

Prevalência de fadiga e fatores relacionados em pacientes com dor lombar crônica¹

Marina de Góes Salvetti²

Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta³

Patrícia Emília Braga⁴

Michael McGillion⁵

Objetivos: determinar a prevalência e os principais fatores relacionados à fadiga em pacientes com dor lombar crônica. Métodos: trata-se de estudo transversal, com a participação de 215 pacientes com dor lombar crônica, em três centros de saúde e duas indústrias. Foram calculadas a prevalência bruta de fadiga e seu intervalo de confiabilidade de 95% (IC). Resultados: a prevalência de fadiga entre os participantes com dor lombar crônica foi de 26% [20,3–32,5; IC 95%]. A fadiga foi associada à depressão e à autoeficácia de forma independente. O aumento de um ponto no escore de depressão aumentou o risco de fadiga em 9% e o aumento de um ponto no escore de autoeficácia reduziu o risco de fadiga em 2%. Conclusões: fadiga foi um fator predominante em pacientes com dor lombar crônica e indicou relação com depressão e autoeficácia. O conhecimento desses fatores pode orientar estratégias para prevenção e controle da fadiga em pacientes com dor lombar crônica.

Descritores: Fadiga; Dor Lombar; Auto-Eficacia; Depressão.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Incapacidade em pessoas com dor lombar crônica: prevalência e fatores preditores", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil. Processo nº 471457/2010-8.

² Professor, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

³ Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.

⁴ Matemática, Professor, Centro Universitário São Camilo, Brasil.

⁵ Enfermeiro, Professor Assistente, Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Canadá.

Endereço para correspondência:

Marina de Góes Salvetti
Rua D. Pedro II, 20, Apto. 12
Vila Marques
CEP: 18130-535, São Roque, SP, Brasil
E-mail: mgsalvetti@usp.br

Prevalence of fatigue and associated factors in chronic low back pain patients

Objectives: to determine the prevalence and key factors associated with fatigue in chronic low back pain patients. **Methods:** cross-sectional study of 215 chronic low back pain patients from three health care centers and two industrial corporations. The crude prevalence of fatigue and its 95% confidence interval (CI) were calculated. Associations between fatigue and the independent variables were measured. **Results:** the prevalence of fatigue among the participants was 26.0% [95% CI: 20.3 - 32.5]. Fatigue was independently associated with depression and self-efficacy. An increase of one unit in the score of depression increased the risk of fatigue by 9%; an increase of one unit in the score of self-efficacy reduced the risk of fatigue by 2%. **Conclusions:** fatigue was prevalent in chronic low back pain patients and associated with depression and self-efficacy. Knowing these factors can direct strategies for prevention and control of fatigue in chronic low back pain patients.

Descriptors: Fatigue; Low Back Pain; Self Efficacy; Depression.

Prevalencia y factores asociados con la fatiga en pacientes con dolor lumbar crónico

Objetivos: Determinar la prevalencia y factores asociados con la fatiga en pacientes con dolor lumbar crónico. **Métodos:** Estudio transversal con 215 pacientes con dolor lumbar crónico en tres servicios de salud y dos industrias. La prevalencia de la fatiga y su intervalo de confianza (IC) se calcularon. Las asociaciones entre variables independientes y la fatiga se calcularon. **Resultados:** La prevalencia de la fatiga en los pacientes con dolor lumbar crónico fue del 26% [20,3 a 32,5, IC 95%]. La fatiga se asocia con la depresión y la autoeficacia. El aumento de un punto en la puntuación de depresión aumentó un 9% el riesgo de fatiga y un aumento de un punto en la autoeficacia reduce el riesgo de la fatiga en el 2%. **Conclusiones:** La fatiga es frecuente en pacientes con dolor lumbar crónico y se asocia con la depresión y la autoeficacia. Conocer estos factores puede dirigir las estrategias de prevención y control de la fatiga en pacientes con dolor lumbar crónico.

Descriptores: Fatiga; Dolor de La Región Lumbar; Autoeficacia; Depresión.

Introdução

Dor lombar (DL) é um problema de saúde tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Estimativas atuais de sua prevalência entre a população adulta em geral nesses países variam de 10,2 a 16,3%⁽¹⁻²⁾. A DL exerce grande impacto negativo nas pessoas no que se refere à qualidade de vida relacionada à saúde, inclusive más condições de saúde em geral, distúrbios psicológicos, distúrbios do sono, incapacidade e fadiga⁽³⁾. A fadiga limita a produtividade e pode causar danos sociais e psicológicos⁽⁴⁾. É um sintoma que pode ser particularmente problemático em pacientes com DL, pois afeta, de modo negativo, a percepção da saúde física e mental, e pode complicar e interferir na recuperação e retardar o retorno ideal à rotina diária de vida e trabalho⁽⁵⁻⁶⁾.

Fadiga é definida como um cansaço persistente que não é aliviado pelo descanso⁽⁵⁾. A etiopatogenia desse sintoma não é ainda bem conhecida, mas estudos recentes de neuroimagem têm levantado algumas hipóteses que

associam o envolvimento do sistema nervoso central à presença desse sintoma. Os achados desses estudos não são conclusivos, mas sugerem algumas anormalidades relacionadas à hipoperfusão cerebral e a processos inflamatórios que poderiam explicar a fadiga⁽⁷⁾.

Embora fadiga seja um problema comum entre pessoas que apresentam dores, pouco se sabe a respeito dos fatores a ela relacionados em pacientes com dor lombar crônica⁽⁸⁾. Em estudo entre pacientes com dor lombar recorrente concluiu-se que a fadiga estava relacionada à ansiedade, tensão, episódios de dor e baixos níveis de energia⁽⁹⁾. Considerando-se que ela limita a produtividade e pode dificultar o envolvimento de pacientes com dor lombar, em estratégias de gerenciamento da dor, o presente estudo teve como objetivo determinar a predominância da fadiga e dos principais fatores a ela relacionados em pacientes com dor lombar crônica.

Métodos

Este é um estudo transversal, com a participação de 215 pacientes com dor lombar (DL) crônica, realizado em três centros de saúde e duas indústrias, por um período de 10 meses, entre janeiro e novembro de 2008, no Estado de São Paulo, Brasil. A decisão de serem incluídos pacientes de centros de saúde e indústrias foi tomada com a finalidade de investigar a fadiga tanto em pessoas que tinham emprego como em pessoas que estavam desempregadas, de forma a incluir diferentes níveis de fadiga e a aumentar a validade externa dos dados.

Durante o período de coleta de dados, potenciais participantes foram avaliados para inclusão nos locais de estudo (centros de saúde e indústrias). Os critérios para inclusão foram: a) pacientes com dor lombar (DL) crônica (6 meses ou mais), b) idade entre 18 e 65 anos, c) pelo menos 6 anos de ensino formal e d) capacidade preservada de comunicação. Os critérios para exclusão foram: a) câncer, b) condições de saúde graves ou c) grande distúrbio cognitivo que impediria o consentimento informado. Dos potenciais participantes, 368 preencheram os critérios de inclusão e 215 concordaram em se inscrever no estudo, com taxa de aceitação de 58,4%. Cento e cinquenta e três (n=153) indivíduos qualificados não aceitaram participar e forneceram várias razões para sua recusa, entre elas: estavam muito ocupados (85,0%), apresentavam mal-estar relacionado à dor (4,0%) e outras razões (11,0%). No tocante ao sexo (d=0,753), idade (d=0,473), grau de escolaridade (d=0,056) e duração da dor (d=0,056) não houve diferenças significativas entre aqueles que concordaram em participar do estudo e aqueles que não concordaram.

O principal fator de investigação avaliou a elegibilidade dos participantes e o consentimento foi obtido antes de eles se inscreverem no estudo. Uma vez inscritos, os participantes completaram os questionários em uma sala privada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Serviços de Saúde (nº 684/2007/CEP-EEUSP).

No presente estudo, a variável dependente foi fadiga e as variáveis independentes foram sexo, idade, grau de escolaridade, renda, ocupação, duração da dor, intensidade da dor, índice de massa corporal, incapacidade, depressão, autoeficácia e medo relacionado à dor.

A fadiga foi medida de acordo com a versão brasileira da escala de fadiga Piper – revisada (rPFS), instrumento de autorrelato multidimensional destinado a medir fadiga, que demonstrou grande consistência interna e confiabilidade em relação à escala total e às dimensões, com coeficientes alfa que variam de 0,84 a 0,94⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A rPFS é composta por 22 itens que variam de 0 a 10 e avalia a presença de fadiga através de quatro dimensões: comportamental/gravidade, significado emocional, sensorial e humor/cognitivo. No presente estudo, o ponto de corte adotado foi 4,5, e teve como base o vigésimo quinto percentil da amostra do estudo. Considerando-se que fadiga leve (<4,5) pudesse ter impacto clínico mínimo, aqueles pacientes que obtiveram 4,5 pontos ou mais foram classificados como fatigados, e aqueles que relataram não sentir fadiga ou obtiveram <4,5 pontos foram considerados não fatigados.

Informações sociodemográficas e características de DL crônica foram obtidas através de um questionário desenvolvido para o presente estudo. O questionário incluiu questões sobre idade dos pacientes, sexo, grau de escolaridade, estado civil, situação profissional, altura e peso, relatados pelos próprios participantes, local da DL e duração da dor. Medidas adicionais foram aplicadas para obtenção de dados referentes à intensidade da dor, incapacidades, autoeficácia, medo relacionado à dor e depressão.

Intensidade da dor

A Escala Numérica de 11 pontos (NRS) foi aplicada para avaliar a intensidade da dor. Na NRS, é pedido aos pacientes que classifiquem sua dor entre 0 e 10, com pontos extremos classificados como “sem dor” e “a pior dor imaginável”. A NRS é facilmente administrada e tem sido largamente usada em pesquisas relacionadas à dor. A validade da NRS tem sido bem documentada, e estudos demonstram correlações positivas e significativas com outras medidas de intensidade da dor⁽¹²⁾.

Incapacidade

A incapacidade foi avaliada através do uso do Índice de Incapacidade Oswestry (ODI), método efetivo para medir incapacidade em pacientes que apresentam dor lombar. Esse índice inclui 10 escalas de seis pontos. A primeira parte avalia a intensidade da dor e as outras abordam o efeito incapacitante da dor nas atividades típicas diárias. O escore total do ODI varia de zero (nenhuma incapacidade) a 100 (incapacidade máxima). O ODI foi validado no Brasil e demonstrou boa consistência interna (alfa=0,87) e confiabilidade teste/reteste (r=0,99)⁽¹³⁾.

Autoeficácia

A autoeficácia foi avaliada através do uso da Escala de Autoeficácia da Dor Crônica (CPSS). A CPSS é composta por 22 itens em três dimensões: Autoeficácia para o Gerenciamento da Dor (PSE), Autoeficácia para

Função Física (FSE) e Autoeficácia para Lidar com Sintomas (CSE); cada uma é avaliada através de escala tipo Likert, que varia de 0 a 100 e reflete os níveis de segurança dos respondentes, de acordo com cada item. A soma das três dimensões fornece o escore total, que varia de 30 a 300. As propriedades psicométricas da versão brasileira demonstraram consistência interna muito boa e confiabilidade com coeficientes que variaram de 0,76 a 0,92 nas três dimensões e 0,94 na escala total⁽¹⁴⁾.

Medo relacionado à dor

A Escala Tampa para Cinesilogia (TSK) foi empregada para avaliar medo relacionado à dor, medo esse definido como irracional de movimento físico, que resulta de um sentimento de vulnerabilidade a ferimento doloroso ou ocorrência do mesmo ferimento⁽¹⁵⁾. Essa escala requer que os participantes avaliem 17 itens em uma escala tipo Likert de quatro pontos, com escores que variam de firme discordância a firme concordância. Os escores totais variam de 17 a 68, sendo que os escores mais altos refletem medo mais intenso em relação à dor. A versão brasileira mostrou grandes *propriedades psicométricas*. A análise Rasch indicou excelente confiabilidade, com coeficiente de 0,95 nos itens⁽¹⁶⁾.

Depressão

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é um instrumento de autorrelato composto por 21 itens, que tem sido empregado para avaliar sintomas depressivos. Cada item é avaliado em uma escala de quatro pontos (0-3), com escores totais que variam de 0 a 63. A versão brasileira foi validada e os pontos de corte para pessoas que não apresentavam diagnóstico anterior de depressão são: escores mais altos do que 15 para indicar depressão leve, e 21 ou mais para indicar depressão. As propriedades psicométricas do IDB confirmam a validade de construto da versão brasileira, demonstrando boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,81)⁽¹⁷⁾.

Análise dos dados

As informações foram inseridas em um banco de dados que usou a versão-SPSS 13, programa estatístico,

e foram analisadas através do uso do STATA 9.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA). O índice de predominância de fadiga entre os pacientes que relataram DLC e seu intervalo de confiabilidade de 95% (95% CI) foram determinados. Na análise univariada, associações entre fadiga e as variáveis independentes foram medidas através do uso do teste qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas e o teste Mann-Whitney para variáveis contínuas, com nível alfa de 0,05. Variáveis relevantes ($d < 0,25$ em análise univariada) foram, então, selecionadas para análise multivariada em um modelo de regressão logística, em um procedimento *stepwise forward*.

Variáveis relacionadas de forma independente ao resultado e aos fatores de confusão foram mantidas no modelo de regressão final, sendo consideradas plausibilidade e estimativas de máxima probabilidade durante o processo de modelagem. *Odds Ratio* (OR) ajustados por sexo em análise multivariada e seus 95% de intervalos de confiabilidade (CI) foram calculados.

Resultados

O presente estudo compreendeu 215 participantes com idade entre 19 e 65 anos (média=44,7; DP=11,1); a maioria dos participantes era do sexo feminino (65,1%) e a média do grau de escolaridade era de 11,2 anos (DP=3,5). A maioria dos participantes mencionou viver com um parceiro (66,4%), 44,1% trabalhavam em período integral, e a maioria tinha renda familiar mensal baixa. A maioria se referiu à intensidade de sua dor como de moderada a intensa (87%) e, para 45,6%, a DL já persistia por seis anos ou mais. No total, 56 participantes (26%) [95%CI: 20,3–32,5] apresentaram escores de Fadiga Piper $\geq 4,5$ e foram, portanto, classificados como fatigados. A média de pontos para fadiga para esses participantes foi 7,1 (DP=1,4), com duração média de 44 meses. A maioria (95%) relatou fadiga crônica (duração de mais de seis meses).

As Tabelas 1 e 2 mostram os resultados da análise univariada dos fatores relacionados à fadiga em pacientes com DL crônica.

Tabela 1 – Distribuição de pacientes com DL crônica, de acordo com as variáveis sociodemográficas e a fadiga

Variáveis	Nenhuma fadiga (n=159)	Fadiga (n=56)	OR (95%CI)	d valor
	n (%)	n (%)		
Sexo				0,029
Masculino	62 (39,0)	13 (23,2)	1,00	
Feminino	97 (61,0)	43 (76,8)	2,11 (1,05–4,25)	

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis	Nenhuma fadiga (n=159)		Fadiga (n=56)		OR (95%CI)	d valor
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Estado civil						0,682
Com companheiro	106 (66,7)		39 (69,6)		1,00	
Sem companheiro	53 (33,3)		17 (30,4)		0,87 (0,45–1,68)	
Situação profissional						<0,001
Empregado/autônomo	77 (48,4)		18 (32,1)		1,00	
Doentes	24 (15,1)		23 (41,1)		4,10 (1,90–8,84)	
Desempregados/aposentados/do lar	58 (36,5)		15 (26,8)		1,11 (0,51–2,38)	
Local de inscrição						0,019
Indústrias	34 (21,4)		4 (7,1)		1,00	
Centros de saúde	125 (78,6)		52 (92,9)		3,54 (1,19–10,47)	

Sexo, situação profissional e local de inscrição foram relacionados à fadiga de maneira significativa. Homens mostraram menor risco de fadiga do que mulheres ($d=0,029$); participantes listados como doentes apresentaram maior risco de fadiga quando comparados

aos participantes que estavam empregados ($d<0,001$). Além disso, participantes entrevistados em centros de saúde (particulares ou públicos) sofriam mais de fadiga do que aqueles inscritos em indústrias ($d=0,019$).

Tabela 2 – Comparação entre pacientes que apresentam fadiga e pacientes que não apresentam fadiga, de acordo com variáveis quantitativas

Variáveis	Nenhuma fadiga (n=159)		Fadiga (n=56)		d valor
	Média (DP)	Mediana (mín-máx)	Média (DP)	Mediana (mín-máx)	
Idade	44,4 (11,6)	45 (19-64)	44,6 (9,7)	45 (24-65)	0,853
Nível educacional (anos)	11,2 (3,4)	11 (6-22)	11,5 (3,8)	11 (6-21)	0,814
Renda familiar mensal (N=201)	2.305 (3.401)	1.600 (0–25.000)	2.584,74 (3.348,88)	1.500 (200–15.000)	0,185
Índice de massa corporal	26,9 (5,0)	26,6 (16,6–48,4)	27,0 (6,1)	25,9 (19,5–59,3)	0,615
Intensidade da dor	6,9 (2,3)	7 (1-10)	8,3 (1,9)	9 (3-10)	<0,001
Duração da dor (meses)	86,8 (88,0)	60 (6-480)	102,0 (86,6)	81 (8-480)	0,051
Depressão	9,8 (8,0)	8 (0-36)	22,1 (11,8)	19 (0-53)	<0,001
Incapacidade	25,6 (14,7)	24 (0-60)	38,5 (13,1)	36 (6-60)	<0,001
Autoeficácia	196,9 (56,8)	191,3 (70,6–300,0)	135,5 (45,9)	138,8 (50,6–259,7)	<0,001
Medo relacionado à dor	40,4 (11,4)	39 (20-68)	46,6 (10,7)	47,5 (25-68)	<0,001

Fadiga em pacientes com DL crônica foi também associada, de maneira significativa, à intensidade de dor, depressão, incapacidade, autoeficácia e medo relacionado à dor. Participantes com níveis mais altos de intensidade de dor ($d<0,001$), escores mais altos de depressão ($d<0,001$), escores mais altos de incapacidade ($d<0,001$), escores mais baixos de autoeficácia ($d<0,001$) e níveis mais altos de medo relacionado à dor ($d<0,001$) mostraram risco maior de incorrer em fadiga do que outros.

Além disso, sexo foi associado à autoeficácia ($d=0,006$), incapacidade ($d<0,001$) e depressão ($d=0,050$) de maneira significativa. A maioria dos participantes do sexo feminino apresentou baixa autoeficácia (75%), incapacidade, de moderada a grave (77%) e sintomas

de depressão (63%). Entre os homens, 63% relataram ter autoeficácia acentuada, 49%, incapacidade mínima e 76% não apresentaram sintomas de depressão. Com base nesses achados, foi realizada uma análise multivariada com base no sexo.

A Tabela 3 apresenta o modelo de regressão logística, identificando variáveis que se associam, de forma independente, à fadiga em pacientes com DL crônica. Após o controle em relação ao sexo e ao local de inscrição, a fadiga mostrou estar associada, de forma independente, a escores de depressão mais altos ($d<0,001$) e escores de autoeficácia mais baixos ($d=0,004$). Notou-se que o aumento de um ponto no escore de depressão aumentou o risco de fadiga em 9% e o aumento de um ponto no escore de autoeficácia reduziu o risco de fadiga em 2%.

Tabela 3 – Análise multivariada dos fatores de risco para fadiga em pacientes com DL crônica

Variáveis	OR _{adj}	95%CI	d-valor
Depressão	1,09	1,05–1,36	<0,001
Autoeficácia	0,98	0,97–0,99	<0,001
Sexo			0,088
Masculino	1,00	–	
Feminino	2,10	0,88–5,00	
Local de inscrição			0,115
Indústrias	1,00	–	
Centros de saúde	3,54	0,07–1,27	

Discussão

O presente estudo investigou a predominância de fadiga e dos fatores a ela relacionados entre pacientes com DL crônica. Os achados revelam que fadiga é um problema significativo nesse grupo de pacientes. A predominância de fadiga nesta amostra foi um pouco maior do que entre a população em geral (18%-22%)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ e é muito semelhante à predominância de fadiga entre profissionais de enfermagem (25,7%)⁽²⁰⁾. Além disso, entre os pacientes com fadiga, a maioria deles vivenciou fadiga crônica (95%) e os escores da gravidade de sua fadiga foram mais altos do que aqueles observados em um estudo feito com pacientes portadores de câncer e com pessoas saudáveis⁽¹¹⁾.

Comparando o grupo que apresentava fadiga com aquele que não apresentava fadiga, a maioria dos indivíduos que não apresentava fadiga estava empregada, mostrava intensidade mais baixa de dor, período mais curto de duração da dor, escores de depressão mais baixos, nível de incapacidade mais baixo, menos medo em relação à dor e maior autoeficácia. Tais características sugerem que, apesar da presença da dor, indivíduos que não sofrem de fadiga parecem ser mais autoconfiantes e mantêm atividades, como trabalho. Por outro lado, fadiga é uma das características da depressão e pode aumentar a percepção de incapacidade e estar relacionada a períodos mais longos de dor e dor intensa.

De acordo com estudos anteriores nessa área^(19,21-23), a análise univariada revelou, de maneira significativa, que mulheres sofriam mais de fadiga do que homens. Essa conclusão pode ter sido resultado de fatores como predominância de sintomas depressivos nas mulheres, características físicas femininas e cargas de trabalho específicas referentes ao sexo.

Situação profissional e incapacidade têm sido o foco de uma série de estudos. No presente estudo, participantes classificados como doentes apresentaram maior risco de fadiga do que aqueles que estavam empregados; escores

mais altos de incapacidade também foram associados à fadiga na análise univariada. Da mesma forma, em estudo realizado na Noruega, pessoas incapacitadas sentiam mais fadiga do que pessoas que trabalhavam⁽²¹⁾; e em estudo com pacientes com artrite reumatoide, a incapacidade também foi um indicador de fadiga⁽²³⁾. Infelizmente, no presente estudo, não foi possível determinar se a situação profissional dos pacientes listados como doentes aumentava ou não sua fadiga. Essas associações não foram confirmadas no modelo final.

A relação entre fadiga e dor, demonstrada no presente estudo, confirma conclusões de pesquisa anterior realizada nessa área. Processos patofisiológicos de fadiga envolvem lesões metabólicas e estruturais que atrapalham o processo normal de ativações nas passagens que se interconectam com as glândulas basais, o tálamo, o sistema límbico e o maior centro cortical⁽²⁴⁾, os quais estão todos relacionados à fisiologia da dor. Essas semelhanças esclarecem a relação íntima entre fadiga e dor observada na literatura, relação essa que foi confirmada através do presente estudo.

Na análise univariada, níveis mais altos de intensidade de dor foram associados à fadiga; no entanto, essa relação não apareceu na análise multivariada. Uma revisão com base em evidências concluiu que a etiologia da fadiga estava relacionada à presença de dor⁽⁸⁾. Além disso, estudos que investigaram a fadiga em pacientes com dor lombar concluíram que dor lombar era um indicador de fadiga^(9,21).

Os dados da pesquisa, no presente estudo, não demonstraram nenhuma relação significativa entre fadiga e idade, relação essa que se mostra consistente em alguns estudos⁽¹⁸⁾, mas não em outros⁽¹⁹⁾; também não houve associação entre fadiga e índice de massa corporal (BMI). Nenhuma relação foi encontrada entre grau de escolaridade e fadiga, diferentemente de estudos que concluíram que baixos níveis de escolaridade estavam associados a altos níveis de fadiga. A renda familiar e o estado civil, que demonstraram ser consistentes em outro estudo, não foram relacionados à fadiga no presente estudo⁽¹⁹⁾.

Os achados confirmam que fadiga está relacionada à depressão e outros fatores psicológicos. Em estudos anteriores, morbidade psicológica e angústia foram associadas à fadiga na população em geral e em trabalhadores^(18-19,22,25-26). Estudo longitudinal sobre síndrome da fadiga crônica concluiu que fatores psicológicos, tais como atitudes com relação a doenças e formas de lidar com elas, parecem ser indicadores de fadiga mais importantes de resultados em longo prazo do que as variáveis imunológicas e demográficas⁽²⁷⁾.

No presente estudo, depressão foi associada à fadiga de forma independente. O aumento de um ponto no escore de depressão aumentou o risco de fadiga em 9% em pacientes com CDL. Outra pesquisa mostrou que depressão é um indicador de fadiga entre pacientes com CDL e com dor no pescoço⁽²¹⁾, e entre mulheres saudáveis⁽²⁶⁾. Estudos que utilizaram análise de regressão múltipla confirmam a importância da depressão na fadiga⁽²¹⁻²²⁾; no entanto, pouca atenção foi dada à relação entre autoeficácia e fadiga⁽²⁸⁾.

Neste estudo, medo relacionado à dor foi associado à fadiga na análise univariada, mas não na análise de regressão logística. Considerando-se que os entendimentos em relação à autoeficácia e à anulação do medo estejam interligados, é possível que a autoeficácia representasse entendimentos de anulação do medo no modelo final. O presente estudo concluiu que, além da depressão, a autoeficácia estava associada à fadiga de forma independente. Aumento de um ponto no escore de autoeficácia reduziu em 2% o risco de fadiga entre pacientes com CDL. Em outro estudo, a respeito do papel da autoeficácia sobre a fadiga entre pacientes com artrite reumatoide, forte correlação foi encontrada entre autoeficácia e fadiga⁽²⁸⁾, o que confirma esses achados.

Resultados satisfatórios foram demonstrados em estudo que investigou os resultados de um serviço de tratamento multidisciplinar para a dor, o qual incluía tratamento multimodal, massagem terapêutica, grupos educacionais e *biofeedback*, e que foi empregado para controlar fadiga associada à dor⁽²⁹⁾. Considerando-se que depressão e autoeficácia estão relacionadas à fadiga, tratamentos multidisciplinares para a dor, destinados a reduzir sintomas depressivos e desenvolver a autoeficácia, poderiam, também, ajudar no controle da fadiga associada à dor; no entanto, mais estudos devem ser desenvolvidos no intuito de verificar essa hipótese.

O presente estudo apresenta limitações: a linha transversal seguida não fornece dados sobre as relações causais que possam ocorrer, limitando, assim, o âmbito da análise e dos achados. O uso de uma amostra de conveniência impede a possibilidade de serem feitas generalizações com base nos achados. Estudos futuros poderiam abordar essas limitações, usando uma linha de estudo que permita confirmar essa relação de forma linear.

Conclusão

O presente estudo investigou a predominância de fadiga e os fatores a ela associados entre pacientes com dor lombar crônica, inclusive as variáveis cognitivas

(tais como autoeficácia e medo relacionado à dor), que ainda devem ser estudadas a fundo. Na presente amostra, as conclusões sugerem forte correlação entre fadiga, depressão e autoeficácia entre pacientes com CDL. Entendimentos relativos à autoeficácia podem ser intensificados através de intervenções de autogerenciamento e, dessa forma, podem ser usados para aprimorar os resultados do tratamento de muitas situações crônicas referentes à saúde. Autoeficácia também pode ter implicações no tratamento da fadiga. Intervenções destinadas a reduzir sintomas de depressão e aumentar entendimentos relativos à autoeficácia podem ter impacto positivo sobre a fadiga nos pacientes com DL crônica.

Referencias

1. Sa KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008;139:498-506.
2. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalsbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med*. 2009;169(3):251-8.
3. Kovacs, FM; Abraira, V; Zamora, J; Fernández, C. The transition from acute to subacute and chronic low back pain: A study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine*. 2005;30(15):1786-92.
4. Fini A, Cruz DALM. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(4):557-65.
5. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005;18:285-93.
6. Oliveira JRS, Viganò MG, Lunardelli MCF, Caneo LC, Goulart Jr E. Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar. *Psicol Estudo*. 2010;15(3):633-8.
7. Ortega F, Zorzanelli R. Imagens cerebrais e o caso da síndrome da fadiga crônica. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2123-32.
8. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Med*. 2003;4(1):51-62.
9. Feuerstein M, Carter RL, Papciak AS. A prospective analysis of stress and fatigue in current low back pain. *Pain*. 1987;31:333-44.
10. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale; psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25(4):677-84.
11. Mota DCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian

- cancer patients, caregivers and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer*. 2009;17:645-52.
12. Jensen MP, Karoly P. Self-Report Scales and procedures for Assessing Pain in Adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001. p. 19-44.
13. Vigatto R, Alexandre NMC, Filho HRC. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity. *Spine*. 2007;32(4):481-6.
14. Salvetti MG, Pimenta CAM. Validação da "Chronic Pain Self-efficacy Scale" para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(4):202-10.
15. Goubert L, Crombez G, Van Damme S, Vlaeyen JW, Bijttebier P, Roelofs J. Confirmatory factor analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: Invariant two factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *Clin J Pain*. 2004;20(2):103-10.
16. Siqueira FB, Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC. Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala Tampa de Cinesiofobia. *Acta Ortopédica Bras*. 2007;15(1):19-24.
17. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):245-50.
18. Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, Wright DJM, Wessely SC. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ*. 1994;308:763-6.
19. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res*. 1998;45(1):53-65.
20. Vasconcelos SP, Fischer FM, Reis AOA, Moreno CRC. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(4):688-97.
21. Fishbain DA, Cutler RB, Cole B, Lewis J, Smets E, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Are patients with chronic low back pain or chronic neck pain fatigued? *Pain Med*. 2004;5(2):187-95.
22. Hardy GE, Shapiro DA, Borril CS. Fatigue in the workforce of national health service trusts: levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *J Psychosom Res*. 1997;43(1):83-92.
23. Repping-Wuts H, Fransen J, van Achterberg T, Bleijenberg G, van Riel P. Persistent severe fatigue in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Nurs*. 2007;16(11):377-83.
24. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *Lancet*. 2004;363:978-88.
25. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers in brazilian university hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):340-7.
26. Libbus K, Baker JL, Osgood JM, Philips TC, Valentine DM. Persistent fatigue in well women. *Women and Health*. 1995;23(1):57-72.
27. Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic, Boughton C, Dwyer, Wakefield D. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 1994;308:756-9.
28. Riemsma RP, Rasker JJ, Taal E, Griep EN, Wouters JMGW, Wiegman O. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1042-6.
29. Fishbain DA, Lewis J, Cole B, Cutler B, Smets E, Rosomoff H, Rosomoff RS. Multidisciplinary pain facility treatment outcome for pain-associated fatigue. *Pain Med*. 2005;6(4):299-304.

Recebido: 19.7.2012

Aceito: 10.10.2012

Como citar este artigo:

Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, McGillion M. Prevalência de fadiga e fatores relacionados em pacientes com dor lombar crônica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: _____];21(Spec):[08 telas]. Disponível em: _____

dia
mês abreviado com ponto
ano

URL