



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

O Impacto da Dor Crónica na Qualidade de Vida do Indivíduo

Sara Correia Fonseca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Mário Franco

Covilhã, Outubro de 2010

Agradecimentos

- Ao **Professor Doutor Mário Franco**, pela maneira tranquila e prestativa que sempre me ajudou e pela colaboração de fundamental importância na elaboração desta dissertação, agradeço-lhe também pela sua gentileza, dedicação e empenho em todo o processo deste trabalho. Obrigada pela motivação, pelas sugestões valiosas e pela forma excelente como me orientou e acolheu.

“Se fui capaz de ver mais longe é porque estava de pé nos ombros de gigantes...”

(Sir Isaac Newton).

- Agradeço aos meus pais, José e Cândida, por serem os meus pilares, por serem as pessoas que mais admiro nesta vida, agradeço-lhes pela forma cuidadosa como me educaram, e por serem responsáveis por todas as minhas conquistas e realizações.
- Agradeço ao meu irmão, Bruno, por simplesmente ser o meu melhor amigo, por estar sempre ao meu lado, e por me ter dado apoio e suporte ao longo de todo o meu percurso pessoal e académico.
- Agradeço ao meu marido, por poder contar com ele de forma incondicional, e por me ter apoiado e motivado para a realização deste trabalho.
- Agradeço aos meus amigos, aos quais tenho muito carinho e admiração.
- Agradeço à minha equipa do Lar das Oliveirinhas, pela flexibilização do horário, pelo apoio e pela amizade com que me brindam.
- Agradeço a alguns colegas de turma, em especial ao Tiago Anjos, pelo apoio e pelas sugestões preciosas.
- Agradeço aos meus Cunhados, Elisa e Juliano que colaboram comigo, em especial ao meu cunhado que me auxiliou na colheita dos contactos dos utentes da minha amostra.
- Agradeço, à Dr.^a Rosa Saraiva do Núcleo de Investigação do CHCB (Centro Hospitalar Cova da Beira), pela disponibilidade e simpatia com que me presenteou.

- Agradeço ao responsável da Consulta de Dor do CHCB, Dr. Reinaldo, pela colaboração na triagem dos utentes da listagem global da consulta de Dor.
- De forma muito especial, agradeço à D. Sofia Dias, Administrativa da Consulta de Dor do CHCB, que foi a responsável pela reunião de todos os contactos telefónicos, indispensáveis para a realização do meu estudo, sem a colaboração dela, não conseguiria contactar com a minha amostra, a ela o meu muito obrigado.
- Agradeço também à professora Doutora Anabela Almeida, pelas sugestões, e por me motivar a seguir este tema.

Resumo

O decurso de novos hábitos de vida, a maior longevidade do indivíduo, o prolongamento da sobrevivência dos doentes e o ambiente em que vivemos, parece aumentar a ocorrência de dor, especialmente, a dor crónica. Esta dor pode ter repercussões na qualidade de vida dos indivíduos.

Face a esta problemática, o objectivo deste estudo foi, precisamente, avaliar o impacto da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo e, mais especificamente, pretendeu-se: (1) caracterizar sócio - demograficamente os doentes com dor crónica em consulta da dor no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB); (2) medir a qualidade de vida dos indivíduos portadores de dor crónica; e (3) verificar se existe alguma relação entre a dor crónica e a qualidade de vida dos indivíduos portadores desta doença.

Para alcançar estes objectivos, optou-se por uma abordagem de investigação quantitativa e o instrumento de recolha de dados foi um questionário de características sócio - demográficas, e um Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey: SF - 36*). O questionário foi administrado junto de uma amostra aleatória de 114 utentes, inscritos na consulta de Dor do CHCB.

Face aos resultados obtidos, concluiu-se que a dor crónica é uma situação que limita a vida dos seus portadores e tem repercussões a nível emocional, social/familiar, físico, entre outros aspectos. Verificou-se ainda que a qualidade de vida do doente crónico é influenciada por algumas variáveis sócio demográficas.

Quando se pretendeu medir a qualidade de vida dos indivíduos portadores de dor crónica, inscritos na consulta da Dor do CHCB, em termos gerais concluiu-se que mais de metade dos utentes consideram a sua saúde “razoável”. Deste modo, pode-se inferir que a dor crónica interfere com as actividades (violentas, moderadas, levantar ou carregar as compras da mercearia, etc...) da vida diária dos indivíduos. Mais precisamente, verifica-se que as pessoas com dor crónica têm limitações em actividades da vida diária, como caminhar, carregar compras da mercearia, inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se, e até mesmo em actividades de auto-cuidado como tomar banho e vestir-se de forma independente.

No que respeita às alterações emocionais, concluiu-se que os inquiridos sentiram que, no último mês, a sua saúde física e/ou problemas emocionais interferiram moderadamente com o seu relacionamento normal com a família e que a dor interferiu extremamente com o seu trabalho normal. Existe, de facto, uma relação entre a dor crónica e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Apesar das limitações subjacentes ao presente estudo, considera-se, no entanto, que foram atingidos os objectivos propostos. Aguarda-se pois, que este trabalho possa constituir-se como um estímulo à reflexão e à produção de futuras investigações acerca da problemática que envolve a qualidade de vida no indivíduo com dor crónica.

Palavras-chave

Qualidade de vida, qualidade de vida relacionada com a saúde, dor crónica.

Abstract

With the course of new lifestyles, and the extension of longevity of the human being, seems to increase the occurrence of pain, specially the chronic pain. This pain can have repercussions on the wellbeing of the individuals.

Address to this problem, the objective of this study was precisely, to assess the impact of chronic pain on the quality of life of the individual, more specifically, it was intended to: (1) characterize the socio-demographic of the patients with chronic pain that is being followed on the Centro Hospitalar Cova da Beira; (2) measure the quality of life of the individual carriers of chronic pain; and (3) check if exists some relation between chronic pain and the quality of life of the individuals carriers of the disease.

To reach these objectives, a quantitative investigation approach was used and the instrument of data collection was a questionnaire of social demographic characteristics, and the generic evaluation instrument of quality of life (Medical Outcomes short-form health survey - SF - 36). The questionnaire was applied in a random sample of 114 users (patients), enrolled in outpatient pain of CHCB.

Given the obtained results, it is concluded that chronic pains is a situation that limits the wellbeing (quality of life), of its carriers and presents repercussions at the emotional, social / familiar, and physical level, among others. It was still concluded that quality of life of chronic patients, it's directly influenced by some social demographic variables.

When he pretend measure the quality of life of the individual carriers of chronic pain, subscribers enrolled in outpatient pain of CHCB, in general terms was concluded that more of half patients consider their fair wealth "reasonable". Thus, we can infer that chronic pain directly interferes with the activities (violent, moderate, lift and carry shopping or groceries, etc.) of daily living of individuals. More precisely, it was checked that individuals with chronic pain have more limitations in activities of daily living, like walking, lift and carrying shopping groceries, lean, downloading or kneeling and even in self care activities like taking a bath or dress independently.

Regarding emotional changes, it was concluded that the inquired at the last month, felt that, is physical health and emotional problems moderately interfered with its normal family relationship and that the pain extremely interfered with its normal job. There's in fact, a connection between chronic pain and quality of living in the affected individuals.

Despite the limitations underlying at the present study, it is considerate that the objectives have been met. Pending, that this job can contribute to stimulus to reflection and potentiate future investigations about the problematic that is inherent, the quality of live in the chronic pain individual.

Key words:

Quality of life, quality of life related with health, chronic pain.

Índice

	Pág.
Índice	xii
Lista de Figuras	xvi
Lista de Quadros	xviii
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Acrónimos	xxiii
1. Enquadramento do Problema	1
1.1. Justificação/Importância do Tema	1
1.2. Propósito/Objectivo da Investigação	3
1.3. Estrutura do Trabalho	3
 <i>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	
2. Contexto Organizacional	6
2.1 Comportamento Organizacional: O Papel dos Recursos Humanos	6
2.2 Problemas Típicos no Meio Organizacional	8
2.2.1 Complexidade, organismos vivos e organizações	9
2.2.2. Produtividade	10
2.2.3. Absentismo	10

3. Considerações Teóricas sobre a Dor	13
3.1 Padrões e Tipos de Dor	13
3.1.1. Classificação temporal da dor	13
3.1.2. Classificação fisiopatológica da dor	14
3.2. Dor Crónica	14
4. A Qualidade de Vida	19
4.1. Conceito e Âmbito da Qualidade de Vida	19
4.2. Qualidade de Vida Relacionada com a saúde.	24
4.3. Qualidade de Vida no Trabalho	27
5. Qualidade de Vida do Doente com Dor Crónica	30
5.1. Qualidade de Vida vs. Dor Crónica	30
5.2. Modelo Conceptual de Análise	35

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

6. Metodologia de Investigação	37
6.1 Tipo de Estudo	37
6.2 Hipóteses de Investigação	38
6.3 Procedimentos Metodológicos	39
6.3.1 População / Amostra	39
6.3.2 Instrumento de Recolha de Dados	40
6.3.3 Variáveis	44
6.3.4 Procedimentos Administrativos e Éticos	45
6.3.5 Análise dos Dados	46

7 Apresentação e Discussão dos Resultados	48
7.1. Caracterização da Amostra	48
7.2. Avaliação da Qualidade de Vida	53
7.3. Análise Inferencial - Validação das Hipóteses	65
8. Conclusões, Limitações e Sugestões	72
Bibliografia	75
Anexos	83

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Esquema do modelo cognitivo comportamental	7
Figura 2: Abrangência da actividade vital	10
Figura 3: Indicadores de qualidade de vida	23
Figura 4: Ampliação do conceito de Saúde - Doença	25
Figura 5: Modelo Conceptual	35

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o sexo	48
Quadro 2. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a Idade (por Grupos Etários).	49
Quadro 3. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a Idade	49
Quadro 4. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o Estado Civil	50
Quadro 5. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a sua actividade profissional	51
Quadro 6. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o seu diagnóstico clínico	52
Quadro 7. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da saúde.	53
Quadro 8. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da sua saúde comparativamente com o que acontecia há um ano atrás.	54
Quadro 9. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da dificuldade de realização de actividades do dia a dia.	54
Quadro 10. - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Actividades do Dia a Dia que poderia realizar”	56
Quadro 11. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação do seu trabalho ou actividades diárias	57
Quadro 12. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação do seu trabalho ou actividades diárias ao nível de qualquer problema emocional	58
Quadro 13. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da saúde ou problemas emocionais no relacionamento com a família e amigos	59
Quadro 14. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação das dores	59
Quadro 15. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da dor com o seu trabalho normal	60
Quadro 16. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação do estado de saúde no ultimo mês.	61
Quadro 17. - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Estado de saúde no ultimo mes”.	62
Quadro 18. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da dor com o seu trabalho normal	63
Quadro 19. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação do estado geral de saúde	64

Quadro 20. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação do estado geral de saúde	64
Quadro 21. - Testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov	66
Quadro 22. - Teste de Mann-Whitney relacionando a qualidade de vida e o género	67
Quadro 23. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e a idade	68
Quadro 24. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e o estado civil	69
Quadro 25. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e a profissão	70
Quadro 26. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e o diagnóstico	71

Lista de Tabelas

	pág.
Tabela 1. Evolução do conceito de qualidade de vida no trabalho	29
Tabela 2. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36	42

Lista de Acrónimos

α	Alfa
et al	Mais de um autor
Fig.	Figura
nº	Número
Pág.	Página
P	Nível de significância
%	Por cento
\bar{X}	Média
APED	A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
EFIC	European Federation of the IASP Chapters
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
N	População
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONSA	Observatório Nacional de Saúde
QVT	Qualidade de vida no Trabalho
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

1. Enquadramento do problema

1.1. Justificação/Importância do Tema

O decurso de novos hábitos de vida, a maior longevidade do indivíduo, o prolongamento da sobrevivência dos doentes e a envolvente em que vivemos, parece aumentar a ocorrência de dor, especialmente a dor crónica. Esta dor pode ter repercussões na qualidade de vida dos indivíduos que, por sua vez, pode afectar também a sua vida profissional.

Para Elliott (1999), a dor crónica é reconhecidamente um problema prevalente na comunidade, que afecta tanto a saúde orgânica quanto psíquica e causa o afastamento prolongado do trabalho. Trata-se de uma das razões mais comuns de procura de cuidados médicos, porque os pacientes portadores de dor crónica usam os serviços de saúde cinco vezes mais que o restante da população.

A preocupação do homem com o fenómeno da dor vem de longe e pode ser observada desde as mais primitivas civilizações, com as mais divergentes explicações: intrusão de fluidos mágicos, desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma de iluminação e obtenção de graças divinas (Carvalho, 1999).

Para Pimenta *et al.* (2005), a problemática dor crónica, considerando-a como uma doença em si mesma, tornou-se, hoje em dia, um problema de saúde pública e acarreta graves prejuízos pessoais e socioeconómicos.

A dor, e designadamente a dor crónica, é um problema de saúde pública de grande impacto, afirma também José Castro Lopes, vice-presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 2010). Apesar de não ser responsável por um número elevado de hospitalizações, factores como o absentismo e a necessidade de acompanhamento dos doentes reflectem-se na economia nacional (APED, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor crónica afecta 30% da população do mundo. Nos Estados Unidos, esse problema acarreta um prejuízo anual de 550 milhões de dias de trabalho perdidos. Os valores alarmantes são resultado das horas de trabalho perdidas e do custo dos medicamentos utilizados para o seu tratamento (IASP, 2010).

De acordo com um estudo da Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho (1997), as duas mil maiores empresas de Portugal perderam 7,731 milhões de dias de trabalho em resultado de doença e 1,665 milhões de dias de trabalho em resultado de acidentes, em 1993. Tal representa 5,5% da totalidade de dias de trabalho nestas empresas. Também em Portugal, e de acordo com um estudo acerca da dor na população Portuguesa, Rabiais *et al.* (2003) concluem que das dores mais comuns nos últimos sete dias anteriores à entrevista, evidenciam-se os seguintes resultados:

- 73.7% dos indivíduos manifestou ter tido pelo menos um episódio de dor;
- 49.6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor;
- As dores mais frequentes foram: as dores lombares (51.3%), as dores nos ossos e articulações (45.2%) e as dores de cabeça (34.7%).

Cerca de 1 em cada 10 pessoas sofre de dor crónica, cuja intensidade impõe à procura de cuidados específicos. Este acontecimento não é uma consequência inevitável do envelhecimento. Na realidade, as pessoas mais jovens podem sofrer mais vezes de dores fortes do que as mais velhas (Guia para pessoas Idosas, 2001).

Para Banegas (2003), a qualidade de vida dos doentes com dor crónica seja de origem degenerativa e/ou inflamatória é afectada negativamente. Este mesmo autor afirma que são evidentes as limitações e repercussões tanto em aspectos físicos como psíquicos, sociais e económicos. O interesse em mensurar a qualidade de vida, especialmente na doença crónica, tem aumentado nos últimos anos, tendo este problema reduzido consideravelmente o desempenho físico e mental dos pacientes acometidos. Como refere Skevington (1998), acredita-se amplamente que a dor tem um efeito profundo na qualidade de vida de uma pessoa.

O comportamento do trabalhador influencia o comportamento da organização. Deste modo, um trabalhador com dor crónica apresenta comprometimento em diversas facetas da sua vida. A dor gera medo da incapacidade, preocupações com perdas materiais e/ou sociais, limitações para a realização das actividades profissionais, sociais e/ou domiciliárias.

Pimenta e Salvetti (2007), citando Keef e Gil, referem que o paciente com dor crónica experimenta alterações de comportamento, priva-se de suas funções habituais no trabalho, na família, na sociedade e, até mesmo, nas actividades de lazer.

Um quadro de dor crónica compromete não apenas a saúde física do indivíduo que sofre com a dor, mas também uma grande quantidade de outros problemas que acabam por comprometer praticamente todos os aspectos das suas vidas. A dor afecta não apenas o indivíduo, mas a família e as pessoas próximas (Angelotti, 2007, citando Turk e Gatchel). Deste modo, a forma como se comporta o trabalhador com dor crónica, compromete não apenas o indivíduo enquanto trabalhador, como também toda a organização.

Na revisão da literatura efectuada foram encontrados muito poucos estudos de investigação sobre esta temática, embora pareça claro que a dor crónica influencia a qualidade de vida das pessoas. Não existindo investigação específica neste campo, considera-se importante e pertinente perceber de que forma a dor crónica nos doentes activos influencia a qualidade de vida e quais as repercussões sociais, familiares e económicas dessa alteração.

1.2. Propósito/Objectivo da Investigação

Face à problemática acima exposta, optou-se pela escolha do tema “*O Impacto da Dor Crónica na Qualidade de Vida do Indivíduo*”. Mais concretamente, pretende-se estudar de que forma a qualidade de vida dos indivíduos é influenciada pela presença de dor crónica.

A dor está intimamente relacionada à qualidade de vida do indivíduo. Por ser a dor crónica cada vez mais frequente na população mundial, este trabalho de investigação pode ser interessante e pertinente e trazer alguns contributos nesta área do conhecimento.

O **objectivo central** deste estudo é estudar o impacto da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo, ou seja, pretende-se avaliar, especificamente, de que forma a qualidade de vida, destas pessoas, é influenciada pela dor crónica.

Como **objectivos mais específicos**, pretende-se:

- Caracterizar sócio - demograficamente (Idade, Sexo, Estado civil, Profissão e diagnóstico) os doentes com dor crónica em consulta da dor no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);
- Medir a qualidade de vida dos indivíduos portadores de dor crónica, inscritos na consulta da Dor no CHCB;
- Verificar se existe alguma relação entre a dor crónica e a qualidade de vida dos indivíduos portadores desta doença;

1.3. Estrutura do Trabalho

Com vista a atingir os objectivos propostos, o presente trabalho está organizado em duas grandes partes. Na I **parte** encontra-se o enquadramento teórico, onde são referenciados os conceitos chaves que permitem uma melhor compreensão da presente investigação.

Assim, no ponto 2 aborda-se a temática dos recursos humanos nas organizações, onde se explora a forma como os indivíduos se comportam dentro de uma organização, bem como os principais problemas que surgem nessas mesmas organizações (por exemplo, produtividade, absentismo e a invalidez).

No ponto 3 faz-se uma revisão da literatura sobre a Dor, assim como a sua classificação, dando-se especial destaque à dor crónica.

A qualidade de vida é abordada no ponto 4, com especial atenção à qualidade de vida relacionada com a saúde, e à qualidade de vida no trabalho.

No ponto 5 desenvolve-se de forma mais específica a qualidade de vida no doente com dor crónica.

Na **II parte** do trabalho, designada por Estudo Empírico, começa-se por descrever no ponto 6 a metodologia de investigação, designadamente, o tipo de estudo, as hipóteses de investigação e os procedimentos metodológicos utilizados: população/amostra, instrumento de recolha de dados, variáveis, entre outros aspectos.

O ponto 7 constitui-se pela apresentação e discussão dos resultados e, por fim, no ponto 8 apresentam-se as conclusões, limitações e algumas sugestões para futuras investigações nesta área.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. Contexto Organizacional

2.1. Comportamento Organizacional: O Papel dos Recursos Humanos

O comportamento do trabalhador influencia o comportamento da organização. A Teoria Comportamental tem o seu maior expoente em Herbert Simon e fundamenta-se no comportamento individual das pessoas para explicar o comportamento organizacional. Para Chiavenato (1994), a tônica principal passou a ser a procura da flexibilidade organizacional e a redução do conflito entre os objectivos organizacionais e individuais dos participantes. Também Silverman, citado por Chiavenato (1997: 583), defende a existência de 3 aspectos importantes da Teoria Comportamental:

- i. “As organizações surgem quando os objectivos a serem alcançados são demasiado complexos para um indivíduo sozinho. A sequência de eventos necessária para a organização alcançar estes objectivos pode ser dividida em unidades administrativas pelos indivíduos;
- ii. Os indivíduos são, eles mesmos, organizações complexas. Eles produzem actividade e energia para uma organização se isto representa alguma vantagem para eles. A vantagem dos indivíduos pode ser compreendida pela satisfação das suas necessidades pessoais;
- iii. Existe uma variedade de conceitos de necessidades e concepções diferentes acerca do grau de profundidade em que elas existem. Os indivíduos procuram satisfazer as suas necessidades e são profundamente influenciados pelo contexto organizacional, como o conteúdo ou o contexto do cargo que ocupam”.

As pessoas passam a maior parte de seu tempo dentro das organizações. A produção de bens e a prestação de serviços não pode ser desenvolvida por pessoas que trabalham sozinhas. Quanto mais industrializada for a sociedade, tanto mais numerosas e complexas se tornam as organizações.

Segundo Chiavenato (1994), o Comportamento Organizacional refere-se ao estudo de indivíduos e grupos que actuam em organizações. Esta disciplina preocupa-se com a influência das pessoas e grupos sobre as organizações e vice-versa.

Embora nossa intenção seja visualizar as pessoas como recursos, isto é, como portadoras de habilidades, capacidades conhecimentos, motivação, comunicabilidade, nunca se deve esquecer que as pessoas são pessoas, portadoras de características de personalidade, expectativas, objectivos pessoais, histórias e problemas particulares.

É importante, por isso, salientar algumas características das pessoas como pessoas, pois isto melhora a compreensão do comportamento humano nas organizações (Chiavenato, 1994).

Para este mesmo autor, o comportamento das pessoas apresenta as seguintes características:

- O Homem é pró-activo. O comportamento das pessoas é orientado para a satisfação das suas necessidades pessoais e para o alcance dos seus objectivos e aspirações.
- O Homem é social. A participação em organizações é muito importante na vida das pessoas, proporciona o envolvimento com outras pessoas em grupos ou em organizações.
- O Homem tem diferentes necessidades. Os seres humanos são motivados por diferentes necessidades.
- O Homem percebe e avalia. Interage com o seu ambiente.
- O Homem pensa e escolhe.
- O Homem tem limitada capacidade de resposta. As suas características pessoais são limitadas e restritas. Tanto as capacidades mentais como físicas estão sujeitas a grandes limitações.

Um dos modelos evocados por Assunção (2001), citando Medrano e Cols, é o modelo cognitivo comportamental. Neste modelo, o indivíduo padecendo de dor reduz as suas actividades e perde o estímulo positivo do ambiente. O indivíduo vê-se incapacitado para controlar a sua dor e deste modo, a sua auto estima diminui, passando a adoptar um comportamento defensivo (Figura 1).

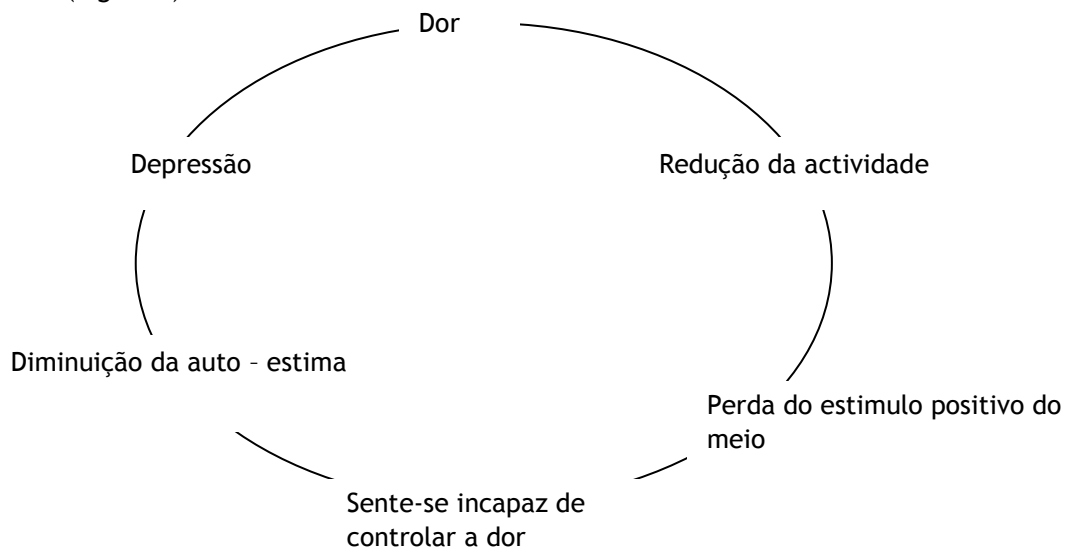


Figura 1 — Esquema do modelo cognitivo comportamental

Fonte: Assunção (2001)

Cavassani *et al.*, citado por Assunção (2001), referem que o nível de pressão por resultados, a concorrência e a complexidade por um espaço no mercado, fazem com que o trabalho seja uma constante na vida do homem moderno. Por outro lado, a organização percebe cada vez mais, a importância do ser humano para o conseguir de resultados. A capacidade de raciocínio, de criatividade, de solucionar problemas está presente nas pessoas e não nas máquinas. Desta forma, a organização passa a preocupar-se em oferecer um ambiente que traga ao indivíduo: conforto, respeito, segurança e bem-estar. Mais precisamente, a organização deve oferecer um ambiente propício e que favoreça o uso das suas capacidades. Demasiados factores contribuem para uma não qualidade de vida. Desta forma, estes factores devem ser identificados e combatidos com políticas e acções que tendam a minimizar ou mesmo eliminar esses males que afectam, não somente o trabalho, mas também a vida familiar e social dos colaboradores.

2.2. Problemas Típicos no Meio Organizacional

São muitas as situações nas organizações onde se verifica existirem baixas, quer de tempo, quer de recursos e que implicam gastos económicos quantificáveis tanto de forma directa como indirecta (Gouveia, 2000). Para este mesmo autor, a complexidade das organizações decorre geralmente da sua dimensão, do seu passado ou de uma conjugação de ambas as situações.

Neste sentido, a dimensão das organizações resulta principalmente da carga de trabalho a suportar, que se pode representar em número de fornecedores, de clientes, em número ou volume de vendas, em quantidade ou complexidade de produtos (Gouveia, 2000).

O meio envolvente exterior à organização constitui um elemento importantíssimo, pois impõe sem dúvida muitas restrições tanto no plano económico como no plano temporal que condicionam a eficácia do sistema. A organização resultante do somatório das actividades do seu passado histórico adquire uma dimensão com qualidades e restrições que a caracterizam e a tornam única. A consciência do carácter dinâmico e transitório característico de uma organização impõe que se assumam uma atitude de continuidade que potencie as qualidades presentes e corrija os itens necessários para responder a novas exigências. Precisamente deste desequilíbrio/equilíbrio, resultante da resposta a pressões de dimensão e de continuidade que os sistemas nas organizações se desenvolvem, ora por directrizes, ora por exigência de solicitações externas, obrigam à adaptação e à mudança (Gouveia, 2000).

Para Freitas *et al.* (2008), o maior dos desafios para as organizações tem sido a tentativa de acompanhar a evolução dos seus ambientes. Esta dificuldade deve-se essencialmente a dois factores:

- Primeiro, as organizações pretendem sempre chegar a algum estado estável, admitindo ser isto possível pela adaptação às mudanças ocorridas no ambiente externo (princípio do retorno ao equilíbrio);
- Segundo, acredita-se também que as decisões e acções conduzam aos resultados previstos (princípio da linearidade causa-efeito). O que a ciência contemporânea vem demonstrando, por meio das Teorias do Caos e da Complexidade, é que tanto o equilíbrio quanto as relações lineares de causa e efeito são antes excepção do que regra.

2.1.1 Complexidade, organismos vivos e organizações

O modelo da complexidade expõe a sua omnipresença em especial no que diz respeito aos organismos vivos, é neles e na relação deles com o ambiente, que se verifica de forma veemente todas as propriedades que os qualificam. Deste modo, as organizações, sob o ponto de vista da complexidade, representam um fenómeno que resulta da acção e interacção dos agentes, isto é, das pessoas que as formam. Pessoas, contudo, são agentes que não têm comportamento homogéneo e que, além disso, agem sob a influência do próprio ambiente. Ainda Freitas *et al.* (2008), referem que esta situação de mútua casualidade - agentes sobre o sistema e o sistema sobre os agentes - provoca fenómenos característicos que estão no centro do foco da complexidade.

Analisando as organizações, Morgan (1996) usou imagens como máquina, cérebro, organismos vivos, cultura, etc., e dentre elas o “fluxo em transformação”, onde a complexidade ocorre na utilização da “lógica da causalidade mútua”, correspondendo ao princípio de circularidade de Morin. Morgan (1996) ressalta as vantagens de se empregar os modelos circulares de interacção, na concepção das relações organização/ambiente. Para este autor, as teorias sobre gestão da Mudança Organizacional, ou são puramente descritivas, ou caracterizam a mudança em termos abstractos como bastante incerteza e instabilidade.

Como referido anteriormente, para Gouveia (2000), são muitas as situações nas organizações onde se verifica existirem baixas, quer de tempo, quer de recursos, que implicam gastos económicos, exemplos dessas situações são o absentismo e a diminuição da produtividade.

2.2.2. Produtividade

Para as organizações, o resultado é o ganho em produtividade. Quem tem boa saúde e auto-estima elevada, falta menos ao trabalho, tem mais disposição para as tarefas do dia-a-dia e produz melhor.

De acordo com Colenci e Kawamoto (1997), de um modo geral, as avaliações de desempenho do trabalho realizado pelo elemento humano, restringem-se ao ambiente da tarefa, circunscrito ao ambiente de trabalho, ou seja, dentro de uma área fisicamente limitada. No entanto, o elemento humano realiza as suas actividades vitais num ambiente que ultrapassa os limites organizacionais estabelecendo em sua plenitude, o próprio ambiente de vida, que caracteriza o ambiente territorial (Figura 2).

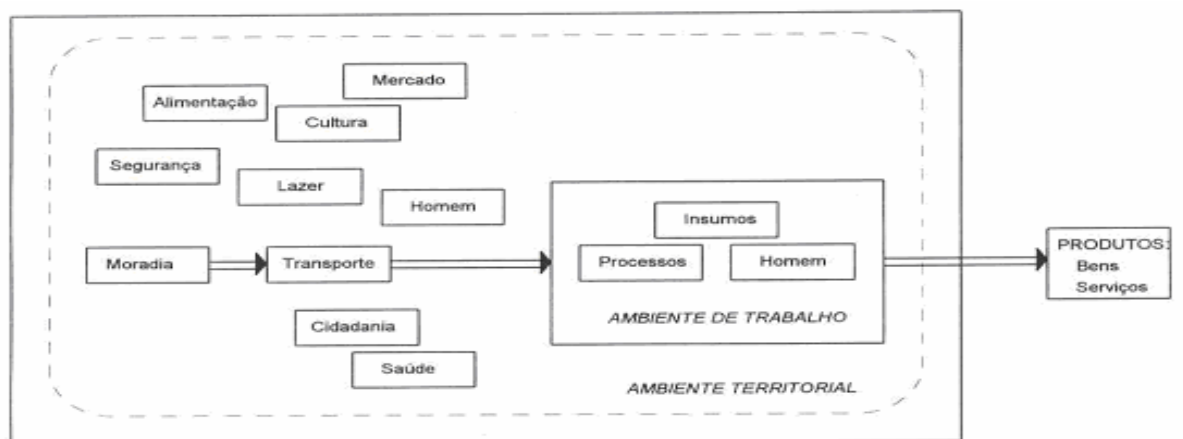


Figura 2 - Abrangência da Actividade Vital

Fonte: Colenci e Kawamoto (1997)

A análise de desempenho apenas no ambiente de trabalho, conforme se aplica habitualmente, erra pela grosseira simplificação, pois ao não se considerarem as anterioridades, assume-se que todo o trabalhador, ao iniciar o seu dia de trabalho, tem um potencial de desempenho, no mínimo de 100%, ignorando-se no caso as anterioridades do próprio elemento humano.

As condições de vida no território compreendem as condições de vida no local de trabalho e as condições de vida fora dele, numa inter relação extremamente complexa o que impossibilita uma delimitação clara entre ambos (Colenci e Kawamoto, 1997).

2.2.3. Absentismo

Conforme a Subcomissão de Absentismo da Associação Internacional de Medicina do Trabalho, o absentismo é definido como a ausência dos trabalhadores ao trabalho, naquelas

circunstâncias em que seria de esperar a sua presença, por razões de ordem médica ou quaisquer outras (Tenório e Jordano, 1979).

Segundo um estudo da Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho (1997), embora haja um cepticismo em torno desta questão, é perfeitamente claro que a doença é a principal razão por que os trabalhadores faltam ao trabalho. Porém, a doença não significa necessariamente ausência no trabalho. Embora os funcionários com problemas de saúde, em geral, faltem ao trabalho com mais frequência e durante períodos mais longos do que os funcionários saudáveis, há empregados com problemas de saúde que não faltam mais por isso. Além disso, nem todas as ações que visam reduzir o absentismo têm efeito na saúde dos empregados.

Existem dois tipos de absentismo: o absentismo pela falta ao trabalho e o absentismo de “corpo presente”.

- ◆ O absentismo pela falta ao trabalho, também chamado absentismo tipo I, é representado pela falta pura e simples do empregado ao trabalho, sendo de fácil mensuração e custo determinado. Leva a perda de produção das horas não trabalhadas.
- ◆ O absentismo de corpo presente, também chamado de absentismo tipo II, é aquele onde, apesar do trabalhador não faltar ao trabalho, o mesmo não apresenta um bom desempenho, levando à diminuição da produtividade, em decorrência de algum problema de saúde. O absentismo de corpo presente não pode ser medido e o trabalhador não consegue exercer as suas actividades laborais habituais (Midorikawa, 2000).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (1989), o absentismo relacionado com a doença abrange 75% ou a totalidade das ausências na indústria e é justificado por atestado médico, segundo as normas legais da Segurança Social.

Para Quick e Lapertosa (1982), as ausências ao trabalho criam problemas económicos e sociais. O trabalho, comumente efectuado por uma equipa, é perturbado com a falta de um elemento, esta ausência acaba por sobrecarregar os restantes trabalhadores, diminui a produção, aumenta o custo operacional sendo, por vezes, necessário colocar um substituto. Essa interferência negativa no trabalho, justifica por si só, uma luta activa contra o absentismo.

Para estes mesmos autores, o absentismo divide-se em cinco classes, uma vez que cada uma vale tratamento e considerações diferentes:

- Absentismo voluntário,
- Absentismo por doença,
- Absentismo por patologia profissional,

- Absentismo legal,
- Absentismo compulsório.

Quick e Lapertosa (1982) expuseram que, quando se fala em absentismo, sem outros qualificativos, reporta-se à ausência ao trabalho por doenças, eliminando as patologias profissionais que são tratadas como acidentes de trabalho.

De acordo com um estudo da Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho (1997), são vários e avultados os custos directos e indirectos resultantes do absentismo e da incapacidade. Por exemplo:

- No Reino Unido, perderam-se 177 milhões de dias de trabalho, em 1994, em resultado de faltas por doença; o valor atribuído às perdas de produtividade foi superior a 11 mil milhões de libras.
- Em 1993, os empregadores alemães gastaram 60 mil milhões de marcos, em seguros de segurança social dos seus trabalhadores para cobrir os pagamentos durante os períodos de falta ao trabalho.
- A Bélgica, com uma taxa de absentismo de cerca de 7%, pagou 93 mil milhões de francos belgas em subsídios de doença, em 1995, e 21 mil milhões de francos belgas em indemnizações de acidentes de trabalho e doenças profissionais.
- Nos Países Baixos, a taxa de absentismo foi de 8,3%, em 1993, e o número de pessoas incapacitadas aumentou para 921 000 (14,2% da força de trabalho). Os custos dos subsídios pagos a título dessas situações foram avultados.

Exceptuando os valores referentes ao Reino Unido, os valores acima referidos baseiam-se nos dados sobre os subsídios pagos através dos sistemas de segurança social. Os valores relativos aos outros custos das doenças dos trabalhadores são mais difíceis de obter. Existem algumas informações sobre os custos das doenças e dos acidentes relacionados com o trabalho, que são os que se relacionam directamente com o ambiente de trabalho. Na Dinamarca, por exemplo, estimou-se que o ambiente de trabalho é responsável por 15% da totalidade dos comportamentos de doença entre as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 66 anos e por 20% se considerarem apenas as faltas por doença: estimou-se que os custos socioeconómicos (incluindo, por exemplo, os custos de falta por doença, as despesas dos cuidados de saúde e custos de reforma antecipada) das doenças e acidentes relacionados com o trabalho situaram-se, em 1992, entre 3 e 3,7 mil milhões de ECUs (numa população activa de 3 milhões de pessoas). Calculou-se que, em 1990, os custos totais dos acidentes de trabalho e das doenças relacionadas com o trabalho para a economia britânica representam 2% a 3% da totalidade do produto interno bruto do país, ou seja, o crescimento económico de um ano normal. Embora os métodos utilizados para calcular os custos do absentismo e da doença variem, é evidente que se podia economizar muito dinheiro reduzindo, ainda que ligeiramente, o absentismo causado por doença, (Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho, 1997).

3. Considerações Teóricas sobre Dor

Para Patrício (2002), a alteração da função física costuma ser um sinal de aviso no que concerne à saúde, e, de todos os sinais e sintomas de patologias, provavelmente o mais frequente e urgente é a dor. Ela invalida e aflige mais pessoas do que qualquer outro quadro patológico particular e talvez seja a razão mais comum e decisiva pela qual uma pessoa procure ajuda nos serviços de saúde.

3.1. Padrões e Tipos de Dor

A dor foi definida pela IASP (*International Association for the Study of Pain*), em 1991, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita como tal. Trata-se de um grave problema de saúde pública.

A apreciação e intervenção na dor aguda deve ser diferente da dor crónica. Apesar de existirem aspectos comuns, os relatos de dor aguda têm ênfase nas características da dor, nas repercussões biológicas da dor e do alívio, enquanto os relatos de dor crónica enfatizam, além destes, aspectos psicológicos, sociais e culturais que devem ser incluídos (Cuidados paliativos oncológicos: controlo da dor, 2002). É importante distinguir dor aguda de dor crónica, bem como perceber de forma muito simples a fisiopatologia da dor.

3.1.1. Classificação temporal da dor

- **Dor Aguda:** Dor de início súbito relacionado a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Espera-se que desapareça após intervenção na causa - cura da lesão, imobilização ou em resposta a medicamentos. Não costumam ser recorrentes. Descrição de intensidade forte ou incapacitante de alto impacto na qualidade de vida. (Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor, 2002).
- **Dor crónica:** Não é apenas o prolongamento da dor aguda. É mal delimitada no tempo e no espaço, é a que persiste por processos patológicos crónicos, de forma contínua ou recorrente. Sem respostas neurovegetativas associadas e com respostas emocionais de ansiedade e depressão frequentes.

As respostas físicas, emocionais e comportamentais à dor, podem ser atenuadas ou acentuadas por variáveis biológicas, psíquicas e sócio-culturais do indivíduo e do meio (Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor 2002).

3.1.2. Classificação fisiopatológica da dor

Em termos fisiopatológicos, a dor pode ser classificada em dor nociceptiva e dor neuropática.

- **Dor Nociceptiva:** Pode ser somática e visceral, ambas são dores nociceptivas. Dor somática aparece a partir da lesão da pele ou tecidos mais profundos e é usualmente localizada.
Dor visceral origina-se em vísceras abdominais e/ou torácicas, usualmente ambas respondem a analgésicos (Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor 2002).
- **Dor Neuropática:** Já descrita anteriormente pode ocorrer por lesão do Sistema Nervoso Periférico ou Sistema Nervoso Central, com dano nervoso sendo determinado por trauma, infecção, isquémia, doença degenerativa, invasão tumoral, injúria química ou radiação (Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor 2002).

3.2. Dor Crónica

Para Angelotti (2007), citando Keef e Gil, referem que o doente com dor crónica experimenta alterações de comportamento, priva-se de funções habituais no trabalho, na família, na sociedade e, até mesmo, nas actividades de lazer.

Para Angelotti (2007), citando Turk e Gatchel, um quadro de dor crónica compromete não apenas a saúde física do indivíduo que sofre com a dor, mas também uma grande quantidade de outros problemas que acabam por comprometer praticamente todos os aspectos da vida da pessoa. Compromete não apenas o indivíduo, mas a família e pessoas próximas também são afectadas.

De acordo Mossey *et al.* (2000) e Ratzon *et al.* (2007), subsiste uma associação estatisticamente significativa entre dor e desempenho funcional. A diminuição das actividades de vida diária em doentes com dor crónica, associada à depressão, interfere na sua motivação e, conseqüentemente, deteriora o seu desempenho funcional, diminuindo a sua produtividade no trabalho.

Uma das maiores complicações da dor crónica na vida do indivíduo é a sua associação com danos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de actividades diárias e desvantagens na interacção do indivíduo com a sociedade. A presença de dor e as dificuldades no desempenho funcional são entendidos como situações críticas que levam a modificações na situação de vida do indivíduo e a perda da sua identidade. Além disto, muitas pessoas que sofrem com doenças crónicas perdem a sua capacidade para o trabalho (Guy, 2005).

Cada dor corresponde à dor de uma pessoa, com todas as suas particularidades, a sua história, a sua criação, a sua etnia, a sua personalidade, o seu contexto e o seu momento (Carvalho, 1999). Entretanto, quando a dor se torna insidiosa e prolongada passa a ser considerada uma patologia em si, uma doença, definida como dor crónica (Carvalho, 1999).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2001), uma dor é considerada crónica sempre que a sua duração seja igual ou superior a 6 meses. As queixas dolorosas podem ocorrer em qualquer parte do corpo. Cerca de 1 em cada 10 pessoas sofre de dor crónica, cuja intensidade obriga à procura de cuidados específicos. Este facto não é uma consequência inevitável do envelhecimento. Na realidade, as pessoas mais novas podem sofrer mais vezes de dores fortes do que as mais velhas. Quando se envelhece, a tendência é para se ter menos sensibilidade à dor, especialmente à dor de cabeça, à dor abdominal ou à dor facial. Nos idosos, a dor crónica é habitualmente o resultado de alterações estruturais ou funcionais causadas por doença. Os músculos e os ossos costumam ser a origem mais frequente de dor crónica; no entanto, outros órgãos e tecidos moles do corpo também podem sofrer alterações causadoras de dor.

A severidade da dor não é directamente proporcional à quantidade de tecido lesado e muitos factores podem influenciar a percepção deste sintoma, como sendo:

- Fadiga;
- Depressão;
- Raiva;
- Medo/ ansiedade;
- Sentimentos de falta de esperança e amparo.

Doentes, com doença avançada, deparam-se com muitas perdas, perda da normalidade, da saúde, de potencial de futuro. A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente, na mobilidade, paciência, resignação, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride (Cuidados paliativos oncológicos: controlo da dor, 2002).

A dor crónica continua a ser mal conduzida - o Estudo Michigan, de 1998, revelou que mais de 70% dos pacientes continuavam com dor depois do tratamento, e 22% relatavam que o tratamento fez piorar a dor.

Uma das causas que tem sido apontada para os resultados precários dos tratamentos de muitos casos de dor crónica, é o modelo equivocado que se baseia na busca e na resolução de patologias ou lesões físicas na região referida da dor crónica. Porém, a dor crónica não só é independente de substrato anatómico, como envolve alterações dos sistemas neurofisiológicos, por factores diversos, como a dor em si mesma e experiências psicossociais (Gallagher, 1999).

Para Merskey (1994), a apreciação e expressão da dor crónica resultam de interacções entre o impulso nocivo, factores biológicos, emocionais e cognitivos do indivíduo.

Embora a dor seja importante para nos defender de situações potencialmente agressivas, a dor em si mesmo pode tornar-se um problema. A dor crónica pode ser muito incapacitante e perde o seu valor de proporcionar informação acerca da situação do corpo. As pessoas que sofrem de dor crónica sentem-se muitas vezes desesperadas e indefesas, e podem tornar-se dependentes de drogas (Seeley, 2001).

A dor pode ter interferências vocacionais, e as vítimas ficam muitas vezes sem emprego ou mesmo impossibilitadas de sair de casa e socialmente isoladas. Ficam facilmente frustradas e zangadas e apresentam sintomas de depressão. Estes atributos associam-se com a chamada síndrome da dor crónica. Mais de 2 milhões de pessoas nos Estados Unidos sofrem de dor crónica suficiente para interferir com a sua actividade. A depressão, ansiedade e stress associados à síndrome de dor crónica podem também perpetuar a sensação de dor (Seeley, 2001).

Em Portugal, fruto do profundo empenho da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e da Direcção-Geral da Saúde, é dos raros países da Europa onde:

- Em 1999, foi criado, por Decreto, o dia 14 de Junho como Dia Nacional de Luta Contra a Dor;
- Em 2001, foi aprovado, por Despacho Ministerial, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
- Em 2003, a Dor foi considerada como 5º Sinal Vital. (Circular Normativa Direcção-Geral da Saúde, 2008)

Para Banos *et al.* (2002), se dentro da dor crónica excluirmos os pacientes com dor oncológica e com dor neuropática, a principal causa de dor crónica são as doenças degenerativas e doenças inflamatórias (osteoarticulares, musculoesquelética). A artrose é a patologia osteoarticular de maior prevalência a nível mundial. Em Espanha, a dor osteoarticular constitui o motivo mais frequente de consulta de Dor.

Segundo Gonzalez (2000), a dor crónica afecta a saúde física e psicológica do doente, e tem repercussões nas actividades de vida diárias, na autonomia, no emprego e no bem-estar económico.

Para o vice-presidente da APED, a dor não é um problema de forma alguma só das pessoas idosas nem só dos doentes oncológicos. As causas de consulta mais frequentes associadas à dor são as lombalgias.

Através de um estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, planeado com o objectivo de aperfeiçoar o conhecimento sobre a frequência, a distribuição e algumas consequências das principais formas de dor, na população portuguesa, os resultados mostraram que, nos 7 dias anteriores à entrevista, 73,7% dos inquiridos manifestaram ocorrência de dor e que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor nesses sete dias. Neste mesmo estudo, as dores lombares (51,3%), as dores nos ossos e articulações (45,2%) e as dores de cabeça (34,7%) foram as mais referidas.

Kreling *et al.* (2006), citando Von Korff, referem que o instituto de Medicina dos Estados Unidos considerou a dor crónica como um problema de saúde pública. A dor lombar, por exemplo, é um problema de alto custo médico e social nos Estados Unidos, sendo causa de perda de 1400 dias de trabalho por 1000 habitantes/ano.

Como refere Kreling *et al.* (2006), citando Cavanaugh *et al.*, também na Europa é a mais frequente causa de limitação em pessoas com idade inferior a 45 anos e a segunda mais frequente de consulta médica. Na Holanda são registados 10 000 casos novos, a cada ano, de doentes incapacitados para o trabalho, devido à dor.

Os problemas lombares têm sido reportados como uma das causas mais comuns de absentismo no trabalho (Anderson, 1981).

No estudo de Kreling *et al.* (2006), conclui-se que a prevalência de dor crónica entre os trabalhadores estudados foi de 61,4%. Este estudo evidencia a alta prevalência da dor crónica como possível determinante de prejuízos sociais e pessoais.

De acordo com a declaração da EFIC, a dor crónica é uma condição clínica generalizada e comum na União Europeia.

O maior e mais recente relatório Pan-Europeu sobre a prevalência da dor crónica (Pain In Europe, 2003), mostra que:

- Cerca de 19% da população adulta europeia (75 milhões de pessoas), sofrem de dor crónica (13% dor moderada, 6% dor severa)
- Somente em 1 a 2% dos adultos com dor crónica, a dor é de origem oncológica. Cerca de 30% a 40% sofrem de dor músculo-esquelética e osteoarticular
- Em média, sofre-se de dor crónica durante 7 anos e 20% dos doentes sofrem há mais de 20 anos de dor crónica.

Ainda que muito poucas pessoas “morram de dor”, este estudo revela que muitos doentes morrem com dor e ainda mais pessoas vivem, suportando a sua dor (Pain Associates International Network, 2004).

Este tipo de dor domina a vida doente e família. A dor crónica é, geralmente, acompanhada por um aglomerado complexo de alterações somáticas e psicossociais, que constituem uma parte integrante de todo o problema da dor crónica e fortificam, consideravelmente, o sofrimento do doente (Pain Associates International Network, 2004).

Essas alterações incluem:

- Imobilização e resultante diminuição da força muscular e articular, entre outros;
- Depressão do sistema imunitário;
- Perturbação do sono;
- Anorexia e nutrição deficiente;
- Dependência medicamentosa;
- Dependência da família e de profissionais da saúde;
- Utilização exagerada e inadequada dos diversos sistemas de Saúde;
- Menor rendimento / produtividade no local de trabalho ou incapacidade para realizar algumas actividades;
- Invalidez;
- Tendência para isolamento do meio social e familiar;
- Ansiedade, temor, frustração, depressão, suicídio.

4. A Qualidade de Vida

4.1. Conceito e Âmbito da Qualidade de Vida

Embora nos últimos tempos muito se fale de qualidade de vida, contudo nem sempre as definições apresentadas são claras e precisas.

Historicamente, desde os anos 60 do século XX, que a expressão qualidade de vida tem sido utilizada de forma cada vez mais constante.

Para Leal (2008), o conceito de qualidade de vida é empregado no contexto de linguagem comum e no contexto de pesquisa científica em diferentes áreas científicas, como a enfermagem, a sociologia, a economia, a educação e a psicologia.

Descrever qualidade de vida não é simples. O conceito é complexo, ambíguo, amplo e difere de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo e até num mesmo sujeito se altera com o decorrer do tempo. Aquilo que hoje se considera uma boa qualidade de vida pode não corresponder ao que se entendia por boa qualidade de vida ontem e poderá não ser o que se entende daqui a algum tempo.

Para a mesma autora, a qualidade de vida está, assim, directamente relacionada com a compreensão que cada um tem de si próprio e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios adequados, tais como, a instrução, a formação de base, a profissão, as competências e capacidades adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo/pessimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Cada um destes critérios é valorizado de forma divergente por cada pessoa consoante as circunstâncias físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra, toda esta complexidade levou a que vários autores, se tenham interessado e empenhado em criarem escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para indivíduos que apresentam por exemplo o mesmo diagnóstico médico.

Segundo Leal (2008), o conceito qualidade de vida foi prenunciado a primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando este afirmou, “*os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*” Nesta afirmação, Lyndon Johnson reportou-se à qualidade de vida em termos económicos.

Os conceitos foram evoluindo, os anos passando e em meados da década de 70, Augus Campbell, citado por Leal (2008), referiu que as dificuldades para definir qualidade de vida, relaciona-se com o facto de ser um conceito muito falado mas pouco percebido, algo de quem muita gente fala, mas ninguém sabe realmente o que é.

Avançando no tempo verifica-se que o conceito de qualidade de vida foi cada vez mais estudado, e a partir dos anos 80 considerou-se que este envolvia diferentes dimensões, entre elas a biológica, psicológica, cultural, e económica, ou seja, o conceito começa a ser multidimensional (Leal, 2008).

Entretanto, segundo Leal (2008), só na década de 90 se conclui acerca da multidimensionalidade e também da subjectividade deste conceito, uma vez que, cada pessoa, avalia a sua qualidade de vida de forma muito particular, nas diferentes perspectivas de qualidade de vida.

Mais tarde, Arnaldo Ribeiro, citado por Leal (2008: 4), reportou-se ao aparecimento do conceito qualidade de vida deste modo *“um termo que surgiu como conceito de condições de vida no trabalho, como um conjunto de aspectos de bem estar, saúde e segurança física, mental e social, capacidade de desempenhar actividades com segurança e com máximo aproveitamento possível da energia de cada trabalhador (produtividade).”*

Na actualidade, verifica-se uma propensão para definir qualidade de vida com base em aspectos específicos relacionados a determinados grupos de indivíduos, como por exemplo, indivíduos com determinada patologia ou com determinada idade. Sendo assim, tem-se desenvolvido instrumentos de avaliação de qualidade de vida para pessoas com características específicas, como patologias específicas e idade (Leal, 2008).

Para McCray (2000), são várias são as dimensões que importa considerar na avaliação da qualidade de vida, tais como:

- **Dimensão física e biológica** - Destacam-se todos os aspectos que se relacionam com a doença e suas implicações, nomeadamente sintomas, tratamentos e desconfortos, onde se incluem a dor, fadiga, náuseas, vômitos e outros.
- **Dimensão psicológica** - O impacto da doença a nível emocional que se representa por vezes em ansiedade e depressão.
- **Dimensão social** - Inserem-se as relações a nível familiar, laboral, social alargado e suas inter-relações com a sua cultura, costumes e tradições.
- **Dimensão espiritual** - Abrange o bem-estar espiritual e significado da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior.

Ambas as definições oferecem uma visão holística, englobando aspectos sociais, emocionais e de bem-estar físico de pacientes, durante e após o tratamento, e o impacto da saúde do indivíduo na sua habilidade para conduzir a sua própria vida (McCray, 2000).

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como: "*a percepção do indivíduo e sua a posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*".

Alguns autores como Canavarro (2004) indicam que a sua origem tem raízes no contexto político, apontando como referência o discurso do Presidente americano Lyndon Johnson que, em 1964, referiu que o progresso social não pode ser calculado através do balanço dos bancos, mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas.

Qualidade de vida envolve não somente factores relacionados com a saúde, tais como o bem-estar físico, emocional, mental, mas também envolve o bem-estar social relacionado ao emprego, aos amigos, família e a outras circunstâncias da vida (Birren e Diekman, 1991).

Para Bowling (1995), a qualidade de vida deve ser abordada como uma ampla classe de componentes, desde a capacidade/habilidade funcional, incluindo o desenvolvimento de funções ou papéis habituais, passando também pelas interações sociais, até ao bem estar psicológico, às sensações somáticas (como a dor) e á satisfação com a vida.

Segundo Fanciullo *et al.* (2001), embora não haja um consenso a respeito do conceito qualidade de vida, três aspectos fundamentais foram obtidos através de grupos de especialistas de diferentes culturas: subjectividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas como a mobilidade e negativas como a presença de dor.

O fenómeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões, como, por exemplo, a física, a psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjectivo, indicado por satisfação (Fanciullo *et al.*, 2001).

Avaliando o impacto do tratamento médico e do uso de tecnologias no nível de qualidade de vida, Najman e Levine (1981) apresentam uma revisão crítica dos estudos sobre o tema. Segundo os autores, diferentes factores interferem na qualidade de vida dos indivíduos, classificando-os em indicadores sociais objectivos e subjectivos.

Indicadores sociais objectivos:

- Dentre os indicadores sociais objectivos, são indicadas as condições de saúde, aspectos do ambiente físico, qualidade da habitação, emprego, qualidade do trabalho, lazer, acesso a bens e serviços, segurança, justiça, oportunidades e participações sociais. As diferentes dimensões objectivas do termo qualidade de vida têm gerado estudos inconsistentes que, de acordo com estes mesmos autores, têm contribuído pouco para a compreensão do termo, pelas seguintes razões: conceito vago do que constitui alto ou baixo nível de qualidade de vida; considerável desacordo quanto à relevância desses indicadores; pequena associação entre condições objectivas de vida e a percepção dessas condições como qualidade de vida, entre outros, (Najman e Levine, 1981). Para estes mesmos autores, os investigadores que utilizam apenas medidas objectivas de qualidade de vida estão, simplesmente, projectando os seus próprios valores e prioridades, sendo os estudos que analisam as experiências subjectivas de qualidade de vida mais consistentes.

Indicadores sociais subjectivos:

- Os indicadores subjectivos de qualidade de vida abrangem diferentes termos, tais como: felicidade, satisfação com a vida, bem-estar geral; que por sua vez estão relacionados a uma descrição positiva do casamento e situação familiar, relacionamento com o outro, amizades, crença religiosa, diferença entre as expectativas de vida e as realizações atingidas, entre outros. Najman e Levine (1981) concluem que o principal factor basilar de um alto nível de qualidade de vida parece ser um convívio social positivo, próximo e estável. Da mesma forma, quanto menor a diferença entre os projectos de vida do indivíduo e a realização dos mesmos, maior é a percepção de alto nível de qualidade de vida.

Também para Zlotnick e Decker (1991), a medida de qualidade de vida compreende vários indicadores, tais como condições de saúde, segurança, ansiedade, depressão, dependência de drogas, função intelectual e sexual, satisfação de vida e suporte social.

São vários os indicadores que interferem com a qualidade de vida tais como os indicados na figura seguinte.



Figura 3: Indicadores de qualidade de vida.
Fonte: (Relatório sobre a Qualidade de Vida Urbana, 2003)

O desenvolvimento do conceito de Qualidade de Vida poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde/doença, o que pode ser essencial para a superação de modelos de atendimento altamente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconómicos, psicológicos e culturais importantes nas acções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde (Seidl *et al.*, 2004).

Leal (2008: 18), após realizar o seu trabalho, reavaliou o conceito de qualidade de vida, propõe uma definição de qualidade de vida na sua multidimensionalidade:

- *“Qualidade de vida é o resultado da soma do meio ambiente físico; social; cultural; espiritual e económico onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que este adopta; das suas acções e da sua reflexão sobre si, sobre os outros e sobre o meio ambiente que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.”*

Para a autora, esta definição engloba um universo de critérios de avaliação de qualidade de vida, não a considera perfeita, pois a evolução técnico científica é constante e as necessidades individuais também.

4.2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Para Leal (2008), quando se tenta definir o conceito qualidade de vida há uma grande tendência para fazê-lo de forma muito geral e para relacioná-la com a área da saúde, neste caso, através de aspectos associados a patologias ou intervenções de saúde específicas. Quando a qualidade de vida esta relacionada a patologias, é geralmente utilizada como um indicador para avaliar a eficiência, a eficácia e o impacto de alguns tratamentos aplicados a grupos que apresentam uma patologia específica e torna-se importante verificar previamente a saúde da população.

A Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, no Canadá, em 1986, defende que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma relevante dimensão da qualidade de vida e define promoção de saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo (Ministério da Saúde, 1996).

Uma definição de qualidade de vida que adopta essa posição, sendo consistente com a teoria e com a prática da promoção de saúde foi estudada e desenvolvida pelo *Centre for Health Promotion da University of Toronto*. Ela descreve que a qualidade de vida está relacionada com a intensidade com que a pessoa aproveita as possibilidades importantes da vida, desta forma, o conceito qualidade de vida refere-se a algo muito mais vasto do que saúde (Locker, 1997).

Embora não se verifique consenso em definir qualidade de vida relacionada com a saúde, Patrick e Erickson (1993) definem-na como sendo o valor imputado à duração da vida enquanto modificado por deficiência, estados, funcionais, percepções, e oportunidades sociais, que são influenciadas pela doença ou tratamento. Também para Bowling (1995), a

qualidade vida relacionada com a saúde define-se como um nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo o bem-estar e a satisfação com a vida.

Para Ferreira (1998), a qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspectos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde, qualidade de vida relacionada com os cuidados de saúde, ainda em sentido mais restrito, corresponde aos aspectos da qualidade de vida em que são os prestadores de cuidados os responsáveis pelos resultados das suas acções.

Como refere McDowell *et al.* (1996), a avaliação das pessoas sobre a própria condição de saúde/doença diferenciam-se entre os que objectivam a análise global do estado de saúde e aqueles que avaliam dimensões mais específicas, tais como: bem-estar psíquico, bem-estar social, dor, incapacidades físicas e outras. Desta forma, Observa-se uma ampliação significativa do conceito de saúde (Figura 4) e do espectro de indicadores que passam a ser necessários para o monitorização da saúde.



Figura 4: Ampliação do conceito de Saúde - Doença.

Fonte: McDowell *et al.* (1996)

Segundo McDowell *et al.* (1996), para dar conta da avaliação das várias dimensões do estado de saúde, inúmeros instrumentos foram desenvolvidos. Muitos dos questionários e escalas elaborados para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde foram elaborados no âmbito da investigação clínica. Os indicadores passaram a agregar, e com ampla aceitação, elementos subjectivos de autoavaliação.

Schuttinga (1995) defende que, na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos modelos que têm influenciado as políticas e as práticas do sector nas últimas décadas.

Os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença são multifactoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos económicos, sócio-culturais, à experiência pessoal e estilos de vida individuais. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das práticas políticas (Schuttinga, 1995).

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida tem sido associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e estado subjectivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjectiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (Fleck *et al.*, 1999).

Para Patrick e Erickson (1993), a qualidade de vida relacionada à saúde é a avaliação do impacto que uma doença gera na vida de um indivíduo, analisada a partir da perspectiva do próprio indivíduo. O conceito de qualidade de vida também pode e deve ser utilizado em Saúde, onde aparece relacionado às enfermidades e às intervenções em saúde. Embora actualmente a avaliação, a análise e a interpretação da qualidade de vida possuam uma variedade de métodos psicométricos e estatísticos, não se deve pois ignorar as percepções subjectivas de doentes, familiares e profissionais da área da saúde, bem como a existência de métodos que envolvam não apenas instrumentos validados cientificamente, mas também aspectos observados por meio de assistência individualizada e/ou das dinâmicas de grupo.

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é o valor atribuído à duração da vida quando alterada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros danos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções (Gianchello, 1996). Minayo *et al.* (2000) descrevem a qualidade de vida relacionada com a saúde como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamento e a organização política e económica do sistema.

Conforme Cramer e Spilker (1998), a qualidade de vida relacionada à saúde representa a parte da qualidade de vida ligada directamente à saúde do indivíduo. Factores externos e internos afectam a percepção, a função e a sensação de bem-estar de uma pessoa.

Para uma grande maioria, a qualidade de vida relacionada à saúde reflecte os efeitos funcionais de uma doença e seu conseqüente tratamento sobre a pessoa, e a forma como é percebido pela mesma. Essa percepção do paciente passa pela sua autoavaliação sobre propriedade tais como conforto resultante, sensação de bem-estar, capacidade de manter

funções físicas emocionais e intelectuais razoáveis e nível de habilidade para participar nas actividades com a família, no local de trabalho e na comunidade (Cramer e Spilker, 1998).

Já Chaves (1972) referia que a qualidade da vida está também na dependência de inúmeras variáveis, muitas delas também relacionadas com a quantidade de vida. Se um indivíduo durante o seu percurso vital desenvolve a sua caminhada numa situação que lhe permita operacionalizar satisfatoriamente e sem contratempos físicos ou mentais as actividades, normalmente esperadas dos indivíduos de sua idade, podemos pensar que a qualidade da vida desse indivíduo seja boa. O somatório dos estados "qualitativos" individuais redundam no estado "qualitativo" da saúde. Na possibilidade de se pensar em termos de médias, teríamos naturalmente uma qualidade média da vida de determinada comunidade.

Na perspectiva biológica, qualidade de vida será então, para Leal (2008), encarada como a percepção que o indivíduo possui da afecção física, a capacidade que supõe ter para efectuar determinadas tarefas, que antes das alterações do seu estado de saúde, realizava sem dificuldade. Pois, muitas vezes, o que um indivíduo percebe não é congruente com a realidade, logo, e ainda nesta óptica qualidade de vida é também a afecção física e a capacidade real que o indivíduo tem para realizar determinadas actividades, as quais, antes de se terem efectuado modificações no seu estado de saúde, realizava sem dificuldade.

Actualmente, os indicadores de Qualidade de vida relacionada com a saúde, são usados em estratégias de gestão da saúde, por gestores, economistas, analistas políticos e empresas farmacêuticas. A qualidade de vida relacionada com a saúde é hoje um objectivo em Medicina, usada em estudos epidemiológicos, ensaios clínicos, na prática médica, em estudos económicos de saúde, planeamento de medidas e estratégias de gestão de saúde e comparação das mesmas (Stewart e Kleihues, 2003).

4.3. Qualidade de Vida no Trabalho

Como atesta Rodrigues (1999), a qualidade de vida no trabalho apresenta-se como uma antiga preocupação do homem, com objectivo de facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador no desempenho das suas tarefas.

Para este autor, são imensas as interpretações para a qualidade de vida no trabalho, passando pelo foco médico com o diagnóstico de doenças específicas, até à exigência de elementos estruturais para o desenvolvimento de uma actividade produtiva. Ainda que tenha sido uma preocupação do ser humano muito remota, a ideia foi desde sempre facilitar ou conseguir satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução das suas tarefas.

Lacaz (2000) narrou que a Qualidade de Vida no Trabalho é um conceito que tem sido amplamente difundido nos últimos anos. Este conceito teve origem no pós-guerra, como consequência da implantação do Plano Marshall para a reconstrução da Europa, e o seu caminho tem ao longo do tempo, passado por vários enfoques. O enfoque actual de qualidade de vida no trabalho relaciona-se essencialmente com a motivação, satisfação, saúde e segurança dos indivíduos no trabalho, novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias.

Esta reflexão, deste mesmo autor procura combinar interesses diversos e contraditórios, presentes nos ambientes e condições de trabalho, em empresas públicas e privadas.

Interesses estes que não se diminuem aos do capital e do trabalho, mas também aos relativos ao mundo subjectivo, tais como desejos, vivências, sentimentos, aos valores, crenças, interesses económicos e políticos.

Para o autor, trabalho satisfatório é aquele em que o trabalhador assume uma parte importante na concepção das suas actividades, pois a ausência de autonomia dos trabalhadores nas organizações explicam diversos problemas de saúde, bem como acidentes de trabalho. O autor acrescenta que o processo de trabalho moderno formou um novo perfil patológico, o qual é caracterizado pela maior prevalência, na população trabalhadora, de agravos à saúde marcados pelas doenças crónicas, cardiovasculares, gastrointestinais, psicossomáticas, lesões provocadas por esforços repetitivos.

Em suma, a qualidade de vida no trabalho exprime-se por processos de saúde-doença que comprometem a potencialidade de saúde e vida dos trabalhadores.

De acordo com Fernandes (1996), não existe uma definição consensual sobre a expressão qualidade de vida no trabalho, contudo, nos diferentes enfoques, observa-se algo comum voltado para a conciliação dos interesses dos indivíduos e das organizações, ou seja, ao mesmo tempo que melhora a satisfação do trabalhador, melhora a produtividade da organização.

Ainda segundo Walton (1973), a qualidade de vida no trabalho resulta directamente da combinação de distintas dimensões básicas do desempenho das actividades, e de outras dimensões não dependentes directamente das tarefas, capazes de dar motivação e satisfação em diferentes níveis, além de resultar em diversos tipos de actividades e condutas dos indivíduos pertencentes a uma organização. Esta ideia combina o atendimento de necessidades e aspirações humanas, com a ideia de humanização do trabalho e responsabilidade social da organização.

Rodrigues (1999) cita os pontos fortes da ideia de Huse e Commings (1985) sobre a qualidade de vida no trabalho, como sendo, adequada e satisfatória recompensa, higiene, segurança e saúde no trabalho, desenvolvimento das capacidades do trabalhador, crescimento e segurança profissional, integração social, direitos dos trabalhadores, vida no trabalho e fora do trabalho, e relevância social. Para estes mesmos autores, a qualidade de vida no trabalho pode ser definida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organização onde se evidenciam dois aspectos: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho.

Fernandes (1996), citando Lippitt, defende que a qualidade de vida no trabalho está aliada às situações em que os indivíduos possam satisfazer as suas necessidades pessoais, envolvendo segurança, significação do trabalho, recompensa, reconhecimento pelo trabalho executado, com oportunidade de melhoria das suas habilidades.

Na verdade, a ideia de qualidade de vida no trabalho é uma concepção dinâmica e que vem sendo permeada por evoluções processadas em diferentes campos. A seguinte tabela demonstra a evolução do conceito.

Tabela 1. Evolução do conceito de qualidade de vida no trabalho
Fonte: Nadler e Lawler citado por Fernandes (1996:42)

Concepção evolutiva da QVT	Características ou visão
1. QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2. QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
3. QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, método ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4. QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos "administração participativa" e "democracia industrial" eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5. QVT como tudo (1979 a 1982)	Como panacéia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros organizacionais.
6. QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de um "modismo" passageiro.

5. Qualidade de Vida no Doente com Dor Crónica

5.1. Qualidade de Vida vs. Dor Crónica

A experiência da dor foi sempre um desafio a ser vencido. Milhares de pessoas, em todo o mundo, sofrem com a sensação de dor, uma experiência única, desagradável e subjectiva. Pessoas submetidas a semelhantes estímulos nocivos reagem de forma divergente, competindo ao examinador a tarefa de obter informações suficientes para a correcta interpretação e significado da dor (Farias *et al.*, 2002).

Para Ferreira (1998), a qualidade de vida é a percepção, única e pessoal de vida, assinalada por muitos factores interrelacionados, como a situação socio-económica, a política, os factores ambientais, a habitação, a educação, o emprego. Os cuidados de saúde não podem transformar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes inevitavelmente afectam a saúde e o estado de saúde.

Muito embora seja lícito considerar a dor aguda como sintoma de uma doença ou de uma lesão, a dor crónica e recorrente constitui um problema específico de saúde, de tal modo que muitas vezes pode ser considerada como uma doença por si só (Declaração da EFIC, 2001).

Por outro lado, a dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida que causa, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de morbilidades orgânicas e psicológicas e podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (Circular Normativa da Direcção Geral de saúde N°:11/DSCS/DPCD, 2008).

A qualidade de vida das pessoas afectadas, directa ou indirectamente, por dor crónica, pode ficar drasticamente diminuída (Pain Associates International Network, 2004).

O Relatório Pain in Europe (2003) mostra que, na Europa:

- Entre metade e dois terços destes doentes foi menos capaz ou foi mesmo incapaz de praticar exercício, de dormir tranquilamente (sono reparador), conduzir, participar em actividades sociais, caminhar ou ter relações sexuais;
- Um em quatro deixou de se relacionar com a família e os amigos;
- Um em três foi incapaz de manter um estilo de vida independente;
- Um em cinco apresentava depressão devida à dor;
- Um terço dos doentes sofre constantemente de dor;
- 17% dos doentes sofrem tanto que nalguns dias “desejam morrer”.

De acordo com o mesmo estudo, os doentes com dor e seus familiares podem também estar sujeitos a problemas de natureza psicossocial, tais como:

- Aumento das despesas para com os serviços de Saúde e com os medicamentos;
- Ausência do local de trabalho e perdas de horas de trabalho;
- Redução do vencimento;
- Falta de produtividade, ao nível da economia geral e do lar;
- Sobrecargas financeiras, suportadas pela família e entidades patronais;

O Relatório Pain in Europe (2003) mostra que, na Europa:

- Dois terços destes doentes têm menos capacidade de trabalhar fora de casa;
- Um em quatro mudou de tipo de trabalho;
- Um em cinco perdeu o seu posto trabalho;
- A dor crónica aumenta 7 vezes o risco de perda de emprego.

Segundo uma Declaração da EFIC (2001) sobre a dor, os encargos financeiros globais originados pela dor crónica e sustentadas pela sociedade, devem estar ao mesmo nível dos custos causados pelas doenças oncológicas e doenças cardiovasculares (Pain Associates International Network, 2004).

De acordo com Angelotti (2007), citando Turk e Gatchel, as consequências vão muito além da própria dor, uma vez que ocorre uma perda de produtividade, muitas vezes associada com uma perda salarial e um gasto grande com despesas médicas.

Para Banegas (2003), a qualidade de vida dos doentes com dor crónica de origem osteoarticular, degenerativa e/ou inflamatória é afectada negativamente. Este mesmo autor afirma que são evidentes as limitações e repercussões tanto em aspectos físicos como psíquicos, sociais e económicos. A vivência da dor crónica resulta em perdas, prejuízos no trabalho, alteração do humor, mudanças no sono e no apetite, bem como os sentimentos de ansiedade e medo.

A dor crónica exerce impactos negativos qualidade de vida dos indivíduos. Em geral, há um declínio significativo da funcionalidade, das relações sócio-familiares e da qualidade de vida nos indivíduos com dor crónica. Considerado o sintoma mais temido, a dor é vista como uma ameaça ao modo de vida. É uma causa profunda de perturbação da qualidade de vida, uma vez que frequentemente não afecta apenas um órgão, podendo irradiar para outras partes do corpo ou mesmo para todo o corpo, provocando perturbações das actividades, diminuição da concentração, alterações psíquicas, stress a nível da célula familiar e empobrecimento das relações sociais (Couvreur, 2001).

Para Castro *et al.* (2003), as actividades funcionais e qualidade de vida são aspectos utilizados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes, assim como as suas relações sociais. As dores crónicas geram efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem bastante atenção na avaliação clínica.

Massola (2010), citando Skevington, refere amplamente que a dor tem um efeito bastante profundo na qualidade de vida de uma pessoa. Para este autor, não só a qualidade de vida é reconhecida como uma das mais importantes formas de medida em saúde, como quando é utilizada nas pesquisas sobre dor, observa-se que a sua escala é mais fiel em mostrar as alterações nas condições clínicas quando comparada às escalas tradicionais de medida de dor.

No decorrer do seu estudo, Skevington, citado por Massola (2010), na relação entre dor/desconforto e qualidade de vida, mostra que a presença de dor afectou a percepção de 5 dos 6 domínios da qualidade de vida, sendo o domínio dos aspectos espirituais/religião/crenças pessoais a única excepção. O aspecto dos sentimentos negativos, situado no domínio psicológico, detém a maior relação com a dor. Aqueles que não tinham um quadro de dor apresentavam uma melhor qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com dor, como previsto. Além disso, quanto maior a duração da dor, menor era a qualidade de vida, este facto mostra os efeitos nefastos da presença de dor crónica.

Segundo um estudo realizado por Lorenzin (2006), a dor é uma qualidade sensorial complexa e a não interrupção da sensação dolorosa pode afectar o indivíduo em aspectos físicos, limitando as suas actividades de vida diária, profissionais, familiares e de lazer. Além disso, pode gerar grande sofrimento, isolamento social, desnutrição, entre outros. A qualidade de vida pode sofrer alterações importantes, quando se acrescenta dor crónica ao seu quotidiano.

Também Gagliese *et al.* (2003) defendem que a diminuição na qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crónica, pode afectar também a manutenção da autonomia, na qual ele poderá deixar ou limitar o desempenho de suas funções do dia a dia, tornando-se dependente a nível social, económica e cultural.

Para Martins *et al.* (1996), a complexidade e a dimensão da problemática inerente à vivência da cronicidade da doença têm levado bastantes autores a desenvolverem estudos que visam analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas com doença crónica, de acordo com diferentes aspectos. A qualidade de vida constitui um conceito intensamente subjectivo, envolvendo todos os elementos essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural e espiritual.

Segundo um estudo de Martins *et al.* (1996), subordinado ao tema, qualidade de vida em pessoas com doença crónica, a maioria das pessoas entrevistadas (67,6%), referiu que a doença crónica alterou claramente a sua capacidade física, sobretudo em relação à limitação para andar, no trabalho/actividades diárias, 64,8% das pessoas mencionaram que a interferência foi no sentido de uma limitação das actividades da vida diária e da necessidade de parar de trabalhar devido aos diferentes sinais e sintomas, causados pela doença; 53,5% das pessoas comunicaram interferências na auto-estima, relacionando-a com alterações do estado emocional. De acordo com este estudo, as áreas menos afectadas pela doença crónica foram independência e auto-cuidado (35,2%), relacionando-se à necessidade de auxílio no cuidado corporal, à necessidade de companhia para sair e à restrição e modificação de hábitos alimentares; 32.4% das pessoas entrevistadas referem como área comprometida o relacionamento familiar e social, devido a desentendimentos com familiares e amigos por variações do humor, impaciência e desequilíbrio emocional; 29,6% dos entrevistados apontam como área afectada a recreação e lazer, alegando problemas físicos, emocionais e ambientais.

Para Berber *et al.* (2005) e de acordo com um estudo sobre a “Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia”, a fibromialgia caracterizada pela ocorrência de dor difusa pelo corpo, pontos dolorosos à palpação e ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. Os resultados mostraram uma interdependência entre a diminuição acentuada de alguns aspectos da qualidade de vida, como condicionamento físico, funcionalidade física, funcionalidade social e emocional, saúde mental, dor e a percepção da saúde em geral, e a depressão em pacientes com síndrome de fibromialgia.

De acordo com este estudo, aproximadamente dois terços da amostra apresentaram algum grau de depressão.

Observou-se que sete escalas do SF-36 (instrumento utilizado neste estudo) tiveram a queda de seus escores significativamente relacionada à depressão: condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. Na análise multifacetada, controlando-se para idade, tempo de dor e diagnóstico e a percepção da mudança na saúde no último ano, a depressão mostrou-se responsável pela diminuição nos escores em cinco escalas: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social e emocional e saúde mental.

Para estes autores, os distúrbios depressivos agravam o curso de qualquer doença através de uma diversidade de mecanismos possíveis: ampliando a sensação de dor, impedindo a adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando o sistema imunológico. Esta patologia está com muita frequência associada à depressão, que por sua vez é responsável por

uma diminuição ainda maior na qualidade de vida do doente. As características da depressão, como fadiga, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, ansiedade provocam a intensificação dos sintomas e prejudicam as estratégias de resistência do doente perante a doença. Neste estudo, os autores tentaram descrever a relação entre a prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida nos pacientes com síndrome de fibromialgia. A prevalência de depressão encontrada foi elevada, aproximadamente em dois terços da amostra.

De acordo com um estudo de Costa *et al.* (2007), “Prevalência de síndromes dolorosas osteomusculares em Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde” a dor é um sintoma comum na população mundial, causando sofrimento, incapacidade e gerando impacto significativo na produtividade económica, podendo ser considerada como uma própria doença, o trabalho referido demonstrou uma elevada prevalência de síndromes dolorosas osteomusculares na população estudada. Nos resultados deste estudo, a prevalência de dor foi de 54,26%, com 48,46% dos funcionários apresentando dor crónica, (generalizada e/ou localizada) por mais de três meses, 16,04% com dor aguda (por menos de três meses) e 35,50% com outros tipos de dor. A maioria dos trabalhadores com dor pertencia ao sexo feminino, observou-se um aumento directamente proporcional da dor em relação à idade, este estudo mostra que os indivíduos com dor tomam mais medicamentos e, realizam mais exames complementares e sessões de fisioterapia do que o grupo sem dor.

No que concerne à capacidade laboral, percebe-se que os grupos com dor aguda e crónica acabam por perder mais dias de trabalho que o grupo sem dor.

5.2. Modelo Conceptual de Análise

Tendo em conta a fundamentação teórica exposta nos pontos anteriores, propõe-se o seguinte modelo conceptual (Figura 5). Da interacção entre as variáveis representadas no modelo conceptual, decorre o estabelecimento de proposições para a presente investigação, em forma de hipóteses.

Os grupos de variáveis a contemplar no estudo estão representadas na figura seguinte, sendo apresentados na parte II do trabalho, as hipóteses a testar. Assim, tem-se como variáveis sócio - demográficas, a idade, sexo, estado civil, profissão e diagnóstico e como variável dependente, a qualidade de vida do doente com dor crónica, mediada através das 8 dimensões esquematizadas no modelo conceptual.

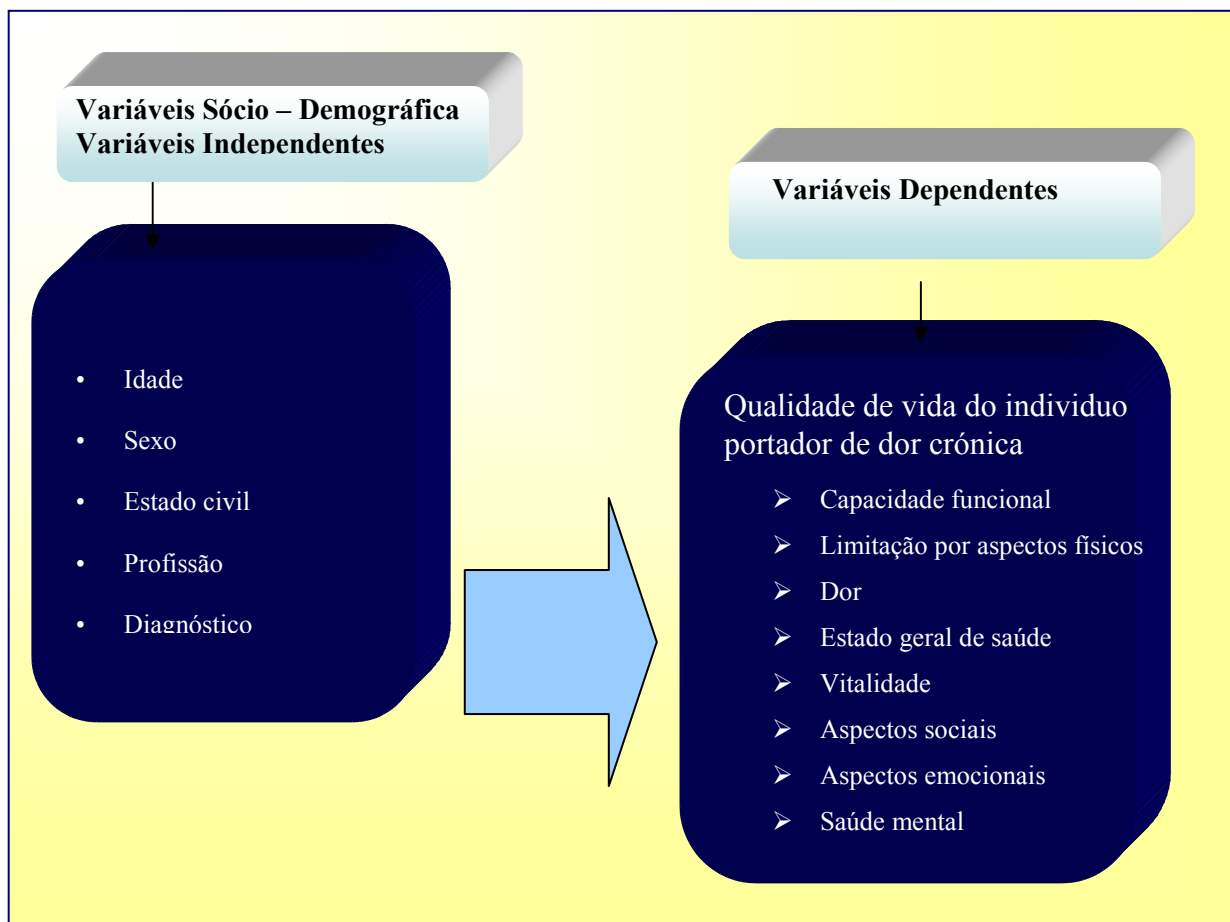


Figura 5: Modelo Conceptual

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

6. Metodologia de Investigação

Neste ponto aborda-se o tipo de estudo, as hipóteses de investigação e procedimentos metodológicos utilizados. Como refere Fortin (1999), na fase metodológica, o investigador determina os métodos que utiliza para obter resposta à questão levantada. Assim, apresentam-se os objectivos e as hipóteses da investigação, a selecção da amostra, bem como faz-se também referência ao método de obtenção dos dados e indicam-se também quais as técnicas escolhidas para efectuar a análise dos dados.

6.1. Tipo de Estudo

Para realizar uma investigação, é necessário definir o tipo de estudo utilizado. De acordo Fortin (1999), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, tende a descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipótese de causalidade.

A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitiram obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses.

O estudo aqui adoptado tem características quantitativas. Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativo é um processo de recolha de dados observáveis e quantificáveis, é baseado na observação de factos objectivos.

“O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção dos resultados. A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos” (Fortin, 1999: 22).

Este estudo abrange uma análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão de resultados, este estudo inclui-se também no tipo de investigação não experimental, porque as variáveis em estudo não são manipuladas.

6.2. Hipóteses de Investigação

Uma hipótese é uma afirmação que especifica como duas ou mais variáveis devem estar relacionadas (Pizam, 1994). Para Deshaies (1992: 249), as hipóteses “representam um método de resolução de problemas cujo ponto de partida se inspira no modo dedutivo do raciocínio”. Deshaies (1992) refere ainda que a hipótese é um poderoso instrumento de conhecimento, proporcionando uma orientação à pesquisa e fornecendo-lhe um meio de controlo. Este mesmo autor refere ainda que a função que a hipótese desempenha na pesquisa se resume às seguintes quatro condições:

- Em primeiro lugar, a hipótese garante à pesquisa uma orientação previamente escolhida que permitirá uma melhor selecção de factos, de dados e do campo dos acontecimentos.
- Em segundo lugar, a hipótese propõe uma tentativa de explicação respeitante às relações que poderiam estabelecer-se entre os factos, as variáveis e os conceitos.
- Em terceiro lugar, a hipótese fornece um plano bem como indicações precisas quanto à maneira de conduzir a exploração.
- Em quarto lugar, a hipótese deve possibilitar a sua verificação sistemática e satisfazer as exigências actuais da ciência.

Tendo em atenção os objectivos a atingir com o presente estudo, e face à análise da literatura, surgiu assim a seguinte hipótese de investigação nuclear.

H1: As variáveis sócio demográficas do doente com dor crónica influenciam positivamente a qualidade de vida do mesmo.

H1a: O sexo do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

H1b: A idade do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

H1c: O estado civil do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

H1d: A profissão do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

H1e: O diagnóstico clínico do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Note-se que para medir a qualidade de vida, foram consideradas as várias dimensões descritas no modelo conceptual de análise proposto.

6.3. Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos fazem referência às tipologias de pesquisa que devem ser adoptadas, tais como a população e amostra do estudo, o instrumento de recolha de dados a ser utilizado, as variáveis do estudo e as técnicas de análise de dados.

6.3.1. População / Amostra

A população alvo é aquela que o investigador está interessado em estudar e sobre a qual vai actuar. A população refere-se ao conjunto de sujeitos que preenchem um conjunto de especificações (Polit e Hungler, 1995). Assim, a população alvo do presente trabalho corresponde aos doentes portadores de dor crónica (não oncológica) seguidos na consulta de Dor no Centro Hospitalar Cova da Beira (N=128 utentes, no momento da presente investigação).

A amostra é então um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin, 1999). Contudo, como refere Hungler (1995), uma questão fundamental na pesquisa é o tamanho da amostra. “Ainda que não exista qualquer equação que possa responder automaticamente, à indagação acerca do tamanho necessário para uma amostra, os investigadores costumam ser aconselhados a fazer uso da maior possível. Como refere Hungler (1995 52), quanto maior a amostra, maior probabilidade existe de ela ser mais representativa da população. Os métodos para seleccionar uma amostra podem ser agrupados nos seguintes dois grupos: (1) métodos probabilísticos ou aleatórios e (2) métodos não probabilísticos ou não aleatórios, sendo que os primeiros são preferíveis quando o investigador pretende extrapolar, com confiança, para o universo os resultados obtidos a partir da amostra (Hill e Hill, 2002).

A amostra deste trabalho foi aleatória e constituída por utentes inscritos na consulta de dor do Centro Hospitalar Cova da Beira no período de 01/01/2009 a 30/06/2010. Perante isto, pode-se dizer que a nossa amostra inicial foi constituída por 114 utentes.

6.3.2. Instrumento de recolha de dados

Como refere Fortin (1999), antes de empreender uma recolha de dados, o investigador deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, bem como as vantagens e as desvantagens de cada um. Deste modo, e de acordo com os objectivos definidos para esta investigação, optou-se pela recolha de dados através de:

- Um questionário de características sócio-demográficas (elaborado pelo investigador);
- Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida - *Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF - 36)*

É certo que a entrevista, enquanto método de recolha de dados na investigação qualitativa, apresenta algumas vantagens relativamente ao questionário. Pela sua natureza, a entrevista possibilita obter informação que decorre da fluência do diálogo e, por vezes, permite tirar outras conclusões e enriquecer o conteúdo da investigação (Hill e Hill, 2002). Contudo, e atendendo ao tipo de questões colocadas (fechadas) e também à grande dispersão geográfica dos inquiridos, o que dificultaria muito em termos de tempo e custo o encontro com todos eles para a realização da entrevista, optou-se pelo questionário.

A administração do questionário junto dos 114 utentes foi efectuada presencialmente pelo investigador (12%), no dia 2 de Julho de 2010, e os restantes questionários foram preenchidos via telefone, pelo investigador, com vista a aumentar a taxa de respostas. No contacto telefónico, o investigador identificou-se, apresentou o tema do trabalho, explicou convenientemente o propósito do estudo e clarificou que o utente não era obrigado a responder, e que poderia desistir a qualquer momento. Os participantes foram também informados da garantia da confidencialidade. A aplicação do questionário demorou aproximadamente 10 minutos por participante.

Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida (SF - 36)

Para Ferreira (1998), citando Kaplan, é interessante notar que até meados do século passado as medições em saúde se centralizavam na detecção da presença ou ausência de estados negativos de saúde, de limitações funcionais, de sintomas de doença e da existência de problemas agudos e crónicos. Só na segunda metade do século passado, é que apareceram medidas de bem-estar, de desempenho e de funcionalidade e só muito recentemente é que estas preocupações, inicialmente apenas existentes no domínio dos investigadores, passaram para a área da acção política prática e explícita.

Para Ferreira (1998), um dos instrumentos desenvolvidos de uma extensa bateria de questionários que incluía quarenta conceitos relacionados com a saúde, foi o SF-36.

Pretendia-se um instrumento padrão e que fornecesse informação útil para a interpretação de resultados, incluindo diferenças entre populações relativamente ao estado físico e mental, a carga para os respondentes, particularmente os possuidores de doenças crónicas e o efeito de tratamento no estado de saúde, em geral.

O questionário de qualidade de vida SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000), sendo constituído por 36 itens de auto resposta destinando-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada indivíduo.

Para Ferreira (1998), citando Ware, o modelo final deste instrumento genérico contém 36 itens envolvendo oito dimensões de estado de saúde e detectando tanto estados positivos como negativos de saúde. O SF-36 é encarado como uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que caracterizam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um, além disso, não é específico para níveis etários, doença ou tratamento.

Também Ciconelli (1997) defende que o SF-36 é um instrumento genérico de avaliação do estado de saúde, de fácil administração e compreensão. Foi desenvolvido para ser utilizado em grupos de indivíduos, independente da faixa etária, patologia, tratamento, raça, sexo, etc. É multidimensional, formado por 36 itens, divididos em oito escalas ou domínios: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor física (DF), estado geral de saúde (GS), vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM), onde cada componente, ou domínio, é avaliado separadamente. Para avaliar os seus resultados finais, é dado um “escore” de zero (que equivale ao pior estado de saúde) a 100 (que equivale ao melhor estado de saúde). No final dá-se um valor numérico para cada domínio existente.

De acordo com Ferreira (1998), as várias escalas contém de 2 a 10 itens e são pontuadas através de uma escala de Likert, os conteúdos abreviados dos itens de cada escala estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Conteúdos abreviados dos itens das escalas do SF-36

Fonte: Ferreira (1998)

Saúde geral	1. A sua saúde é: óptima, muito boa, boa, razoável, fraca 11a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros 11b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa 11c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar 11d. A minha saúde é óptima
Vitalidade	9a Cheio/a de vitalidade 9e Com muita energia 9g Sentiu-se estafado/a 9i Sentiu-se cansado/a
Função social	6. Interferência dos problemas de saúde nas actividades sociais normais 10. Número de casos em que a saúde física interferiu nas actividades sociais
Desempenho Emocional	5a. Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades 5b. Fez menos do que queria 5c. Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume
Saúde mental	9b. Sentiu-se muito nervoso/a 9c. Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava 9d. Sentiu-se calmo/a e tranquilo 9f. Sentiu-se triste e em baixo 9h. Sentiu-se feliz
Mudança de saúde	2. Classificação da saúde actual comparada com o que acontecia há um ano

Para Ferreira (1998), a escala que corresponde à função física pretende medir desde a restrição para executar actividades físicas menores (como tomar banho ou vestir-se) até às actividades mais exigentes (desporto) passando por actividades intermédias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo percorrer uma determinada distância a caminhar.

De acordo com este mesmo autor, as escalas de desempenho pretendem medir a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho realizado. Inclui a limitação no nas tarefas habituais, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as actividades.

Por sua vez, as escalas da dor representam a intensidade e o desconforto causados pela dor e também a extensão da forma como interfere nas actividades da vida diária (Ferreira, 1998).

A escala que pretende medir a saúde geral prende-se com a percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável.

A escala referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. Já a escala da funcionalidade social estende a medição pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais (sair com amigas, visitar familiares...), assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais dos doentes (Ferreira, 1998).

Ainda para Ferreira (1998), a escala da saúde mental inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, tais como a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

De acordo com o mesmo autor, e para finalizar a escala da transição ou mudança de pretende avaliar com base na experiência previamente vivida do respondente de que forma e quanto mudou em geral a sua saúde.

O questionário utilizado encontra-se no anexo E.

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados, realizou-se a aplicação deste instrumento a cinco utentes, com as características dos elementos que constituem a amostra, através do pré-teste. Pretendia-se identificar perguntas - problema que justifiquem uma modificação da redacção, alteração do formato ou mesmo a eliminação de perguntas da versão final do questionário. O pré teste permite também medir o tempo de demora da aplicação. A aplicação do pré-teste decorreu no dia 29 de Junho de 2010, na sala de espera da Consulta da Dor do CHCB. Após este procedimento, verificou-se que poderíamos avançar na investigação.

6.3.3. Variáveis

Ao realizar um estudo de investigação torna-se de importante definir as variáveis. Estas são um conceito operacional e classificatório que, através da participação de um conjunto teoricamente relevante pode assumir vários valores. Para Fortin (1999: 36), *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.”*

Polit e Hungler (1995) defendem que a actividade de investigação é empreendida com o objectivo de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como eles estão associada aos diferentes valores de outras variáveis.

Variáveis dependentes:

Uma variável dependente é definida como a “variável de resultado que interessa ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável (chamada de variável independente), ou para ser causada por outra variável, por vezes chamada de variável de critério” (Polit e Hungler, 1995: 373). Fortin (1999, p.37) refere também que “a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”

Assim, a variável dependente seleccionada para este estudo é:

- **Qualidade de vida do doente com dor crónica**, mediada através das seguintes dimensões:
 - Capacidade funcional
 - Limitação por aspectos físicos
 - Dor
 - Estado geral de saúde
 - Vitalidade
 - Aspectos sociais
 - Aspectos emocionais
 - Saúde mental

Variáveis Independentes

Segundo Polit e Hungler (1995), variáveis independentes são conceituadas como variáveis que, segundo a crença ou causa influenciam a variável dependente, ou seja, numa pesquisa experimental a variável independente é aquela que é manipulada. Já Fortin (1999: 37) menciona que a “*variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente*”.

Assim, as variáveis independentes seleccionadas para este estudo são:

Variáveis sócio-demográficas, medidas através:

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Profissão
- Diagnóstico

6.3.4. Procedimentos administrativos e éticos

Para efectuar esta investigação efectuou-se um pedido por carta ao Responsável da Consulta da Dor do Centro Hospitalar Cova da Beira (Anexo B).

De igual forma, foi também efectuado um pedido, por carta, ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira (Anexo A).

Estes documentos, juntamente com um resumo da Investigação e consentimento Livre e Informado (Anexo C), foram entregues no departamento do Núcleo de Investigação do Centro Hospitalar Cova da Beira. Após reunião em conselho científico, e uma vez que estavam reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o regulamento do Núcleo de Investigação, obteve-se autorização para prosseguir o estudo (Anexo D).

No Hospital Dia do CHCB, onde decorrem as consultas de Dor Crónica, foi facultada uma listagem de todos os utentes que frequentam a consulta de Dor, incluindo doentes oncológicos, que para efeitos deste estudo não se enquadravam nas características da população (, como já referido, a população apenas compreende doentes com dor crónica, de origem não oncológica). A listagem dos utentes era muito extensa, e somente com a colaboração do Responsável da Consulta (médico) e da Sr^a Administrativa se conseguiu fazer uma triagem, apurando unicamente os doentes não oncológicos.

6.3.5. Análise dos dados

A primeira análise dos dados foi descritiva, sendo posteriormente efectuada uma análise inferencial.

Para Reis e Júnior (2007), os testes de hipóteses dividem-se em paramétricos e não paramétricos. Os paramétricos são aqueles que usam os parâmetros da distribuição, ou uma estimativa destes, para o cálculo de sua estatística. Normalmente, estes testes são mais rigorosos e possuem mais pressuposições para a sua validação, enquanto que os testes não paramétricos utilizam, para o cálculo de sua estatística, postos atribuídos aos dados ordenados e são livres da distribuição de probabilidades dos dados estudados. Desta forma, os testes não paramétricos podem ser usados numa distribuição não normal.

Para verificar a forma de distribuição das populações, com vista a decidir pela utilização de um teste paramétrico ou por um teste não paramétrico, pode utilizar-se, por exemplo o, teste de Kolmogorov-Smirnov.

Neste estudo verificou-se que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente, não se encontravam enquadradas na normalidade, assim os testes não paramétricos são os mais adequados.

Neste estudo usou-se o Teste Kruskal-Wallis. Oara Marques (2010), este teste é usualmente aceite como alternativa não-paramétrica à análise de variância simples, quando não se verifica o pressuposto da normalidade.

Nesta investigação foi também utilizado o teste Mann-Whitney. A importância deste teste é ser a alternativa não paramétrica ao teste t para a diferença de médias. Para Pestana e Gageiro (2003), o teste de Wicoxon-Mann-Whitney ou simplesmente teste de Mann-Whitney, é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável em duas amostras independentes.

Este último teste pode também ser utilizado como alternativa ao teste t -Student para amostras independentes. No caso em que as distribuições são normais, a eficiência do teste de Mann-Whitney é 95.5% da eficiência do teste t -Student.

As hipóteses formuladas para este estudo foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 17, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- ◆ $p \geq 0.05$ - não significativo
- ◆ $p < 0.05$ - significativo
- ◆ $p < 0.01$ - bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ - altamente significativo

7. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos através das várias técnicas de análise estatística utilizadas e já apresentadas no ponto anterior. Esta parte empírica resulta ainda da aplicação das conjecturas teóricas permitindo, desta forma, visualizar o funcionamento da teoria.

Os resultados obtidos servem para verificar qual a influência da dor crónica na qualidade de vida do individuo activo, um dos objectivos específicos traçados para este estudo.

7.1. Caracterização da Amostra

SEXO

A amostra de utentes em estudo é composta por 78 de utentes do sexo feminino (68,4%) e 36 de utentes do sexo masculino (31,6%) o que perfaz um total de 114 indivíduos (Quadro1).

Quadro 1. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o sexo

	Nº de Utentes	Percentagem
Feminino	78	68,4
Masculino	36	31,6
Total	114	100,0

IDADE

A análise em função dos grupos etários (Quadro 2), permite verificar que estamos perante uma amostra de utentes em que mais de 56% tem mais de 61 anos de idade, e 34,2% têm entre 41 e 60 anos de idade e, por último, os restantes 9,6% têm menos de 40 anos.

Quadro 2. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a Idade (por Grupos Etários)

	Nº de Utentes	Percentagem
Até 40 anos	11	9,6
De 41 a 60 anos	39	34,2
Mais de 61 anos	64	56,1
Total	114	100,0

ESTADO CIVIL

Ao se analisar o Quadro 3, pode-se concluir que, para a variável estado civil, a nossa amostra de utentes apresenta 65,8% dos indivíduos casados, seguidos dos indivíduos viúvos com 19,3%, depois os indivíduos divorciados/solteiros que representam 14% e, apenas com 0,9%, ou seja, um indivíduo em União de Facto.

Quadro 3. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o Estado Civil

	Nº de Utentes	Percentagem
Solteiro/a	8	7,0
Casado/a	75	65,8
Viúvo/a	22	19,3
Divorciado/a	8	7,0
União de Facto	1	0,9
Total	114	100,0

ACTIVIDADE PROFISSIONAL

Quando abordada a variável actividade profissional, verifica-se que a nossa amostra é composta na sua maioria por utentes reformados (Quadro 4).

De acordo com um estudo de Silva e Branco (2009), sobre Incapacidade nas Doenças Reumáticas e as suas repercussões económicas e laborais, em Portugal, verifica-se que as doenças reumáticas constituem a 1ª causa de incapacidade temporária, 40-60% dos casos de incapacidade prolongada para certas actividades da vida diária e 43% dos dias de absentismo laboral por doença. Este estudo conclui ainda que as doenças reumáticas são responsáveis por

35-41% das reformas antecipadas por doença. Pela análise do quadro 4 verifica-se que 16,7% dos inquiridos são reformados por invalidez.

Quadro 4. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a sua actividade profissional

	Nº DE UTENTES	%
Reformado (a)	67	58,8
Reformado (a) por Invalidez	19	16,7
Desempregado(a)	3	2,6
Cozinheira	3	2,6
Enfermeira	1	0,9
Professora de piano	1	0,9
Professor	1	0,9
Operário (a) Têxtil	3	2,6
Operário da Construção Civil	3	2,6
Administrativo	1	0,9
Serralheiro	1	0,9
Empregada de Mesa	2	1,8
Doméstica	2	1,8
Mineiro	1	0,9
Ajudante Acção Educativa	1	0,9
Educadora Infância	1	0,9
Estudante	1	0,9
Ajudante Jardinagem	1	0,9
Padeiro	1	0,9
Professora Universitária	1	0,9
Total	114	100,0

Quando agrupadas as várias profissões por categorias, verifica-se:

Quadro 5. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a sua actividade profissional por categorias

	Nº de Utentes	%
S1º	1	0,9
S2º	13	11,4
S3º	10	8,8
Reformado	86	75,4
Desempregado	3	2,6
Estudante	1	0,9
Total	114	100,0

No que concerne às profissões, como se pode observar no quadro 5, para facilitar o tratamento dos dados e posteriormente a inferência, as profissões foram agrupadas em 3 sectores de actividade: sector 1 (agricultura, pecuária e pesca), sector 2 (indústria, trabalhadores que não contactam directamente com o cliente) e sector 3 (trabalhadores que contactam directamente com o cliente).

DIAGNÓSTICO CLINICO

Quando abordada a variável diagnóstico clínico, verificamos que na nossa amostra 19,3% dos inquiridos tem como principal diagnóstico: Hérnia discal com intervenção cirúrgica à coluna, a maioria 22,8% dos inquiridos tem Hérnia discal, 11,4% Artroses, 10,5% Fibromialgia. Através da análise do quadro 6, verifica-se também que 9,6% dos inquiridos apresentam dor crónica não específica.

Quadro 6. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o seu diagnóstico clínico

	Nº DE INQUIRIDOS	%
Hérnia discal com intervenção cirúrgica à coluna	22	19,3
Hérnia Discal	26	22,8
Artrose	13	11,4
Osteoporose	7	6,1
Dores Cervicais - Dores lombares	1	0,9
Dor Neuropática Intervenção cirúrgica à coluna	1	0,9
Esclerose Múltipla	2	1,8
Espondilite Anquilosante	2	1,8
Dor crónica no membro inferior	2	1,8
Nevrite Intercostal	1	0,9
Dor lombar	3	2,6
Dor na Coluna	1	0,9
Fibromialgia	12	10,5
Artrite Reumatóide	5	4,4
Dor neuropática do Trigénio	2	1,8
Dor crónica inespecífica	11	9,6
Paraparésia espática familiar	1	0,9
Dor ciática	1	0,9
Nevralgia do trigénio	1	0,9
Total	114	100,0

Quando agrupadas os vários diagnósticos, por categorias, verifica-se:

Quadro 7. - Caracterização da amostra dos utentes segundo o seu diagnóstico clínico, por categorias

	Nº de Utes	%
Hérnia discal com intervenção cirúrgica à coluna	22	19,3
Hérnia Discal	26	22,8
Artrose	13	11,4
Fibromialgia	12	10,5
Dor crónica inespecifica	11	9,6
Outro	30	26,3
Total	114	100,0

7.2. Avaliação da Qualidade de Vida

A segunda parte do questionário visa a avaliação da qualidade de vida dos utentes com dor crónica. Esta avaliação é referente a oito dimensões, nomeadamente, relacionadas com a saúde, as diferentes actividades diárias, o trabalho, os problemas emocionais e as actividades sociais, estas dimensões são avaliadas por 11 questões. Algumas destas dimensões são compostas por um conjunto de itens e cada um desses itens é avaliado segundo uma grelha de avaliação, escala de Likert, dividida em seis opções de resposta. Trata-se de uma escala ordinal, definidas por ordem decrescente, a saber, sempre; a maior parte do tempo; uma boa parte do tempo; alguma parte do tempo; uma pequena parte do tempo e nunca, a esta escala foi atribuído um valor decrescente de satisfação de 6 a 1.

Em geral classificaria a sua saúde como ...

Assim, e pela leitura do quadro seguinte (Quadro 8), mais de metade dos utentes (53,5%) consideram a sua saúde “razoável”. No entanto, 43 utentes consideram que a sua saúde é “fraca” e apenas 10 inquiridos consideram a sua saúde “boa”. Note-se que a dor crónica exerce impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos. Em geral, há um declínio significativo da funcionalidade, das relações sócio-familiares e da qualidade de vida nos indivíduos com dor crónica (Couvreur, 2001).

Também, Skevington, citado por Massola (2010), no decorrer do seu estudo descreve que, aqueles que não tinham um quadro de dor apresentavam uma melhor qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com dor, como previsto. Além disso, quanto maior a duração da dor, menor era a qualidade de vida, este facto mostra os efeitos nefastos da presença de dor crónica.

Quadro 8. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da saúde.

	Nº de Utentes	Percentagem
Boa	10	8,8
Razoável	61	53,5
Fraca	43	37,7
Total	114	100,0

Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu presente estado de saúde...

Pela leitura do Quadro 9, os inquiridos referem na sua maioria que o seu estado de saúde está aproximadamente igual ou que tem vindo a piorar. O facto dos utentes referirem que a sua saúde está aproximadamente igual, quando comparada há um ano atrás, vai de encontro ao maior e mais recente relatório Pan-Europeu sobre a prevalência da dor crónica (Pain In Europe, 2003). Este relatório mostra que, em média, sofre-se de dor crónica durante 7 anos e 20% dos doentes sofrem há mais de 20 anos de dor crónica.

Quadro 9. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da sua saúde comparativamente com o que acontecia há um ano atrás.

	Nº de Utentes	Percentagem
Muito Melhor	1	0,9
Com algumas Melhoras	4	3,5
Aproximadamente igual	62	54,4
Um Pouco Pior	40	35,1
Muito Pior	7	6,1
Total	114	100,0

Actividades do dia a dia que poderia realizar ...

Como se visualiza no Quadro 10, 85,1% dos inquiridos referem que a sua saúde e a presença de dor limitam muito actividades violentas, tais como correr, levantar pesos e desportos violentos. Esta constatação vai de encontro ao Relatório Pain in Europe (2003) que mostra que entre metade e dois terços destes doentes são menos capaz ou mesmo incapaz de praticar exercício, de dormir tranquilamente (sono reparador), conduzir, participar em actividades sociais, caminhar ou ter relações sexuais;

Verifica-se também que 50,9% dos utentes referem que a sua saúde limita muito actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa. Também Gonzalez (2000) refere que a dor crónica afecta a saúde física e psicológica do doente, e tem repercussões nas actividades de vida diárias e na autonomia.

O quadro seguinte revela ainda que 45,6% dos inquiridos, estão muito limitados em actividades como levantar ou carregar as compras da mercearia.

Da análise do quadro verifica-se que 50,9% dos inquiridos sentem-se um pouco limitados em actividades como subir vários lanços de escadas, 54,4% dos inquiridos referem sentir-se um pouco limitados na realização de actividades como inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se. Constata-se também 51,8% dos utentes sentem-se muito limitados em actividades como andar mais de um quilómetro. Constata-se ainda que 62,3% dos inquiridos referem que a sua saúde limita um pouco actividades como tomar banho e vestir-se. Também Gagliese *et al.* (2003) defendem que a diminuição na qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crónica, pode afectar também a manutenção da autonomia, na qual ele poderá deixar ou limitar o desempenho de suas funções do dia a dia, tornando-se dependente. Segundo um estudo de Martins *et al.* (1996), subordinado ao tema, qualidade de vida em pessoas com doença crónica, a maioria das pessoas entrevistadas (67,6%), referiu que a doença crónica alterou claramente a sua capacidade física, sobretudo em relação à limitação para andar, no trabalho/actividades diárias.

Quadro 10. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação da dificuldade de realização de actividades do dia a dia.

	Sim, muito limitado/a		Sim, um pouco limitado/a		Não, nada limitado/a		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos	97	85,1	17	14,9			114	100,0
Actividade moderada, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa	58	50,9	54	47,4	2	1,8	114	100,0
Levantar ou carregar as compras da mercearia	52	45,6	56	49,1	6	5,3	114	100,0
Subir vários lanços de escadas	49	43,0	58	50,9	7	6,1	114	100,0
Subir um lanço de escada	23	20,2	57	50,0	34	29,8	114	100,0
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	45	39,5	62	54,4	7	6,1	114	100,0
Andar mais de 1 quilómetro	59	51,8	43	37,7	12	10,5	114	100,0
Andar vários quarteirões/lotos	57	50,0	45	39,5	12	10,5	114	100,0
Andar um quarteirão/lote	33	28,9	54	47,4	27	23,7	114	100,0
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	29	25,4	71	62,3	14	12,3	114	100,0

O quadro seguinte (Quadro 11) apresenta os itens anteriores, em termos médios, e verifica-se que de facto a actividade que apresenta maior media, ou seja, maior qualidade de vida, onde os inquiridos apresentam menos dificuldades é subir um lanço de escadas e as actividades que apresentam mais dificuldades são actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos.

Quadro 11. - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Actividades do Dia a Dia que poderia realizar”

	Média
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos	1,15
Actividade moderada, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa	1,51
Levantar ou carregar as compras da mercearia	1,60
Subir vários lanços de escadas	1,63
Subir um lanço de escada	2,10
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1,67
Andar mais de 1 quilómetro	1,59
Andar vários quarteirões/lotos	1,61
Andar um quarteirão/lote	1,95
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1,87

Em resumo, pela leitura dos dois quadros anteriores, verifica-se que as pessoas com dor crónica tem limitações em actividades da vida diária, como caminhar, carregar compras da mercearia, inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se, e até mesmo em actividades de auto-cuidado como tomar banho e vestir-se de forma independente.

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, em consequência do seu estado de saúde...

Pela leitura do quadro 12, mostra-se que 97,4% dos inquiridos diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades, de igual forma com uma percentagem elevada, verifica-se que 96,5% dos utentes, fizeram menos do que queriam e 99,1% dos inquiridos referiram estar limitados no seu tipo de trabalho ou em outras actividades, assim como tiverem dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades, nas ultimas 4 semanas.

Segundo um estudo realizado por Lorenzin (2006), a dor pode afectar o indivíduo em aspectos físicos, limitando as suas actividades de vida diária, profissionais, familiares. Também o estudo de Martins *et al.* (1996) demonstra que cerca de 67,6% dos doentes com dor crónica vêm claramente alterada a sua capacidade para o trabalho. Para Mossey *et al.* (2000) e Ratzon *et al.* (2007), subsiste uma associação estatisticamente significativa entre dor e desempenho funcional. O Relatório Pain in Europe (2003) mostra também que os doentes com dor estão sujeitos a ausências do local de trabalho e perdas de horas de trabalho.

Quadro 12. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação do seu trabalho ou actividades diárias

	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	111	97,4	3	2,6	114	100,0
Fez menos do que queria?	110	96,5	4	3,5	114	100,0
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras actividades	113	99,1	1	0,9	114	100,0
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (p.ex. necessitou de um esforço extra)	113	99,1	1	0,9	114	100,0

Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados seguidamente, por causa de qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)...

O Quadro 13 mostra que 87,7% dos inquiridos diminuíram o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades, 90,4% fizeram menos de que queriam e 88,6% não executaram as suas actividades tão cuidadosamente como é habitual, por alterações emocionais, por se sentirem deprimidos ou ansiosos. Efectivamente, a dor crónica é, geralmente, acompanhada por um aglomerado complexo de alterações somáticas e psicossociais, tais como depressão do sistema imunitário, perturbação do sono, tendência para isolamento do meio social e familiar, ansiedade, temor, frustração, depressão e suicídio (Pain Associates International Network, 2004).

Também de acordo com o Relatório Pain in Europe (2003), um em quatro inquiridos deixou de se relacionar com a família e os amigos, um em cinco inquiridos apresentava depressão devida à dor.

Segundo o estudo de Martins *et al.* (1996), 53,5% das pessoas comunicaram interferências na auto - estima, relacionando-a com alterações do estado emocional.

Para Berber *et al.* (2005) e de acordo com um estudo sobre a “Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia”, aproximadamente dois terços da amostra apresentaram algum grau de depressão.

Observou-se que sete escalas do SF-36 (instrumento utilizado neste estudo) tiveram a queda dos seus escores significativamente relacionada à depressão, a prevalência de depressão encontrada foi elevada, aproximadamente em dois terços da amostra.

Quadro 13. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação do seu trabalho ou actividades diárias ao nível de qualquer problema emocional

	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	100	87,7	14	12,3	114	100,0
Fez menos do que queria?	103	90,4	11	9,6	114	100,0
Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como de costume?	101	88,6	13	11,4	114	100,0

Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento normal com a família, amigos ou em grupo...

Pela leitura do quadro 14, verifica-se 51,8% dos inquiridos responderam que nas ultimas 4 semanas a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram moderadamente com o seu relacionamento normal com a família, amigos ou em grupo, tendo 39,5 % referido que a sua saúde física ou problemas emocionais interferem bastante com o seu relacionamento normal com a família, amigos ou em grupo. Apenas 0,9% (1 utente) responderam que a sua saúde física ou problemas emocionais não interfere absolutamente nada nas mesmas actividades.

Quadro 14. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da saúde ou problemas emocionais no relacionamento com a família e amigos

	Nº de Utentes	%
Absolutamente nada	1	0,9
Pouco	5	4,4
Moderadamente	59	51,8
Bastante	45	39,5
Imenso	4	3,5
Total	114	100,0

Durante as últimas 4 semanas teve dores...

O quadro seguinte (quadro 15) realça que 49,1% dos inquiridos classificam as dores das últimas 4 semanas como moderadas, 43,0% classificam as dores como fortes e 7% como muito fortes.

Quadro 15. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a classificação das dores

	Nº de Utentes	Percentagem
Ligeiras	1	0,9
Moderadas	56	49,1
Fortes	49	43,0
Muito Fortes	8	7,0
Total	114	100,0

Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico) ...

Pela leitura do Quadro 16, verifica-se que 43,0% consideram que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico) de forma moderada. De facto, 48,2% dos inquiridos referem que a dor interferiu extremamente com o seu trabalho normal, da mesma forma 7% referem que a dor interferiu extremamente no seu trabalho normal. De acordo com Kreling *et al.* (2006), citando Cavanaugh *et al.*, na Holanda são registados 10.000 casos novos, a cada ano, de doentes incapacitados para o trabalho, devido à dor.

Sabe-se também que, por exemplo, os problemas lombares têm sido reportados como uma das causas mais comuns de absentismo no trabalho (Anderson, 1981).

Também o Relatório Pain in Europe (2003) mostra que, na Europa, a dor é responsável por:

- Ausência do local de trabalho e perdas de horas de trabalho;
- Redução do vencimento;
- Falta de produtividade,

O Relatório Pain in Europe (2003) mostra ainda que, na Europa:

- Dois terços destes doentes têm menos capacidade de trabalhar fora de casa;
- Um em quatro mudou de tipo de trabalho;
- Um em cinco perdeu o seu posto trabalho;
- A dor crónica aumenta 7 vezes o risco de perda de emprego.

Costa *et al.* (2007) afirmam que, no que concerne à capacidade laboral, percebe-se que os grupos com dor aguda e crónica acabam por perder mais dias de trabalho que o grupo sem dor.

Quadro 16 - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da dor com o seu trabalho normal

	Nº de Utes	Percentagem
Um Pouco	2	1,8
Moderadamente	49	43,0
Bastante	55	48,2
Extremamente	8	7,0
Total	114	100,0

Avaliação do Estado de Saúde no último mês...

Relativamente à dimensão Estado de Saúde no último mês (Quadro 17), verifica-se que 28,9% dos inquiridos quando questionados sobre quanto do seu tempo se sentiu cheio/a de vitalidade responderam pouco tempo, 32,5% responderam que durante a maior parte do tempo se sentem pessoas muito nervosas, 30,7% dos inquiridos referem que a maior parte do tempo se sentem tão deprimidos que nada pode animá-los. Segundo o Relatório Pain in Europe (2003), um terço dos doentes sofre constantemente de dor e cerca de 17% dos doentes sofrem tanto que nalguns dias “desejam morrer”.

Continuando com a análise do quadro, verifica-se que 32,5% dos utentes referem sentir-se pouco tempo calmos e tranquilos, assim como 33,3% também referem sentir-se pouco tempo cheios de energia. No que concerne à tristeza, 37,7% referem sentir-se triste e 40,4% sentir-se estafado(a) e cansado(a) durante uma boa parte do seu tempo (bastante tempo), no entanto e apesar das limitações, 37,7% dos inquiridos consideram-se em boa parte do tempo (bastante tempo) pessoas felizes.

Quadro 17. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação do estado de saúde no último mês.

	Sempre		A maior parte do tempo		Bastante Tempo		Algum Tempo		Pouco tempo		Nenhum Tempo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quanto tempo se sentiu cheio/a de vitalidade?	8	7,0	21	18,4	13	11,4	20	17,5	33	28,9	19	16,7	114	100,0
Quanto tempo se sentiu uma pessoa muito nervosa?	12	10,5	37	32,5	17	14,9	28	24,6	20	17,5			114	100,0
Quanto tempo se tem sentido tão deprimido/a que nada o/a pode animar?	3	2,6	35	30,7	19	16,7	32	28,1	23	20,2	2	1,8	114	100,0
Quanto tempo se tem sentido calmo/a ou tranquilo/a?			18	15,8	29	25,4	26	22,8	37	32,5	4	3,5	114	100,0
Quanto tempo se sentiu com muita energia?	2	1,8	16	14,0	27	23,7	28	24,6	38	33,3	3	2,6	114	100,0
Quanto tempo se sentiu triste?	3	2,6	29	25,4	43	37,7	29	25,4	9	7,9	1	0,9	114	100,0
Quanto tempo se sentiu estafado/a?	3	2,6	28	24,6	46	40,4	28	24,6	9	7,9			114	100,0
Quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?	3	2,6	32	28,1	43	37,7	15	13,2	18	15,8	3	2,6	114	100,0
Quanto tempo se sentiu cansado/a?	5	4,4	26	22,8	46	40,4	30	26,3	7	6,1			114	100,0

O quadro seguinte (Quadro 18) apresenta as afirmações anteriores, por ordem de importância em termos médios, sendo o valor maior de média, o que representa maior estado de saúde. Sendo o valor máximo 3,93 (quanto tempo se sentiu cheio/a de vitalidade?) e o valor mínimo (Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito nervosa?).

Quadro 18. - Quadro resumo com média global de cada item da dimensão “Estado de saúde no ultimo mes”.

ITENS DA DIMENSÃO	Média
Quanto tempo se sentiu cheio/a de vitalidade?	3,93
Quanto tempo se tem sentido uma pessoa muito nervosa?	3,06
Quanto tempo se tem sentido tão deprimido/a que nada o/a pode animar?	3,38
Quanto tempo se tem sentido calmo/a ou tranquilo/a?	3,82
Quanto tempo se sentiu com muita energia?	3,82
Quanto tempo se sentiu triste?	3,13
Quanto tempo se sentiu estafado/a?	3,11
Quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?	3,19
Quanto tempo se sentiu cansado/a?	3,07

Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos, ou familiares próximos)? Trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico) ...

Assim, e pela leitura do quadro 19, os 16,7 % dos inquiridos mostram que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a maior parte do tempo a sua actividade social e o seu trabalho normal, 64,9% afirmam que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram algum tempo a sua actividade social ou trabalho normal, e 13,2 referem que limitou pouco tempo as mesmas actividades. De facto e de acordo com a literatura, verifica-se que, recentemente, há uma maior preocupação com a qualidade de vida e a sua relação com a dor, pois, sabe-se que a frequência de dor aumentou e que afecta o indivíduo como um todo desde o aspecto físico até o emocional, não se restringindo ao dano tecidual. Como defende Moraes (2003) e também de acordo com o Relatório Pain in Europe (2003) sabe-se que, na Europa:

- Dois terços destes doentes têm menos capacidade de trabalhar fora de casa;
- Um em quatro mudou de tipo de trabalho;
- Um em cinco perdeu o seu posto trabalho;
- Um em quatro deixou de se relacionar com a família e os amigos;

Couvreur (2001) advoga ainda que na presença de dor há um declínio significativo da funcionalidade, das relações sócio-familiares e da qualidade de vida nos indivíduos.

Segundo um estudo realizado por Lorenzin (2006), a dor pode afectar o indivíduo em aspectos físicos, limitando as suas actividades de vida diária, profissionais, familiares e de lazer.

Quadro 19. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a interferência da dor com o seu trabalho normal

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sempre	5	4,4
A maior parte do tempo	19	16,7
Algum tempo	74	64,9
Pouco tempo	15	13,2
Nunca	1	0,9
Total	114	100,0

Estado geral de Saúde...

Por último, e pela leitura do quadro 20, os utentes relativamente à dimensão geral mostram que 34,2% dos utentes consideram absolutamente verdade a afirmação “Parece que adoeço mais facilmente que os outros”, 50% consideram absolutamente falsa a afirmação “Sou tão saudável como qualquer outra pessoa”, 55,3% dos inquiridos estão convencidos que a sua saúde vai piorar”, e 78,1% consideram absolutamente falsa a afirmação “A minha saúde é excelente”.

Quadro 20. - Caracterização da amostra dos utentes segundo a avaliação do estado geral de saúde

	Absolutamente Verdade		Verdade		Não Sei		Falso		Absolutamente Falso		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parece que adoeço mais facilmente que os outros	39	34,2	28	24,6	4	3,5	21	18,4	22	19,3	114	100,0
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	2	1,8	26	22,8	4	3,5	25	21,9	57	50,0	114	100,0
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	63	55,3	29	25,4	13	11,4	8	7,0	1	0,9	114	100,0
A minha saúde é excelente	1	0,9	4	3,5	1	0,9	19	16,7	89	78,1	114	100,0

7.3. Análise Inferencial - Validação das Hipóteses

A inferência estatística pretende estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses (Fortin, 1999). Esta tem como objectivo analisar as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorreu-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

Nesta análise, as hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passa-se de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procede-se assim à verificação das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

O primeiro aspecto a considerar para se realizar os diferentes testes, refere-se ao tipo de variáveis em estudo, pois isto é determinante quanto ao teste a utilizar. Escolhido o teste adequado, deve atender-se à verificação dos seus pressupostos (Pestana e Gageiro, 2003). De acordo com Galvão (2000), quando as distribuições são normais ou no caso de grandes amostras, os testes paramétricos são, em geral, mais potentes, caso contrário preferem-se os testes não paramétricos.

Optou-se por testar as hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente, como nos mostra a seguir o teste da normalidade.

TESTE DA NORMALIDADE

Pelos teste de Kolmogorov-Smirnov (visto tratar-se de uma amostra superior a 50 inquiridos), verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente, não se encontram enquadradas na normalidade ($p<0,05$) - Quadro 21.

Visto isto, foi-se obrigado a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões da variável dependente, o que nos impossibilita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 21. - Testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov	
	Estatísticas	p
Capacidade Funcional	0,133	0,000***
Limitação Física	0,533	0,000***
Dor	0,268	0,000***
Estado Saúde Geral	0,209	0,000***
Vitalidade	0,120	0,000***
Aspectos Sociais	0,268	0,000***
Aspectos Emocionais	0,512	0,000***
Saúde Mental	0,104	0,004**

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

Face ao exposto, as hipóteses foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente, *Testes de Mann-Whitney e Testes de Kruskal-Wallis*.

Com a finalidade de saber quais os factores que influenciam a qualidade de vida do doente com dor crónica, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

H1: As variáveis sócio demográficas do doente com dor crónica influenciam a qualidade de vida do mesmo.

H1a: O sexo do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Para percebermos o peso do sexo na qualidade de vida, elaborámos esta hipótese, e para a testar utilizamos um Teste de Mann-Whitney, pois permite-nos comparar os pontos médios entre os 2 grupos.

Contudo, mediante os resultados apresentados no quadro 22, verificámos que os inquiridos do sexo masculino têm, em média, maior qualidade de vida em todas as dimensões, comparativamente aos do sexo oposto. Com excepção para Limitação Física, Dor e Estado de Saúde Geral, são as mulheres que apresentam melhor qualidade de vida. Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões da qualidade de vida ($p > 0,05$), o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Um estudo sobre o Estilo de Vida, Percepção e Estado de Saúde (Albuquerque e Matos, 2010), revela que o grupo feminino de estudantes se diferencia significativamente do grupo masculino apenas no índice de Estado de Saúde. Neste índice os Homens obtiveram um valor médio ($\bar{x} = 76.09$) superior ao apresentado pelas Mulheres ($\bar{x} = 68.53$) pelo que podemos concluir que os Homens evidenciam um Estado de Saúde significativamente superior às Mulheres.

Num trabalho de Ferreira e Santana (2003), onde se analisa de que modo, as características dos indivíduos afectam as suas percepções e a sua qualidade de vida, conclui-se que ao comparar os resultados dos homens com os das mulheres, para todas as dimensões, as pontuações fornecidas pelos homens são significativamente mais elevadas quando comparadas com as fornecidas pelas mulheres.

Quadro 22. - Teste de Mann-Whitney relacionando a qualidade de vida e o género

Sexo	Feminino	Masculino	
	\bar{X}	\bar{X}	p
Capacidade Funcional	55,92	60,92	0,452
Limitação Física	57,69	57,08	0,774
Dor	59,90	52,31	0,221
Estado Saúde Geral	60,24	51,57	0,181
Vitalidade	57,21	58,13	0,890
Aspectos Sociais	56,77	59,08	0,702
Aspectos Emocionais	55,85	61,08	0,180
Saúde Mental	53,47	66,24	0,054

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

H1b: A idade do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Sobre a influência da idade na qualidade de vida, realizou-se o Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pela análise do quadro 23, que, em termos globais, os inquiridos com menos de 40 anos são os que possuem, em média, maior qualidade de vida na maioria das dimensões, sendo a Dor e a Vitalidade dominada pelos mais velhos. Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões ($p > 0,05$), com excepção para a Capacidade Funcional, Limitação Física e Vitalidade, que revelam significado estatístico, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite somente nestas dimensões.

De facto e corroborando com os nossos resultados, de acordo com o estudo de Ferreira e Santana (2003), verifica-se em especial para as primeiras cinco dimensões (dimensões relacionadas com a componente física), as pontuações médias diminuem significativamente com a idade ($p < 0,001$), ou seja os inquiridos mais jovens possuem melhor qualidade de vida.

Quadro 23. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e a idade

<i>Idade</i>	≤ 40	41-60	> 60	P
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	
Capacidade Funcional	95,86	67,68	44,70	0,000***
Limitação Física	65,86	58,42	55,50	0,008**
Dor	46,41	54,00	61,54	0,219
Estado Saúde Geral	65,95	60,38	54,29	0,425
Vitalidade	33,82	51,36	65,31	0,005**
Aspectos Sociais	74,68	52,24	57,75	0,090
Aspectos Emocionais	60,73	53,03	59,67	0,204
Saúde Mental	67,55	53,86	57,99	0,467

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

H1c: O estado civil do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Para avaliarmos a influência do estado civil na qualidade de vida, utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pela análise do quadro 24, que, em termos globais, os inquiridos solteiros são os que possuem, em média, maior qualidade de vida na maioria das dimensões. Contudo, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões ($p > 0,05$), com exceção para a Capacidade Funcional e Limitação Física, que revelam significado estatístico, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite somente nestas dimensões.

Ferreira e Santana (2003) concluíram também que, as dimensões físicas e as dimensões mentais avaliadas pelos solteiros correspondem a valores mais altos (mais saudáveis) do que as fornecidas pelos casados.

Quadro 24. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e o estado civil

Estado civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	União	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	
Capacidade Funcional	86,25	60,69	31,91	67,31	73,00	0,000***
Limitação Física	69,75	56,24	55,50	62,81	55,50	0,005**
Dor	39,75	57,83	66,68	50,94	25,50	0,194
Estado Saúde Geral	40,63	59,82	52,18	64,19	82,00	0,390
Vitalidade	54,00	59,42	57,30	41,06	77,50	0,602
Aspectos Sociais	74,88	58,15	52,18	50,63	41,50	0,391
Aspectos Emocionais	64,75	56,11	60,00	57,38	50,00	0,732
Saúde Mental	72,81	57,79	57,48	37,13	77,00	0,269

*p < 0,05 **p < 0,01

***p < 0,001

H1d: A profissão do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Em relação à influência da profissão na qualidade de vida e adoptando o Teste de Kruskal-Wallis, verifica-se pela análise do quadro 25, que, em termos globais, os inquiridos do Sector 1º são os que possuem, em média, maior qualidade de vida na maioria das dimensões. Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões ($p > 0,05$), com excepção para a Capacidade Funcional, Limitação Física e Aspectos Emocionais, que revelam significado estatístico, o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) é aceite nestas dimensões.

Nos inquiridos reformados (maioria) verifica-se que por exemplo na capacidade funcional, a média é inferior quando comparados com os inquiridos do sector 1, sector 2, sector 3 e dos estudantes, este facto pode ser justificado pela idade, uma vez que Lucas e Monjardino (2010), referem que as patologias musculoesqueléticas têm elevado impacto ao longo de todo o ciclo de vida, mas a incidência das doenças reumáticas mais frequentes, tais como a osteoartrose e a osteoporose, aumenta com a idade. Em Portugal, esta tendência está reflectida, não só no actual número absoluto de indivíduos com idade superior a 65 anos, mas também no índice de envelhecimento.

Verifica-se também pela análise do quadro 25, que os inquiridos desempregados apresentam na maioria das dimensões (capacidade funcional, limitação física, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) valores baixos de média, que reflectem níveis baixos de qualidade de vida, é um facto que muitos problemas de dor são grandemente prevalentes, com implicações económicas, sociais e familiares elevadas, uma vez que há pessoas que não podem trabalhar devido à dor.

Também Ratzon et al (2007), defende que uma das maiores implicações da dor crónica na vida das pessoas acometidas é a sua associação com prejuízos nas funções do corpo, ou seja dificuldades no desempenho de actividades de vida diárias e limitações na interacção do indivíduo com o seu meio sócio. Para este mesmo autor existe uma relação estatisticamente significativa entre dor e desempenho funcional. A redução das actividades de vida diária em pacientes com dor crónica, associada à depressão, interfere na sua motivação e, conseqüentemente, deteriora seu desempenho funcional. Este facto de certa forma justifica que os inquiridos desempregados apresentem níveis de qualidade de vida tão baixos.

Quadro 25. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e a profissão

Profissão	Sector 1º	Sector 2º	Sector 3º	Ref.	Desemp.	Estud.	P
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	
Capacidade Funcional	93,00	78,65	73,75	51,65	49,33	12,50	0,012*
Limitação Física	55,50	59,77	72,75	55,50	55,50	55,50	0,000***
Dor	82,50	64,88	43,10	58,59	44,50	25,50	0,378
Estado Saúde Geral	56,50	65,85	42,70	56,58	97,83	56,50	0,168
Vitalidade	38,00	36,12	71,05	60,23	33,17	57,50	0,079
Aspectos Sociais	90,50	61,50	49,50	58,19	41,50	41,50	0,649
Aspectos Emocionais	109,00	50,00	67,70	57,20	50,00	50,00	0,030*
Saúde Mental	93,00	58,69	66,95	55,72	48,17	93,00	0,596

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

H1e: O diagnóstico clínico do doente com dor crónica influencia a qualidade de vida.

Para sabermos a influência do diagnóstico na qualidade de vida, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se um Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos pela análise do quadro 26, que, em termos globais, os inquiridos com fibromialgia são os que possuem, em média, maior qualidade de vida na Dor e no Estado de Saúde Geral; Outro diagnóstico, domina a Capacidade Funcional e Limitação Física; os que têm Hérnia não intervencionada dominam a Vitalidade e a Saúde mental; a Artrose domina os Aspectos Sociais; e a Hérnia intervencionada os Aspectos Emocionais. Assim, constatamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões ($p > 0,05$), o que nos leva a concluir que a hipótese por nós formulada (H_1) não é aceite, prevalecendo a hipótese estatística (H_0).

Embora no presente estudo, os doentes com Fibromialgia sejam os que possuem maior qualidade de vida, na dor e no estado de saúde geral, para Martinez et al. (1995) a fibromialgia provoca um impacto negativo importante na qualidade de vida dos doentes. O impacto global desta patologia envolve aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais, este impacto correlaciona-se fortemente com a intensidade da dor, fadiga e decréscimo da capacidade funcional.

No que concerne aos doentes com hérnia discal, intervencionada e não intervencionada, verifica-se pela análise do quadro que a capacidade funcional apresenta médias baixas, de facto também Atlas et al. (2000) refere que os problemas oriundos dessa lesão têm sido as razões mais frequentes de dispensa do trabalho por incapacidade. Para Long et al. (1996) a hérnia de disco é considerada uma patologia extremamente comum, que causa séria incapacidade nos doentes, constituindo um problema de saúde pública mundial.

Pela análise do quadro 26, verifica-se então que os pacientes com artrose possuem maior média (maior qualidade de vida) nos aspectos sociais e por sua vez apresentam menor média na capacidade funcional, de facto também Roimisher (1990), defende que a artrose está associada com dor e rigidez articular, deformidade e progressiva perda da função, afectando o indivíduo em múltiplas dimensões, principalmente ao nível orgânico. De facto a diminuição da força dos músculos que envolvem as articulações (com artrose) causa progressiva perda de função, podendo levar o paciente a incapacidade grave.

Quadro 26. - Kruskal-Wallis relacionando a qualidade de vida e o diagnóstico

<i>Diagnóstico</i>	Hérnia c/ cirurgia	Hérnia	Artrose	Fibro	Dor inesp.	Outro	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	
Capacidade Funcional	50,25	54,52	43,23	59,00	63,36	68,83	0,177
Limitação Física	55,50	57,69	55,50	55,50	55,50	61,20	0,326
Dor	53,95	57,29	64,73	70,46	46,41	56,03	0,462
Estado Saúde Geral	55,82	51,65	63,27	78,29	55,77	53,62	0,234
Vitalidade	49,55	66,00	62,46	40,04	63,05	58,77	0,211
Aspectos Sociais	56,36	54,31	63,19	59,08	59,32	57,33	0,972
Aspectos Emocionais	60,09	59,08	58,46	50,00	55,36	57,60	0,773
Saúde Mental	48,52	67,27	60,27	46,63	59,59	58,00	0,368
	*p < 0,05	**p < 0,01		***p < 0,001			

8. Conclusões, Limitações e Sugestões

O decurso de novos hábitos de vida, a maior longevidade do indivíduo, o prolongamento da sobrevivência dos doentes e o ambiente em que vivemos, parece aumentar a ocorrência de dor, especialmente a dor crónica. Esta dor pode ter repercussões na qualidade de vida dos indivíduos.

Face a esta problemática, o objectivo deste estudo foi, precisamente, avaliar o impacto da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo e, mais especificamente, pretendeu-se: (1) caracterizar sócio - demograficamente os doentes com dor crónica em consulta da dor no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB); (2) medir a qualidade de vida dos indivíduos portadores de dor crónica; e (3) verificar se existe alguma relação entre a dor crónica, e a qualidade de vida dos indivíduos portadores desta doença.

Para alcançar estes objectivos, optou-se por uma abordagem de investigação quantitativa e o instrumento de recolha de dados foi um questionário de características socio-demográficas, e um Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF - 36*). O questionário foi administrado junto de uma amostra de 114 utentes, inscritos na consulta de Dor do CHCB.

Face aos resultados obtidos, concluiu-se que a dor crónica é uma situação que limita a vida dos seus portadores e tem repercussões a nível emocional, social/familiar, físico, entre outros aspectos. Verificou-se ainda que a qualidade de vida do doente crónico é influenciada por algumas variáveis sócio demográficas.

Quando se pretendeu medir a qualidade de vida dos indivíduos portadores de dor crónica, inscritos na consulta da Dor do CHCB, em termos gerais concluiu-se que mais de metade dos utentes consideram a sua saúde “razoável”. Deste modo, pode-se inferir que a dor crónica interfere com as actividades (violentas, moderadas, levantar ou carregar as compras da mercearia, etc...) da vida diária dos indivíduos. Mais precisamente, verifica-se que as pessoas com dor crónica têm limitações em actividades da vida diária, como caminhar, carregar compras da mercearia, inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se, e até mesmo em actividades de auto-cuidado como tomar banho e vestir-se de forma independente.

No que respeita às alterações emocionais, conclui-se que os inquiridos sentiram que, no último mês, a sua saúde física e/ou problemas emocionais interferiram moderadamente com o seu relacionamento normal com a família, e que a dor interferiu extremamente com o seu

trabalho normal. Existe, de facto, uma relação entre a dor crónica e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

De uma forma geral, grande parte deste tipo de estudos apresenta algumas lacunas. Assim, uma das limitações desta investigação foi o impedimento de fazer uma análise comparativa, uma vez que não se conhecem estudos semelhantes aplicados na população do presente trabalho. A generalização dos resultados foi outra limitação, já que os dados obtidos apenas se limitaram a um único hospital (CHCB). Assim, seria conveniente aplicar este mesmo estudo em outros hospitais localizados em diferentes regiões de Portugal.

No decorrer do estudo surgiram também alguns obstáculos, nomeadamente, na obtenção de dados, pela dificuldade de acesso aos contactos dos utentes inscritos na Consulta de dor do CHCB. Apesar de ter sido facultada uma listagem de todos os utentes, essa listagem continha somente o nome dos utentes. Deste modo, esta dificuldade foi dissipada pela ajuda e colaboração da Administrativa, que aos poucos cedeu todos os contactos necessários para progredir na investigação. Outra grande dificuldade prendeu-se com tratamento estatístico dos dados colhidos.

Com o desenrolar da investigação surgiram novas perspectivas e surgiram novas situações que merecem ser estudadas no futuro. Assim, seria extremamente importante e interessante determinar as repercussões sociais, familiares e económicas das alterações no indivíduo provocadas pela dor crónica (absentismo, diminuição da produtividade, perda de emprego, aumento do consumo de medicamentos e serviços de saúde...). Mais concretamente, tentar dar resposta às seguintes questões:

- Será que a dor crónica afecta a actividade laboral e profissional do indivíduo?
- Será que a dor crónica aumenta a possibilidade de perder o emprego?
- Será que a as pessoas com dor crónica vêm a sua condição financeira familiar sobrecarregada?

Por último, uma vez que os dois principais objectivos da medição de resultados na prática clínica são, por um lado, quantificar os progressos dos doentes e, implicitamente, a eficácia de um determinado tipo de cuidados e, por outro lado, comparar a eficácia de um tratamento com outro. Outra problemática que seria interessante estudar futuramente seria avaliar a qualidade de vida de um grupo de utentes na 1ª consulta de dor e, passados por exemplo 6 meses de seguimento nessa mesma consulta fazer uma nova avaliação para averiguar o estado evolutivo.

Apesar destas e outras limitações, pensa-se, no entanto, que foi possível compilar de uma forma organizada os resultados que surgiram neste estudo e que todos os procedimentos teóricos e metodológicos foram executados, sem descurar qualquer rigor. Todavia, as

conclusões obtidas só podem ter lugar no contexto do quadro teórico apresentado e exposto neste trabalho.

Ao terminar-se este primeiro trabalho de investigação, considera-se que ele foi realizado com o melhor empenho possível. Existiu um esforço, no sentido de dar resposta aos objectivos propostos, mesmo suportando algumas dificuldades e algumas limitações impostas, quer pela falta de experiência quer maturidade no domínio da investigação. Assim sendo, considera-se que foram atingidos os objectivos propostos. Aguarda-se pois, que este estudo possa constituir-se como um estímulo à reflexão e à produção de futuras investigações acerca da problemática que envolve a qualidade de vida do indivíduo com dor crónica.

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, C.M.S. e MATOS, A.P.S. (2010), *Estilo de vida, percepção e estado de saúde em estudantes do Instituto Politécnico de Viseu*, Instituto politécnico de Viseu, Portugal.
- ANDERSON, G.B, (1981), “Epidemiologic aspect on low back pain in industry”, *Health Review*, 6(1), 53-60.
- ANGELOTTI, G. (2007), “*Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento da dor*” 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 231.
- ASSUNÇÃO, A. (2001), “*Os DORT e a dor dos DORT*”, Conferência apresentada no XI Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho em Belo Horizonte.
- ATLAS, S.J., CHANG, Y., KAMMANN, E., Keller, R.B., DEYO, R.A. e SINGER, D.E. (2000), Long term disability and return to work among patients who have a herniated lumbar disc: the effect of disability compensation. *J Bone Joint Surg Am*, Vol. 82.
- BANEGAS, J.R. e RUILOPE, L.M. (2003), “Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención”. *Med Clin*, Barcelona 120(3), 99-100.
- BAÑOS, J.E. e BOSCH, F. (2002), “*Conceptos generales en algología. Tratamiento del Dolor Teoría y Práctica*”. 2ª ed. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- BERBER, J. S., KUPEK, E., BERBER, S.C. (2005), Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 47-54.
- BIRREN, J. e DIECHMANN, L. (1991), “*Concepts and content of quality of life in the later years*”. San Diego, Academic Press, 334-359.
- BOWLING, A. (1995), “*Health-Related Quality of Life: A Discussion of the Concept, its use and Measurement, Measuring Disease*”, Buckingham: Open University Press, 1-19.

- CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS CONTROLO DA DOR, (2002), Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Brasil.
- CANAVARRO, M.C., SIMÕES M., PEREIRA, M. e PINTASSILGO, A.L. (2004), “Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da organização mundial de saúde” (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto.
- CARVALHO, M.M. (1999), “Dor: Um estudo multidisciplinar”. São Paulo, 2ª Edição, Summus Editorial.
- CASTRO, C.E. (1999), “A Formulação linguística da dor”, versão brasileira do questionário McGill de dor. Dissertação de Mestrado, São Carlos, Brasil.
- CASTRO, C.E., OLIVEIRA, A.S., BERMUDEZ, C.C., SOUZA, R.A., SOUZA C.M., DIAS, E.M., (2003), “Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci.* 11(2), 138-143.
- CHAVES, M. M., (1972), *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.
- CHIAVENATO, I. (1994), “Recursos Humanos”, Ed. Compacta, 3ª Edição, São Paulo, Brasil.
- CHIAVENATO, I. (1997), “Introdução à Teoria Geral da Administração”, 5ª Edição, São Paulo, Brasil.
- CICONELLI, R. M., (1997), Tradução para português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “ *medical outcomes study 36 item short form health survey*” (SF-36), São Paulo, Brasil.
- CIRCULAR NORMATIVA DA DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008), Programa Nacional de Controlo da Dor Nº: 11/DSCS/DPCD.
- COLENCI J.R.A. e KAWAMOTO, E. (1997), *Metodologia para estimativa dos efeitos das condições de transporte na produtividade do trabalhador urbano*, relatório técnico, Brasil.
- COSTA, E., ARIAS, A., OLIVEIRA, S., NICHOS, O. (2007), Prevalência de síndromes dolorosas osteomusculares em Trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS), *Einstein*, 5 (1), 37-43.

- COUVREUR, C. (2001), *A Qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI*. Loures, Lusociência.
- CRAMER, J.A. e SPILKER, B. (1998), *Quality of Life and Pharmacoeconomics*, An Introduction. Lippincott Raven, Philadelphia, 221-264.
- DESHAIES, B. (1992), “*Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*”, Instituto Piaget, Coleção Epistemologia e Sociedade, Lisboa.
- EFIC - European Federation of the IASP Chapters (www.efic.org).
- ELLIOTT, A.M. *et al.* (1999), “The epidemiology of chronic pain in the community”, *Lancet*, 354(9186), 1248-52.
- Organización Internacional del Trabajo, (1989), *Absentismo: causa y control*. In: Enciclopedia de Salud e Seguridad en el Trabajo, Espanha.
- FANCIULLO G., JAMISON R. e CHAWARSKI M. (2001), “Interactive computer meted for rating quality of life: comparison of chronic pain patients and healthy controls”. *Pain medicine*, 2 (4), 298-308.
- FARIAS R.J.M., VENANCIO R.A. e CAMPARIS C.M. (2002), *Alterações sistêmicas e suas relações com dores faciais*, JBA, Curitiba, 59 (3), 152-154.
- FERNANDES, E. C. (1996), *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*, 2ª edição, Casa da Qualidade, Brasil.
- FERREIRA, P. L. (1998), *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- FERREIRA, P. (2000), “Adaptação cultural e linguística, Criação da versão portuguesa do MOS SF-36”, *Revista Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- FERREIRA, P. e SANTANA, P. (2003), “Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 5-30.
- FERREIRA, P. e FERREIRA, L. (2006), “A medição de preferências em saúde na população portuguesa”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (2), 5-14.

- FLECK, M. et al. (1999), “Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)”. *Rev Bras Psiquiatr*, 21(1), 19 -28.
- FORTIN, M. F., (1999), “*O processo de Investigação da concepção à realização*”, Loures: Lusociência.
- FREITAS A. H. B., SERMANN L. I. C., PONCHIROLLI O., RODINI, T. e MATEUS, T. (2008), *A complexidade e as organizações*. Terceiro Seminário Sobre Sustentabilidade, Curitiba.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, (1997), *A prevenção do absentismo no trabalho*, sinopse.
- GAGLIESE, L. e MELZACK, R., (2003), Age-related differences in the qualities but not the, intensity of chronic pain. *Pain* 104(3), 597-608.
- GALLAGHER, R.M. (1999), “A Community Solution to the Public Health Problem of Chronic Pain”, *Medical Clinics of North America*, 83(5), 555-585.
- GALVÃO, F., (2000), *Probabilidades e Estatística - Conceitos e Métodos Fundamentais*, Vol I, 2ª Ed., Escolar Editora.
- GIANCHELLO, A.L., (1996), Health outcomes research in hispaniccs/latinos. *Journal of Medical Systems*, 21(5), 235-254.
- GONZÁLEZ M.A. e CONDÓN M.J. (2000), “Incapacidad por dolor lumbar en España”. *Med Clin*, 114, 491-2.
- GOUVEIA L. B. (2000), *Gestão da Informação, Fluxo de informação e aplicações tipo*.
- GUY, L. M. (2005), “*The meanings of chronic pain: chronic pain as a ‘biographical disruption’*” Queensland: School of Public Health of Queensland University
- HILL, M.M. e HILL, A. (2002), “*Investigação por Questionário*”, Edições Sílabo Lda., 2ª Ed., Lisboa.
- HUNGLER, B. e POLIT et al (1995), “*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*”, Porto Alegre: Artes Médicas.
- IASP- International Association for the Study of Pain (www.iasp-pain.org).

- KRELING, M.C.D., CRUZ, D. e PIMENTA, C. (2006), “Prevalência de dor crônica em adultos” *Revista brasileira Enfermagem*, 59 (4), 509-513.
- LEAL C.M. S. (2008), *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*, Universidade dos Açores.
- LACAZ F.A.C. (2000), Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 5 (1), 116-151.
- LOCKER D. N. (1997), *Concepts of oral health, disease and quality of life*. In: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.
- LONG, D. M., BENDEBBA, M., TORGERSON, W.S., BOYD, R.J., DAWSON, E.G., HARDY, R.W., ROBERTSON, J.T., SYPERT, G.W. e WATTS, C. (1996), Persistent back pain and sciatica in the United States: patient characteristics. *J Spinal Disord* 9, 40-58.
- LORENZINI, M. (2006), *A influência da dor crônica na qualidade de vida do idoso*, dissertação de mestrado em gerontologia biomédica. Pontifícia universidade católica do rio grande do sul, instituto de geriatria e gerontologia.
- LUCAS, R. e MONJARDINO, M.T., (2010), *O estado da Reumatologia em Portugal*, Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- MARQUES, V.S. e LIMA, R.M. (2010), *As tecnologias de informação e comunicação na indústria de construção portuguesa: caracterização da sua utilização e análise do impacto no desempenho das empresas*. Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia Civil.
- MARTINEZ, J.E., FERRAZ, M.B., Sato, E.I., ATRA, E. (1995), Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *Journal Rheumatol*, 22(2), 270-274.
- MARTINS, L.M., FRANÇA, A.P.D., KIMURA, M. (1996), Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am.enfermagem*, 4 (3), 5-18.
- MASSOLA, R. M. (2010), *Qualidade de vida e sofrimento: aspectos biopsicossociais da fadiga e da dor e a necessidade da integração disciplinar*. UNICAMP.

- MCCRAY, N. (2000), *Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida*. In S. OTTO. *Enfermagem em Oncologia*. Loures. Lusociência, 893 -912.
- MCDOWELL I. e NEWELL C. (1996), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, ISBN 0-19-510371-8.
- MERSKEY H, BOGDUK N. (1994), “*Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain*”, terms. 2nd ed. Seattle: IASP.
- MIDORIKAWA E.T. (2000), “*A odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: Definição do campo de actuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador*”, Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.
- MINAYO M.C.S., HARTZ Z.M.A. e BUSS P.M., (2000), *Qualidade de vida e saúde*. *Revista Ciência e saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 5(1), 7-18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE: CARTA DE OTTAWA (1996), Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá. Brasília.
- MOSSEY, J.M., GALLAGHER, R.M., TIRUMALASETTI, F. (2000), “The effects of pain and depression on physical functioning elderly residents of a continuing care retirement community”. *Pain Medicine*, 1(4), 340-350.
- MORAES, M. (2003), “*Avaliação da eficácia de um programa de reabilitação como modificador nos indicadores de dor e de qualidade de vida em pacientes com lombalgia crónica inespecífica*”. Tese de doutorado. UNICAMP, SP.
- MORGAN, G. (1996), *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas S.A.
- NAJMAN, J.M. e LEVINE, S. (1981), Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life, *Social Science e Medicin*. 15, 107-115.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- PAIN in EUROPE, (2003) (www.painineurope.com).
- PAIN ASSOCIATES INTERNATIONAL NETWORK, WORKSHOP EM PORTUGAL P.A.I.N. 2, (2004), “*Dor Crónica Músculo-esquelética*”, Funchal, Portugal.

- PATRÍCIO A.L., BÁEZ L.S., FREIRE M.H., POLL E.F., HERRERA M.F. (2002), “Analgesia acupuntural no serviço de urgências”, *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 9-165.
- PATRICK, D. L. e ERICKSON, P., (1993), “*Assessing health-related quality of life for clinical decision-marking*”, Nova York: Oxford University Press
- PESTANA, M.H. e GAGEIRO, J.N. (2003), “*Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*”, 3ªEdição, Editora Sílabo, Lisboa
- PIMENTA, C.A.M. e ANGELOTTI, G. (2005), “*Dor e Saúde Mental*”, São Paulo: Atheneu.
- PIMENTA, C.A.M., SALVETTI, M.G. (2007), “Dor crônica e a crença de auto-eficácia”, *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 135-40.
- PIZAM, A. (1994), *Planning a Tourism Rsearch Investigation*. In: Ritchie, J. R. e Goeldner, C. R, (ed). *Travel, Tourism and Hospitality Research: A Hard book for Managers and Researchers*. Chichester. John Wiley e Sons.
- GABINETE DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (2003), 1º *Relatório sobre a Qualidade de Vida Urbana*, Porto.
- QUICK, T.C. e LAPERTOSA, J.B. (1982), Análise do absentismo em usina siderúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 18 (69), 65-70.
- RABIAIS, S., NOGUEIRA, P.J., FALCÃO, J.M. (2003), “*A Dor Na População Portuguesa. Alguns Aspectos Epidemiológicos*”, ONSA, Lisboa.
- RATZON, N.Z., JARUS, T., CATZ, A. (2007), “The relationship between work function and low back pain history in occupationally active individuals”. *Disability and Rehabilitation* 29 (10), 791-796.
- REIS, G.M. e JÚNIOR, J.I.R. (2007), *Comparação de testes paramétricos e não paramétricos aplicados em delineamentos experimentais*, III Simpósio acadêmico de engenharia de produção, UFV, Brasil.
- RODRIGUES, M.V.C. (1999), *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 6ed. Vozes, Petrópolis.

- ROIMISHER,S. (1990), *Conceito, etiopatogenia e patologia da al1rose*. In Cruz Filho A (ed): Clínica Reumatológica, Rio de Janeiro, Brasil.
- SCHUTTINGA J.A. (1995), *Quality of life from a federal regulatory perspective*. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 31-42.
- SEELEY et al., (2001), *Anatomia e Fisiologia*, Lusodidacta, Lisboa.
- SEIDL E.M.F e ZANNON C.M.L. (2004), Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos, *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 88-580.
- SILVA, I e BRANCO, J.C., (2009), *O Exemplo das Doenças Músculo-Esqueléticas, Incapacidade nas Doenças Reumáticas e as suas repercussões económicas e laborais, Conferência Saúde e Produtividade*, AESE, Lisboa.
- SKEVINGTON, S. M. (1998), “*Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of Life*”, using the WHOQOL Pain, 76(3), 395-406.
- STEWART, B., KLEIHUES, P. (2003), *World cancer report*. Lyon : IARC Press, ISBN: 92 832 0411 5.
- TENÓRIO L.R., JORDANO A. (1979), “*Absenteísmo-doença em construção civil*”. In: 18º Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, Salvador, Brasil, 21-26.
- WALTON, R. E. (1973), Quality of working life: what is it? *Sloan Management Review*, 15(1), 11-21.
- ZLOTNICK, C. e DECKER, R. (1991), Home visiting outcomes and quality of life measures. *J. Community, Health Nurs*, 8(4), 207.

ANEXO A

(Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira para a aplicação do questionário).

Ao Exmº Srº Presidente do Conselho de
Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário no Centro Hospitalar Cova da Beira– Covilhã.

Sara Correia Fonseca, Enfermeira a exercer funções no Centro de Saúde da Covilhã e paralelamente aluna de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior vem por este meio pedir a Vossa Excelência que se digne autorizar a aplicação do questionário em anexo, aos utentes inscritos na consulta de Dor deste Hospital.

O desenvolvimento deste estudo, através da aplicação deste questionário visa avaliar a “ Influência da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo”

Aguardo respeitosamente uma resposta positiva.

Atenciosamente,

A mestranda

ANEXO B

(Pedido de autorização ao Exmo. Sr. Responsável da Consulta da Dor do Centro Hospitalar Cova da Beira, para a aplicação de um questionário aos utentes que frequentam a consulta da Dor, no Centro Hospitalar Cova da Beira)

Ao Exmº Srº Responsável da Consulta
da Dor do Centro Hospitalar Cova da
Beira.

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos
utentes que frequentam a consulta da Dor, no Centro Hospitalar Cova da
Beira– Covilhã.

Sara Correia Fonseca, Enfermeira a exercer funções no Centro de Saúde da
Covilhã e paralelamente aluna de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde
da Universidade da Beira Interior vem por este meio pedir a Vossa Excelência
que se digne autorizar a aplicação do questionário em anexo, aos utentes
inscritos na consulta de Dor deste Hospital.

O desenvolvimento deste estudo, através da aplicação deste questionário visa
avaliar a “ Influência da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo” .

Aguardo respeitosamente uma resposta positiva.

Atenciosamente,

A mestranda

ANEXO C

(Consentimento Livre e Informado)

Consentimento Livre e Informado

Sara Correia Fonseca, Enfermeira a exercer funções no ACES Cova da Beira e paralelamente aluna de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior a desenvolver dissertação de mestrado, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

O objectivo desta pesquisa é avaliar de que forma a dor crónica influencia a qualidade de vida no indivíduo.

Após o término do trabalho, ocorrerá a divulgação dos resultados para fins científicos, como revistas, congressos e a sua identidade será totalmente preservada.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

(Data)

ANEXO D

(Parecer da Comissão de ética do Centro Hospitalar Cova da Beira)

06.JUL.2010

ENVIADO A Nucleo de Invest. 30/06/2010

[Handwritten signature]

Parecer:	Despacho: <i>[Handwritten signature]</i> <i>autorizado</i> <i>[Handwritten signature]</i> 06.JUL.2010
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº26/2010 - "Influência da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo activo"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 44/2010
DE: Núcleo de Investigação	Data 30/06/2010
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Sara Correia Fonseca, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Influência da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo activo", a realizar no Hospital de Dia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº.14/2010, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>personais</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p><i>[Handwritten signature]</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p>	

ANEXO E
(Questionário)



Universidade da Beira Interior
Departamento de Gestão e Economia
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Mestranda: Enfermeira Sara Correia Fonseca

QUESTIONÁRIO

A recolha de dados através deste questionário serve simplesmente para fins estatísticos e destina-se à realização de um estudo sobre “ A Influência da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo activo”

As informações que fornece ao responder ao questionário, serão confidenciais.

Por favor coloque um X na resposta apropriada.

Parte I : Características sócio-demográficas

1.Sexo?

Feminino

Masculino

2. Idade?

_____anos

3. Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a

Viúvo/a

Divorciado/a

União de Facto

Separado/a

4. Profissão _____.

5. Diagnóstico clínico _____.

PARTE II: Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida, (SF - 36).

1- Em geral classificaria a sua saúde como:

Óptima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca

2- Comparando com o que acontecia há um ano atrás, como descreve o seu presente estado de saúde?

Muito Melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um Pouco Pior	Muito Pior

3- As perguntas que se seguem são relativas às actividades do seu dia a - dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Por favor assinale com uma cruz uma opção para cada alínea.

Actividades	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos.			
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa.			
c) Levantar ou carregar as compras da mercearia.			
d) Subir vários lanços de escada.			
e) Subir um lanço de escada.			
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.			
g) Andar mais de 1 quilómetro.			
h) Andar vários quarteirões/lotos.			
i) Andar um quarteirão/lote.			
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a			

4- Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir em consequência do seu estado de saúde? Por favor para cada alínea assinale com uma cruz a resposta sim, ou a resposta não.

	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?		
b) Fez menos do que queria?		
c) Esteve limitado/a no seu tipo de trabalho ou em outras actividades?		
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?		

5- Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados seguidamente por causa de qualquer problema emocional (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a). Por favor para cada alínea assinale com uma cruz a resposta sim, ou a resposta não.

	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?		
b) Fez menos do que queria?		
c) Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como de costume?		

6- Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoa

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso

7- Durante as ultimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito Fortes

8- Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso

9- As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu durante o último mês. Para cada pergunta, coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca uma cruz em cada alínea.

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nenhum tempo
a) Quanto tempo se sentiu cheio/a de vitalidade?						
b) Quanto tempo se sentiu uma pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo se sentiu tão deprimido/a que nada o/a pode animar?						
d) Quanto tempo se sentiu calmo/a ou tranquilo/a?						
e) Quanto tempo se sentiu com muita energia?						
f) Quanto tempo se sentiu triste?						
g) Quanto tempo se sentiu estafado/a?						
h) Quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?						
i) Quanto tempo se sentiu cansado/a?						

10- Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)? Trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca

11- Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Coloque uma cruz em cada alínea.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente que os outros.					
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.					
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.					
d) A minha saúde é excelente.					