

# Beliefs and attitudes in patients with chronic low back pain

## *Crenças e atitudes frente à dor em pacientes com lombalgia crônica*

Fernanda Martins Barbosa<sup>1</sup>, Érica Brandão de Moraes Vieira<sup>2</sup>, João Batista Santos Garcia<sup>3</sup>

DOI 10.5935/2595-0118.20180023

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Dysfunctional attitudes and beliefs in patients with low back pain may interfere with pain, disability, and mood. The objective of this study was to evaluate the behavior of beliefs and attitudes in chronic low back pain and to correlate them with the intensity of pain, disability, anxiety, and depression.

**METHODS:** We evaluated 82 patients with chronic low back pain according to the Numerical Scale of Pain, Survey of Pain Attitudes, Hospital Scale of Anxiety and Depression, and Oswestry Disability Index.

**RESULTS:** More than half of the patients were female (51.22%) with a mean age above 40 years. The pain was mild to moderate at 53.65%. Severe disability was observed in 64.63%, anxiety in 63.41% and depression in 41.46%. The solicitude and disability beliefs showed significant associations in all groups. For physical damage, there was an association with disability and anxiety. Medical cure correlated between the anxiety variable.

**CONCLUSION:** Patients presented dysfunctional beliefs associated with the intensity of pain, anxiety, depression and mainly disability, with a probable influence on the treatment. This relationship shows how important it is to carry out new studies that evaluate therapeutic approaches, such as targeted interventions and educational programs, aimed at the patient's beliefs with low back pain to determine their impact on pain control and treatment.

**Keywords:** Anxiety, Back pain, Beliefs, Depression, Disability.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Atitudes e crenças disfuncionais em pacientes com lombalgia podem interferir nos quadros de dor, incapacidade e humor. O objetivo deste estudo foi avaliar o comportamento das crenças e atitudes na lombalgia crônica e correlacioná-las com a intensidade da dor, incapacidade, ansiedade e depressão.

**MÉTODOS:** Foram avaliados 82 pacientes com lombalgia crônica segundo a Escala Numérica da Dor, Inventário de Atitudes Frente à Dor, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, e Índice Funcional de Oswestry.

**RESULTADOS:** Mais da metade dos pacientes foi do sexo feminino (51,22%) com idade média acima de 40 anos. A dor era leve à moderada em 53,65%. Observou-se incapacidade grave em 64,63%, ansiedade em 63,41% e depressão em 41,46%. As crenças solicitude e incapacidade apresentaram associações significativas com todos os grupos. Para dano físico, houve associação com incapacidade e ansiedade. A cura médica se correlacionou com a variável ansiedade.

**CONCLUSÃO:** Os pacientes apresentaram crenças disfuncionais associadas à intensidade da dor, ansiedade, depressão e principalmente incapacidade, com provável influência no tratamento. Ao demonstrar essa relação, se evidencia importância da realização de novos estudos que avaliem abordagens terapêuticas, como intervenções dirigidas e programas educacionais, voltadas para as crenças do paciente com lombalgia para determinar seu impacto no controle e tratamento da dor.

**Descritores:** Ansiedade, Crenças, Depressão, Dor lombar, Incapacidade.

### INTRODUÇÃO

A dor lombar ou lombalgia crônica, termo inespecífico que se refere à dor contínua localizada na região lombossacral, aparece como um tipo frequente de dor crônica, atingindo cerca de 20% da população mundial com grande consequência para capacidade funcional dos indivíduos acometidos<sup>1-3</sup>. Devido a sua alta taxa de prevalência e incapacidade resultante, a lombalgia crônica configura um problema de saúde pública, o qual gera elevados custos para o serviço de saúde e previdenciário<sup>4,5</sup>.

A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, e sua presença de forma crônica acarreta alterações não só biológicas, mas também emocionais, cognitivas e comportamentais<sup>6</sup>. Evidências demonstraram que pacientes com dor crônica que apresentaram depressão, ansiedade e angústia referiram maior intensidade de dor e incapacidade<sup>7,8</sup>. Tais relações são estabelecidas na abordagem Cognitiva-Comportamental no tratamento da dor, que aponta os valores, as atitudes, as cren-

1. Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina, São Luís, MA, Brasil.  
2. 2ª Secretaria Municipal de Saúde do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.  
3. Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Medicina II. São Luís, MA, Brasil.

Apresentado em 15 de setembro de 2017.

Aceito para publicação em 29 de março de 2018.

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

**Endereço para correspondência:**  
Rua Barão de Itapary, 227 – Centro  
65066-659 São Luís, MA, Brasil.  
E-mail: enfermeira\_erica@yahoo.com.br

ças, as expectativas e o julgamento do paciente sobre a dor como fatores determinantes na experiência dolorosa e controle algico<sup>9,10</sup>. Crenças são convicções culturalmente aprendidas; são noções de cada indivíduo acerca da sua própria realidade, dos outros e do espaço, as quais interferem no comportamento<sup>9-11</sup>. Atitudes são disposições afetivas organizadas, relativamente estáveis, que refletem a tendência a responder a algo ou algum evento de maneira positiva ou negativa. Ambas são formadas a partir das experiências pessoais<sup>9-11</sup>. As crenças e atitudes exercem influência na aceitação, no resultado e na satisfação com o tratamento, além de impacto na capacidade dos indivíduos em construir uma vida ativa e satisfatória, apesar da dor<sup>6,9,10</sup>.

Diversos trabalhos enfatizaram também, que mesmo em quadros eminentemente orgânicos, outros aspectos psicológicos têm sido relevantes na queixa de dor<sup>12,13</sup>. Desse modo, as síndromes dolorosas crônicas também podem favorecer o aparecimento de depressão e ansiedade, com repercussões na capacidade dos pacientes, assim como algumas crenças. De certa forma, as crenças disfuncionais também podem contribuir no aparecimento desses distúrbios, e o estabelecimento dessa relação é fator positivo no tratamento, uma vez que, as crenças por serem adquiridas podem ser modificadas<sup>2,9</sup>. Ao reconhecer a influência das crenças e atitudes na experiência dolorosa e na funcionalidade, este estudo teve como objetivo avaliar as crenças e atitudes em pacientes com lombalgia crônica e estabelecer sua correlação com a intensidade dolorosa, nível de incapacidade, ansiedade e depressão.

## MÉTODOS

Trata-se de uma investigação transversal e quantitativa, realizado no ambulatório de dor crônica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). A população em estudo foi composta por pacientes cadastrados e atendidos no ambulatório de dor crônica da UFMA. A população com lombalgia do ambulatório de dor crônica era composta por 164 pacientes. Definiu-se obter uma amostra de 50% dessa população, com poder do teste de 90%. Utilizou-se o cálculo do tamanho mínimo da amostra com nível de confiança de 90% e erro amostral de 6,5%:

$$n = \frac{1,6442 \times 0,13 \times (1 - 0,13)}{0,0652} = 72,35 \cong 73$$

Obteve-se a amostra de 82 pacientes, de conveniência, por ocasião da ida dos pacientes em tratamento ao ambulatório de dor. Inicialmente todos os participantes foram atendidos em consulta convencional, já utilizada de rotina, e durante a consulta avaliou-se os critérios de inclusão e não inclusão para aplicação dos instrumentos utilizados na pesquisa.

Estabeleceu-se como critério de inclusão ter idade acima de 18 anos, presença de lombalgia há mais de seis meses e ausência de indicação de tratamento cirúrgico e/ou bloqueio anestésico. Foram excluídas pessoas com transtornos psiquiátricos, com incapacidade de compreensão e verbalização. Os pacientes receberam orientações e os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos da pesquisa responderam a três instrumentos já validados para o português brasileiro, além da ficha de atendimento inicial preconizada pela instituição, que compreende questões sobre dados socioeconômicos e questões relacionadas ao quadro algico, como intensidade da dor pela escala numérica da dor (END)<sup>9</sup>.

Para as crenças frente à dor, foi utilizado o Inventário de Atitudes Frente à Dor, na versão reduzida (IAD-breve), validado para a língua portuguesa no ano de 2006. Esse instrumento propõe-se a avaliar atitudes e crenças frente à dor em pacientes com dor crônica não oncológica<sup>10</sup>. É composto por 30 itens correspondentes a sete domínios: solicitude, emoção, cura médica, controle, incapacidade, dano físico e medicação. Trata-se de um instrumento autoaplicado, no qual os participantes indicam respostas em escala do tipo Likert de cinco pontos, que varia de zero a 4 (zero=totamente falso, 1=falso, 2=nem verdadeiro nem falso, 3=quase verdadeiro, 4=totamente verdadeiro)<sup>10,14</sup>.

O domínio “solicitude” refere-se a quanto o paciente acredita que os familiares e outras pessoas deveriam ser mais solícitos durante os episódios de dor, e está representado pelos itens 3, 7, 9, 14 e 18 do IAD-breve. “Emoção” diz respeito à crença nos efeitos das emoções, boas ou ruins, na experiência dolorosa, e está representado pelos itens 6, 10, 15 e 25. “Cura médica” refere-se a quanto o paciente acredita na medicina para curar a sua dor e aparece representado pelas questões 4, 8, 21, 24 e 29. “Controle” refere-se a quanto o paciente acredita que possui controle sobre a sua dor, e está representado pelas questões 1, 12, 17, 20 e 22. “Incapacidade” refere-se a quanto o paciente acredita que a dor o incapacitou, e está representado pelas questões 23, 26 e 30 do inventário. “Dano físico” diz respeito a quanto, na visão do paciente, a dor machuca a si mesmo e por essa razão deveria evitar exercícios, e está representado pelos itens 11, 16, 19, 27 e 28. “Medicação” refere-se quanto o paciente acredita que os fármacos são o melhor tratamento para dor crônica e está representado pelas questões 2, 5 e 13 do instrumento<sup>10,11,14</sup>.

Para obtenção do score foi feita a soma dos pontos das respostas de cada item, dividido pelo número de itens respondidos. Alguns itens invertidos (4, 8, 11, 23, 24, 26, 27, 28, 29) devem ter seus scores revertidos antes da soma, e a reversão do score é feita subtraindo de 4 o score escolhido pelo paciente. No inventário não existem respostas certas ou erradas. Dessa forma, o score obtido é comparado a orientações desejáveis, caracterizadas pelo autor do inventário como mais adaptativas. A orientação desejável (OD) é zero para solicitude, cura, incapacidade, lesão física e fármaco, já para emoção e controle, é igual a 4<sup>10,11,14</sup>.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi o instrumento de avaliação para ansiedade e depressão no estudo. Inicialmente idealizada para avaliar pacientes clínicos não psiquiátricos internados em hospitais, a HAD obteve validação para pacientes com dor crônica em 2006<sup>15</sup>. Esse instrumento possui 14 itens, dos quais sete avaliam a ansiedade e sete a depressão. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a 3, somando uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão<sup>15</sup>.

Publicado em 1980, o Índice Funcional de Oswestry (IFO) é reconhecido como um dos principais instrumentos para mensurar a incapacidade em pacientes com alterações da coluna, no qual é possível determinar o impacto da dor nas atividades da vida diá-

ria<sup>16,17</sup>. O IFO versão 2.0 (Anexo IV) apresenta tradução e validação para a língua portuguesa e foi adotado neste estudo<sup>16</sup>. É constituído por 10 seções, contendo 6 afirmações cada, correspondentes a limitações nas atividades da vida diária, além de limitações na vida sexual. Cada afirmação é pontuada de zero (ausência de disfunção) a 5 (maior disfunção). O escore total obtido foi dividido pelo número de questões respondidas multiplicadas pelo número 5 (número máximo de pontos por seção). O resultado dessa divisão foi multiplicado por 100 e os valores finais são apresentados em porcentagem. Dessa forma, o IFO classifica os pacientes em: incapacidade mínima (zero-20%); moderada (21-40%); grave (4-60%); muito grave (61-80%); e indivíduo acamado ou exagero de sintomas (81-100%)<sup>16,17</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sob número 232 de 2010.

### Análise estatística

Os questionários foram revisados para verificação do preenchimento, legibilidade das informações e codificação das respostas em um banco de dados no programa *Microsoft Excel*. Os dados obtidos foram apresentados em valores absolutos e relativos. A análise estatística foi realizada no programa *Stata 14.0*. Primeiramente, efetuou-se a análise descritiva para a classificação dos grupos de acordo com os instrumentos de mensuração utilizados. Em seguida, o teste *t* de Student foi utilizado para comparar as médias das variáveis em relação às crenças do inventário de atitudes frente à dor. Considerou-se  $p < 0,05$  estatisticamente significativo.

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi de 82 participantes, dos quais 51,22% eram do sexo feminino e 48,78% do sexo masculino, conforme visto na tabela 1, que exhibe os aspectos epidemiológicos e características da dor no estudo. Nota-se que a faixa etária mais prevalente foi a do adulto de meia-idade (67,07%), com média de idade de  $43,23 \pm 10,70$  anos, mínimo de 19 e máximo de 77 anos. Mais da metade dos pacientes apresentava tempo de estudo entre 6 e 11 anos (56,09%) e negaram fazer exercício físico regular.

Segundo a END, 53,65% dos pacientes apresentavam dor de intensidade leve à moderada (END=1-6). O início da dor há mais de 48 meses foi predominante (63,41%) com tempo médio de início da dor de  $100,68 \pm 83,82$  meses, duração mínima de 7 e máxima de 370 meses. A dor foi descrita como fator que atrapalha o sono em 76,82% dos entrevistados e quase a totalidade (93,90%) declarou que a dor impede a realização das suas atividades satisfatoriamente. Dentre os pacientes não aposentados ( $n=70$ ), 77,14% estavam afastados do trabalho na ocasião da pesquisa, por consequência da dor lombar crônica.

As características das crenças e atitudes frente à dor na população do estudo, além da orientação desejável para cada crença segundo o IAD, estão expressas na tabela 2. Observa-se que a crença de dano físico com média de  $1,71 \pm 0,89$  é a que se apresenta mais próxima da orientação desejável (OD=zero) na população do estudo. Por outro lado, as crenças incapacidade e medicação, com médias respectivamente de  $3,10 \pm 0,94$  e  $2,86 \pm 0,99$  foram as que mais se distanciaram da orientação desejável (zero).

**Tabela 1.** Aspectos epidemiológicos e características da dor em pacientes com lombalgia crônica atendidos em um ambulatório especializado em dor crônica em São Luís, MA

Variáveis	n (%) n=82
<b>Sexo</b>	
Feminino	42 (51,22)
Masculino	40 (48,78)
<b>Idade (anos)</b>	
Adulto jovem (18-39)	14 (17,07)
Adulto de meia-idade (40 – 59)	55 (67,07)
Idoso ( $\geq 60$ )	13 (15,86)
Média (DP); mediana (mín-máx)	43,23 (10,70); 49 (19-77)
<b>Escolaridade (anos)</b>	
<6	28 (34,14)
6 a 11	46 (56,09)
>11	8 (9,77)
<b>Atividade física</b>	
Sim	37 (45,12)
Não	45 (54,88)
<b>Dor</b>	
Leve/moderada	44 (53,65)
Intensa	38 (46,35)
<b>Tempo de dor (meses)</b>	
6 a 18	6 (7,32)
19 a 48	24 (29,27)
49 a 370	52 (63,41)
Média (DP); mediana (mín-máx)	100,68 (83,82); 72 (7-370)
<b>Dor atrapalha o sono</b>	
Sim	63(76,82)
Não	19 (23,18)
<b>Dor impede de trabalhar satisfatoriamente</b>	
Sim	77 (93,90)
Não	5 (6,10)
<b>Afastado do trabalho*</b>	
Sim	54 (77,14)
Não	16 (22,86)

\*n=70.

**Tabela 2.** Perfil das crenças e atitudes frente à dor, segundo o IAD-breve, em pacientes com lombalgia crônica atendidos em um ambulatório especializado em dor crônica em São Luís, MA

Crenças	Orientação desejável	Mediana	Média	Desvio padrão
Solicitude	0	2,50	2,46	1,06
Emoção	4	2,75	2,54	1,09
Cura	0	3,00	2,81	0,84
Controle	4	2,60	2,47	0,97
Incapacidade	0	3,00	2,86	0,99
Dano físico	0	1,60	1,71	0,89
Medicação	0	3,33	3,10	0,94

A frequência de pacientes ansiosos no estudo foi de 63,41 e 41,46% de depressivos, segundo a HAD. Com relação à incapacidade pelo IFO, 35,37% dos pacientes foram classificados com incapacidade mínima a moderada e 64,63% incapacidade grave a acamado. O perfil da população de estudo, quanto à intensidade da dor, incapacidade, ansiedade e depressão e sua correlação com cada variável dependente representada pelas crenças da IAD encontra-se na tabela 3.

Conforme se observa na tabela 3, a crença de “solicitude” apresentou correlações significativas com todas as variáveis independentes: intensidade da dor ( $p=0,002$ ), incapacidade ( $p=0,0360$ ), ansiedade ( $p=0,005$ ), depressão ( $p=0,016$ ). As médias para solicitude se demonstraram mais distantes da orientação desejável ( $OD=zero$ ) nos pacientes com dor intensa ( $2,92\pm 0,92$ ), incapacidade grave a acamado ( $2,64\pm 0,96$ ), ansiosos ( $2,71\pm 0,89$ ) e depressivos ( $2,80\pm 0,81$ ). Da mesma forma, a crença “incapacidade” também exibiu corre-

**Tabela 3.** Correlação de crenças e atitudes frente à dor com intensidade dolorosa, incapacidade, ansiedade e depressão em pacientes com lombalgia crônica

Variáveis	Intensidade da dor		Incapacidade		Ansiedade		Depressão	
	Leve/ Moderada	Intensa	Mínima/ Moderada	Grave/ Acamado	Ansioso	Não ansioso	Depressivo	Não depressivo
n (%)	44 (53,65)	38 (46,35)	29(35,37)	53(64,63)	52(63,41)	30(36,59)	34 (41,46)	48(58,54)
<b>Solicitude</b>								
Média	2,07	2,92	2,13	2,64	2,71	2,04	2,80	2,23
DP	1,02	0,92	1,16	0,96	0,89	1,20	0,81	1,16
IC	1,76-2,39	2,61-3,22	1,69-2,58	2,38-2,91	2,46-2,69	1,59-2,48	2,51-3,08	1,89-2,57
Valor de p	0,0002***		0,036*		0,005**		0,016*	
<b>Emoção</b>								
Média	2,32	2,79	2,35	2,65	2,66	2,34	2,80	2,35
DP	1,16	0,95	0,95	1,15	1,07	1,10	0,97	1,14
IC	1,97-2,68	2,48-3,19	1,98-2,71	2,33-2,96	2,36-2,96	1,93-2,75	2,46-3,14	2,02-2,69
Valor de p	0,052		0,240		0,200		0,065	
<b>Cura</b>								
Média	2,94	2,64	2,84	2,79	2,57	3,22	2,63	2,93
DP	0,89	0,86	0,72	0,91	0,89	0,56	0,78	0,87
IC	2,70-3,20	2,36-2,92	2,56-3,11	2,54-3,04	2,32-2,82	3,01-3,43	2,36-2,90	2,68-3,19
Valor de p	0,101		0,818		0,0005***		0,111	
<b>Controle</b>								
Média	2,62	2,29	2,61	2,40	2,45	2,50	2,42	2,51
DP	0,86	1,08	0,96	0,98	0,93	1,07	0,94	1,00
IC	2,36-2,89	1,93-2,65	2,24-2,98	2,12-2,67	2,19-2,71	2,09-2,92	2,08-2,75	2,21-2,80
Valor de p	0,132		0,353		0,830		0,699	
<b>Incapacidade</b>								
Média	2,61	3,14	2,50	3,05	3,07	2,50	3,18	2,63
DP	1,09	0,78	1,08	0,89	0,80	1,18	0,64	1,13
IC	2,28-2,94	2,89-3,40	2,09-2,91	2,81-3,30	2,84-3,29	2,05-2,94	2,96-3,41	2,30-2,96
Valor de p	0,014*		0,015*		0,011*		0,011*	
<b>Dano físico</b>								
Média	1,64	1,78	1,37	1,89	1,91	1,36	1,86	1,60
DP	0,83	0,95	0,83	0,87	0,91	0,75	0,88	0,88
IC	1,39-1,90	1,47-2,10	1,06-1,69	1,65-2,13	1,65-2,16	1,08-1,64	1,55-2,17	1,34-1,86
Valor de p	0,469		0,011*		0,006**		0,194	
<b>Medicação</b>								
Média	3,02	3,19	2,90	3,20	3,22	2,88	3,34	2,93
DP	0,95	0,93	1,01	0,89	0,82	1,10	0,87	0,96
IC	2,73-3,31	2,88-3,49	2,52-3,29	2,96-3,45	2,99-3,45	2,47-3,30	3,03-3,64	2,65-3,20
Valor de p	0,418		0,171		0,121		0,050	

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$ ; DP = desvio padrão; IC = intervalo de confiança.

lações significativas com as mesmas variáveis: intensidade da dor ( $p=0,014$ ), incapacidade ( $p=0,015$ ), ansiedade ( $p=0,011$ ), depressão ( $p=0,011$ ); com média mais distante da orientação desejável (zero) nos casos de dor intensa ( $3,14\pm0,58$ ), incapacidade grave ( $3,05\pm0,89$ ), ansiosos ( $3,07\pm0,80$ ) e depressivos ( $3,18\pm0,64$ ). Na análise da crença “dano físico” as médias também foram mais distantes da orientação desejável para todas as variáveis. Entretanto, essa crença se relacionou de forma significativa apenas com incapacidade ( $p=0,011$ ), e ansiedade ( $p=0,0060$ ), representando média igual a  $1,89\pm0,87$  em pacientes com incapacidade grave e  $1,91\pm0,91$  nos classificados como ansiosos. A crença “cura médica” se correlacionou com significância somente com a variável ansiedade ( $p=0,005$ ), na qual o grupo dos pacientes não ansiosos obteve média mais distante da orientação desejável ( $3,22\pm0,56$ ). “Emoção”, “controle” e “medicação” não demonstraram correlação significativa com nenhuma das variáveis dependentes do estudo.

## DISCUSSÃO

Este estudo revelou características clínicas da dor lombar crônica semelhante às descritas na literatura<sup>2,18,19</sup>. Muitos estudos, apesar de não descreverem diferenças significativas para lombalgia crônica entre os sexos, encontraram prevalência média maior em mulheres<sup>5,20</sup>. Essa diferença pode ser atribuída ao acúmulo de trabalho doméstico e fora de casa, além de características anátomofuncionais próprias do sexo feminino<sup>18,20</sup>. O tempo de dor acima de 48 meses em mais da metade da amostra adverte para a cronicidade da doença, além de refletir as falhas no método terapêutico, seja por ausência de recursos, acesso ou mesmo mal manuseio da dor lombar<sup>19,21</sup>.

A faixa etária prevalente no estudo, principalmente adultos de meia-idade, também se demonstrou compatível com a literatura<sup>2,18,19</sup>. A maior presença de dor lombar crônica nessa faixa etária, a qual representa a população economicamente ativa, gera problemas não só para a saúde física do paciente empregado, mas também consequências sociais como absenteísmo, além dos gastos previdenciários que configuram um problema de saúde pública<sup>5,22</sup>. A elevada proporção de pacientes afastados do trabalho, encontrada na pesquisa, além da grande porcentagem que referiu a dor como fator impeditivo no desenvolvimento satisfatório do trabalho e atividades também favorecem essa argumentação<sup>2,5,22</sup>.

As alterações no sono decorrentes da lombalgia crônica são resultados muito comuns e demonstram o impacto dessa síndrome dolorosa na qualidade de vida e incapacidade do indivíduo<sup>23</sup>. De maneira similar, o baixo nível de atividade física em decorrência da dor ( $54,88\%$ ) é outro fator indicativo dessa incapacidade<sup>2,6,24</sup>, que foi classificada em  $64,63\%$  como grave a acamado. A prevalência de incapacidade grave, neste estudo, foi superior à encontrada em outras pesquisas que utilizaram o IFO<sup>2,16,25</sup>, o que confirma o potencial de incapacitação da dor lombar crônica e que pode também estar relacionado ao perfil da amostra, ou seja, pacientes atendidos em serviço de saúde com muito tempo de dor. A intensidade da dor, referida como intensa para  $46,35\%$ , também é apresentada como um fator importante na determinação da incapacitação<sup>26</sup>.

Alguns estudos, no entanto, relataram que fatores psicossociais podem ter maior influência no manuseio da dor crônica e no impacto na funcionalidade do paciente do que a dor em si<sup>2,8,15</sup>. Essa afirma-

ção pode ter relação com a frequência de entidades como depressão e ansiedade, por exemplo, encontradas com porcentagem de  $41,46$  e  $63,41\%$ , respectivamente, neste estudo. A relação de depressão e dor é largamente abordada na literatura e apontada como consequência e causa de piora da dor crônica<sup>8,15,27</sup>. A depressão pode reduzir o limiar de dor e pode ser resultado da sua cronificação e incapacidade<sup>2,15,27</sup>. Quanto à ansiedade, artigos demonstraram que nesses pacientes ela parte de uma reação de medo com presença de preocupação, nervosismo e apreensão frente à sua doença, que favorecem níveis de ansiedade mais elevados do que na população em geral<sup>13,15</sup>. As crenças e atitudes também são destacadas como parte dos fatores psicológicos e ambientais que influenciam na persistência do quadro doloroso<sup>2,6,7,10</sup>. Devido à influência cultural e local na formação das crenças, as frequências variam na literatura, mas geralmente se apresentam como fator preditivo da funcionalidade do indivíduo<sup>10,14,28</sup>. Na análise geral das crenças no estudo, verificou-se que a crença “dano físico” foi a única que apresentou média próxima à orientação desejável, ou seja, para esses pacientes a dor não está necessariamente relacionada a um dano físico. Por outro lado, nessa mesma análise, os pacientes tinham crenças não adaptativas em relação às outras crenças: solicitude, emoção, cura, controle, incapacidade e medicação. Isso indica que os pacientes esperam que as pessoas sejam solícitas na presença de dor, não reconhecem que as emoções influem na experiência, acreditam na cura médica, não concordam que podem ter o controle pessoal da dor e acreditam que o fármaco é o melhor tratamento para dor crônica<sup>2,6,10,28</sup>.

A maioria dos trabalhos que trataram de crenças e atitudes frente à dor relacionaram essas variáveis com incapacidade e atividade laboral, verificando sua eficácia em prever a funcionalidade do paciente<sup>2,27,28</sup>. Neste estudo, as crenças foram associadas também com intensidade da dor, ansiedade e depressão, além da incapacidade, com grande número de associações estatisticamente significativas.

Nos pacientes com dor intensa, a análise demonstrou associação com a crença disfuncional de “solicitude”, ou seja, o indivíduo com dor intensa espera resposta solícita para comportamento de dor. Ser classificado com incapacidade grave, como ansioso e como depressivo também foi associado a ter crença disfuncional com relação à solicitude. Crer que as pessoas devam ser mais solícitas na presença de dor é apontado como fator que encoraja o repouso e estimula o paciente a reduzir o envolvimento nas atividades, reforçando comportamentos de evitação com presença principalmente de incapacidade<sup>6,29</sup>. Essa mesma afirmação pode ser aplicada aos pacientes depressivos que também tendem ao repouso, apresentando atitude passiva em relação à dor. Além disso, a inabilidade de reagir a eventos estressores (como a dor) aumenta a probabilidade de futuras ocorrências de sintomas depressivos, ansiedade e limitações funcionais<sup>2,27,29</sup>.

Dor intensa, incapacidade grave, ansiedade e depressão também apresentaram associação com a crença indesejável para “incapacidade”, ou seja, acreditar que a dor incapacita. Esse resultado era esperado, uma vez que vários autores encontraram relação entre acreditar que a dor incapacita e graus elevados de incapacidade<sup>2,11,30,31</sup>. Da mesma forma, distúrbios psicossociais como ansiedade e depressão desempenham um importante papel na percepção da dor e fazem com que o paciente acredite na dor como causa de incapacidade, piorando o seu desempenho em atividades funcionais<sup>21,30</sup>. No caso do paciente com dor intensa, a dor crônica se confunde com a dor



aguda e o indivíduo passa a restringir os movimentos e reduzir as atividades para a melhora do quadro, o que na verdade, não deve ser aplicado para a dor crônica<sup>19,21</sup>.

Verificou-se que todos os grupos obtiveram médias próximas à orientação desejável, para “dano físico”, com diferença significativa apenas para pacientes classificados com incapacidade grave e ansiedade. Nesses grupos, foi verificada a associação com a crença indesejável ou dor relacionada a dano físico, na qual os pacientes não reconhecem os exercícios físicos como benéficos. O resultado para incapacidade foi compatível com relatos encontrados na literatura, onde a crença de que a dor indica presença de lesão e que exercícios são uma ameaça foi descrita como fator associado a comportamentos de evitação de atividades e consequente aumento da chance de incapacidade<sup>2,11,31</sup>.

Todos os grupos classificados tiveram média distante da orientação desejável para crença “cura médica”, com relação significativa apenas para ansiedade. Foi encontrada associação entre a orientação indesejável e pacientes não ansiosos, o que a princípio não foi o resultado esperado. Para os autores do instrumento utilizado, acreditar na cura médica seria considerado crença disfuncional, devido ao fato de muitas vezes a dor crônica não ter cura, e ao acreditar, os pacientes não colaborariam com as medidas terapêuticas<sup>10,11,14</sup>. Entretanto, muitos trabalhos também encontraram resultados divergentes dessa ideia, demonstrando, ao contrário disso, que ao acreditar na cura o paciente tem postura mais positiva e tende a buscar o controle da dor<sup>2,30</sup>. Dessa forma, conforme encontrado neste estudo, os pacientes não ansiosos teriam tendência a apresentar atitudes mais positivas diante da dor que os ansiosos, auxiliando no tratamento.

## CONCLUSÃO

Observou-se neste estudo que pacientes com lombalgia crônica frequentemente apresentam crenças disfuncionais em relação à dor e que tais crenças exibiram, em muitos casos, associação com a intensidade da dor, ansiedade, depressão e principalmente incapacidade, com provável consequência no manejo terapêutico desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Wong W, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. *J Pain*. 2011;12(2):236-45.
- Salveti Mde G, Pimenta CA, Braga PE, Corrêa CF. [Disability related to chronic low back pain: prevalence and associated factors]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(Spec n°):16-23. Portuguese.
- Rathmell JP. A 50-year-old man with chronic low back pain. *JAMA*. 2008;299(17):2066-77.
- Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Withers EJ, Griffiths FE, Szczepura A, Barlow J, et al. Design considerations in a clinical trial of a cognitive behavioural intervention for the management of low back pain in primary care: Back Skills Training Trial (BeST) Team. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:14.
- Abreu AT, Ribeiro CA. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. *Acta Fisiatr*. 2010;17(4):148-52.
- Pimenta CA. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev Psiquiatr Clín*. 2001;28(6):288-94.
- Al-Obaidi SM, Beattie P, Al-Zoabi B, Al-Wekeel S. The relationship of anticipated pain and fear avoidance beliefs to outcome in patients with chronic low back pain who are not receiving workers compensation. *Spine*. 2005;30(9):1051-7.
- Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, et al. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*. 2004;107(1-2):77-85.
- Kerns RD, Sellinger J, Goodin BR. Psychological treatment of chronic pain. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:411-34.
- Pimenta CA, da Cruz Dde A. [Chronic pain beliefs: validation of the survey of pain attitudes for the Portuguese Language]. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):365-73. Portuguese.
- Tait RC, Chibnall JT. Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*. 1997;70(2-3):229-35.
- Oliveira JT. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2000;58(Suppl2A):360-5.
- Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Med J*. 2004;122(6):252-8.
- Jensen MP, Karoly P, Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *J Psychosom Res*. 1987;31(3):393-400.
- Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Dalto C, Miranda-Scippa A. [Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain. *Rev Bras Anestesiologia*. 2006;56(5):470-7. Portuguese.
- Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability and validity. *Spine*. 2007;32(4):481-6.
- Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*. 2000;25(22):2940-52.
- Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(1):31-6.
- Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):769-81.
- Quiton RL, Greenspan JD. Sex differences in endogenous pain modulation by distracting and painful conditioning stimulation. *Pain*. 2007;132(Suppl 1):S134-49.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ*. 2008;337(a171):154-7.
- Linton SJ, Gross D, Schultz IZ, Main C, Côté P, Pransky G, et al. Prognosis and the identification of workers risking disability: research issues and directions for future research. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):459-74.
- Strine TW, Hootman JM, Chapman DP, Okoro CA, Balluz L. Health-related quality of life, health risk behaviors and disability among adults with pain-related activity difficulty. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2042-8.
- Björck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population-based study. *J Rehabil Med*. 2008;40(10):864-9.
- Dawson AP, Steele EJ, Hodges PW, Stewart S. Utility of the Oswestry Disability Index for studies of back pain related disability in nurses: evaluation of psychometric and measurement properties. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):604-7.
- Peters MI, Vlaeyen JW, Weber WE. The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*. 2005;113(1-2):45-50.
- Sardá J Jr, Nicholas MK, Asghari A, Pimenta CA. The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: a comparison between Australian and Brazilian samples. *Eur J Pain*. 2009;13(2):180-95.
- Darlow B, Perry M, Stanley J, Mathieson F, Melhoh M, Baxter GD, et al. Cross-sectional survey of attitudes and beliefs about back pain in New Zealand. *BMJ Open*. 2014;4(5):e004725.
- McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*. 2005;113(1-2):155-9.
- Tait RC, Chibnall JT. Attitude profiles and clinical status in patients with chronic pain. *Pain*. 1998;78(1):49-57.
- Turner JA, Jesen MP, Romano JM. Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*. 2000;85(1-2):115-25.