

Ombro doloroso: saúde mental, funcionalidade e dor

Catarina Dionísio Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa

maio de 2021

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco, por apesar de todas as suas responsabilidades profissionais, ter aceitado orientar-me no desenvolvimento desta tese e ter estado disponível no decorrer das minhas dificuldades.

Aos médicos da Unidade de Saúde Familiar Infante Dom Henrique que se disponibilizaram de imediato para me auxiliar no recrutamento dos utentes incluídos neste estudo.

Aos utentes que, amavelmente, aceitaram despende dez minutos do seu tempo para responder por via telefónica ao meu questionário.

A quem decidiu incluir o módulo de bioestatística no primeiro ano de curso e novamente no quinto. Também aos docentes que lecionaram esse módulo e que me deram as luzes necessárias para dominar o programa informático utilizado no tratamento dos dados estatísticos deste trabalho.

Resumo

Introdução: A Síndrome do Ombro Doloroso é uma das causas principais para a procura dos cuidados de saúde, por causar incapacidade funcional e psicossocial, que pode resultar num aumento de absentismo laboral. Analisar a relação entre o cumprimento integral do tratamento proposto e necessidade de baixa médica com a saúde mental e com o impacto desta patologia nas atividades da vida diária são os objetivos deste estudo.

Materiais e métodos: O estudo contou com a participação de 70 utentes com idades entre os 20 e 65 anos, diagnosticados com Síndrome do Ombro Doloroso. Um questionário sobre a saúde mental, funcionalidade, dor e cumprimento do tratamento foi aplicado por chamada telefónica. Os dados recolhidos foram analisados recorrendo a estatística descritiva e inferencial, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados: Foram verificadas dependências entre o score de funcionalidade e o cumprimento integral do tratamento ($p = 0,004$), score de funcionalidade, saúde mental e dor e a necessidade de baixa médica ($p = 0,008$; $p = 0,000$; $p = 0,000$) e uma correlação fraca ($CC = 0,135$; $p = 0,267$) e muito fraca ($CC = 0,189$; $p = 0,118$) entre a funcionalidade e dor com a saúde mental, respetivamente.

Conclusões: Uteses que não aderiram ao tratamento demonstraram maior incapacidade. O grupo que necessitou de baixa médica demonstrou maior incapacidade funcional e dor, assim como piores níveis de saúde mental. Estes resultados são condizentes com estudos já realizados.

Palavras-chave

Ombro doloroso;saúde mental;funcionalidade;dor;baixa médica

Abstract

Introduction: Shoulder Impingement Syndrome is one of the main causes for seeking health care services, as it causes functional and psychosocial incapacity, which can result in an increase in sick leaves. Analyze the relationship between the treatment compliance and the need for sick leave with mental health and the impact of this pathology on daily life activities are the aims of this study.

Materials and methods: 70 patients with Shoulder Impingement Syndrome have participated in this study. Ages between 20 and 65 years old. A questionnaire on mental health, functionality, pain and treatment compliance was administered by telephone call. The collected data was analyzed using descriptive and inferential statistics, considering a significance level of 0,05.

Results: Relationships were found between the functionality score and the treatment compliance ($p < 0,004$) and between the functionality score, mental health and pain and sick leave ($p < 0,008$; $p < 0,000$; $p < 0,000$). A weak correlation ($CC < 0,135$; $p < 0,267$) and very weak correlation ($CC < 0,189$; $p < 0,118$) were found between functionality and pain with mental health, respectively.

Conclusions: Patients who did not adhere to the treatment showed greater disability. The group that required sick leave showed greater functional disability and pain, as well as worse levels of mental health. These results are consistent with studies already carried out.

Keywords

Shoulder Impingement Syndrome; mental health; functionality; pain; sick leave

Índice

1	Introdução	1
1.1	Saúde mental, funcionalidade e dor	2
2	Objetivos	4
3	Materiais e Métodos	5
3.1	Tipo de estudo	5
3.2	População em estudo	5
3.3	Instrumentos, recolha de dados e variáveis	5
3.4	Análise estatística	7
3.5	Considerações éticas e legais	7
4	Resultados	9
4.1	Identificação e caracterização da amostra	9
4.2	Cumprimento integral do tratamento	10
4.3	Inventário de Saúde Mental	11
4.4	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>	11
4.5	Análise Inferencial	12
4.5.1	Correlação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento	12
4.5.2	Correlação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento	13
4.5.3	Correlação entre dor e cumprimento integral do tratamento	14
4.5.4	Correlação entre saúde mental e baixa médica	15
4.5.5	Correlação entre funcionalidade e baixa médica	16
4.5.6	Correlação entre dor e baixa médica	17
4.5.7	Correlação entre funcionalidade e saúde mental	18
4.5.8	Correlação entre dor e saúde mental	19
5	Discussão	20
6	Referências	23
7	Anexos	26
7.1	Questionário aplicado no estudo	
7.2	Outros dados amostrais	

Lista de Figuras

Figura 1 – Anatomia da região do ombro

Figura 2 – Testes de movimentos ativos e passivos

Figura 3 – Resumo do teste de hipótese de relação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento

Figura 4 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento

Figura 5 – Resumo do teste de hipótese de relação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento

Figura 6 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento

Figura 7 – Resumo do teste de hipótese de relação entre dor e cumprimento integral do tratamento

Figura 8 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre dor e cumprimento integral do tratamento

Figura 9 – Resumo do teste de hipótese de relação entre saúde mental e baixa médica

Figura 10 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre saúde mental e baixa médica

Figura 11 – Resumo do teste de hipótese de relação entre funcionalidade e baixa médica

Figura 12 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre funcionalidade e baixa médica

Figura 13 – Resumo do teste de hipótese de relação entre dor e baixa médica

Figura 14 – Teste de *Mann-Whitney* para relação entre dor e baixa médica

Figura 15 – Correlações entre funcionalidade e saúde mental

Figura 16 – Correlações entre dor e saúde mental

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Identificação e caracterização da amostra

Tabela 2 – ISM e DASH relativos ao cumprimento integral do tratamento

Tabela 3 – Inventário de Saúde Mental

Tabela 4 – *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

Lista de Acrónimos

SOD	Síndrome do Ombro Doloroso
AINE	Anti-inflamatórios não esteroides
DGS	Direção Geral de Saúde
DASH	<i>Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand</i>
ISM	Inventário de Saúde Mental
DP	Desvio padrão
AVD	Atividades da vida diária

Introdução

A Síndrome do Ombro Doloroso compreende um conjunto de patologias caracterizadas pela restrição dolorosa dos tecidos moles englobados na articulação do ombro. (1) É uma causa muito frequente de idas à consulta de Medicina Geral e Familiar e de queixas músculo-esqueléticas. (1,2) Além disso, é causadora de muita incapacidade funcional e psicossocial, afetando negativamente a percepção da dor e a realização de tarefas da vida diária. (3) A sua incidência aumenta com a idade e é influenciada por fatores de risco, como prática de algumas modalidades desportivas, tabagismo, obesidade e determinadas profissões. (1,2,4) A etiologia é mal conhecida e pouco estudada. Causas primárias incluem alterações estruturais que diminuem o espaço subacromial (Figura 1), bursites e tendinites. Causas secundárias abrangem todas as patologias resultantes da disfunção funcional da cabeça umeral. (1)

O diagnóstico da SOD é clínico. As queixas mais frequentes são dor aquando da elevação do braço acima da cabeça e dor ao deitar sobre o ombro lesionado. No exame objetivo, haverá dor à palpação das articulações glenoumeral e acromioclavicular (Figura 1) e aquando da realização de testes de movimentos ativos e passivos (Figura 2). Exames complementares de diagnóstico utilizados são o Raio-x do ombro e a Ressonância Magnética, indicados em caso de trauma, outra suspeita diagnóstica ou falha do tratamento conservador. (1,2,4)

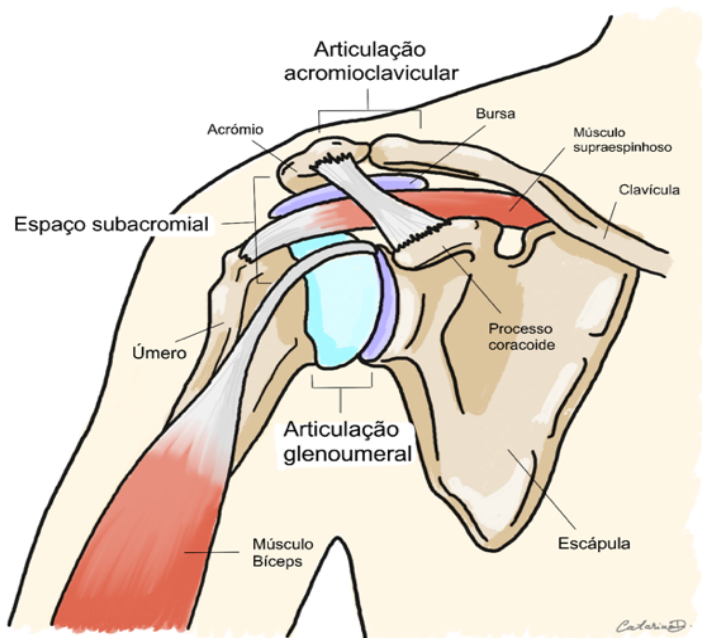


Figura 1 - Anatomia da região do ombro (imagem de autor)

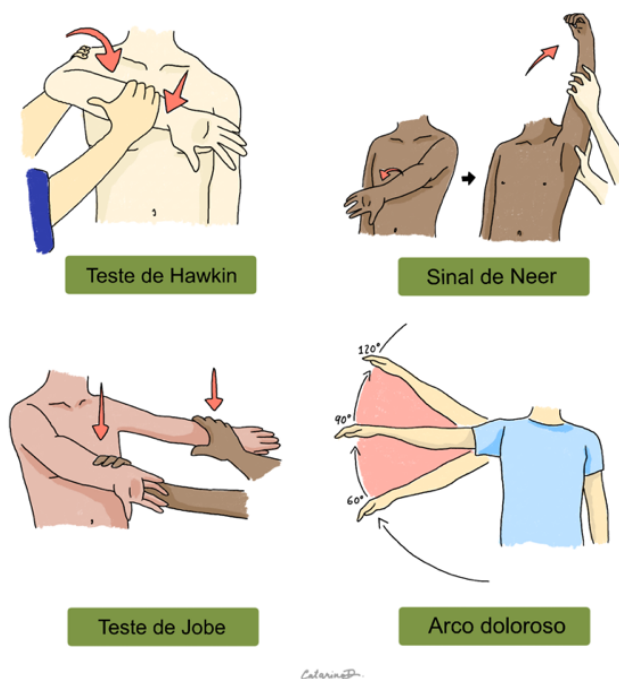


Figura 2 - Testes de movimentos ativos e passivos (imagem de autor)

O tratamento tem como objetivos a eliminação da dor e a restauração da função articular. Pode ser conservador ou cirúrgico. O tratamento conservador é a primeira linha e começa com a educação do doente, englobando técnicas como a imobilização, a utilização de anti-inflamatórios não esteroides orais e/ou tópicos, massagem, aplicação de frio ou calor, injeções de corticosteroides, terapia de ondas de choque e fisioterapia. Tem a duração de 3 a 6 meses e os resultados são satisfatórios em 60% dos doentes. O tratamento cirúrgico está indicado no caso de falha do tratamento conservador no espaço de 3 meses ou se a dor e a disfunção forem pronunciadas. (1,2)

1.1 Saúde mental, funcionalidade e dor

“A saúde mental é a base do bem-estar geral”, segundo a Direção Geral de Saúde. Perturbações de ansiedade e perturbações do humor são bastante frequentes em Portugal e são uma causa importante de incapacidade para a atividade produtiva. A busca pelo bem-estar psicológico, pelo alívio da dor, e pela melhoria da funcionalidade são motivos frequentes de procura de consulta médica em Medicina Geral e Familiar. O impacto destes problemas pode ser expresso através do número de baixas requeridas por utentes com patologia. (5) Vários estudos estabelecem que fatores psicossociais e emocionais e expectativas em relação a tratamento e experiências passadas influenciam a dor e a incapacidade experienciadas pelos doentes com patologia do membro superior. (6,7) Osoba

e King explicam: “o objetivo finalíssimo dos cuidados de saúde é restaurar ao preservar a funcionalidade e o bem-estar relacionados à saúde, ou seja, à qualidade de vida relacionada com a saúde.” Neste sentido, e com o objetivo de alcançar uma boa qualidade de vida, é essencial investigar, além da componente física, as expectativas, preferências e a presença de fatores psicossociais do utente, de forma a tomar a melhor decisão de tratamento e reduzir o risco de desenvolvimento de incapacidade a longo prazo. (6,8)

Objetivos

Com o fim de melhor compreender o impacto da saúde mental e física (funcionalidade e dor) em doentes com SOD, este estudo engloba os seguintes objetivos:

- Analisar a relação entre o cumprimento integral do tratamento proposto e a saúde mental, funcionalidade e dor;
- Analisar a relação entre a saúde mental, funcionalidade e dor e a necessidade de baixa médica;
- Analisar a relação entre a funcionalidade e dor e a saúde mental.

Materiais e Métodos

3.1 Tipo de estudo

O estudo realizado é do tipo analítico e transversal. O questionário foi aplicado individualmente e num único momento, através de chamada telefónica, tendo sido obtido o consentimento informado oralmente.

3.2 População em estudo

No estudo foram incluídos 126 indivíduos, dos quais 70 aceitaram participar de forma livre e informada. Todos utentes da Unidade de Saúde Familiar Infante Dom Henrique, em Viseu.

Referem-se de seguida os critérios de inclusão para este estudo:

- Utentes com idade entre os 20 e os 65 anos, inclusive;
- Utentes com diagnóstico de SOD ativo;
- Utentes que responderam à chamada telefónica;
- Utentes que aceitaram participar no estudo, mediante confirmação oral do consentimento informado.

Os critérios de exclusão englobam qualquer indivíduo que não cumpra todos os critérios de inclusão acima referidos.

3.3 Instrumentos, recolha de dados e variáveis

A revisão bibliográfica foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021, com recurso a motores de busca, nomeadamente a *Pubmed* e *ClinicalKey*, utilizando os termos “impingement syndrome”, “shoulder pain”, “sick leave”, “treatment compliance”, “anxiety”, “depression” e “quality of life”. Foram apenas considerados os estudos publicados a partir do ano 2010, para maior relevância e atualização dos dados recolhidos e, ainda, usados artigos referenciados nesses estudos. Também se consultaram informações nos sites oficiais de entidades de saúde.

Referenciando o trabalho de campo, este estudo abordou os participantes num único momento, mediante chamada telefónica, através da aplicação de um questionário. Este processo decorreu durante o estágio de Medicina Geral e Familiar, na USF Infante D. Henrique, em Viseu.

O inquérito aplicado foi criado com base no questionário *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* e no Inventário da Saúde Mental. Além disso, questiona dados sociodemográficos (idade, sexo e situação perante o trabalho), cumprimento integral do tratamento, requerimento de baixa médica e expressão de sentimentos ao médico assistente.

O questionário DASH foi desenvolvido para medir o nível de funcionalidade e dor em doentes com patologia músculo-esquelética do membro superior e encontra-se validado para a Língua Portuguesa. Engloba 30 questões, das quais 24 avaliam a funcionalidade e 6 a dor. Cada questão é pontuada de 1 a 5 e a pontuação final resulta da soma da pontuação de cada questão, perfazendo um total de 150 pontos; esse resultado é posteriormente convertido numa nota de 0 a 100. Resultados mais baixos correspondem a incapacidade funcional ou dor mínimas, enquanto que resultados mais elevados referem-se a uma maior incapacidade funcional ou dor.

O questionário aplicado no estudo engloba 13 questões do questionário DASH, 10 referentes à funcionalidade e 3 à dor, pontuadas da mesma maneira de 1 a 5 com um total de 50 e 15 pontos, respetivamente. O ponto de corte calculado para a funcionalidade foi 20 e para a dor foi 6, acima dos quais se considerou incapacidade e dor moderadas a graves, respetivamente.

O ISM foi desenvolvido em 1971 pelo *Department of Health and Human Services* dos Estados Unidos da América e, está atualmente, validado para a Língua Portuguesa. Inclui 38 itens que constituem parte de 2 grandes fatores: “distress psicológico” e “perda de controlo emocional / comportamental”. Existe uma versão reduzida do ISM com 5 itens, que tem sido utilizada para rastreio de distress psicológico ou para constituir parte de questionários de qualidade de vida. Cada item é pontuado de 1 a 6, de forma a que pontuações mais elevadas correspondam a uma melhor saúde mental (menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional e mais afeto positivo e laços emocionais). A pontuação final deve ser convertida numa nota de 0 a 100. Pontuações abaixo dos 52 remetem para a existência de sintomas graves e pontuações entre os 52 e os 60 remetem para sintomas moderados.

Para a realização do questionário aplicado neste estudo e com vista a diminuir o tempo dispensado na resposta ao mesmo, apresentaram-se 3 questões referentes à ansiedade e 3 questões referentes à depressão, baseadas no ISM, uma vez que, tal como descrito na introdução, são ambas bastante prevalentes em doentes com patologias dolorosas. A pontuação foi assim ajustada, perfazendo um total de 18 pontos. Foi calculado um ponto de corte de 9 pontos, acima dos quais se considerou pior nível de saúde mental.

Na análise estatística, as variáveis Saúde Mental, Funcionalidade e Dor foram classificadas como quantitativas discretas e as variáveis Baixa Médica e Cumprimento do Tratamento como qualitativas nominais.

Os dados foram recolhidos no mês de março de 2021.

3.4 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através do *Software Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 25.0 para *Microsoft Windows*®. Para todas as análises realizadas definiu-se um nível de significância de 0,05, ou seja, um erro de 5%.

A respeito da relação entre a saúde mental, funcionalidade e dor, variáveis quantitativas discretas e o cumprimento integral do tratamento, variável qualitativa nominal, procedeu-se à análise da normalidade dos scores de saúde mental, funcionalidade e dor, considerando o grupo que cumpriu o tratamento e o grupo que não cumpriu o tratamento, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Verificou-se que os grupos não seguem uma distribuição normal (saúde mental $p = 0,001$; funcionalidade $p = 0,002$; dor $p = 0,000$). Por conseguinte, realizaram-se testes não paramétricos de *Mann-Whitney* para cada uma das variáveis.

A análise da relação entre a saúde mental, funcionalidade, dor e baixa médica, variáveis quantitativas discretas e qualitativa nominal, respetivamente, iniciou-se com a verificação da distribuição normal do score total de saúde mental, funcionalidade e dor, usando o teste de *Kolmogorov-Smirnov* e tendo em consideração o grupo sem baixa médica e o grupo com baixa médica. O resultado obtido foi negativo, ou seja, os grupos não seguem a normalidade (saúde mental $p = 0,001$; funcionalidade $p = 0,041$; dor $p = 0,000$). Consequentemente, aplicou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

Relativamente à análise das relações entre a funcionalidade, dor e saúde mental, sendo as 3 variáveis quantitativas discretas, realizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para o estudo da normalidade, tendo-se concluído que não seguem uma distribuição normal ($p = 0,005$; $p = 0,000$; $p = 0,001$, respetivamente). Por este motivo, optou-se pela utilização do teste de *Rô de Spearman*, entre as variáveis funcionalidade e saúde mental e dor e saúde mental.

3.5 Considerações éticas e legais

Apesar de se tratar da aplicação dum questionário por via telefónica, realizado por uma pessoa independente da equipa de cuidadores e por consequência a resposta ao mesmo ser completamente voluntária, foi solicitado o parecer à Comissão de Ética local da Universidade da Beira Interior, no mês de fevereiro de 2021 (número de processo CE-UBI-

Pj-2021-033-ID:921). A investigadora entende ter-se regido pelas boas práticas éticas e legais no decorrer de todo o processo. A dignidade, vontade e autonomia dos participantes foram respeitadas através do consentimento informado oral e garantido o anonimato absoluto de todos os respondentes. Todo o estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia.

Resultados

Nesta secção, apresentam-se a caracterização da amostra em estudo e a análise inferencial utilizada para testar as hipóteses definidas no estudo.

4.1 Identificação e caracterização da amostra

O número de participantes neste estudo foi de 70, sendo 45 (64,29%) mulheres e 25 (35,71%) homens. A idade mínima dos participantes foi de 20 anos e a máxima de 65 anos. 11,43% dos utentes que responderam tinham entre 20 e 39 anos; 55,71%, 40 a 49 anos e 32,86% tinham idades compreendidas entre 50 e 65 anos. 58 (82,86%) participantes cumpriram integralmente o tratamento prescrito pelo médico e os restantes 12 (17,14%) não cumpriram integralmente o tratamento prescrito pelo médico. 43 (61,43%) participantes não necessitaram de baixa médica, enquanto que 27 (38,57%) necessitaram de baixa médica pelo menos uma vez. 47 (67,14%) participantes não falaram dos seus sentimentos ao médico assistente e 23 (32,86%) participantes mencionaram os seus sentimentos ao médico assistente.

Tabela 1 - Identificação e caracterização da amostra

Parâmetros		n (%)
Sexo	Feminino	45 (64,29%)
	Masculino	25 (35,71%)
Idades	20-39 anos	8 (11,43%)
	40-49 anos	39 (55,71%)
	50-65 anos	23 (32,86%)
Cumprimento integral do tratamento	Sim	58 (82,86%)
	Não	12 (17,14%)
Necessidade de baixa médica	Sim	27 (38,57%)
	Não	43 (61,43%)
Expressão de sentimentos ao médico assistente	Sim	23 (32,86%)
	Não	47 (67,14%)

4.2 Cumprimento Integral do Tratamento

Foram considerados vários tipos de tratamento possíveis e cada doente pôde selecionar mais do que um, sendo a sua prevalência explanada de seguida. 18,6% (13) dos doentes fizeram imobilização do membro afetado; 97,1% (68) usaram AINE's (orais ou tópicos); 18,6% (13) realizaram massagem na zona afetada; 52,9 % (37) aplicaram frio ou calor; 20% (14) foram submetidos a injeção com corticosteroides; 8,6% (6) realizaram terapia com ondas de choque; 48,6% (34) realizaram fisioterapia e 4,3% (3) foram submetidos a cirurgia. Nenhum dos doentes refere ter sido submetido a eletroterapia com iontoforese.

Tabela 2 - ISM e DASH relativos ao cumprimento integral do tratamento

Cumprimento integral do tratamento		n (%)
	Sim	58 (82,86%)
Inventário de Saúde Mental (min-máx)	Inventário de Saúde Mental (média)	Desvio padrão
4-14	9,3	2,5
DASH – funcionalidade (min-máx)	DASH – funcionalidade (média)	Desvio padrão
20-48	39,5	5,8
DASH – dor (min-máx)	DASH – dor (média)	Desvio padrão
6-15	12,9	1,7
Não cumprimento integral do tratamento		n (%)
	Não	12 (17,14%)
Inventário de Saúde Mental (min-máx)	Inventário de Saúde Mental (média)	Desvio padrão
7-12	9,8	1,7
DASH – funcionalidade (min-máx)	DASH – funcionalidade (média)	Desvio padrão
36-48	44,1	3,4
DASH – dor (min-máx)	DASH – dor (média)	Desvio padrão
11-15	12,8	1,2

Respeitante aos 12 utentes que não cumpriram de forma integral o tratamento, os tratamentos mais realizados foram a imobilização do membro afetado (5), aplicação de frio ou calor (4), utilização de AINE's (12) e fisioterapia (12).

4.3 Inventário de Saúde Mental - ISM

Como já mencionado, para a avaliação da saúde mental dos participantes, foi usada uma adaptação do ISM que engloba 6 itens. A pontuação máxima foi de 14 e a mínima de 4 e a média das classificações foi 9,40 (DP 2,355).

Tabela 3 - Inventário de Saúde Mental

Inventário de Saúde Mental	Pontuação	
	<9	Melhor nível de saúde mental
	≥ 9	Pior nível de saúde mental

Inventário de Saúde Mental (min-máx)	Inventário de Saúde Mental (média)	Desvio padrão
4-14	9,4	2,4

	Inventário de Saúde Mental (média)	Desvio padrão
Sem baixa médica	8,86	2,295
Com baixa médica	10,26	2,229

4.4 Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand - DASH

Para a avaliação da funcionalidade e dor dos participantes, foi usada uma adaptação do questionário DASH que engloba 3 itens, 10 dos quais fazem referência à funcionalidade e 3 à dor. No que concerne à funcionalidade, a pontuação máxima foi de 49 e a mínima de 22, tendo sido calculada uma média de 40,74 (DP 5,237). Relativamente à dor, a pontuação máxima foi de 15 e a mínima de 10 e a média das classificações foi 12,99 (DP 1,345).

Tabela 4 – Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand

Funcionalidade		
DASH	Pontuação	
	≤ 20	Incapacidade funcional ligeira
	> 20	Incapacidade funcional moderada - grave

DASH (min-máx)	DASH (média)	Desvio padrão
22-49	40,7	5,2

	DASH (média)	Desvio padrão
Sem baixa médica	38,57	5,251
Com baixa médica	44,11	2,979

Dor		
DASH	Pontuação	
	≤ 6	Dor ligeira
	> 6	Dor moderada - grave

DASH (min-máx)	DASH (média)	Desvio padrão
10-15	13,0	1,3

	DASH (média)	Desvio padrão
Sem baixa médica	12,50	1,254
Com baixa médica	13,74	1,130

4.5 Análise Inferencial

4.5.1 Correlação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento

Os resultados da análise da relação entre o score de saúde mental e o cumprimento integral do tratamento proposto são apresentados de seguida.

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de scoreSaúdeMental é a mesma entre as categorias de CumprimentoIntegral.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,529	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 3 - Resumo do teste de hipótese de relação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento

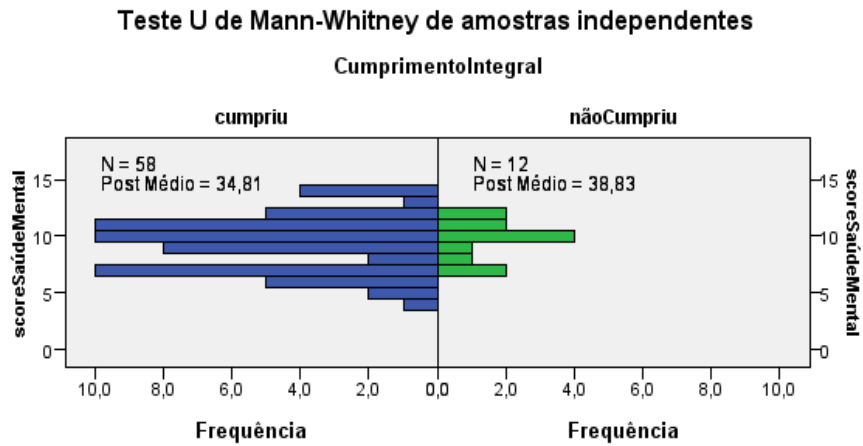


Figura 4 - Teste de *Mann-Whitney* para relação entre saúde mental e cumprimento integral do tratamento

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode afirmar-se que não há dependência entre o score de saúde mental e o cumprimento integral do tratamento.

4.5.2 Correlação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento

Os resultados da análise da relação entre o score da funcionalidade e o cumprimento integral do tratamento proposto são apresentados seguidamente.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de scoreFuncionalidade é a mesma entre as categorias de CumprimentoIntegral.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,004	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 5 - Resumo do teste de hipótese de relação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento

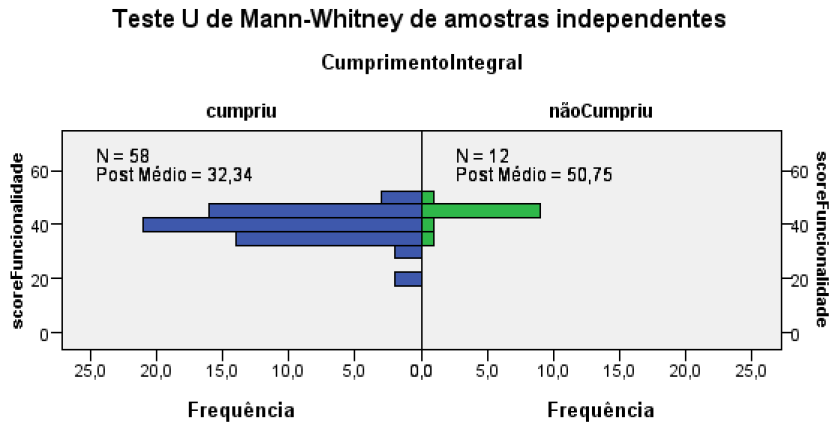


Figura 6 - Teste de *Mann-Whitney* para relação entre funcionalidade e cumprimento integral do tratamento

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode-se afirmar que há dependência entre o score de funcionalidade e o cumprimento integral do tratamento ($p = 0,004$), sendo que o grupo que não cumpriu integralmente o tratamento, tem scores de funcionalidade mais elevados. Esta associação pode ser classificada de acordo com a Classificação de Cohen (1988), como sendo moderada ($r = -0,34$).

4.5.3 Correlação entre dor e cumprimento integral do tratamento

Os resultados da análise da relação entre o score da dor e o cumprimento integral do tratamento proposto são expostos de seguida.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de scoreDor é a mesma entre as categorias de CumprimentoIntegral.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,481	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 7 - Resumo do teste de hipótese de relação entre dor e cumprimento integral do tratamento

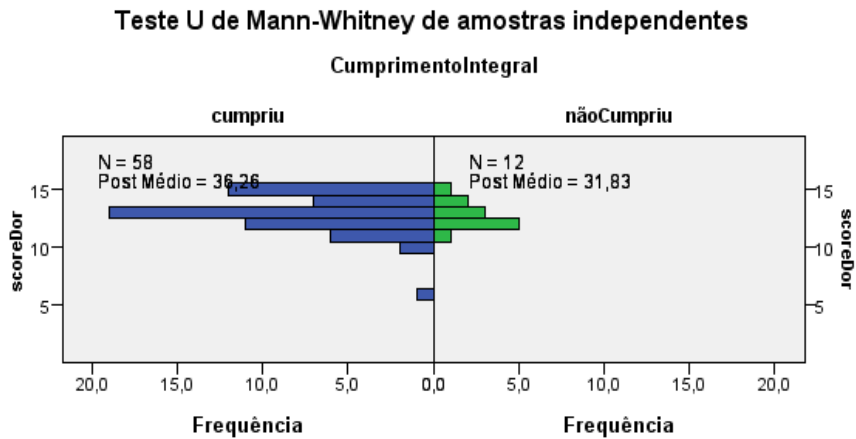


Figura 8 - Teste de *Mann-Whitney* para relação entre dor e cumprimento integral do tratamento

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode-se afirmar que não há dependência entre o score de dor e o cumprimento integral do tratamento.

4.5.4 Correlação entre saúde mental e baixa médica

Seguidamente, são denotados os resultados da análise da relação entre o score de saúde mental e a necessidade de baixa médica.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de scoreSaúdeMental é a mesma entre as categorias de Baixa.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,008	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 9 - Resumo do teste de hipótese de relação entre saúde mental e baixa médica

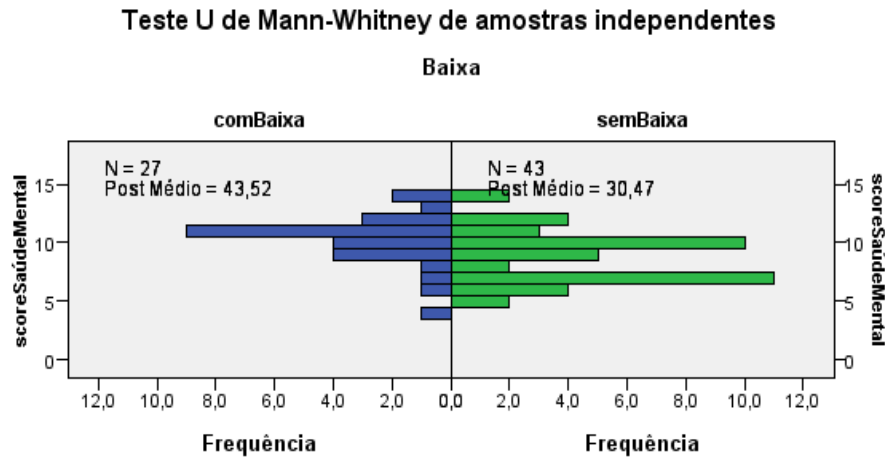


Figura 10 - Teste de *Mann-Whitney* para relação entre saúde mental e baixa médica

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode afirmar-se que há dependência entre o score de saúde mental e a necessidade de baixa médica, sendo que o grupo com necessidade de baixa médica apresenta scores mais elevados de saúde mental ($p = 0,008$). Desta forma, pode ser classificada de acordo com a Classificação de Cohen (1988), como tendo uma associação moderada ($r = 0,32$).

4.5.5 Correlação entre funcionalidade e baixa médica

Os resultados da análise da relação entre o score de funcionalidade e a necessidade de baixa médica são apresentados de seguida:

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de funcionalidade é a mesma entre as categorias de baixas.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 11 - Resumo do teste de hipótese de relação entre funcionalidade e baixa médica

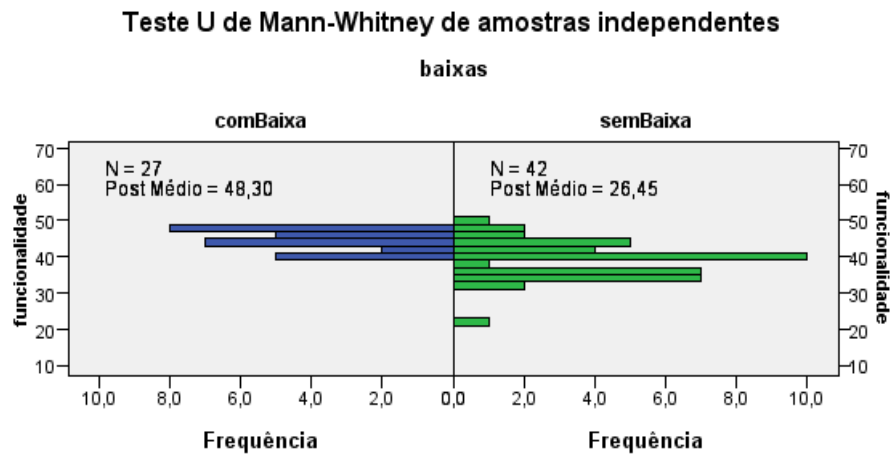


Figura 12 - Teste de *Mann-Whitney* para relação entre funcionalidade e baixa médica

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode afirmar-se que há dependência entre o score de funcionalidade e a necessidade de baixa médica, sendo que o grupo com necessidade de baixa médica apresenta scores mais elevados de funcionalidade ($p = 0,000$). Desta forma, pode ser classificada de acordo com a Classificação de Cohen (1988), como tendo uma associação forte ($r = 0,53$).

4.5.6 Correlação entre dor e baixa médica

De seguida, são apresentados os resultados da análise da relação entre o score da dor e a necessidade de baixa médica.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de scoreDor é a mesma entre as categorias de baixas.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Figura 13 - Resumo do teste de hipótese de relação entre dor e baixa médica

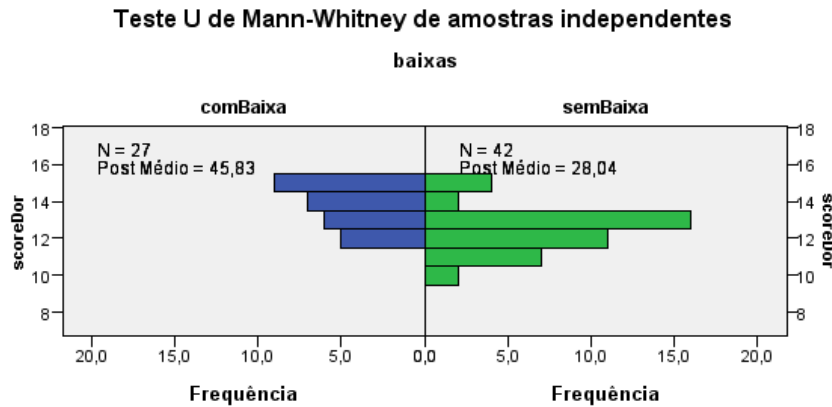


Figura 14 - Teste de Mann-Whitney para relação entre dor e baixa médica

Após avaliação através do teste de *Mann-Whitney*, pode afirmar-se que há dependência entre o score de dor e a necessidade de baixa médica, sendo que o grupo com necessidade de baixa médica, apresenta scores mais elevados de dor ($p = 0,000$). De acordo com a Classificação de Cohen (1988), a associação é moderada ($r = 0,44$).

4.5.7 Correlação entre funcionalidade e saúde mental

Os resultados da análise da relação entre o score de funcionalidade e o score de saúde mental são apresentados seguidamente.

Correlações entre Funcionalidade e Saúde Mental

		SaúdeMental	Funcionalidade
SaúdeMental	Coefficiente de Correlação	1,000	,135
	Sig. (2 extremidades)	.	,267
	N	70	70
Funcionalidade	Coefficiente de Correlação	,135	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,267	.
	N	70	70

Figura 15 - Correlações entre funcionalidade e saúde mental

Após a avaliação com o teste de *Rô de Spearman*, obteve-se uma correlação de 0,135 ($p = 0,267$). Desta forma existe uma correlação positiva entre as variáveis “funcionalidade” e “saúde mental”, que pode ser classificada como fraca.

4.5.8 Correlação entre dor e saúde mental

Os resultados da análise da relação entre o score da dor e o score da saúde mental são indicados de seguida.

Correlações entre Dor e Saúde Mental

		SaúdeMental	Dor
SaúdeMental	Coefficiente de Correlação	1,000	,189
	Sig. (2 extremidades)	.	,118
	N	70	70
Dor	Coefficiente de Correlação	,189	1,000
	Sig. (2 extremidades)	,118	.
	N	70	70

Figura 16 - Correlações entre dor e saúde mental

Após a avaliação com o teste de *Rô de Spearman*, obteve-se uma correlação de 0,189 ($p = 0,118$). Desta forma, existe uma correlação positiva entre as variáveis “dor” e “saúde mental”, que é classificada como muito fraca.

Discussão

A discussão englobará a explicação dos resultados, tendo por base o seu contexto dentro do conhecimento atual e implicações clínicas, assim como ideias para estudos futuros. Serão ainda expostas as limitações do estudo realizado, terminando com uma síntese das ideias principais.

Comparando o grupo que cumpriu integralmente o tratamento indicado pelo médico assistente e o grupo que não cumpriu o tratamento, não foram encontradas relações entre os scores de saúde mental e dor, demonstrando que a adesão terapêutica nos utentes participantes no estudo não alterou o seu estado mental ou a percepção da dor. Por outro lado, foi encontrada dependência entre o score de funcionalidade e o cumprimento do tratamento, sendo que utentes que não aderiram ao tratamento proposto apresentaram scores maiores de funcionalidade, isto é, demonstraram maior incapacidade. Neste sentido, podemos verificar que a adesão ao tratamento conferiu melhores resultados ao nível da funcionalidade do que ao nível da dor ou do estado emocional sentidos pelo doente. O tipo de tratamento mais realizado foi a toma de AINE's (97,1%) e a aplicação de frio ou calor (52,9%), sendo ambos direcionados para o alívio da dor. Tendo em conta as conclusões mencionadas acima, podemos admitir que ambas as estratégias de alívio sintomático não surtiram o efeito desejado. Uma das razões possíveis de aventar para este facto é o alívio momentâneo e não a longo prazo da dor proporcionado por estas medidas. Por outro lado, a fisioterapia, que é o tratamento de eleição direcionado para a funcionalidade, surtiu o efeito desejado nos 31,5% dos doentes que cumpriram integralmente o tratamento, enquanto que todos os doentes que não cumpriram a fisioterapia não obtiveram melhoria da sua funcionalidade.

Durante este estudo foram comparados, também, os grupos dos participantes com necessidade de baixa médica e sem necessidade de baixa médica, quanto ao score obtido no ISM e DASH. Demonstrou-se uma dependência entre funcionalidade e dor e a necessidade de baixa médica, sendo que o grupo que necessitou de baixa médica apresentou scores mais elevados no DASH, significando maior número de utentes com incapacidade funcional e dor moderadas a graves. Estes resultados são condizentes com estudos já realizados, que comprovam que patologias do membro superior resultam em perdas de tempo laboral, uma vez que, como objetivo de evitar a dor crescente e o aumento da incapacidade, há aumento de baixa médica requerida pelos utentes. (9,10) Relativamente à relação entre a saúde mental e baixa médica verificou-se uma dependência entre as duas, querendo isto dizer que o grupo com necessidade de baixa médica obteve scores mais elevados no ISM, ou seja, pior nível de saúde mental. No âmbito da correlação entre a funcionalidade, dor e saúde mental,

verificaram-se correlações fraca e muito fraca, respetivamente. Está bem estabelecido que a dor causada por patologia músculo-esquelética pode ser influenciada por fatores psicossociais. Especificamente, a depressão pode aumentar a severidade da dor e o nível de incapacidade. (7,9) Nesta perspetiva, uma boa saúde mental pode melhorar a evolução de um doente com patologia de ombro doloroso, uma vez que pode diminuir a dor percebida pelo doente e a incapacidade relacionada com a atividade laboral, resultando numa menor necessidade de baixa médica.

Fazendo referência a implicações clínicas e pesquisa futura, podemos verificar neste estudo, que mais de metade dos utentes (67,14%) não expressaram a forma como se sentiam emocionalmente ao médico assistente. Sabendo ser a saúde mental uma parte integrante do mecanismo de patologia, quer pelo aumento da perceção da dor quer pelo aumento da incapacidade, seria importante abordá-la como parte do tratamento integrante em patologias dolorosas de forma a otimizá-lo. Uma comunicação empática por parte do médico assistente é importante para reconhecer atempadamente fatores psicossociais que possam interferir com a evolução clínica do doente. *Guidelines*, protocolos ou fluxogramas poderão ser desenvolvidos, de modo a incluir a procura por estes fatores durante a entrevista clínica, aquando da primeira consulta, assim como durante o seguimento. Emergem, assim, novas oportunidades de estudar o papel de fatores psicossociais na patologia do aparelho locomotor e cujo objetivo se prende numa maior compreensão dos mesmos, de forma a otimizar o conhecimento e o acompanhamento, e em última instância, melhorar a qualidade de vida dos utentes. (9)

No âmbito da saúde pública, são importantes a prevenção e a promoção da saúde mental desde a conceção. Dado que a saúde mental é dinâmica e sofre alterações ao longo da vida, podem existir desequilíbrios durante esse tempo. Agindo desta forma e no sentido da prevenção e promoção da saúde mental, chegar-se-á a uma boa capacidade de adaptação e satisfação durante o crescimento, a uma habilidade maior na resolução de adversidades encontradas e, conseqüentemente, uma diminuição da procura de cuidados de saúde. (5,11,12)

Apresentam-se, seguidamente, as limitações inerentes ao estudo realizado. O facto do ISM e o questionário DASH serem constituídos por itens de carácter subjetivo, uma vez que cada participante se autoavalia segundo a sua própria perceção de emoções, dor e capacidade de realização de atividades da vida diária. Por esta razão existe a possibilidade de enviesamento das respostas. Por outro lado, desconhece-se a sinceridade de resposta por parte dos participantes. O facto de o questionário ter sido aplicado em apenas um momento pode, igualmente, considerar-se uma limitação dado que as temáticas a serem avaliadas se

alteram com o tempo e, portanto, uma avaliação pontual pode alterar os resultados, sobre ou subestimando-os. O facto de a amostra ser pequena ($n = 70$) é uma limitação, pois diminui a oportunidade de extrapolação de resultados. No entanto e uma vez que se trata de um estudo exploratório, os resultados podem tornar-se novas indicações para trabalhos futuros, dando oportunidade ao desenvolvimento de uma compreensão mais assertiva sobre a temática, tal como já foi sugerido anteriormente.

Com este estudo é evidente a necessidade da otimização do tratamento sintomático da dor. O recurso a analgesia de curta e longa ação ou até a terapia adjuvante como, por exemplo, a utilização de relaxantes musculares podem constituir um primeiro passo. O número de vezes por dia da toma de analgésicos é um bom indicador de terapêutica adequada e permite uma monitorização da dor, sendo que uma toma $\geq 3x$ por dia é indicativa de analgesia inadequada e perante esta situação deve proceder-se a uma reavaliação do plano terapêutico, de forma a proporcionar um alívio a longo prazo e uma melhor qualidade de vida. A fisioterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que oferece resultados que possibilitam ao doente a realização de AVD e, com isso, uma diminuição no absentismo laboral. Ao mesmo tempo, esta resolução mais rápida da patologia faz-se acompanhar de uma resolução da dor. É também importante garantir uma adesão à terapia por fisioterapia com a procura ativa de motivos pelos quais o doente não deseja realizar esta técnica e proporcionar soluções que vão de encontro às suas preferências e expectativas.

Neste seguimento e no âmbito da saúde mental, exercícios de relaxamento ou terapia de *biofeedback*, por exemplo, podem ser incluídos aquando da educação do doente relativamente à sua patologia e até mesmo prescritos, procedendo, sempre a uma monitorização frequente e a ajustes necessários. Isto possibilitará não só um alívio da dor, como também uma redução do *stress* e ansiedade presentes no dia-a-dia. A terapia cognitivo-comportamental é outro método adicional para a gestão da dor e pode revelar-se benéfica para doentes seleccionados. Considerando que o estado mental influencia a forma como é percebida a doença, é necessário ter em conta que as crenças e ideais do doente constituem um grande impacto na saúde mental e, por isso, é importante abordá-las e valorizá-las durante a consulta como forma de diminuir qualquer inquietação presente e, conseqüentemente, possibilitar uma melhor resposta à terapêutica prescrita.

Referências

1. Garving C, Jakob S, Bauer I, Nadjar R, H. Brunner U. Impingement Syndrome of the Shoulder. *Dtsch Arztebl Int*. Novembro de 2017;114(45):765–76.
2. Creech JA, Silver S. Shoulder Impingement Syndrome. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado 10 de Abril de 2021]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554518/>
3. Cools AM, Cambier D, Witvrouw EE. Screening the athlete's shoulder for impingement symptoms: a clinical reasoning algorithm for early detection of shoulder pathology. *Br J Sports Med*. 3 de Junho de 2008;42(8):628–35.
4. doi:10.1016/j.pec.2007.06.012 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 13 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0738399107002649?token=9B2A285377656A96C986044418DoCBDoB56812320447CFE4DBDAD1C6061890EF72464CEC30E4EC850265AAC51544CA>
5. Direção-Geral da Saúde [Internet]. [citado 22 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
6. Ristori D, Miele S, Rossettini G, Monaldi E, Arceri D, Testa M. Towards an integrated clinical framework for patient with shoulder pain. *Arch Physiother*. Dezembro de 2018;8(1):7.
7. Pain-related psychological issues in hand therapy | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 13 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S089411301730340X?token=28987E50AA2BBF6C885642442BAD35DB075444BD1B25660391FD22CE480B9A980CC3E4C6CBF53C50305197DB97AE7466>
8. Feeny D, Eckstrom E, Whitlock E. A Primer for Systematic Reviewers on the Measurement of Functional Status and Health-Related Quality of Life in Older Adults. :42.
9. Health Concerns and Somatic Symptoms Explain Perceived Disability and Idiopathic Hand and Arm Pain in an Orthopedics Surgical Practice: A Path-Analysis Model | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 13 de Junho de 2020]. Disponível em:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0033318210707040?token=257824BBD503715DA4CB8A18593D96FF6210B4E5FAEC14554F385519CABC5F650C65E2238CF1747158AF995F6B008D80>

10. Trinderup JS, Fisker A, Juhl CB, Petersen T. Fear avoidance beliefs as a predictor for long-term sick leave, disability and pain in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 3 de Dezembro de 2018 [citado 12 de Abril de 2021];19. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6278039/>
11. What Is Mental Health? | MentalHealth.gov [Internet]. [citado 22 de Junho de 2020]. Disponível em: <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health>
12. Ribeiro JLP. INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL. :29.
13. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Abril de 2010;24(2):205–17.
14. Catastrofização e Percepção de Doença na Dor Crônica. :120.
15. Vranceanu A-M, Safren S, Zhao M, Cowan J, Ring D. Disability and Psychologic Distress in Patients with Nonspecific and Specific Arm Pain. *Clin Orthop*. Novembro de 2008;466(11):2820–6.
16. Mhammedi SA, Hamdi F, Benabdelhak M, Bentata Y, Haddiya I. L'observance thérapeutique: un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique. *Pan Afr Med J* [Internet]. 15 de Maio de 2019 [citado 13 de Abril de 2021];33. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6658161/>
17. Measuring shoulder injury function: Common scales and checklists | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 11 de Março de 2021]. Disponível em:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020138310007813?token=1E37CB6184420E07A2010D526C032CA6C3BCCB090F9EBF585020B46CF9058A734C7A93F6AD16766B5CA0A299A5B76E11>
18. Veeger HEJ, van der Helm FCT. Shoulder function: The perfect compromise between mobility and stability. *J Biomech*. Janeiro de 2007;40(10):2119–29.

19. Shoulder pain- ClinicalKey [Internet]. [citado 11 de Março de 2021]. Disponível em: https://www.clinicalkey.com/#!/content/clinical_overview/67-s2.o-dcb8541e-36cc-44cc-a0ca-34e1c127dafc
20. Dhillon K. Subacromial Impingement Syndrome of the Shoulder: A Musculoskeletal Disorder or a Medical Myth? *Malays Orthop J*. Novembro de 2019;13(3):1-7.
21. The impact of depression and anxiety on self-assessed pain, disability, and quality of life in patients scheduled for rotator cuff repair | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 11 de Março de 2021]. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1058274613001316?token=62ED1189D7C37181F434E903CB5DA821B307A600F17FED7A73E6F246633B3B863B3D60CDA3F4A0065094DFA2DE19C6F1>

Anexos

7.1 Questionário aplicado no estudo



O presente questionário enquadra-se na tese de mestrado do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, realizado sob a orientação do Professor Doutor Miguel Castelo-Branco Sousa.

O trabalho intitula-se “Ombro Doloroso: saúde mental, funcionalidade e dor” e tem por objetivo estudar o impacto na qualidade de vida, funcionalidade e saúde mental de doentes com síndrome do ombro doloroso. Vai ser solicitado que responda a um conjunto de questões sobre os seus sintomas, assim como as suas capacidades para realizar determinadas tarefas. Também irá encontrar algumas questões acerca do modo como se sente no dia a dia.

A participação é voluntária. Os dados recolhidos serão exclusivamente usados para fins de investigação, estando assegurados o anonimato e a confidencialidade. As respostas serão sempre avaliadas na sua globalidade.

A participação neste estudo não implica qualquer consequência negativa para os envolvidos. Não dispõe de qualquer financiamento, sendo o intuito meramente científico, não havendo remunerações ou conflitos de interesse. O preenchimento do questionário requer cerca de 7 a 10 minutos.

O seu contributo é de fulcral importância para este estudo. Ao responder a este questionário, esperamos que obtenha maior compreensão sobre a sua condição. Agradecemos a disponibilidade na colaboração.

Após tomar conhecimento do acima descrito, agradeço que dê o seu consentimento para a participação neste estudo, de acordo com o parágrafo seguinte:

“Li e compreendi a informação e esclarecimentos prestados e aceito participar livremente, sabendo que nada me impede de, a qualquer momento, desistir dessa participação ou retirar o consentimento, sem que daí possa resultar qualquer prejuízo. Concedo autorização para o tratamento dos meus dados para os fins visados pela investigação.”

Por favor, queira pronunciar-se.

Sim	
Não	

Para qualquer esclarecimento sobre o estudo ou conhecimento dos resultados globais do mesmo, poderá contactar para o seguinte e-mail:

a35362@fcsaude.ubi.pt

catarina.d.ferreira@ubi.pt

Catarina Dionísio Ferreira

Assinale com um X a resposta que melhor se aplica a si.

A. Idade:

20 - 29 anos	
30 - 39 anos	
40 - 49 anos	
50 - 59 anos	
60 - 65	

B. Sexo:

Masculino	
Feminino	

C. Situação perante o trabalho:

Empregado/a	
Desempregado/a	
Reformado/a	
Estudante	
Outra situação	

1. Há quanto tempo tem dor ou patologia do seu ombro?

Menos de 1 mês	
1 mês	
Entre 1 a 6 meses	
Entre 6 meses a 1 ano	
Há mais de 1 ano	

2. Classifique a sua habilidade em realizar as seguintes atividades, sendo 1 “sem dificuldade” e 5 “não consegui fazer”:

	1	2	3	4	5
Colocar algo em uma prateleira acima da sua cabeça					

Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).					
Arrumar a cama					
Fazer trabalho de jardinagem					
Carregar um objeto pesado (mais de 5 Kg)					
Trocar uma lâmpada acima da cabeça					
Lavar ou secar o cabelo					
Lavar as costas					
Atividades recreativas (jogar voleibol, martelar, pescar)					
Dormir por causa da dor no seu ombro					

*adaptado de *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

3. Que tratamento já realizou? (pode seleccionar mais do que um tratamento)

Nenhum tratamento foi realizado	
Imobilização	
Anti-inflamatórios	
Massagem	
Aplicação de frio ou calor	
Injeções com corticosteroides	
Eletroterapia com iontoforese	
Terapia com ondas de choque	
Fisioterapia	
Cirurgia	
Outro: _____	

4. Cumpriu integralmente o tratamento prescrito pelo seu médico?

Sim	
Não	

5. Já necessitou de baixa médica por causa deste problema?

Sim	
Não	

6. Relativamente à dor, classifique a gravidade de 1 a 5, sendo 1 “nenhuma” e 5 “extrema”:

	1	2	3	4	5
Dor no ombro.					
Dor no ombro quando fazia atividades específicas.					
Dificuldade em mover o ombro.					

*adaptado de *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*

7. Relativamente à sua vida diária, com que frequência é capaz de estar sentado descontraidamente e sentir-se relaxado?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

8. Com que frequência sente prazer nas suas atividades diárias?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

9. Com que frequência tem a cabeça cheia de preocupações?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

10. Com que frequência se sente mais lento, como se fizesse as coisas mais devagar?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

11. Com que frequência se sente de tal forma inquieto que não consegue estar parado?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

12. Com que frequência se sente animado ao pensar nas coisas que podem acontecer no futuro?

Quase sempre	
Muitas vezes	
Poucas vezes	
Nunca	

*adaptado de Inventário de Saúde Mental

13. Alguma vez falou destes sentimentos ao seu médico?

Sim	
Não	

Agradecemos a sua colaboração.

7.2 Outros dados amostrais

Tabela 5 - Situação perante o trabalho e duração da patologia

		n (%)
Situação perante o trabalho	Empregado	54 (77,2)
	Desempregado	14 (20)
	Reformado	0 (0)
	Estudante	1 (1,4)
	Outra situação*	1 (1,4)
Duração da patologia	Menos de 1 mês	0 (0)
	1 mês	0 (0)
	Entre 1 a 6 meses	4 (5,7)
	Entre 6 meses a 1 ano	18 (25,7)
	Há mais de 1 ano	48 (68,6)

**layoff*