

Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica

Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain

Sandro Max Castro Silva¹, Carla Hilário da Cunha Dalto², Martha Moreira Cavalcante Castro^{1,3}, Camila Cavalcante Castro⁴, Raphael de Souza Borges⁵, Marcos Almeida Matos¹

10.5935/2595-0118.20210038 DOI

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Dor crônica acarreta incapacidade funcional e social, impactando emocionalmente os indivíduos. O objetivo deste estudo foi descrever os principais comprometimentos das atividades de vida diária, sintomas ansiosos e depressivos e qualidade de vida em pacientes com dor crônica.

MÉTODOS: Estudo transversal com pacientes de ambulatório de dor crônica. Análise das variáveis clínicas e sociodemográficas, assim como das atividades de vida diária. Avaliação de dor, de sintomas ansiosos e depressivos pela *Hospital Anxiety and Depression Scale*, de qualidade de vida pelo questionário *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* e a análise dos dados no programa estatístico SPSS.

RESULTADOS: Foi evidenciada limitação para o trabalho, movimento, lazer e atividade domiciliar, qualidade de vida abaixo da mediana e pior para os domínios aspectos físicos e emocionais. O sono foi muito comprometido, seguido de dificuldade parcial para apetite e atividade sexual. Embora apresentassem sintomas ansiosos e depressivos, a maioria dos participantes estavam moderadamente satisfeitos com o tratamento.

CONCLUSÃO: A dor crônica impacta de forma muito significativa na qualidade de vida, comprometendo e limitando as atividades diárias de modo mais intenso nos portadores de sintomas ansiosos e depressivos.

Descritores: Ansiedade, Depressão, Dor crônica, Qualidade de vida.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain causes functional and social disability, resulting in emotional impact. This study's objective was to describe the main impairments of activities of daily living, anxious and depressive symptoms, and quality of life in patients with chronic pain.

METHODS: Cross-sectional study with chronic pain outpatients. Analysis of clinical and sociodemographic variables, as well as activities of daily living. Assessment of pain, anxious and depressive symptoms by the Hospital Anxiety and Depression Scale, quality of life by the Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Health Survey questionnaire and data analysis by the SPSS statistical software.

RESULTS: The study observed limitations in work, movement, leisure and home activities, quality of life below the median and worse for the physical and emotional domains. Sleep was very impaired, followed by partial difficulty with appetite and sexual activity. Although they had anxious and depressive symptoms, most participants were moderately satisfied with their treatment.

CONCLUSION: Chronic pain has a very significant impact on quality of life, impairing and limiting daily activities more intensely in individuals with anxious and depressive symptoms.

Keywords: Anxiety, Chronic pain, Depression, Quality of life.

INTRODUÇÃO

Dor é um sintoma muito prevalente na maioria das doenças, podendo inclusive existir como condição única, tornando-se também uma síndrome específica¹⁻³. Aproximadamente 80% da população mundial procura regularmente os sistemas de saúde com queixas de algum tipo de dor⁴. A dor crônica (DC), além de ser uma doença grave, tem impacto no estado funcional e no retorno ao trabalho⁵.

No Brasil, a DC é considerada um problema de saúde pública, pois aproximadamente 76,2% da população apresenta DC recorrente ou com duração de, pelo menos, seis meses⁶. A DC é considerada uma doença decorrente de disfunção do sistema somatossensorial e provoca alterações multifatoriais importantes especialmente quando associada com sintomas depressivos, podendo interferir sobremaneira na qualidade de vida (QV) do indivíduo⁷.

Estudos têm relatado a prevalência de distúrbios psíquicos em associação com DC, incluindo a depressão, que está presente na maioria dos pacientes com DC de modo muito mais frequente do que na população geral⁸⁻¹². A ansiedade também está presente na maior

Sandro Max Castro Silva – <https://orcid.org/0000-0003-1634-8864>;
Carla Hilário da Cunha Dalto – <https://orcid.org/0000-0003-1115-688X>;
Martha Moreira Cavalcante Castro – <https://orcid.org/0000-0002-7868-1120>;
Camila Cavalcante Castro – <https://orcid.org/0000-0002-1181-6609>;
Raphael de Souza Borges – <https://orcid.org/0000-0001-5008-8475>;
Marcos Almeida Matos – <https://orcid.org/0000-0002-3592-986X>.

1. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Mestrado em Tecnologias e Saúde, Salvador, BA, Brasil.
2. Universidade Federal da Bahia, Departamento de Nutrição, Salvador, BA, Brasil.
3. Universidade Federal da Bahia, Ambulatório de Dor do C-HUPES, Salvador, BA, Brasil.
4. Centro Universitário UniFAC, Faculdade de Medicina, Salvador, BA, Brasil.
5. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Salvador, BA, Brasil.

Apresentado em 17 de setembro de 2020.

Aceito para publicação em 19 de julho de 2021.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Sandro Max Castro Silva
Av. Prof. Magalhães Neto, 1541, bloco A, sala 3014 – Pituba
41810-011 Salvador, BA, Brasil.
E-mail: sandromax65@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

parte dos portadores de DC quando comparados àqueles sem essa condição clínica¹³.

A DC afeta a vida pessoal e profissional dos pacientes, piorando a QV devido à incapacidade física, interferência no trabalho e lazer com a família, afastamento do convívio social e sofrimento psíquico, tornando estas relações complexas e difíceis de serem compreendidas¹⁴.

Este estudo teve como objetivo descrever os principais comprometimentos das atividades de vida diária, sintomas ansiosos e depressivos e QV dos pacientes com DC.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal que incluiu 164 pacientes portadores de DC atendidos no Ambulatório de Dor da Universidade Federal da Bahia (UFB). A coleta de dados foi realizada por um médico, dois psicólogos e dois estudantes de medicina dos últimos anos de graduação após devido treinamento para garantir maior concordância entre as respostas. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos e faixa etária entre 18 e 80 anos e excluídos sujeitos com dificuldade em compreender os objetivos do estudo, que não concluíram o protocolo e pacientes com dor oncológica.

Foi utilizado o questionário de dados sociodemográficos e clínicos, composto por quesitos referentes à caracterização social e demográfica dos sujeitos, assim como informações referentes à dor e suas repercussões. A dor foi avaliada pela escala visual numérica (EVN), que consiste em uma linha graduada de zero a 10, em que zero representa ausência de dor e 10 a pior dor que se possa imaginar¹⁵. Os valores obtidos foram categorizados da seguinte forma: zero = ausência de dor; 1, 2 e 3 = dor leve; 4, 5 e 6 = dor moderada; 7, 8 e 9 = dor intensa; e 10 = dor insuportável. Também foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que possui 14 questões, sendo sete para ansiedade e sete para depressão, tendo como pontos de corte oito para ansiedade e nove para depressão¹⁶. Por fim, a QV foi avaliada pelo *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36), instrumento genérico que avalia as seguintes dimensões: Capacidade Funcional (capacidade de cuidar de si mesmo e de desempenhar atividades de vida diária); Aspectos Físicos (impacto da saúde física para desempenhar suas atividades); Dor (nível de dor para o desempenho de suas atividades diárias); Estado Geral de Saúde (como o indivíduo percebe sua saúde); Vitalidade (vigor físico); Aspectos Sociais (impacto das condições físicas sobre sua vida social); Aspectos Emocionais (o emocional interferindo em suas atividades diárias) e Saúde Mental (interferência do estado de humor sobre sua vida). Para analisar as oito dimensões da escala, utilizaram-se escores de zero (mais comprometido) a 100 (nenhum comprometimento)¹⁷.

Os indivíduos foram incluídos na pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, segundo a resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde (ANVISA, 2004).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE número 49909615.8.0000.0049 e parecer número 1.446.343.

Análise estatística

Para análise e tabulação dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 17.0. As variáveis quantitativas foram expressas em médias e desvio padrão e as variáveis categóricas em frequências simples, absoluta e relativa. As variáveis da EVN e da SF-36 foram consideradas variáveis ordinais (escores) e apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartil. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

A média de idade foi de 50 anos, sendo destes 89,6% do sexo feminino, com maior prevalência de pacientes que têm religião, escolaridade até ensino médio e desempregados (63,4%).

Em relação ao diagnóstico clínico, o mais prevalente foi referente a doenças degenerativas (68,9%), como lombalgia, artrose, artrite, hérnia discal, radiculopatia, entre outras. Quanto à intensidade, a dor variou de moderada a intensa. Os analgésicos (93,3%), seguidos dos antidepressivos (70,7%), foram os fármacos mais usados. Outros tratamentos utilizados foram: atividade física (41,5), bloqueios anestésicos (39,6), fisioterapia (34,8) e acupuntura (34,8). A maior parte dos indivíduos referiu melhora com o tratamento.

Em relação às limitações relacionadas às atividades diárias, foram encontradas dificuldades parciais nos itens movimento, lazer e atividade domiciliar. Foi encontrada maior frequência de limitação total no item relacionado ao trabalho (Tabela 1).

Tabela 1. Limitações diárias dos pacientes com dor crônica

Limitações	n (%)
Movimento	
Total	77 (47)
Parcial	83 (51)
Sem limitação	4 (2,4)
Trabalho	
Total	121 (74)
Parcial	36 (22)
Sem limitação	7 (4,3)
Lazer	
Total	66 (40)
Parcial	86 (53)
Sem limitação	12 (7,3)
Atividade domiciliar	
Total	61 (37)
Parcial	93 (57)
Sem limitação	10 (6,1)

Em relação aos comprometimentos referentes às atividades diárias, foi evidenciada dificuldade significativa referente ao sono, dificuldade parcial com relação ao apetite e atividade sexual, dificuldade moderada com a autoestima e satisfação pessoal. Não houve comprometimento da higiene pessoal. Sintomas ansiosos e depressivos estiveram presentes na maior parte dos sujeitos avaliados (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Comprometimento das atividades dos pacientes

Comprometimento	n (%)
Sono	
Total	77 (47)
Parcial	79 (48)
Sem comprometimento	8 (5)
Apetite	
Total	38 (23)
Parcial	74 (45)
Sem comprometimento	52 (32)
Atividade sexual	
Total	60 (37)
Parcial	73 (45)
Sem comprometimento	31 (19)
Higiene pessoal	
Total	8 (5)
Parcial	58 (35)
Sem comprometimento	98 (60)
Autoestima	
Péssima	28 (17)
Ruim	13 (8)
Moderada	88 (53)
Boa	32 (20)
Ótima	3 (2)
Satisfação pessoal	
Nada satisfeito	9 (5,5)
Pouco satisfeito	32 (20)
Moderadamente satisfeito	77 (47)
Bem satisfeito	36 (22)
Muito satisfeito	10 (6)
Sintomas ansiosos	125 (76)
Sintomas depressivos	97 (59)

Tabela 3. Avaliação da Qualidade de Vida dos pacientes com dor crônica

Domínios do SF36	Resultados
Capacidade funcional	25 (15 – 40)
Aspectos físicos	0 (0 – 25)
Dor	22 (12 – 35)
Estado geral de saúde	35 (25 – 50)
Vitalidade	30 (15 – 45)
Aspectos sociais	38 (25 – 52)
Aspectos emocionais	12 (0 – 67)
Saúde mental	40 (27 – 63)

*Dados expressos em mediana e intervalo interquartilico.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes com DC foi do sexo feminino, tal como observado em outros trabalhos^{18,19}. A justificativa para este fato é que as mulheres possuem menor limiar e tolerância à dor²⁰, além de características anátomo-funcionais como menor estatura, menor índice de massa muscular e óssea, articulações mais frágeis e maiores variações hormonais em relação aos homens, contribuindo para maior sobrecarga mecânica e tornando, conseqüentemente, mais frequente a ocorrência de dor²¹.

A intensidade de dor moderada e intensa encontrada está de acordo com a literatura pois em centros de referência são observados escores altos de dor com duração contínua e associada a comorbidades que afetam diretamente a QV, o que gera impacto socioeconômico significativo e, conseqüentemente, aumento da preocupação dos gestores da saúde pública²².

Neste estudo, a maioria dos sujeitos possuía alguma religião, assim como foi encontrado no estudo²³, o qual detectou que a maioria dos pacientes com queixa de dor intensa tem alguma religião, principalmente católica e evangélica. Há pesquisas que indicam que a religiosidade auxilia na forma de lidar com a dor, aumentando o limiar, pois a prática religiosa ativa o córtex cerebral pré-frontal, além de elevar taxas de neurotransmissores como serotonina, GABA e dopamina, todos diretamente envolvidos com a fisiopatologia da dor²⁴. O estudo identificou que a maior parte dos sujeitos estavam desempregados. Isso decorre do fato de que a amostra foi obtida em um centro de referência para o tratamento da dor e, como o afastamento das atividades laborais muitas vezes faz parte do processo do adoecimento, o desemprego é uma consequência tardia. Estudo²⁵ evidenciou o percurso terapêutico de trabalhadores com DC, que começa pela automedicação, submissão aos riscos do trabalho, procura por unidades de saúde de pronto-atendimento e, por fim, afastamento das atividades laborais.

Em relação ao diagnóstico clínico, a maior prevalência foi referente às doenças degenerativas. Dentre estas, a dor lombar é a mais frequente e, quando associada às condições psicossociais e ao ambiente de trabalho, passa a ser uma das principais causas de absenteísmo, tornando-se fator substancial de impacto nos custos econômicos e sociais^{26,27}.

Os analgésicos foram os fármacos mais utilizados, seguidos pelos antidepressivos. A maioria das condições dolorosas envolveu vários aspectos diferentes e o uso de analgésico como fármaco único pode não ser adequado para aliviar a DC. Em algumas situações, a associação de analgésicos com dois ou mais fármacos pode resultar em efeitos sinérgicos e proporcionar maior eficácia no alívio da dor, sendo os antidepressivos importantes na estratégia terapêutica^{27,28}.

Outros tratamentos realizados foram a atividade física, bloqueios anestésicos, fisioterapia e acupuntura. A atividade física e a fisioterapia são componentes-chave na reabilitação do ponto de vista biopsicossocial em indivíduos com DC. O exercício contribui para a redução da dor além de melhorar as funções físicas. Quando essa atividade é realizada em alto nível resulta em benefício na QV e no bem-estar emocional²⁹.

A acupuntura, por sua vez, é uma técnica que está inserida na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), além de ser recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos como uma prática eficaz, de forma isolada ou adjuvante, em várias comorbidades de saúde, incluindo doenças degenerativas que provocam frequentemente dores crônicas, como fibromialgia e osteoartrite³⁰.

Avaliar a resposta do melhor tratamento pode estar relacionado a quanto o indivíduo tem expectativas acerca do que vem realizando. Estudiosos corroboram este dado quando apontam que pacientes com DC de modo geral que se submetem a inúmeras intervenções farmacológicas ou não para o controle da dor precisam manter

boa aliança terapêutica e tem suas próprias crenças sobre seu tratamento. Isso faz com que as expectativas possam variar ao longo dos anos de adoecimento, influenciando nas respostas. Como na DC a meta é aumentar a QV e aliviar o sofrimento, contrariando a lógica da cura da dor, as expectativas do paciente podem sofrer mudanças e diferir das expectativas criadas pela equipe de saúde durante todo o processo³¹.

O presente estudo evidenciou que os pacientes com DC têm uma QV baixa quando comparados com a média da população brasileira em todos os domínios, sendo que os piores escores foram para os aspectos físicos e emocionais. Estudo³², aplicando o mesmo questionário em mais de 12 mil brasileiros de todas as regiões do Brasil, evidenciou que o valor é em geral mais baixo quando comparado a países como Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha e Austrália. Os valores desses dois domínios têm média expressivamente maior quando comparadas aos valores encontrados nos pacientes com dor. As limitações relativas ao trabalho para o indivíduo que sofre de DC são muito intensas. Isso está relacionado à pouca produtividade e incapacidade na execução das suas atividades, o que determina prejuízo no seu bem-estar geral e acaba comprometendo a dinâmica dos movimentos para realizar as atividades diárias, culminando com alteração do humor, do lazer, do sono e da QV, além de interferir negativamente nas relações interpessoais³³.

Muitas vezes os indivíduos relatam autopercepção negativa quando interagem socialmente, com frustração e vergonha ao realizar suas atividades cotidianas. Um estudo qualitativo³⁴ realizado em pacientes com DC evidenciou que os pacientes se sentiam incompreendidos e sem suporte social, sendo que muitos associavam esse sentimento à ausência de sinais clínicos evidentes da doença. Isso gera sofrimento e perda da identidade social, levando a maior dificuldade ou até impossibilidade de desempenhar seu papel social, comprometendo não somente as relações afetivas, mas também a atividade sexual, podendo rebaixar o humor, apetite e padrão do sono.

Em relação aos sintomas ansiosos, estudo³⁵ relatou que a ansiedade relacionada à dor pode justificar tratamento especificamente para ansiedade, porquanto esta condição é uma vulnerabilidade em potencial que pode aumentar a sensibilidade à doença e medo da dor, dificultando a efetividade do tratamento. Autores³⁶ constataram que a dor, quando associada à ansiedade e depressão, é mais incapacitante e implica em uma pior QV em relação aos pacientes que apresentam somente dor.

Segundo o estudo³⁷, os prejuízos mais envolvidos com a DC a médio prazo foram problemas com o sono, absentismo laboral, problemas de relacionamento e aumento de risco de acidentes. A longo prazo, foram observados piora dos distúrbios de sono com perda de emprego, sequelas oriundas de acidentes, rompimento das relações e surgimento ou agravamento de problemas de saúde. Essa associação entre distúrbios do sono, seus prejuízos e a DC já está bem estabelecida pela literatura³⁸.

A principal limitação do presente estudo está relacionada à temporalidade do diagnóstico, uma vez que o estudo foi feito em uma única avaliação, o que não permite avaliar a presença de outros transtornos sobrepostos, por isso a necessidade de seguimento maior. A característica da amostra, heterogeneidade da etiologia da dor e dos dados sociodemográficos não permitiram analisar todas as variáveis incluídas no estudo. Por outro lado, o fato de ter sido realizado em

um centro de referência pode ser fator preditivo positivo, pois minimiza eventual viés de erro diagnóstico e abordagem terapêutica das doenças estudadas.

Como recomendações para pesquisas futuras, são indicados estudos de seguimentos longos objetivando acompanhar a resposta ao tratamento indicado e seus resultados efetivos na intensidade da dor e na resposta dos escores da QV do indivíduo, assim como avaliação ativa e cuidadosa da equipe de saúde a fim de entender e valorizar os sintomas do indivíduo que sofre de dor, que vai muito além de uma queixa, assim como compreender sua história e os sofrimentos inerentes ao seu processo de adoecimento.

CONCLUSÃO

Pacientes portadores de DC apresentam baixos escores nos itens relacionados à QV e a presença de sintomas ansiosos e depressivos potencializa o quadro clínico, gerando muitas limitações nas atividades diárias.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Sandro Max Castro Silva

Redação - Preparação do original

Carla Hilário da Cunha Daltro

Análise estatística

Martha Moreira Cavalcante Castro

Coleta de Dados, Metodologia, Redação - Preparação do original

Camila Cavalcante Castro

Metodologia, Redação - Preparação do original

Raphael de Souza Borges

Coleta de Dados

Marcos Almeida Matos

Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Nicol AL, Hurlley RW, Benzon HT. Alternatives to opioids in the pharmacologic management of chronic pain syndromes: a narrative review of randomized, controlled, and blinded clinical trials. *Anesth Analg*. 2017;125(5):1682-703.
2. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):22.
3. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):24.
4. de Souza JB, Grossmann E, Perissinotti D, de Oliveira Junior JO, da Fonseca P, Posso IP. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. *Pain Res Manag*. 2017;2017:4643830.
5. Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, et al. Systematic review of prognostic factors for return to work in workers with sub-acute and chronic low back pain. *J Occup Rehabil*. 2017;27(3):369-81.
6. Carvalho RC, Maglioni CB, Machado GB, Araújo JE, Silva JR, Lourenço M. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *BrJP*. 2018;4(4):331-8.
7. Gómez Penedo JM, Rubel JA, Blättler L, Schmidt SJ, Stewart J, Egloff N, et al. The complex interplay of pain, depression, and anxiety symptoms in patients with chronic pain: a network approach. *Clin J Pain*. 2020;36(4):249-59.
8. Rapti E, Damigos D, Apostolara P, Roka V, Tzavara C, Lionis C. Patients with chronic pain: evaluating depression and their quality of life in a single center study in Greece. *BMC Psychol*. 2019;21:7(1):86.
9. Ben Tekaya A, Mahmoud I, Hamdi I, Hechmi S, Saidane O, Tekaya R, et al. Depression and anxiety in spondyloarthritis: prevalence and relationship with clinical parameters and self-reported outcome measures. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(2):90-8.
10. Adilay U, Guclu B, Goksel M, Keskil S. The Correlation of SCL-90-R Anxiety, Depression, Somatization Subscale Scores with Chronic Low Back Pain. *Turk Neurosurg*. 2018;28(3):434-438.

11. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast*. 2017;9724371.
12. Lee HJ, Choi EJ, Nahm FS, Yoon IY, Lee PB. Prevalence of unrecognized depression in patients with chronic pain without a history of psychiatric diseases. *Korean J Pain*. 2018;31(2):116-24.
13. Siqueira-Campos VME, Da Luz RA, de Deus JM, Martinez EZ, Conde DM. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J Pain Res*. 2019;16:12:1223-33.
14. Husky MM, Ferdous Farin F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;26;16(1):195.
15. Noble B, Clark D, Meldrum M, Ten Have H, Seymour J, Winslow M, et al. The measurement of pain, 1945–2000. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(1):14-21.
16. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(6):285-9.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):146-150.
18. Kreling MC, da Cruz DA, Pimenta CA. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):509-13.
19. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalence of chronic pain and associated factors in the population of Salvador, Bahia. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):622-30.
20. Machado AR, Oliveira IM, Alves AP, Andrade AO. Análise da relação entre parâmetros da onda M e a dor. *Rev Dor*. 2011;12(4):301-7.
21. Theadom A, Cropley M, Humphrey KL. Exploring the role of sleep and coping in quality of life in fibromyalgia. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):145-51.
22. Latina R, De Marinis MG, Giordano F, Osborn JF, Giannarelli D, Di Biagio E, et al. Epidemiology of chronic pain in the Latium region, Italy: a cross-sectional study on the clinical characteristics of patients attending pain clinics. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(4):373-81.
23. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LA da ST, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):213-9.
24. Do Lago-Rizzardi, CD, Teixeira, MJ, De Siqueira, SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde*. 2010;34(4):483-7.
25. Zavarizzi CP, Alencar MCB. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):113-24.
26. Hasegawa T, Katsuhira J, Oka H, Fujii T, Matsudaira K. Association of low back load with low back pain during static standing. *PLoS One*. 2018;13(12): e0208877.
27. Perolat R, Kastler A, Nicot B, Pellat JM, Tahon F, Attye A, et al. Facet joint syndrome: from diagnosis to interventional management. *Insights Imaging*. 2018;9(5):773-89.
28. Strom J, Nielsen CV, Jorgensen LB, Andersen NT, Laursen M. A web-based platform to accommodate symptoms of anxiety and depression by featuring social interaction and animated information in patients undergoing lumbar spine fusion: a randomized clinical trial. *Spine J*. 2019;19(5):827-39.
29. Terrier P, Praz C, Joane Le Carré J, Vuistiner P, Léger B, Luthi F. Influencing walking behavior can increase the physical activity of patients with chronic pain hospitalized for multidisciplinary rehabilitation: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2019;20(1):188.
30. BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. 2015;2:16-9.
31. Pagé MG, Ziemianski D, Martel MO, Shir Y. Development and validation of the treatment expectations in chronic pain scale. *Br J Health Psychol*. 2019;24(3):610-28.
32. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najjar AL, Anjos LAD, Vasconcelos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36, versão 2. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16:889-97.
33. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J, Jaffe, DH. Association between presenteeism and health-related quality of life among Japanese adults with chronic lower back pain: a retrospective observational study. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021160.
34. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: a qualitative study. *Joint Bone Spine*. 2015;82(6):437-41.
35. Asmundson GJG, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress Anxiety*. 2009;26(10):888-901.
36. Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Med*. 2008;70(8):890-7.
37. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol*. 2007;24(4):519-28.
38. Griffin S, Tan J, Perrin PB, Williams AB, Smith ER, Rybarczyk B. Psychosocial underpinnings of pain and sleep disturbance in safety-net primary care patients. *Pain Res Manag*. 2020;29:2020:5932018.