
< de 1,5 SM	52,38 (18,92)	50,00	62,68 (25,14)	64,41	55,90 (18,26)	58,75	170,95 (52,48)	177,59	Anova
1,5 a 3,0 SM	51,18 (19,74)	52,00	60,18 (22,88)	60,50	56,47 (18,99)	54,38	167,83 (55,30)	160,38	
Mais de 3,0 SM	52,22 (52,00) (p = 0,965)	52,00	63,07 (26,12) (p = 0,866)	71,10	57,22 (22,51) (p = 0,960)	55,00	172,45 (61,52) (p = 0,938)	184,50	
<b>Intensidade da dor</b>									
< de 5 (n = 23)	62,35 (20,29)	62,00	74,50 (19,75)	77,70	61,85 (19,25)	61,25	198,69 (51,41)	208,80	Anova
5 a 7 (n = 47)	49,83 (16,85)	50,00	60,86 (26,31)	67,70	53,48 (21,11)	53,75	164,11 (55,15)	169,86	
8 a 10 (n = 62)	50,26 (20,21) (p = 0,022)	50,00	59,01 (24,01) (p = 0,031)	55,50	56,25 (19,87) (p = 0,272)	54,38	165,52 (57,37) (p = 0,033)	163,07	
<b>Tempo de dor</b>									
< de 3 anos (n = 41)	57,41 (19,36)	54,00	64,87 (26,03)	66,60	58,66 (20,43)	55,00	180,94 (56,70)	185,42	Anova
3 a 7 anos (n = 45)	48,18 (18,88)	50,00	60,40 (24,10)	62,20	52,22 (21,06)	52,50	160,73 (56,14)	163,53	
> de 7 anos (n = 46)	51,52 (19,64) (p = 0,086)	52,00	62,07 (24,36) (p = 0,703)	62,76	58,02 (19,03) (p = 0,262)	55,63	171,60 (56,66) (p = 0,256)	173,14	

AED: Auto-Eficácia para a Dor; AEF: Auto-Eficácia para a Funcionalidade; AES: Auto-Eficácia para outros Sintomas; AEDC: Escala de Auto-Eficácia para Dor Crônica.

*et al.* (1991) implementou intervenções de natureza comportamental-cognitiva associadas à fisioterapia e observou melhora na funcionalidade, redução no uso de medicação para a dor, redução dos pensamentos disfuncionais sobre dor e melhora no uso de estratégias ativas de *coping*.

Um estudo desenvolvido por Nicholas *et al.* (1992), para verificar a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental que incluía treino de relaxamento em comparação com um grupo controle para pacientes com dor lombar crônica, constatou melhora significativa na funcionalidade, no uso de estratégias ativas de *coping* e nas crenças de auto-eficácia, além de redução no uso de medicamentos. Essas diferenças se mantiveram no seguimento, após 6 meses para o uso de estratégias de *coping* e em menor grau para as crenças de auto-eficácia e para funcionalidade.

Neste estudo, a média de idade foi de 46 anos e a intensidade média da dor, de 6,8 (Tabela 1), dados que se assemelham aos de estudos realizados nos EUA, que apresentaram idade média de 44 anos e intensidade média de dor de 6,0 e 6,1 (Arnstein *et al.*, 1999; Arnstein,

2000). Os doentes da presente pesquisa apresentaram média de tempo de dor de 7,4 anos (Tabela 1) e apenas 28,7% tinham mais de 11 anos de escolaridade (Tabela 3). Nos estudos desenvolvidos nos EUA, o tempo médio de dor foi de 3 anos e 68% e 72% dos doentes tinham mais de 11 anos de escolaridade (Arnstein *et al.*, 1999; Arnstein, 2000). O tempo de dor e a escolaridade no presente estudo diferiram dos estudos americanos. O escore médio de auto-eficácia observado no estudo de Arnstein *et al.* (1999) foi de 151 (n = 136) e no estudo de Arnstein (2000) foi de 143 (n = 126), valores pouco inferiores ao obtido no presente estudo (171; n = 132), com amostras de tamanho semelhantes.

É difícil classificar o escore de auto-eficácia como baixo ou adequado, pois não há pontos de corte estabelecidos, há poucos dados para comparação e não há estudos nacionais sobre o tema. Não se conhece também a partir de que escores de auto-eficácia os resultados do tratamento ou a incapacidade são melhores ou piores. Há necessidade de estudos que estabeleçam pontos de corte indicativos de auto-eficácia adequada ou insuficiente, que correlacionem esses valores com resultados

do tratamento e comparem os escores em pacientes de diferentes culturas.

Observou-se relação entre auto-eficácia e escolaridade (Tabela 3), isto é, auto-eficácia menor foi observada nos doentes com menor escolaridade. Não foram encontrados na literatura outros estudos que comparassem escores de auto-eficácia e escolaridade dos doentes. É possível que o doente com maior escolaridade tenha melhor condição de acesso ao sistema de saúde, melhor condição de lidar com a dor e auto-eficácia mais elevada.

No presente estudo, não se observou relação entre auto-eficácia e idade, sexo e renda (Tabela 3). O estudo da relação entre essas variáveis, embora incipiente, é interessante, pois pode indicar a existência de “grupos de risco”.

A análise do sexo foi prejudicada pela predominância de mulheres e, embora tenham ocorrido diferenças nos valores de auto-eficácia de acordo com a idade, estas não foram estatisticamente significantes. Diferentemente do observado na presente pesquisa, há um estudo que analisou a auto-eficácia de três grupos de pacientes: de 17 a 35 anos (adultos jovens), 36 a 55 (adultos de meia-idade) e 56 a 73 (adultos de idade avançada) e observou que os adultos jovens apresentaram escores de auto-eficácia menores que os indivíduos de meia-idade (Chong *et al.*, 2001).

No presente estudo, verificou-se relação entre auto-eficácia e intensidade da dor e não se observou relação entre auto-eficácia e tempo de dor (Tabela 3).

Auto-eficácia maior foi observada nos pacientes com dor menos intensa, e talvez isso possa ser explicado pelo fato de que ter o sintoma controlado aumente a percepção de ser capaz de intervir em uma dada situação. A ausência de relação entre auto-eficácia e tempo de dor causou estranheza, pois se imaginava que dor por tempo prolongado resultaria em acreditar-se impotente e incapaz de lidar com a situação de dor. É possível que o tamanho da amostra tenha influenciado nos resultados, pois aqueles com dor havia menos de 3 anos tenderam a apresentar escore de auto-eficácia mais elevado (Tabela 3).

Associação entre auto-eficácia, intensidade da dor e outras variáveis foi observada em outros estudos nos quais os pacientes com mais altos escores de auto-eficácia relataram dor menos intensa, menor prejuízo nas atividades de vida diária, melhor função física e maior controle sobre a vida (Anderson *et al.*, 1995; Chong *et al.*, 2001; Lefebvre *et al.*, 1999).

No presente estudo, observou-se correlação negativa entre auto-eficácia e depressão, isto é, os doentes com auto-eficácia mais elevada mostraram menores escores no IDB. Cabe ressaltar que a média (16,9 DP = 9,6) e a mediana (15) do IDB indicaram doentes sem sintomas depressivos ou no limite inferior de disforia, mas 28,8% dos sujeitos apresentaram escores compatíveis com depressão (escores superiores a 21). É importante também lembrar que mais da metade dos doentes avaliados tinha

fibromialgia, síndrome classicamente associada com depressão. Russell (2001) sugeriu que 30% a 40% dos doentes com fibromialgia eram deprimidos.

A associação dor crônica e depressão é conhecida, mas a prevalência é ainda controversa. Para Craig (1999), cerca de 18% dos doentes com dor crônica podem ser considerados deprimidos. Sullivan e Turk (2001) relataram grande variabilidade na ocorrência de depressão (entre 10% e 100%) e média de prevalência em torno de 50%. Nas síndromes dolorosas crônicas e nos quadros depressivos, há diminuição da oferta de aminas serotoninérgicas e noradrenérgicas e há modificações comportamentais, como isolamento, diminuição da atividade e autofocalização, que podem contribuir para a depressão e maior percepção da dor.

Outros estudos internacionais também observaram relação entre auto-eficácia e depressão. Pacientes com mais altos níveis de auto-eficácia relataram humor mais positivo, menos sintomas depressivos, menos desesperança e menos angústia emocional (Anderson *et al.*, 1995; Lefebvre *et al.*, 1999). Outro estudo, desenvolvido por Arnstein *et al.* (1999), mostrou que a intensidade da dor e a auto-eficácia contribuíram para o desenvolvimento de depressão em pacientes com dor crônica.

## Conclusões

A auto-eficácia dos doentes estudados foi moderada, inversamente relacionada à intensidade da dor e positivamente relacionada à escolaridade. Observou-se correlação negativa entre auto-eficácia e depressão.

Pacientes com adequado senso de auto-eficácia tendem a apresentar menor incapacidade, menos sintomas depressivos e melhores respostas ao tratamento. Conhecer a auto-eficácia de pacientes com dor crônica pode ser útil para antever respostas ao tratamento e intervir para evitar respostas indesejáveis.

## Referências

- Anderson, K.O. et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain* 63:77-84, 1995.
- Arnstein, P. et al. Self-efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain* 80:483-491, 1999.
- Arnstein, P. The mediation of disability by self efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability & Rehabilitation* 22(17):794-801, 2000.
- Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84:191-215, 1977.
- Beck, A.T. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- Buescher, K.L. et al. Relationship of self-efficacy to pain behavior. *The Journal of Rheumatology* 18:968-72, 1991.
- Chong, G.S.; Cogan, D.; Randolph, P.; Racz, G. Chronic pain and self-efficacy: the effects of age, sex and chronicity. *Pain Practice* 1(4):338-343, 2001.
- Cipher, D.J.; Fernandez, E. Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy* 35(5): 437-444, 1997.
- Craig, K.D. Emotions and psychology. In: Wall, P.D.; Melzack, R, editors. *Textbook of pain*. 4a ed. London: Churchill Livingstone, 1999.

- Dolce, J.J. Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behav Res Ther* 25(4):289-299, 1987.
- Gorenstein, C.; Andrade, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín* 25 (5):245-250, 1998.
- Kores, R.C.; Murphy, W.D.; Rosenthal, T.L.; Elias, D.B.; North, W.C. Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy* 28(2):165-169, 1990.
- Lefebvre, J.C. et al. The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 80:425-435, 1999.
- Litt, M.D. Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology* 54(1):149-160, 1988.
- Marks, R.; Allegrante, J.P.; Lorig, K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promotion Practice* 6 (1): 37-43, 2005.
- Nicholas, M.K.; Wilson P.H.; Goyen J. Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy* 29 (3):225-238, 1991.
- Nicholas, M.K.; Wilson, P.H.; Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 48: 339-347, 1992.
- Russell, J.J. Fibromyalgia syndrome. In: Loeser, J.D., editor. *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott, 2001.
- Salveti, M.G.; Pimenta, C.A.M. Validação da Chronic Pain Self-efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiq Clín* 32 (4):202-210, 2005.
- Sullivan, M.D.; Turk, D.C. Psychiatric illness, depression and psychogenic pain. In: Loeser J.D., editor. *Bonica's management of pain*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.