
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE



**Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Patologia
na Coluna Vertebral**

Catarina Filipa Severiano e Sousa

Lisboa, 2004



16661

	
ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Comissão de Dissertação/Tese	
Registo:	16661
Data:	6.6.06

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro**, Apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**, para obtenção do **Grau de Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme Portaria nº107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto b) do nº2 do Artº5 do Decreto Lei nº216/92 de Outubro.

Agradecimentos

Para todos aqueles que contribuíram para a concretização de mais um sonho, aqui fica o meu profundo agradecimento:

Ao Professor Pais Ribeiro, por toda a sabedoria e paciência dispensadas ao longo de tantas horas...

Ao serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar de Torres Vedras e do Hospital Cuf Descobertas, pelos desafios lançados e por desde sempre acreditarem no trabalho em equipa...

Aos participantes nesta investigação, pela disponibilidade demonstrada.

À minha família e amigos, por estarem sempre presentes e por toda a compreensão e ajuda em todos os momentos da minha vida.

“Não quero honras.
Não pretendo ser líder.
Quero apenas partilhar o
que encontrei e mostrar
esses novos horizontes”.

In Fernão Capelo Gaivota

Obrigada!...

Índice

Página

1 – Introdução	-1-
- Corpo Teórico	-5-
.1 A Patologia na Coluna Vertebral: Aspectos Clínicos	-6-
.2 A Patologia na Coluna Vertebral: Aspectos Psicológicos	-12-
.3 A Personalidade Tipo D	-21-
.4 O Sentido Interno de Coerência	-26-
.5 O Afecto Positivo	-31-
- Questões de Investigação	-35-
2 – Metodologia	-37-
. Participantes	-37-
. Medidas	-42-
- Questionário de Identificação	-43-
- Questionário Personalidade Tipo D	-43-
- Questionário Sentido Interno de Coerência	-46-
- Mental Health Inventory	-51-
- Oswestry Disability Index	-53-
- Questionário Regresso Vida Activa	-54-
. Planificação do Estudo	-55-
. Procedimento	-55-
3 – Resultados	-59-
4 – Discussão	-69-
5 – Conclusão	-81-
6 – Referências	-84-

Anexos

Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética

Anexo 2 - Instrumentos

Índice de Quadros

Página

Quadro 1 – Distribuição da Amostra por Género	-39-
Quadro 2 - Distribuição da Amostra por Idade	-39-
Quadro 3 - Distribuição da Amostra por Escolaridade	-39-
Quadro 4 - Distribuição da Amostra por Estado Civil	-40-
Quadro 5 - Distribuição da Amostra por Situação Profissional	-40-
Quadro 6 – Tempo de Cirurgia	-40-
Quadro 7 – Distribuição do Grupo de Estudo por Cirurgia Anterior	-41-
Quadro 8 – Distribuição do Grupo de Estudo por Tipo de Cirurgia	-41-
Quadro 9 – Consistência Interna da Escala Personalidade Tipo D	-44-
Quadro 10 – Análise dos Componentes Principais com Rotação Varimax para dois Factores	-45-
Quadro 11 – Análise Factorial apresentada por Denollet para a Escala Personalidade Tipo D (16 itens)	-46-
Quadro 12 – Consistência Interna da Escala Sentido Interno de Coerência	-50-
Quadro 13 - Consistência Interna da Sub-Escala Afecto Positivo	-52-
Quadro 14 - Consistência Interna da Escala do Oswestry Disability Index	-54-
Quadro 15 - Consistência Interna do Questionário Regresso Vida Activa	-55-

Quadro 16 – Diferenças entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Comparação Para a Escala Personalidade Tipo D (DS14)	-59-
Quadro 17 - Diferenças entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Comparação Para a Escala Sentido Interno de Coerência	-60-
Quadro 18 - Diferenças entre o Grupo de Estudo e o Grupo de Comparação Para a Sub-Escala Afecto Positivo	-61-
Quadro 19 – Análise Correlacional das Escalas Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência, Afecto Positivo, Funcionalidade e Regresso à Vida Activa	-62-
Quadro 20 - Análise Correlacional das Escalas Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo (Grupo Comparação) ...	-66-

Resumo

Este trabalho pretende caracterizar os doentes com patologia na coluna vertebral.

Tem como objectivo primordial investigar se existe uma tipologia de personalidade comum a doentes com este tipo de patologia e se existem diferenças significativas no seu sentido interno de coerência e afecto positivo, comparativamente com indivíduos sem patologia na coluna, que possam influenciar a recuperação da funcionalidade e o regresso à vida activa.

Para tal, utilizámos como instrumentos de avaliação a Escala de Personalidade Tipo D-14 (DS14), o Questionário Sentido Interno de Coerência, o Mental Health Inventory, o Oswestry Disability Index e o Questionário Regresso à Vida Activa.

Pretendemos, assim, comparar os dois grupos de indivíduos relativamente à tipologia de personalidade, sentido interno de coerência e afecto positivo.

Os resultados obtidos revelam que os doentes com patologia na coluna vertebral apresentam uma personalidade caracterizada pela presença de afectividade negativa e inibição social (Tipo D), um sentido interno de coerência caracterizado por fracas capacidades de compreensibilidade, significabilidade e manejabilidade e baixo afecto positivo.

Concluimos, ainda, que estas variáveis se relacionam com a recuperação da funcionalidade e com o regresso à vida activa.

Estes resultados vão de encontro à literatura e preocupações publicadas.

Abstract

This work aim to characterize patients with low back pain. The main objective is to investigate if there are a personality typology in these patients and if there are significant differences in their internal sense of coherence and positive affect, in comparison with individuals without low back pain, wich may influence mobility and return to active life.

To pursue this objective, several assessment tools were used, such as the Type D Scale-14 (DS14), Sense of Coherence Questionnaire, Mental Health Inventory, Oswestry Disability Index and Return to Active Life Questionnaire, with the aim to compare the two groups in what concerns the personality typology, internal sense of coherence and positive affect.

The results show that patients with low back pain have a personality characterized by the presence of negative affectivity and social inhibition (Type D), a internal sense of coherence characterized by low comprehensibility, manageability and meaningfulness capacities and low positive affect.

We also conclude that these variables are related with mobility and return to active life.

These results agree with published literature and worries.

1 - Introdução

A patologia na coluna vertebral (PCV) tem-se vindo a constituir como um problema de saúde pública na nossa civilização.

A “dor nas costas” é uma fonte de sofrimento humano, com grande impacto na economia nacional e internacional. Muitas pessoas reconhecem a dimensão do problema, mas poucas detêm o conhecimento das questões centrais que podem contribuir para a sua resolução.

Alguns autores (Garofalo & Polatin, 1999) relatam que cerca de 80% da população mundial já teve dor nas costas, apesar de não recorrerem obrigatoriamente a uma ajuda clínica. Dos indivíduos que recorrem a esta ajuda, grande parte recupera num intervalo de seis semanas, independentemente do tipo de tratamento. No entanto, de acordo com os autores, a possibilidade de ocorrerem novamente episódios de dor ronda os 80-90%. Após um ano de tratamento, apenas 21% apresentam-se sem dor.

A PCV é responsável por grande parte dos problemas que surgem no contexto ocupacional, entre eles as ausências prolongadas do local de trabalho. As condições de trabalho contribuem para o aparecimento e agravamento de PCV, nomeadamente o manuseio de cargas excessivamente pesadas e a manutenção de posturas incorrectas por muito tempo.

Vários autores (Magora, 1973; Skov, Borg & Orhede, 1996) referem factores de risco para a PCV, entre os quais se destacam a idade, estilo de vida (vida sedentária), posturas incorrectas, falta de prática de exercício físico, excesso de peso e episódios repetidos de dor nas costas.

Apesar da enorme expansão no que diz respeito aos tratamentos para a dor, a PCV e consequente disfuncionalidade não têm diminuído.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1986, pS217), define dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos dessa lesão”.

Citando Oliveira (2001), pressupõe-se que a relação entre a dor e a lesão pareça tão evidente que, geralmente, se acredite que a dor é sempre o resultado de uma destruição física, e que a sua intensidade é proporcional à gravidade da lesão.

Acontece, porém, depararmo-nos com lesões sem dor associada e com dor sem lesão.

Na consulta de ortopedia, onde se insere a PCV, surgem diariamente patologias muito semelhantes, com tratamentos igualmente semelhantes mas com resultados bastante distintos. A dor e a disfuncionalidade apresentam uma variabilidade que não se pode atribuir ao tratamento utilizado. Assim, perante o mesmo diagnóstico, com o mesmo tratamento, ao observarmos resultados diferentes, temos que considerar um “factor surpresa” que interage com o tratamento e que condiciona o seu sucesso. Falamos, então, dos factores de ordem individual, que nada têm a ver com a eficácia das técnicas cirúrgicas utilizadas para eliminar a dor.

Entramos, assim, no campo da linguagem corporal. A dor lombálgica surge como elo de ligação nas relações que o doente desenvolve. São visíveis, na nossa prática clínica, a expressão de sentimentos que se relacionam apenas com a dor, quase exclusivamente corporal, e a concreitude do pensamento destes indivíduos. É esta limitação no mundo emocional que poderá condicionar a percepção e a compreensão dos estímulos, fundamentais para uma boa recuperação cirúrgica.

O constructo Personalidade Tipo D foi desenvolvido por um Psicólogo de origem Belga, no contexto da psicologia cardiológica, sendo desconhecida a sua adaptação a qualquer outra população clínica. A sua taxonomia baseia-se em dois traços estáveis: afectividade negativa e inibição social.

A afectividade negativa resume-se à tendência para experienciar e vivenciar, de forma acrescida, as situações sentidas como negativas e ameaçadoras, ao longo do tempo.

A inibição social refere-se à tendência para inibir a expressão destas emoções negativas nas interacções sociais.

Do ponto de vista clínico, de acordo com Dennolet (2000), os doentes com personalidade tipo D manifestam excessiva preocupação, têm uma perspectiva de vida mais melancólica e sentem-se tensos e infelizes, com maior probabilidade. Irritam-se com grande facilidade e, geralmente, experienciam com pouca frequência estados de humor positivos. Raramente partilham estas emoções negativas com outras pessoas, provavelmente por medo da rejeição e desaprovação. Estes doentes, de um modo geral, estabelecem laços afectivos com grande dificuldade e sentem-se muito desconfortáveis na presença de estranhos.

Trata-se de um constructo que, de acordo com o seu autor, enfatiza os traços *normativos* da personalidade. No entanto, tem surgido associado a diversas dificuldades de ordem social e emocional, tais como sintomas depressivos, tensão, irritação, pessimismo, fraca percepção de suporte social e baixos níveis de bem-estar psicológico.

Citando Dennolet (2000), verifica-se nos doentes com personalidade Tipo D um absentismo de emoções positivas associado a baixo afecto positivo, baixos níveis de auto-estima e insatisfação com a vida.

Como tal, se considerarmos este modo de funcionamento característico do doente com personalidade tipo D, temos então que contemplar as suas limitações no contacto com as emoções, que poderão condicionar a percepção e compreensão do meio e dos estímulos que o envolve.

Classificando o tratamento cirúrgico como um estímulo externo aos indivíduos, colocamos em questão a disponibilidade emocional destes doentes para compreenderem os pressupostos e objectivos deste desafio proposto, que é a cirurgia. Para melhor responder a esta questão, parece-nos apropriado o constructo desenvolvido por Antonovsky, que denominou por sentido interno de coerência (SOC).

O modelo salutogénico proposto por Antonovsky (1979, 1987) tenta explicar porque certas pessoas que são expostas a situações de grande stress conseguem manter uma notável recuperação biológica numa orientação de saúde, enquanto outras aumentam a sua vulnerabilidade e adoecem mais facilmente.

De uma forma geral, o SOC é uma estrutura interna de *coping*, na medida em que constitui uma capacidade para perceber, interpretar e dar significado às experiências pessoais de vida. É uma estrutura que surge acompanhada por estratégias flexíveis, para manejar os desafios postos pelo meio externo no dia-a-dia.

Antonovsky (1987) define o SOC como uma orientação global (trifacetada) que expressa a medida em que o indivíduo possui um firme, mas dinâmico, sentimento de que os estímulos dos meios externo ou interno são estruturados, predictíveis e explicáveis (*compreensibilidade*); de que existem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências postas por esses estímulos (*maneabilidade*); e que essas exigências são desafios, merecedores do seu investimento e empenho pessoal (*significabilidade*).

O SOC é, supostamente, um preditor da resistência do organismo às agressões do meio físico e social. Reflecte em que medida o repertório socio-cognitivo-comportamental do indivíduo é adaptativo e eficaz na neutralização dos efeitos negativos dos factores de risco para a saúde física e psicológica.

Mostra-se, então, fundamental concretizarmos todos estes constructos teóricos, na tentativa de caracterizarmos os doentes com PCV para melhor intervirmos.

Foi com base neste cenário que demos origem à presente investigação.

As equipas técnicas responsáveis por estes doentes manifestaram, desde sempre, uma enorme dificuldade em responder às suas necessidades, associadas à recuperação cirúrgica, dado o humor permanentemente depressivo, introversão, dependência excessiva dos que os rodeiam, pessimismo verbalizado, dificuldades na adesão ao tratamento proposto e na compreensão das limitações físicas a respeitar durante e após o internamento.

Tratando-se de um estudo comparativo, pretendemos verificar se a personalidade dos doentes com patologia na coluna vertebral é de Tipo D e se esta se relaciona com as suas capacidades de compreensibilidade, manejabilidade e significabilidade e com a intensidade de afecto positivo sentido. Pretendemos, também, verificar em que medida estes constructos diferem relativamente aos indivíduos sem patologia na coluna vertebral. Num segundo momento, o nosso objectivo é investigar a possível relação entre estas variáveis e a recuperação da funcionalidade e o regresso à vida activa.

A intervenção cirúrgica na coluna vertebral é cada vez mais uma prática comum em Portugal, dada a evolução técnica e profissional associadas. Como tal, a avaliação da sua eficácia mostra-se indispensável para a sua continuidade e aperfeiçoamento, sendo de extrema importância os factores de diversa ordem que aqui se encontram envolvidos. Dada a lacuna na investigação nacional associada a esta patologia, e porque acreditamos na utilidade da realização de estudos neste domínio, assumimos como pertinente “começar pelo princípio”: caracterizar para melhor conhecer e reabilitar os doentes com PCV.

Numa vertente teórica, tentámos enquadrar o nosso estudo na investigação nacional e internacional, para melhor compreendermos as suas implicações práticas. Prosseguiremos, então, com o delineamento da metodologia utilizada, tratamento estatístico e discussão dos resultados obtidos, finalizando com as conclusões e sugestões para posteriores investigações nesta área de estudo.

Corpo Teórico

1. A Patologia na Coluna Vertebral: Aspectos Clínicos

As condições de trabalho e a forma como o indivíduo as gere são grandes contribuintes e agravantes para a PCV, nomeadamente o manuseio de cargas excessivamente pesadas, a manutenção de posturas incorrectas por muito tempo, entre outros. A PCV é, actualmente, responsável por grande parte dos problemas no contexto ocupacional, entre eles as ausências prolongadas do local de trabalho.

Vários autores (Magora, 1973; Skov et al, 1996) referem factores de risco para a PCV, entre os quais se destacam a idade, estilo de vida (vida sedentária), realização de exercícios inapropriados, falta de prática de exercício físico, excesso de peso, desobediência às regras de postura e episódios repetidos de dor nas costas.

O tratamento da PCV insere-se nos desafios da medicina actual. Apesar de se tratar de uma patologia com ou sem uma etiologia somática, na grande maioria das situações podemos observar uma disfunção mecânica, nomeadamente na região lombosagrada.

1.1 Patofisiologia / Tratamento

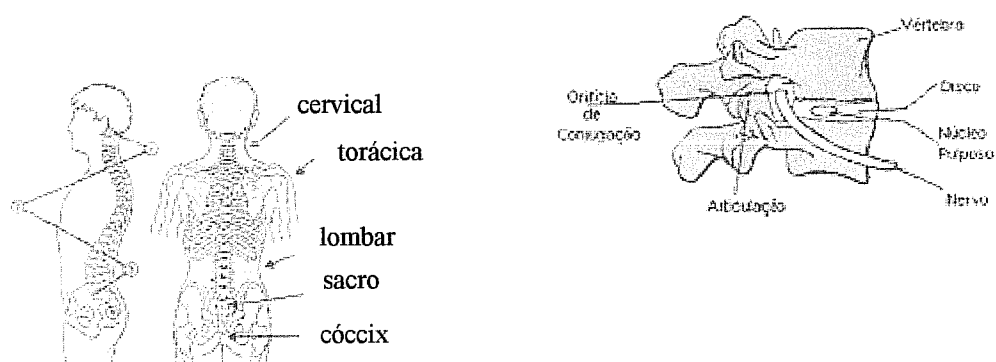
A coluna vertebral desempenha um papel de extrema importância para a manutenção da postura humana, sustentação do peso do corpo, locomoção e protecção da espinhal medula e das raízes nervosas. É constituída por 33 ossos individuais, denominados por vértebras, formadas por um corpo em forma de disco, do qual partem as lâminas vertebrais que, reunindo-se, formam um anel. Da sobreposição desses anéis resulta um canal no qual está contida a espinhal medula.

Subdivide-se, maioritariamente, em três secções: coluna cervical, torácica e lombar. Existem 7 vértebras cervicais, 12 torácicas e 5 lombares, num total de 24 vértebras móveis, que conferem à coluna vertebral uma considerável flexibilidade. As restantes 9 vértebras são imóveis.

A sua estabilidade é fornecida pela forma e resistência das vértebras e pelos discos intervertebrais, ligamentos e músculos. As vértebras móveis são conectadas por resistentes discos intervertebrais, que desempenham um importante papel nos movimentos entre as vértebras e na absorção dos possíveis impactos.

O disco intervertebral é constituído por uma estrutura fibrocartilaginosa, formada por anéis concêntricos no seu exterior e um núcleo gelatinoso.

A vértebra comporta, ainda, um orifício, ao qual damos o nome de orifício de conjugação, que constitui o espaço por onde circulam os nervos, responsáveis pelas sensações e pelos movimentos.



A coluna vertebral, através das suas estruturas, está envolvida no mecanismo de transmissão e coordenação dos movimentos entre os membros superiores e inferiores. Estas estruturas incluem os ossos, articulações, músculos, ligamentos e os discos intervertebrais, que agem continuamente no sentido de potencializar a força a ser despendida pelos membros com o posicionamento espacial e suporte do corpo humano sob acção da força da gravidade. Cada região da coluna vertebral tem características próprias, responsáveis por funções específicas.

Exposta a anatomia da coluna vertebral, podemos mais facilmente compreender as suas diferentes patologias, nomeadamente a doença degenerativa do disco intervertebral e respectivo tratamento a que foram submetidos os indivíduos participantes na presente investigação.

⇨ Doença Degenerativa do Disco Intervertebral

Em geral, a lombalgia é provocada pela degeneração discal ou pela hérnia de disco, que surgem como consequência da realização de esforços, impactos, más atitudes posturais ou alterações degenerativas e estruturais, que desestabilizam a coluna vertebral.

O disco é constituído, na sua maioria, por água, o que o torna bastante elástico e absorvente dos impactos. Contudo, a idade, os esforços repetidos, e (possivelmente) os factores de ordem genética podem causar o seu desgaste e rompimento. Se tal acontecer, o disco não consegue proceder à sua reparação.

Esta degeneração do disco pode causar dor. Uma vez gasto, o disco diminui de forma considerável a sua altura e com ele o espaço intervertebral, comprimindo os nervos que por aqui passam, causando-lhes um aumento de volume e conseqüentemente dor. Por outro lado, os pedaços de disco destruído podem também libertar-se e causar inflamação nos nervos.

Como o disco perde as suas capacidades de absorção de impactos e suporte, outros locais da coluna vertebral serão sobrecarregados como forma de compensar a região danificada, causando outras inflamações, cansaço, espasmos musculares e dor, que pode variar entre um simples incômodo e uma dor incapacitante. Grande parte destes doentes referem dor permanente ligeira com episódios de dor intensa, acompanhada muitas vezes por entorpecimento e formiguelo nos membros inferiores.

As lesões discais são muito comuns. Didacticamente, dividem-se em degenerações discais, hérnias de disco e lesões traumáticas do disco.

A degeneração discal está relacionada com a perda de água e das propriedades elásticas do disco intervertebral. A principal consequência que daqui advém é a incapacidade de absorção de impactos, desencadeando instabilidade na coluna lombar. O seu diagnóstico clínico confirma-se através da visualização radiográfica da diminuição do espaço discal e das alterações degenerativas.

O tratamento clínico procura compensar as instabilidades que ocorrem na coluna lombar, através de algumas técnicas, entre elas as cirúrgicas que envolvem a fixação e estabilização das vértebras, permitindo assim a correção da instabilidade.

A hérnia discal surge como resultado de diversos pequenos traumas na coluna que vão, com o passar do tempo, lesando as estruturas do disco intervertebral, ou pode surgir como consequência de um trauma severo sobre a coluna. A hérnia de disco surge quando o núcleo do disco intervertebral migra do seu local, do centro do disco para a periferia, em direcção ao canal medular ou aos espaços por onde circulam as raízes nervosas, levando à sua compressão. Quando se forma a hérnia, o abaulamento da cartilagem comprime o feixe nervoso e os vasos sanguíneos (externos às vértebras) ou as suas ramificações. Essa compressão impede que a irrigação sanguínea alimente os nervos, provocando inflamações, dores e formiguelo nos braços e nas pernas. A sintomatologia sensitiva e motora depende da localização da compressão na coluna. O seu diagnóstico clínico confirma-se através da visualização radiográfica de lesão aguda no disco intervertebral.

Os tratamentos clínicos, entre eles a cirurgia, pressupõem o alívio da pressão sobre a raiz nervosa, eliminando a dor.

As lesões traumáticas do disco intervertebral estão relacionadas com quedas. A dor surge como consequência da compressão mecânica devido a um fragmento herniado ou de um processo inflamatório existente na vizinhança da raiz nervosa. O seu diagnóstico clínico confirma-se através da visualização radiográfica de lesão aguda do disco intervertebral.

Os tratamentos clínicos, entre eles a cirurgia, pressupõem objectivos semelhantes aos descritos para a hérnia discal.

⇨ **Tratamento Cirúrgico**

Existem diversos tratamentos para estas patologias. Debruçar-nos-emos apenas nos quatro tipos utilizados com os doentes participantes nesta investigação.

- **Artrodése** – É utilizado quando a dor se mantém após fisioterapia. Trata-se de um procedimento cirúrgico de último recurso, uma vez que retira parte da mobilidade da coluna vertebral. Consiste na fusão das vértebras afectadas através de um implante de osso no espaço intervertebral.
- **Prótese de Disco** – É utilizado como alternativa à artrodése, sempre que os níveis vertebrais afectados são em número reduzido e o permitem. Trata-se de um disco artificial que substitui o disco danificado, permitindo a manutenção dos movimentos inerentes à coluna vertebral.
- **Estabilização Dinâmica (Dynesys)** – É utilizado com objectivos semelhantes aos da Prótese de Disco. Trata-se de um sistema de estabilização dinâmica da coluna, que não pressupõe a fusão vertebral com enxerto ósseo, que em termos práticos funciona como um “amortecedor” que se fixa nas vértebras e que permite recuperar o espaço intervertebral e assim a livre circulação dos nervos, eliminando a dor e mantendo a movimentação natural dos corpos vertebrais.
- **Discectomia** – Consiste na remoção dos fragmentos herniados ou expulsos do disco intervertebral.

1.2 Reabilitação

Temos constatado na prática clínica e na relação médico-doente um aumento da valorização dos factores psicológicos relacionados com a patologia orgânicas apresentada. A incapacidade que a doença traduz em termos sociais, profissionais e familiares são cada vez menos menosprezadas.

«As directrizes da intervenção médica recomendadas pelas múltiplas organizações responsáveis, particularmente a Organização Mundial de Saúde, propõem como objectivo último tornar o doente, na medida do possível, num ser saudável. O que, em poucas palavras, significa possuir harmonia relativamente às sequelas físicas, à sua reintegração na vida familiar e na comunidade em geral, e na capacidade de enfrentar e resolver os seus próprios problemas de ordem pessoal.» (Oliveira, 2001, p73).

O tratamento inerente à PCV, nomeadamente a cirurgia, tem como objectivo primordial esta reintegração individual, familiar e social. No entanto, estamos perante um tipo de tratamento que exige que o doente respeite temporariamente algumas limitações físicas, até que se possa considerar concluída a reabilitação inerente aos procedimentos cirúrgicos. Este intervalo de tempo, que corresponde à reabilitação, ao contrário do que verificamos com a grande maioria das cirurgias, tem uma duração prolongada (varia entre seis a doze meses), não sendo possível a eliminação total e imediata da dor após a cirurgia. Esta vai diminuindo lenta e progressivamente, à medida que vai decorrendo a fisioterapia.

Como tal, estamos perante um tratamento que depende não apenas do (in)sucesso da utilização das técnicas cirúrgicas, mas também das capacidades de compreensão e investimento de que o doente dispõe para sentir a cirurgia como um acto multidisciplinar, onde o seu papel é preponderante.

Parsons (1951 cit in Waddell, Pilowsky e Bond, 1989) foi o primeiro sociólogo a analisar a doença sistematicamente. Conceptualizou-a como uma regra social que engloba os privilégios e as obrigações do doente. Os privilégios pressupõem a incapacidade inerente à doença, cuja recuperação não depende apenas do controle voluntário do indivíduo, e as obrigações sociais na atribuição de um estatuto apropriado, de acordo com cada situação particular. Por outro lado, as obrigações do doente incluíam o dever de reconhecer a doença como algo indesejável, a obrigação de lutar

pela recuperação e pelo regresso ao estado saudável e, finalmente, o sentimento de auto-competência para poder cooperar neste processo de recuperação da saúde.

Trata-se, obviamente, de um modelo puramente idealizado e conceptual, primariamente aplicável apenas à doença física aguda. Como tal, esta conceptualização de Parson requer algumas modificações adaptadas à doença crónica e à disfuncionalidade física que, por definição, são permanentes. Assim, uma análise adequada da doença crónica e da disfuncionalidade física deveria incluir nos direitos do indivíduo a sua desresponsabilização pela patologia primária e a obrigação social na atribuição de um estatuto apropriado, de acordo com a sua situação particular. Nos deveres, deveríamos incluir o reconhecimento da doença como algo indesejável, a obrigação de reduzir os “comportamentos doentes”, tanto quanto possível, e a aceitação por parte do indivíduo de uma quota parte da responsabilidade pela sua doença e disfuncionalidade, em cooperação, se se mostrar apropriado, com a ajuda e apoio dos profissionais de saúde.

Esta conceptualização reconhece a doença como um processo dinâmico, que deveria modificar-se com o decorrer do tempo e com a respectiva fase em que se encontra, pressupondo assim considerável capacidade de adaptação, através da qual o indivíduo a deveria manejar. Enfatiza-se, então, a necessidade de uma relação de cooperação entre o profissional de saúde e o doente.

É fundamental que o doente consiga compreender a sua situação particular, para assim se conseguir ajudar a si próprio, mobilizando os esforços necessários para lidar e investir eficazmente na sua recuperação.

É neste contexto que surge a necessidade de acedermos ao modo de funcionamento interno do doente antes de se iniciarem os procedimentos cirúrgicos.

Dadas as exigências de carácter individual impostas por este tipo de tratamento e respectiva recuperação, parece-nos de extrema importância acedermos às características de personalidade e factores resilientes destes doentes. Estes constructos surgem de acordo com a nossa prática clínica, através da qual observamos a permanência, comum a grande parte dos doentes, de um humor depressivo, extremo pessimismo relacionado com a recuperação da sua saúde, dificuldades de comunicação com o clínico responsável e de caracterização da dor sentida, associados com recuperações pós-operatórias mal sucedidas, quando radiograficamente se mostra difícil o emparelhamento da dor relatada com a imagem visível.

Mostra-se, então, adequada a caracterização destes doentes, dada a observação constante e repetida de características muito particulares e comuns a grande parte destes indivíduos, que nos parecem inerentes aos constructos Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo.

2. A Patologia na Coluna Vertebral: Aspectos psicológicos

A investigação publicada, que relaciona a dor crónica na coluna vertebral (e consequente disfuncionalidade) com factores de ordem psicológica, refere como muito pertinentes alguns constructos teóricos que surgem frequentemente associados à PCV.

O paradigma salutogénico emergiu progressivamente como uma proposta fundamental na abordagem da saúde, fruto do desenvolvimento simultâneo de vários constructos que se direccionavam, claramente, para a emergência de um novo conjunto de crenças relacionadas com a saúde (Nunes, 1999). Entre estes constructos, destacam-se a personalidade, as estratégias de coping, as crenças, o locus de controlo e a auto-eficácia, a que Kaplan (1977 cit in Nunes, 1999) dá o nome de **recursos de resistência (stress buffers) ou variáveis tampão**.

Estas variáveis tampão surgem com grande frequência sempre que se referem os factores psicológicos inerentes à PCV. Todos estes constructos têm como factor comum a compreensão da gestão do stresse e a manutenção da saúde.

A pertinência desta relação entre a PCV e estes constructos é visível através do elevado número de estudos publicados que a confirmam. Tratam-se de variáveis que se relacionam especificamente com a personalidade Tipo D, com o sentido interno de coerência (Antonovsky, 1979, 1987; Denollet, 2000) e com o afecto positivo.

A compreensão da relação que existe entre estes constructos e a PCV revela-se importante para o enquadramento teórico e discussão dos resultados obtidos com a presente investigação.

2.1 A PCV e a Dor

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1986, pS217), define dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos dessa lesão”. Um dos aspectos importantes inerentes a esta definição é o facto de contemplar a dor com duas componentes: sensitiva e emocional.

Todos nós já sentimos diversas vezes dores nas costas, que são quase sempre eliminadas espontaneamente. Quando esta dor resulta num sofrimento e numa incapacidade prolongados e os episódios de dor se tornam muito frequentes, dizemos então que progrediu para um estado crónico. Como tal, mostra-se fundamental distinguir os factores que desencadearam a dor daqueles que a mantêm.

A dor crónica pode, então, ser definida como uma conduta adoptada perante a dor que:

- não pode ser identificada como uma relação causal relacionada com o aqui e agora, pressupondo um processo patofisiológico ou patoanatómico;
- geralmente surge associada a intervenções médicas e cirúrgicas ineficazes para o desaparecimento da dor;
- surge muitas vezes associada a distúrbios no funcionamento psicossocial, que incluem a queixa dolorosa e o epifenómeno que a acompanha.

Murphy e Cornish (1984) examinaram as diferenças existentes entre doentes com dor crónica na coluna vertebral e doentes que recuperaram após um episódio agudo e concluíram que as queixas dolorosas de um doente com dor crónica têm múltiplas localizações, surgem mais frequentemente associadas a dores musculoesqueléticas do que à dor periférica, são mais ansiosos na fase aguda da dor e não têm actividades suficientes que substituam a preocupação com a dor.

A noção de que a dor, seja ela aguda ou crónica, pode ser considerada uma emoção, ou influenciada por factores emocionais é algo já adquirido. A teoria de James-Lange (1880 cit in Vlaeyen, 1991) refere que quando surge uma emoção, reagimos em primeiro lugar com respostas musculares e glandulares. É apenas quando o feedback destas respostas chega ao córtex que sentimos ou experienciamos a emoção.

Na literatura actual, encontramos resultados semelhantes, como são os de Zajonc (1984), que refere que a resposta fisiológica é imediata e automaticamente activada pelo estímulo, resultante de inferências cognitivas. Kravitz et al (1981 cit in Vlaeyen, 1991) compararam os níveis de actividade muscular na região lombar, de doentes com dor crónica na coluna vertebral e indivíduos sem patologia, durante períodos de repouso e durante a contracção muscular voluntária, concluindo que os doentes com PCV apresentavam maior actividade muscular.

A dor surge frequentemente associada a traços específicos de personalidade. Nos doentes com patologia na coluna vertebral, observamos esta associação com o distress psicológico e com o neuroticismo. BenDebba, Torgerson e Long (1997) estudaram

exactamente esta relação e concluíram que o distress psicológico se relaciona com características da personalidade do indivíduo, nomeadamente com o neuroticismo. No mesmo estudo, os autores referem ainda que os doentes com dor mais intensa e maior disfuncionalidade apresentam também maior distress psicológico perante a dor.

Resultados semelhantes surgem também quando se estuda a relação entre a dor, o sentido interno de coerência e a disfuncionalidade. Hall-Lord, Larsson e Steen (1999), numa investigação que pretendia estudar a dor crónica numa população de idosos, concluíram que os indivíduos com baixo sentido interno de coerência e com distress psicológico apresentam dor mais intensa e uma funcionalidade mais reduzida.

Neste sentido, Von Korff, Deyo, Cherkín e Barlow (1993) investigaram 177 doentes com dor crónica na coluna vertebral, diagnosticada recentemente, e concluíram que após um ano cerca de 80% ainda mantinham esta dor. No entanto, apenas 14% apresentavam disfuncionalidade substancial. Com estes resultados, os autores pretenderam demonstrar que a dor, por si só, é um fraco preditor da funcionalidade em doentes com dor crónica na coluna vertebral, querendo com isto dizer que, associados à dor, existem inúmeros factores que melhor poderão predizer a recuperação da funcionalidade e das tarefas rotineiras, entre eles as características/respostas individuais perante um estímulo stressante.

2.2 A PCV e os Recursos de Resistência ou “Variáveis Tampão”

2.2.1 A PCV e a Personalidade

A disfuncionalidade e a inactividade são comumente observáveis nos doentes com dor crónica na coluna vertebral. No entanto, deparamo-nos muitas vezes com doentes que também referem dor mas que se disponibilizam para o reencontro da sua funcionalidade.

Muitos indivíduos, na população em geral, experienciam dor com muita frequência, mantendo no entanto a sua produtividade profissional e raramente procurando assistência clínica. De acordo com Love (1987), podemos afirmar que a dor crónica não é obrigatoriamente sinónimo de depressão e disfuncionalidade, sendo fundamental a identificação dos factores que promovem a (des)adaptação funcional e emocional perante a dor.

Atendendo à investigação realizada e publicada no âmbito dos factores psicológicos inerentes à PCV, são consensuais os resultados que apontam no sentido da prevalência da depressão em doentes com dor crónica, comparativamente com doentes que não referem dor. No entanto, é também consensual o facto de grande parte destes

doentes que referem dor não satisfazerem os critérios clínicos necessários para se proceder ao diagnóstico de depressão (Love, 1987).

Hagg, Fritzell, Ekselius e Nordwall (2003), na tentativa de identificarem os preditores de uma reabilitação cirúrgica bem sucedida de doentes com PCV, referem que os factores de ordem psicológica, nomeadamente os traços de personalidade que correspondem à histeria e à hipocôndria (descritos pelo Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI), surgem associados ao insucesso da recuperação cirúrgica, avaliada através da disfuncionalidade do doente.

Do mesmo modo, o distress psicológico e os traços de personalidade associados a estratégias desadaptativas de coping, surgem também associados à disfuncionalidade.

Como grande conclusão do seu estudo, Hagg et al (2003) afirmam que os traços de personalidade relacionados com o neuroticismo e com a introversão são preditores significativos de uma recuperação problemática. Uma personalidade neurótica prediz fracos progressos após a cirurgia, relatados quer pelo doente, quer por instrumentos que avaliam a funcionalidade (Oswestry Disability Index).

Uma vez mais, estes autores confirmaram os resultados de outras investigações já citadas acerca da ausência da depressão entre os doentes com PCV. Referem a existência apenas de sintomatologia depressiva, que diminui com o sucesso percebido da cirurgia.

Como tal, parece existir consenso quando se descrevem as principais características psicológicas dos doentes com PCV: a ausência de depressão mas a presença de uma afectividade negativa, e a tendência para a introversão/inibição social. À presença simultânea destas características, Denollet dá o nome de Personalidade Tipo D.

2.2.2 A PCV e as Estratégias de Coping perante o Stress

O SOC enquadra-se no estudo das variáveis que influenciam a força e a direcção da relação que existe entre o stress e a saúde.

Historicamente, o stress tem sido considerado como um acontecimento ou situação que requer respostas internas do indivíduo, visando a sua adaptação.

Mais recentemente, Lazarus e Folkman (1984) conceptualizaram o stress como um relacionamento ou transacção que ocorre entre eventos ambientais e respostas individuais, ou seja, “O stress psicológico consiste num relacionamento particular entre o indivíduo e o ambiente, que é apreendido pelo indivíduo como excessivo para os seus recursos e comprometendo o seu bem-estar” (Lazarus & Folkman, 1984).

O stress associa-se à dor crónica de inúmeras formas. A literatura tem mostrado relações muito significativas entre o stress e a incidência e gravidade de experiências

dolorosas. Num estudo com doentes com PCV, 35% apontaram a dor como sendo o maior stressor das suas vidas (Turner, Clancy & Vitaliano, 1987).

O modelo psicossocial do stress, que resulta dos paradigmas aplicados ao sistema de respostas fisiológicas, quando adaptado à PCV, pressupõe que a dor nas costas pode surgir como consequência do aumento da actividade muscular paraespinal. Consta na literatura que este aumento da actividade muscular é resultado de estratégias de coping utilizadas ineficazmente perante situações de stress ambiental e emocional.

Assim, as estratégias de coping podem definir-se como esforços intencionais para gerir ou invalidar o impacto negativo do stress.

Lazarus e Folkman (1984) dividiram as estratégias de coping em dois grandes tipos: aquelas que se direccionam para a resolução ou atenuação do problema (coping focado no problema) e as estratégias que se destinam a gerir as emoções negativas associadas com o stress (coping focado na emoção).

No contexto da dor crónica, alguns investigadores categorizaram as estratégias de coping segundo duas dimensões: activa e passiva (Brown & Nicassio, 1987). As estratégias activas são respostas que pressupõem que o indivíduo desenvolva acções instrumentais para gerir a dor (por exemplo, exercício físico). As estratégias passivas, por outro lado, são respostas que envolvem o afastamento ou a atribuição do controlo a uma força ou agente exterior (repouso ou uso de medicamentos).

Uma estratégia de coping adaptativa, ou seja, uma reacção mais ou menos positiva aos estímulos suscitados pelos acontecimentos de vida, segundo Nunes (1999), depende da capacidade de mobilização de três tipos de respostas: comportamental, emocional e cognitivo. Do mesmo modo, Antonovsky na sua definição das componentes que constituem o sentido interno de coerência, coloca cada indivíduo num contínuo, a partir de uma hipotética estrutura cognitivo-emocional-social.

Qualquer indivíduo que experiencie dor desenvolve estratégias para a tolerar, minimizar ou reduzir. Coop (1974) entrevistou mais de 100 doentes com dor aguda e crónica e concluiu que grande parte deles teria desenvolvido estratégias cognitivas e comportamentais para responderem à sua dor.

Já em 1974, Coop referia que as estratégias de coping são um factor determinante para o ajustamento do doente à dor crónica. Contudo, citando Rosenstiel e Keefe (1983), para que possamos compreender esta relação entre o coping e a dor, temos que considerar algumas questões. Em primeiro lugar, temos que determinar a frequência com que o doente com dor crónica utiliza as estratégias de coping. Em segundo lugar, temos que

determinar a relação que existe entre a utilização dos diferentes tipos de estratégias, de acordo com os diferentes stressores. Em terceiro lugar, temos que determinar em que medida este ajustamento das estratégias utilizadas de acordo com o stressor é importante para a compreensão do ajustamento do doente à dor crónica, atendendo também às variáveis individuais, tais como o nível de disfuncionalidade, duração contínua da dor, número de cirurgias e personalidade (como por exemplo a tendência para a preocupação permanente com as queixas físicas). Em quarto lugar, de acordo com os autores, é necessário averiguar de que forma as estratégias de coping, habitualmente utilizados pelo doente, se relacionam com os ajustamentos emocional e comportamental.

Foi com base nestas questões que Rosenstiel e Keefe (1983) e Truchon (2001) deram origem à sua investigação com doentes com dor crónica na coluna vertebral, concluindo que estes doentes utilizam com maior frequência estratégias de coping passivas perante a dor (recurso a orações ou rezas, promessas e à esperança), apresentando também mais dor e disfuncionalidade. Concluíram, também, que estratégias como a interpretação/análise da dor sentida raramente são utilizadas. Os autores referem que estes resultados diferem dos resultados obtidos em investigações que estudaram as estratégias de coping de doentes com dor aguda.

2.2.3 A PCV e o Locus de Controlo

Um dos constructos que deram corpo ao paradigma salutogénico foi o locus de controlo, com o qual Antonovsky estabelece claramente uma relação, considerando-o como uma variável tampão importante (Antonovsky, 1987).

De acordo com Rotter (1966 cit in Nunes 1999), os indivíduos que compreendem que os produtos finais de situações concretas são contingentes, relativamente às suas próprias acções, são considerados como tendo um locus de controlo interno. Estes indivíduos percebem uma dada contingência entre as suas acções e os acontecimentos externos. Por outro lado, os indivíduos que sentem que as consequências situacionais dependem da sorte, destino, ou acções de outros, são considerados como tendo um locus de controlo externo. No entanto, Rotter não define as consequências da internalidade / externalidade do locus de controlo para a saúde.

Posteriormente, Kobasa (1979 cit in Nunes, 1999) irá usar este mesmo conceito dentro da perspectiva de Rotter, acrescentando-lhe a visão de Seligman que introduziu a noção de *learned helplessness* (Seligman, 1975 cit in Nunes, 1999).

A capacidade de maneabilidade de Antonovsky distingue-se da evolução do conceito de locus de controlo, na medida em que o indivíduo não precisa exercer um

controlo directo para apreender os acontecimentos, uma vez que estes acontecimentos estão sob alguma forma de controlo, tendo ele a convicção que pode interferir no resultado final dos mesmos. É neste patamar de compreensão do alcance pessoal que se estabelece o sentido da vida, e se consolida a componente manejabilidade do SOC.

Os constructos psicológicos inerentes ao controlo (eg, sentido de controlo, auto-eficácia), podem assim constituir importantes implicações para a saúde física e mental, nomeadamente para o controlo da dor. Um estudo com doentes com dor crónica na coluna vertebral revelou que o sentimento de perda de controlo relativamente a situações gerais e/ou específicas e o sentimento de desesperança são melhores preditores de elevados níveis de dor e de disfuncionalidade do que propriamente qualquer dos factores relacionados com a doença em si (Flor & Turk, 1988).

Os doentes com dor, que manifestam um locus de controlo interno, têm sido descritos pela literatura como menos deprimidos. Skevington (1983) refere que os doentes com dor crónica nas costas e crenças no acaso (locus de controlo externo) apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e *distress* perante a sua dor.

Deste modo, existe um suporte teórico que relaciona o locus de controlo interno com a adaptação positiva à dor. Strong, Ashton, Cramond e Chant (1990) referem que quanto maior o sentimento de controlo perante a dor dos doentes com dor crónica nas costas, menor é a frequência do seu relato acerca da interferência da dor na sua funcionalidade diária.

Segundo Crisson e Keefe (1988) as crenças que atribuem a dor ao acaso estão associadas à presença de *distress* psicológico, desamparo e à utilização de estratégias de coping com a dor como dispersão da atenção, fé e esperança, ou seja, a estratégias de coping passivas.

2.2.4 A PCV e as Crenças

As crenças definem-se como cognições ou pensamentos dos doentes acerca da sua dor.

As cognições (pensamentos, apreciações ou expectativas) de um indivíduo perante as suas capacidades para responder a um acontecimento têm impacto no seu modo de funcionamento de duas formas. Em primeiro lugar, as crenças acerca das implicações destes acontecimentos têm uma influência directa no humor. Pensamentos negativos que enfatizam as consequências de eventos catastróficos e/ou a própria inabilidade para controlar estas consequências, pressupõe-se que poderão conduzir à depressão (Beck, 1967; Ellis, 1962; Seligman, 1975 cit in Jensen et al, 1991). Em segundo lugar, acredita-

se que as apreciações do indivíduo influenciam indirectamente o seu ajustamento psicológico, através do impacto que provocam nas estratégias de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Do mesmo modo, o erro cognitivo, que se define como um pensamento negativo e distorcido acerca do próprio ou acerca de uma situação, teoricamente, influencia a gravidade e manutenção da depressão (Beck, 1967 cit in Jensen et al 1991). Estão aqui incluídas a catastrofização (interpretação exagerada de um evento como catastrófico), a personalização (responsabilização pessoal por eventos negativos) e a selectividade (atenção selectiva para os aspectos negativos de uma situação), que são descritas como estratégias de coping desadaptativas (Pincus, Burton, Vogel & Field, 2002).

Em doentes com dor crónica nas costas, a elevada frequência de distorções cognitivas tem sido consistentemente associada à sintomatologia depressiva (Keefe & Williams, 1990) e ao aumento da intensidade da dor relatada pelo doente (Flor & Turk, 1988). Inúmeros estudos têm revelado relações positivas e significativas entre as distorções cognitivas acerca da dor e a disfuncionalidade.

Os resultados publicados na literatura evidenciam o papel das cognições negativas no ajustamento perante a dor crónica. As mais sofisticadas análises sugerem que cada um destes pensamentos negativos pode predizer a longo prazo o ajustamento à dor crónica, pode mediar, parcialmente, a relação entre a gravidade da doença e o respectivo ajustamento, e contribui para a predição desse ajustamento.

Blalock, De Vellis e De Vellis (1989) concluíram que as crenças que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para a realização de actividades de rotina diária estão associadas positivamente com a auto-estima, com o afecto positivo e com a satisfação e negativamente com o auto-relato de sintomatologia depressiva.

2.2.5 A PCV e a Auto-Eficácia

A auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1982), que explica o comportamento humano em muitas situações de vida.

Bandura desenvolveu a teoria da auto-eficácia, considerando que o comportamento, assim como as suas possíveis alterações, são mediados principalmente por expectativas de eficácia pessoal, ou seja, pelas crenças que o indivíduo possui acerca das suas capacidades para atingir determinado nível de exigência inerente a uma tarefa.

Diariamente, muitos indivíduos são confrontados com situações sobre as quais possuem conhecimentos e dispõem de capacidades para lhes dar resposta. No entanto, não o fazem de modo eficaz. Quer isto dizer que a auto-eficácia percebida pelo sujeito

funciona independentemente das suas capacidades subjacentes (Scunk, 1984 cit in Nogueira & Mesquita, 1992). Assim, um rendimento adequado exige que o indivíduo seja possuidor de capacidades e acredite na sua habilidade para as utilizar eficazmente. Este julgamento acerca das suas capacidades vai influenciar os seus padrões de pensamento e reacções emocionais, durante as transacções com o meio (Bandura, 1982).

Council, Ahern, Follick e Kline (1988) referem que as expectativas de auto-eficácia podem mediar a relação entre as expectativas acerca da reabilitação e a funcionalidade, ou seja, as crenças dos doentes acerca da eficácia de uma actividade para a eliminação da dor poderão influenciar as suas crenças acerca da sua capacidade para se envolver nessa actividade, a qual influenciará a adopção de um novo comportamento.

A importância do conceito de avaliação da auto-eficácia reside no seu valor preditivo da acção. O indivíduo é mais influenciado pela avaliação que faz da sua performance do que pela performance em si.

O valor prático da auto-eficácia está na capacidade que esta tem de influenciar o comportamento. Mediante competências apropriadas e incentivos adequados, as expectativas de eficácia são o maior determinante da escolha de actividades dos indivíduos, da quantidade de esforço que despendem e do tempo que despendem para aguentar ou lidar com situações de stress.

Tem sido estudado um largo número de crenças acerca da dor. As crenças dos indivíduos em relação a “quanto conseguirão controlar a sua dor” são predictoras do recurso à medicação e dos níveis de actividade física (Astin, 2004). Como tal, a percepção da auto-eficácia mostra-se, então, como um importante factor cognitivo na tolerância e controlo da dor. Linton (2000 cit in Schultz et al 2004) refere que a pobreza da auto-percepção da saúde está fortemente relacionada com a dor crónica e com a disfuncionalidade.

Schultz et al (2004) afirmam ainda que nos doentes com PCV, a mudança da percepção da saúde, mais do que a mudança da percepção da disfuncionalidade, é o melhor e mais consistente predictor da recuperação.

De acordo com Bandura, o impacto da informação sobre as percepções de auto-eficácia depende da forma como é organizada cognitivamente. Neste sentido, a veracidade das avaliações feitas pelo sujeito são outro aspecto de grande importância.

Podemos assim verificar que a auto-eficácia partilha pressupostos teóricos comuns ao sentido interno de coerência. Ambos os constructos pressupõem que os

indivíduos que têm grande confiança nas suas capacidades encarem as tarefas difíceis como um desafio a ser ultrapassado e não como uma ameaça da qual têm que fugir.

Como tal, encarar as tarefas desta forma estimula o interesse e o envolvimento para a sua boa realização, aumentando o esforço do sujeito quando surgem os fracassos ou retrocessos. As potenciais situações de stress ou de ameaça são abordadas com a convicção de que se pode exercer algum poder sobre elas. Este modo de pensar/agir aumenta o nível de funcionamento cognitivo e de realização, reduzindo o stress e diminuindo a vulnerabilidade à psicopatologia (Pires, 1997).

Arnstein, Caudill, Mandle, Norris e Beasley (1999) investigaram a possível mediação da auto-eficácia entre a intensidade da dor, a disfuncionalidade e a depressão, em doentes com dor crónica, e concluíram que a auto-eficácia é um mediador do relacionamento entre a intensidade da dor e a disfuncionalidade.

Do mesmo modo, Dolce, Crocker, Moletteire e Doleys (1986) e Council et al (1988), em investigações com objectivos semelhantes, concluíram que elevados níveis de auto-eficácia estão associados a baixos níveis de disfuncionalidade.

3. A Personalidade Tipo D

De acordo com Schultz et al (2004), existem mais de 2000 artigos publicados que visam a identificação dos preditores da disfuncionalidade proveniente da PCV. Inicialmente, contabilizavam-se apenas os preditores de origem biomédica. Concluída a sua insuficiência, desenvolveram-se, então, os modelos bio-psico-sociais, que resultaram da conjugação das correntes tradicionais das vertentes psicopatológicas, cognitivistas, dos modelos do stress e da adaptação humana, dando origem à investigação de uma possível personalidade predisponível ou de factores de ordem psicopatológica, preditores da disfuncionalidade.

Na última década, foi visível a renovação do interesse no papel da personalidade na saúde e na doença. A personalidade reporta-se a uma complexa organização de traços. Estes traços reflectem consistências num nível afectivo geral e comportamental dos indivíduos. Consequentemente, a personalidade é concebida como um complexo sistema de estruturas e processos que estão na base desta consistência do afecto e do comportamento humano.

O constructo Personalidade Tipo D, também denominado por “*Distressed Personality*”, foi desenvolvido por Denollet (1998) no contexto da patologia cardíaca. De acordo com o autor, não existem publicações que confirmem a sua utilização e/ou adaptação a qualquer outro tipo de patologia.

Trata-se de um conceito que derivou das teorias já existentes de personalidade e da evidência empírica. A sua taxonomia baseia-se em dois traços amplos e estáveis: afectividade negativa e inibição social.

A afectividade negativa caracteriza-se pela tendência para vivenciar, de forma acrescida, emoções negativas ao longo do tempo e das diferentes situações. Associa-se frequentemente com o neuroticismo. Os indivíduos com afectividade negativa parecem procurar permanentemente sinais reveladores de problemas e impedimentos. A afectividade negativa tem sido associada a uma maior exposição e reactividade a eventos stressantes e a apreciações mais negativas de stressores interpessoais.

A inibição social refere-se à tendência para inibir a expressão destas emoções negativas nas interacções sociais. Indivíduos com elevados níveis de inibição social sentem-se muito frequentemente inibidos, tensos e inseguros quando estão na presença de outros. Este conceito está muitas vezes associado à fuga de potenciais “perigos” inerentes à interacção social, tais como desaprovações ou ingratidões de outros.

O delineamento de sub-tipos de personalidade procura auxiliar na identificação de grupos de doentes que apresentam um conjunto de características relevantes para o seu prognóstico e tratamento

Do ponto de vista clínico, os doentes com esta tipologia de personalidade tendem para uma excessiva preocupação com tudo o que os rodeia, têm uma perspectiva de vida muito melancólica e sentem-se muito frequentemente tensos e infelizes. Irritam-se com grande facilidade e dificilmente experienciam estados de humor positivos e agradáveis. Por outro lado, partilham com grande dificuldade estas emoções negativas com outras pessoas por medo da rejeição ou desaprovação.

Estamos perante indivíduos que mantêm poucos laços afectivos com outros e que se sentem desconfortáveis com a presença de estranhos.

Podemos afirmar que se trata de um constructo que mede emoções negativas. No entanto, de acordo com Denollet (2003), é a soma dos efeitos da tendência para experienciar emoções negativas com a inibição da auto-expressão destas emoções, mais do que as emoções negativas *per se*, que tem um efeito devastador para a saúde. A forma como estes indivíduos se relacionam com as emoções difere das outras estratégias de

coping, entre elas a negação e o recalçamento. O recalçamento pressupõe fraco *distress* e a exclusão inconsciente das emoções negativas do consciente, enquanto a personalidade tipo D pressupõe elevado *distress* interpessoal com uma tentativa consciente para suprimir estas emoções.

De acordo com Denollet (2003), a Personalidade Tipo D tem sido frequentemente associada a inúmeros distúrbios emocionais e sociais, entre eles sintomatologia depressiva, grande tensão, irritabilidade, pessimismo, fraco suporte social e reduzido sentimento de bem-estar. É notável nos doentes com personalidade tipo D o seu absentismo nas emoções positivas, associado ao baixo afecto positivo, baixo nível de auto-estima e geral insatisfação com a vida.

Sintomas como cansaço e exaustão surgem também com maior frequência em doentes com esta tipologia de personalidade. A exaustão é um estado mental que se define por extremo cansaço, irritabilidade crescente e desmoralização.

Estas dificuldades experienciadas por doentes com esta tipologia de personalidade não se limitam apenas ao *distress* psicológico. Abrangem, de igual modo, comportamentos e sintomas, entre eles a utilização recorrente de benzodiazepinas, queixas persistentes de dor no peito e absentismo do local de trabalho.

Dado este constructo ter sido desenvolvido e adaptado para a patologia cardíaca, o autor (Denollet), após contacto pessoal, afirmou desconhecer qualquer estudo da sua aplicabilidade à patologia na coluna vertebral, facto que confirma e suporta a inexistência de citações a este respeito no respectivo enquadramento teórico. Como tal, procedemos à pesquisa da literatura existente acerca das pesquisas efectuadas contemplando a personalidade e factores de risco para a cronicidade da PCV.

Grande parte dos autores estão em consenso quando identificam características de ordem psicológica como sendo factores de risco para a manutenção da dor na PCV, mesmo após procedimentos cirúrgicos que visam a sua eliminação. Pincus et al (2002), após uma revisão de literatura exaustiva, referiram como conclusão mais consistente que seria o *distress* o preditor mais significativo de uma recuperação mal sucedida, sendo um constructo independente dos factores clínicos, tais como a dor e a funcionalidade inicial. Os mesmos autores, apontam ainda a somatização e factores cognitivos, como a catastrofização, também como preditores de uma recuperação mal sucedida.

Do mesmo modo, Kuch (2001) apontou como preditores de uma recuperação bem sucedida variáveis cognitivas, estratégias de coping, humor, ansiedade e características de personalidade. Na mesma publicação, o autor cita Manninen et al (1997), que refere uma

vez mais o *distress* como melhor preditor da manutenção da disfuncionalidade decorrente da PCV.

Podemos assim resumir os conhecimentos actuais que associam a PCV com factores de ordem psicológica de acordo com a sistematização efectuada por Pincus, Vlaeyen, Kendall, Von Korff e Kalauokalani (2002). Os autores referem cinco pressupostos para esta relação:

1. Enfraquecimento, disfuncionalidade e dor estão conceptualmente relacionados, mas são distintos;
2. O enfraquecimento (como a patologia degenerativa do disco intervertebral) não é causado por factores de ordem psicológica, contudo a percepção da dor é sempre subjectiva e influenciada de imediato por estes factores;
3. O relato da doença e da dor, e a procura dos cuidados de saúde, são geralmente mediados pela complexa relação clínica e respectivas crenças e por outros factores psicossociais;
4. A disfuncionalidade, incluindo o absentismo ao trabalho e a redução das actividades, são muito frequentemente influenciados por inúmeros factores psicossociais. Estes factores incluem as atitudes e crenças mantidas pelo doente, comportamento, diagnóstico e postura do clínico responsável, emoções, tais como medo ou humor depressivo, comportamento dos membros da família, tais como cônjuge extremamente invasivo, e factores profissionais;
5. A presença de uma patologia muito específica não subestima a importância dos factores psicossociais.

De um modo geral, os mesmos autores incluem nos factores psicossociais os factores psicológicos tais como as atitudes (catastrofização), crenças (medo), estado de humor (ansiedade e depressão), factores sociais, tais como a família (suporte social), e situação profissional (satisfação com o trabalho). Todos estes factores interagem com o comportamento (necessidade de cuidados, permanência no leito). O medo específico da dor ou da doença, surge como sendo mais desestabilizador do que a própria dor. Muitos estudos referem que o relato do medo da dor é um dos melhores preditores da condição física observável e está significativamente correlacionado com a disfuncionalidade relatada.

A personalidade também está presente nos factores de risco que contribuem para a manutenção e cronicidade da PCV. De acordo com Marras, Davis, Heaney, Maronitis e Allread (2000), diferentes tipos de personalidade respondem ao *stress* psicossocial de formas muito diferentes. Indivíduos introvertidos parecem reagir intensamente ao *stress* psicossocial, com um acréscimo da compressão muscular normal e consequente aumento do esforço físico. Uma característica do indivíduo introvertido é a sua tendência para interiorizar os seus pensamentos e sentimentos.

No mesmo sentido, Hagg, Fritzell, Ekselius e Nordwall (2003) apontam traços de personalidade medidos através das sub-escalas do MMPI, tais como o hipocôndrismo e a histeria, como estando associados a uma recuperação da funcionalidade mal sucedida após cirurgia. Uma vez mais, também estes autores referem o *distress* psicológico, traços de personalidade com estratégias de *coping* não adaptativas, longa duração da dor e longa duração da doença como factores preditores de uma má recuperação.

Como resultado mais significativo desta investigação, Hagg et al (2003) apontam traços de personalidade, nomeadamente o neuroticismo, como sendo um preditor muito significativo de uma recuperação cirúrgica desfavorável. A estrutura de personalidade neurótica, de acordo com a Karolinska Scales of Personality, prediz uma fraca melhoria após a cirurgia, medida e confirmada quer através da auto-avaliação do doente, como através do Oswestry Disability Index (instrumento para avaliar a funcionalidade). Hagg et al (2003) referem a possibilidade de existirem traços de personalidade comuns à população com PCV.

Schwarzer (1994) refere que o optimismo tem um impacto benéfico na saúde e na recuperação após cirurgia. Falamos assim das expectativas positivas relativamente ao futuro. O nível de optimismo de cada indivíduo é estável ao longo do tempo e está associado com o bem-estar psicológico. De acordo com o autor, os preditores da satisfação dos doentes após cirurgia à coluna vertebral prendem-se com as expectativas pré-operatórias de que terão um período de recuperação breve. A ansiedade relacionada com a dor, o neuroticismo, o pessimismo, estratégias de coping pouco operantes e o desincentivo para a recuperação são aspectos referidos pelo autor que contribuem para a manutenção dos sintomas disfuncionais relatados pelo doente.

Como tal, verificando assim a presença de factores de ordem psicológica, que influenciam o relato da sintomatologia sentida pelo doente quer antes, como após a cirurgia, o mesmo se observa na percepção do sucesso dos procedimentos cirúrgicos. A cirurgia que visa a eliminação da sintomatologia tem obrigatoriamente que (re)considerar

os seus objectivos e adaptá-los às características individuais do doente. Mannion et al (2001) apelam para a importância não apenas da identificação de todos estes factores isoladamente mas também para a sua combinação e respectivas consequências para a (dis)funcionalidade.

4. O Sentido Interno de Coerência

Citando Nunes (1999), do nascimento até à velhice, a existência humana é confrontada com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências determinantes no seu bem-estar psíquico, físico e social. Perante o mesmo acontecimento, os indivíduos são afectados diferentemente, dependendo isso das suas variadas componentes intrínsecas e extrínsecas. Partindo desta realidade, surge o conceito Sentido Interno de Coerência, que exprime uma característica intrínseca própria a todos os indivíduos, mas, porque diferente de indivíduo para indivíduo, constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com os stressores.

A dor persistente é um dos stressores que constituem um grande desafio para cada pessoa. O modo de lidar com situações de stress (como a cirurgia) tem sido definido de diferentes maneiras pelos investigadores; várias correntes focalizam aspectos cognitivos e de personalidade, outros salientam aspectos comportamentais.

É com Antonovsky (1984) que surge um novo paradigma, criando um novo modelo – o modelo Salutogénico, que ajuda a repensar a saúde e o stress fora do determinismo bio-médico. Propõe uma característica pessoal, o sentido interno de coerência, como elemento influenciador das estratégias usadas face aos acontecimentos originadores de stress, tanto a nível da saúde física como mental. Sendo o SOC um instrumento de ponderação que entra em linha de conta simultaneamente com vários aspectos da pessoa humana (afectividade, redes formais e informais de apoio social, aspectos cognitivos e informacionais) revela-se promissor quanto à sua capacidade auxiliadora no completar de um quadro de diagnóstico que oriente o profissional de saúde nos cuidados a prestar. Esta avaliação determina a capacidade de domínio das incoerências e acontecimentos de vida.

Deste modo, os sujeitos com um SOC elevado podem revelar-se menos atingidos comportamental / emotivamente, psicológica e psicossomaticamente pelos efeitos dos stressores aos quais estão sujeitos. Sendo que o conceito de Antonovsky envolve a

hipótese de que um alto SOC aproxima o indivíduo no contínuo disfuncionalidade / funcionalidade do polo de máxima funcionalidade, uma permanente variação no sentido de um baixo SOC está relacionado com os indicadores reveladores de uma gestão precária da saúde.

A teoria do stress está associada à teoria dos acontecimentos de vida, que analisa os diferentes efeitos que os stressores provocam nos indivíduos. De acordo com Nunes (1999), estes são responsáveis pelo desencadear de respostas que transportam em si elementos prejudiciais ou favoráveis à promoção da saúde dos indivíduos.

Verificou-se, então, na última década, um distanciamento relativamente ao estudo das relações directas existentes entre os acontecimentos de vida e a doença, no que diz respeito ao estudo das variáveis que influenciam a força e a direcção da relação que existe entre o stress e a saúde. Estas variáveis preventivas e auto-reguladoras passaram assim a ser designadas por *moderadores de stress, recursos ou variáveis tampão* (são exemplos disso o optimismo, o locus de controlo, a personalidade ou o sentido de humor), incluindo alguns autores o SOC neste grupo (Korotkov, 1994; Carmel, 1991 cit in Nunes, 1999).

Consciente do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos que constituem, pela sua condição, a maior parte dos habitantes da terra, Antonovsky pesquisou aqueles que são atingidos pela pobreza e pela marginalização e salientou esta capacidade que manifestavam estes indivíduos de encontrar *coerência interna* na sua vida a despeito das perdas às quais tinham estado sujeitos, chegando assim à conclusão, por um lado, da omnipresença dos agentes stressores na condição humana, e à sua inevitável consequência destruidora. Por outro lado, assiste-se à capacidade de resistência dos indivíduos envolvidos nessas experiências.

A pergunta que se impõe é a da compreensão que sustenta a sobrevivência do ser humano, bem como saber onde encontrar a força e a capacidade de sobrevivência (Antonovsky, 1979). Esta inquirição levou Antonovsky à definição dos *recursos generalizados de resistência* (RGR). Tratam-se de fenómenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da acção, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo / negativo da sua acção (Antonovsky, 1987).

Os RGR, ao facilitarem a gestão dos stressores que atingem o indivíduo, articulam o *sentido* da sua existência, ao longo da qual esta experiência repetida de *sentido* dos acontecimentos conduz ao desenvolvimento do SOC (forte). O SOC recolhe

componentes da percepção, da memória, do processamento de informação e seu efeito, em padrões regulares de apreciação, baseados na repetição.

Traduzida num repertório de comportamentos concretos, construída a partir de experiências de sucesso relacionadas com variadíssimas situações, a existência dos indivíduos manifesta-se então com uma maior ou menor capacidade de compreensão, de gestão e de investimento.

Os RGR, bem como os recursos específicos de resistência (RER), estão só potencialmente disponíveis; cabe ao indivíduo activá-los face aos stressores e patógenos. Os indivíduos diferem no modo e na quantidade de transformação quinética do potencial que têm em acção, sendo o nível de SOC o elemento diferenciador: pessoas com um forte SOC estarão mais aptas a manifestar capacidade para explorar os recursos de que dispõem. Como exemplo, Antonovsky menciona que o dinheiro só é útil quando o gastamos; os amigos, são úteis quando são parte da nossa vida e com quem se comunica.

São estas experiências específicas da vida, às quais Antonovsky chama *recursos generalizados de resistência*, que determinam o SOC (Antonovsky, 1987).

Para Antonovsky, a antítese saúde / doença deve ser entendida não numa dicotomia de lugares marcados, mas como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncional / funcional. É proposto, no lugar do modelo homeostático de saúde de paradigma patogénico (baseado na busca dos factores que conduzem à doença), um modelo no qual são procurados os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde – com a saúde que tem, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim, em vez de elementos distintos, a saúde e a doença são integradas num contínuo disfuncionalidade / funcionalidade máxima no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos (Antonovsky, 1987).

São então colocadas em evidência as predisposições do indivíduo (hereditárias, sociais) que, associadas aos RGR, são responsáveis pela regulação face às perturbações patogénicas que levam os indivíduos à situação de doença e morte.

Deste modo, passa-se de um modelo imunológico, microbiológico, em que os agentes patogénicos são combatidos pela defesa orgânica interna ou pela imunologia extrínseca, para o modelo salutogénico.

A conceptualização de Antonovsky (1987), que constitui o seu modelo de saúde positiva – salutogénico- pode resumir-se em seis pontos:

- 1) As pessoas não devem ser classificadas simplisticamente como doentes ou saudáveis, mas consideradas num contínuo de dois pólos: funcional – (dis)funcional;
- 2) A etiologia da doença só por si é enganosa, e há que atender à história total do indivíduo incluindo a da própria doença;
- 3) Em vez de perguntarmos pelas causas da doença, devemos interrogar-nos sobre os factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no contínuo funcional – (dis)funcional;
- 4) Os factores ansiogénicos na vida corrente (stressores) podem ser reduzidos mas não podem ser eliminados. Deve tentar-se compreender porque os factores ansiogénicos podem ser mesmo salutareis;
- 5) Devem procurar-se as fontes de entropia negativa que facilitam a adaptação do organismo ao meio;
- 6) Devem investigar-se os factores presentes nos casos desviantes.

Para Antonovsky, citando Geada (1990), o posicionamento de cada indivíduo no contínuo funcional – (dis)funcional seria determinado pela organização a nível interno de um hipotética estrutura cognitivo-emocional-social, a que dá o nome de *the sense of coherence* (sentido interno de coerência), que seria desenvolvida ao longo da experiência existencial do indivíduo. Para chegar ao seu conceito, Antonovsky reviu extensa literatura em diversas áreas, desde a sociologia e antropologia cultural, desenvolvimento infantil, investigações sobre stress e medicina comportamental.

Este *sentido interno de coerência* (SOC) é definido por Antonovsky como uma orientação global que expressa a medida em que o indivíduo:

- (1) possui um persistente, mas dinâmico, sentimento de confiança de que os estímulos emanados dos meios interno ou externo são estruturados, predictíveis e explicáveis;
- (2) existem ao alcance do indivíduo recursos para satisfazer as exigências postas por esses estímulos;
- (3) essas exigências são desafios, merecedores do investimento e empenho do indivíduo.

O sentido interno de coerência de carácter marcadamente cognitivo, afectivo e informacional constituiria, então, uma construção ordenada e significativa da realidade, desenvolvida pelo indivíduo através da sua experiência de vida total.

A elaboração teórica deste conceito deu origem a três componentes, a que Antonovsky denominou:

- 1) *compreensibilidade*;
- 2) *maneabilidade*;
- 3) *significabilidade*.

A *compreensibilidade* é definida como a medida em que o indivíduo percepção os estímulos do meio interno ou externo como constituindo informação ordenada, consistente, estruturada e clara. De acordo com Geada (1990), importa notar que isto não se deve confundir com a desejabilidade dos estímulos.

A *maneabilidade* corresponderia à percepção que o indivíduo tem dos recursos pessoais ou sociais ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto sentido de maneabilidade possui o indivíduo, menos se vê vitimizado pelos acontecimentos e menos sente que tenha sido tratado injustamente pela vida.

A *significabilidade* seria a medida em que o indivíduo sente que globalmente a vida “faz sentido” e que portanto alguns dos problemas que esta pressupõe são merecedores do seu investimento de energia e do seu compromisso. No entanto, isto não significa que um indivíduo com alto sentido de significabilidade se sinta feliz com a perda de um ente querido, ou com a necessidade de passar por uma intervenção cirúrgica. Quer portanto dizer que quando essas experiências acontecem, o indivíduo aceita o desafio e procura encontrar um sentido para essas experiências, dando o seu melhor para as superar com dignidade (Antonovsky, 1984).

Como evolui e se estrutura este sentido interno de coerência é ainda uma questão em aberto. Antonovsky sugere que é a repetição de determinadas experiências de vida que possibilita que o indivíduo estruture esse «sentido interno de coerência».

Completando este quadro teórico no qual se conceptualiza o SOC como resultado de uma inter-relação dinâmica de três componentes – *compreensibilidade*, *maneabilidade* e *significabilidade* – podendo cada um assumir dois níveis (alto / baixo), Antonovsky refere a possível existência teórica de oito tipos de SOC a que corresponderiam estruturas preditivamente diferentes. No entanto, de acordo com o autor, embora todos os componentes do SOC sejam igualmente necessários, parece contudo que a

significabilidade desempenha teoricamente um papel central. Nos oito tipos possíveis, esta seria a componente motivacional na inter-relação dinâmica do sentido interno de coerência.

Ristner, Andersson, Johansson, Johansson e Ponzer (2000) investigaram a possível relação entre o SOC, a perda de controlo e a recuperação da funcionalidade após doença ortopédica moderada e concluíram que a funcionalidade está positivamente relacionada com elevados níveis de SOC, de controlo e com a ausência de depressão. Este constructo está também relacionado com os efeitos psicossociais nos problemas de saúde e pode ser considerado como um mediador entre a disfuncionalidade e o *handicap* (Schnyder, Buchi, Morgeli, Sensky & Klaghofer, 1999). De acordo com estes autores, perante um determinado nível de disfuncionalidade, é esperado que doentes com elevados níveis de SOC se movimentem em direcção à saúde e, deste modo, se afastem mais do *handicap* do que os doentes com baixo SOC. Num estudo de follow-up com doentes submetidos à cirurgia na coluna vertebral, os autores concluíram que o SOC apresentava correlações com a (dis)funcionalidade cinco anos após a cirurgia. Referem ainda que a escala que avalia o SOC parece permitir uma possível explicação acerca da capacidade para responder perante a disfuncionalidade e a dor associadas à patologia na coluna vertebral (Santavirta et al, 1996). Do mesmo modo, Cederblad et al (1996 cit in Ristner et al 2000) referem que a capacidade para a resolução de problemas, o suporte social e o SOC estão associados com a saúde mental positiva. Indivíduos com baixo SOC tendem para experienciar maiores níveis de *distress* e irritabilidade quando confrontados com stressores (Antonovsky & Sagy, 1986 cit in Wolff & Ratner, 1999).

5. O Afecto Positivo

Em muitos estudos que visam a avaliação da saúde, solicita-se aos inquiridos uma apreciação global acerca da sua saúde. A auto-avaliação da saúde é um importante preditor dos índices de mortalidade, morbilidade, capacidade funcional, recurso aos cuidados de saúde e hospitalização, recuperação do estado de doença, entre outros.

Os resultados publicados evidenciam a relação entre a auto-avaliação da saúde, medidas de saúde física e funcionalidade e medidas psicossociais. Revelam também a importância de medidas positivas de saúde relativamente à saúde mental e física actuais e percebidas. Num estudo recente com doentes, a ausência de afecto positivo, e não o nível

de afecto negativo, diferenciou a depressão major da minor (Lawton, Parmelee, Katz & Nesselroade, 1996). Estes autores (Benyamini, Idler, Leventhal & Leventhal, 2000) concluíram que indicadores positivos de saúde são grandes preditores da auto-avaliação da saúde actual e futura dos indivíduos. Estes indicadores incluem o bom funcionamento físico e social (exercício, actividade, trabalho, suporte social) e o bom funcionamento psicológico (afecto positivo).

De acordo com Fisher, Snih, Ostir e Goodwin (2004), o Afecto Positivo implica o sentimento de bem-estar emocional e uma atitude optimista perante a vida. Elevado afecto positivo reflecte um relacionamento emocional que o indivíduo estabelece com o seu meio ambiente, exprimindo sentimentos como felicidade, satisfação pessoal, optimismo e ânimo.

As medidas de afecto positivo e afecto negativo têm sido alvo de estudo e são vários os autores que referem a sua independência e correlação com diferentes características pessoais.

Indivíduos com um humor positivo integram-se mais facilmente nas relações sociais, são mais optimistas acerca do seu futuro, respondem com sucesso a situações stressantes e sentem que controlam as suas vidas (Ryff & Singer, 1996).

Citando Wood, Heimpel e Michela (2003), os seres humanos querem experienciar afecto positivo. Lutam pela felicidade e tentam manter estes sentimentos prazerosos ao longo do tempo.

Contrariamente a estas convenções tradicionais, contudo, supõe-se que nem todos os indivíduos apresentam esta motivação para manter estes sentimentos agradáveis ao mesmo nível. Como tal, inúmeros estudos foram direccionados para perceberem como é que as pessoas respondem a eventos negativos e como regulam o afecto negativo, deixando-se um pouco para trás o afecto positivo e a sua regulação.

Os investigadores começaram então a reconhecer a importância das emoções positivas, concluindo-se que estas não se limitam apenas ao “sentir-se bem”. O afecto positivo parece beneficiar o pensamento criativo e estratégias eficientes para a resolução de problemas, realça a auto-regulação, promove estratégias sociais como a cooperação e contribui para a saúde física (Fredrickson, 1998).

Numa das raras investigações acerca da regulação do afecto positivo, Langston (1994) comprovou que a expressão dos sentimentos após um evento positivo, tal como partilhar o evento com outros, reforça o impacto positivo desse evento.

Na investigação conduzida por Wood et al (2003), os autores averiguaram que factores poderiam interferir com a tendência que alguns indivíduos apresentam para diminuir o afecto positivo. Concluíram que este decréscimo poderá associar-se à baixa auto-estima. Indivíduos com baixa auto-estima estão mais frequentemente tristes. Os autores desta investigação referem que estes indivíduos com baixa auto-estima estabelecem um limite para as suas emoções mais baixo do que os indivíduos com elevada auto-estima, que associam o afecto positivo às suas características próprias. As razões apresentadas pelos autores para esta associação entre as variáveis deve-se à sua associação a variáveis de personalidade. A ideia típica que se prende com estas diferenças na auto-estima resume-se às diferenças na afectividade positiva; elevada auto-estima reflecte elevada afectividade positiva.

Os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão surgem associados ao afecto – Extroversão associado ao afecto positivo; Neuroticismo associado ao afecto negativo e negativamente correlacionado com a tendência para o reparar (Diener & Lucas, 1999).

A investigação realizada por Wood et al (2003) representa um grande contributo para o estudo da regulação do afecto. As suas conclusões suportam as evidências de que existem diferenças individuais nesta regulação. A extroversão, o neuroticismo e a auto-estima surgem como importantes preditores para a regulação do afecto. Os autores alertam também para a importância de se proceder ao estudo separado do afecto positivo e do afecto negativo.

Vários estudos referem que o aumento do afecto positivo diminui o risco de adoecer subitamente, diminui a incidência de doenças coronárias e diminui a disfuncionalidade (Fisher et al, 2004). Estes autores, com a sua investigação, pretendiam estudar a relação entre o afecto positivo e subsequente disfuncionalidade no desempenho das actividades diárias numa população mexicana com artrite reumatóide. Concluíram que elevados níveis de afecto positivo estão associados à diminuição da incidência desta disfuncionalidade diária, mesmo após dois anos após da primeira avaliação, confirmando estes resultados através da observação directa destes doentes. Indivíduos com elevado afecto positivo tendem para manter estilos de vida mais saudáveis e apresentam melhor adesão aos tratamentos propostos. Em segundo lugar, os autores referem que o afecto positivo poderá ser uma medida de resiliência dos indivíduos perante o stress e da capacidade para responder a estas situações stressantes. Em terceiro lugar, indivíduos

com elevado afecto positivo estarão mais aptos para responder aos stressores físicos ou ambientais, garantindo assim a manutenção da homeostase fisiológica.

Do mesmo modo, Bothmer e Fridlund (2003), com o objectivo de estudarem a relação entre a auto-avaliação da saúde, o sentido interno de coerência e outras variáveis de personalidade de um grupo de estudantes, concluíram que o SOC apresenta correlações significativas com o afecto positivo e com o optimismo, referindo que as emoções positivas parecem associar-se à saúde e sua manutenção.

As emoções positivas, de acordo com Harker e Keltner (2001), conduzem os indivíduos à descoberta de novas conexões entre as ideias, à integração e organização da informação e ao aparecimento de novas soluções para os problemas. Segundo os autores, as emoções positivas promovem a prontidão dos sujeitos para a sua envolvimento em diferentes actividades. Por exemplo, a alegria e a felicidade inclinam os indivíduos para a interacção e convívio; o interesse motiva-os para a exploração do meio que os envolve. Deste modo, os indivíduos induzidos para o sentimento de emoções positivas revelam maior interesse no envolvimento e participação em actividades sociais, de entretenimento e físicas. Apresentam-se também mais disponíveis para iniciar diálogos com outros indivíduos.

Em resumo, Harker e Keltner (2001) referem que as emoções positivas alimentam o pensamento criativo, motivam os indivíduos para o seu envolvimento em actividades que promovem as suas qualidades pessoais (“personal skills”), prestam auxílio na recuperação das emoções negativas e potenciam os laços sociais. Assim, a experiência e expressão repetidas de emoções positivas ajudarão na construção dos recursos intelectuais, sociais e físicos dos indivíduos e desenvolvem relacionamentos satisfatórios e duradouros com os outros.

De acordo com a literatura publicada, o afecto positivo está relacionado com várias características, cuja associação com a saúde e com a prevenção da cronicidade está comprovada. Segundo Ostir, Markides, Peek e Goodwin (2001), indivíduos que apresentam elevados níveis de afecto positivo mais facilmente praticam exercício físico, mantêm um estilo de vida saudável e aderem à terapêutica clínica.

Questões de Investigação

Como pudemos verificar através da revisão de literatura efectuada, existem inúmeras variáveis psicológicas associadas à patologia na coluna vertebral, o que comprova que estamos perante uma preocupação mundial. No entanto, quando passamos para a realidade nacional, é visível a enorme lacuna na publicação de estudos que tenham como objectivo primordial caracterizar os doentes com patologia na coluna vertebral.

Como tal, parece-nos oportuno aprofundar os nossos conhecimentos nesta área, tendo como ponto de partida as seguintes questões de investigação:

1 - Será que existem diferenças significativas entre os doentes com patologia na coluna vertebral e os indivíduos sem patologia na coluna vertebral no que diz respeito à personalidade Tipo D, sentido interno de coerência e afecto positivo?

2 - Será que estes constructos apresentam uma relação significativa com a recuperação da funcionalidade e o regresso à vida activa?

Método

2 - Método

Participantes

Participaram nesta investigação 110 indivíduos, sub-divididos em dois grupos: doentes operados à coluna vertebral há pelo menos oito meses (n=55) no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar de Torres Vedras (grupo 1 - estudo), e indivíduos sem patologia na coluna vertebral (n=55), com características socio-demográficas muito semelhantes (grupo 2 – comparação), para obtermos grupos emparelhados e podermos descrever a população com patologia.

Seleccção dos Participantes

Primeiramente, recolhemos a informação do grupo de estudo e em seguida a do grupo de comparação, de acordo com a seguinte metodologia:

A – Depois de consultarmos os registos dos doentes que foram operados à coluna vertebral, procedemos ao levantamento dos procedimentos cirúrgicos utilizados para cada doente, seleccionando apenas os que satisfaziam os critérios inicialmente delineados.

B - Seleccionámos os doentes respeitando três critérios:

1 – Tipo de Cirurgia. Apenas participaram doentes com cirurgia à coluna vertebral que pressupõe a utilização das seguintes técnicas cirúrgicas, indicados para o tratamento da lesão discal:

- Dynesis;
- Prótese de Disco (PD);
- Dynesis + PD;
- Dynesis + Artrodése;
- Dynesis + Discectomia.

Dadas as dificuldades de operacionalização dos constructos teóricos, consequência da relativa influência de factores como idade/processos degenerativos, motivação, tolerância/controlo da dor, entre outros, mostram-

se necessárias algumas certezas visíveis no que remete para a presença de patologia física, na qual se insere a doença degenerativa do disco intervertebral.

Foi seleccionado apenas este tipo de lesão para que pudessemos garantir a confirmação radiográfica da existência real de patologia física, ficando assim assegurada a certeza ortopédica acerca da presença de lesão.

2 – Tempo de Cirurgia. Os doentes participantes foram operados há pelo menos oito meses, que corresponde ao intervalo de tempo que ortopedicamente se considera suficiente para, em situações normativas, a recuperação total da funcionalidade física e regresso à vida activa.

3 – Ausência de psicopatologia diagnosticada.

C - Os doentes foram convocados pelo Hospital via correio, durante os meses de Março e Abril de 2004, após aprovação da Comissão de Ética deste Hospital. Preencheram os questionários em grupos de seis doentes, na presença da psicóloga do serviço de Ortopedia, após esclarecimento das instruções e objectivos do preenchimento. (Explicámos aos doentes que se trataria de uma avaliação global dos doentes com cirurgia à coluna vertebral, com o objectivo de verificarmos a eficácia e contributo da cirurgia para o regresso às suas actividades diárias).

D – Das 64 convocatórias efectuadas, apresentaram-se no hospital 55 doentes cujas características satisfaziam os critérios necessários para a sua participação.

O grupo de comparação foi recolhido posteriormente. Trata-se de uma amostra de conveniência, com características socio-demográficas muito semelhantes às do primeiro grupo, para assim procedermos ao seu emparelhamento.

Deste modo, foram seleccionados para o grupo de estudo 55 doentes com cirurgia à coluna vertebral e para o grupo de comparação 55 indivíduos sem patologia na coluna vertebral.

Através do questionário de identificação foi possível aceder às características socio-demográficas mais relevantes para a amostra, que são apresentadas nos seguintes quadros:

Quadro 1 – Distribuição da amostra por **Género**

Género			
	Masculino	Feminino	Total
Grupo Estudo	16	39	55
Grupo Comparação	16	39	55
<u>N</u>	32	78	110

No grupo de estudo, participaram doentes maioritariamente do **sexo feminino**. O segundo grupo apresentou, propositadamente, as mesmas características quanto ao género.

Quadro 2 – Distribuição da amostra por **Idade**

Idade							<u>M</u>
	25-30	31-40	41-50	51-60	61-72	Total	
Grupo Estudo	3	17	18	12	5	55	45,8
Grupo Comparação	3	18	19	11	4	55	45,1
<u>N</u>	6	35	37	23	9	110	45,4

As idades dos participantes situaram-se entre os 25 e os 72 anos. Em ambos os grupos, os participantes apresentaram maioritariamente idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos de idade, sendo a **média de idades do grupo de estudo 45,8 anos** e a do **grupo de comparação 45,1 anos**.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por **Escolaridade**

Escolaridade						
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	10º-12º	Ensino Superior	Total
Grupo Estudo	31	16	4	2	2	55
Grupo Comparação	31	16	4	2	2	55
<u>N</u>	62	32	8	4	4	110

Ambos os grupos apresentam maioritariamente **baixa escolaridade**. A maioria dos participantes tem um nível de ensino correspondente ao 1º ciclo.

Quadro 4 – Distribuição da amostra por **Estado Civil**

Estado Civil					
	Casado	Solteiro	Divorciado	Viúvo	Total
Grupo Estudo	49	0	3	3	55
Grupo Comparação	51	1	3	0	55
<u>N</u>	100	1	6	3	110

Os indivíduos participantes em ambos os grupos são maioritariamente **casados**.

Quadro 5 – Distribuição da amostra por **Situação Profissional**

Situação Profissional				
	Activo	Desempregado	Reformado	Total
Grupo Estudo	32	15	8	55
Grupo Comparação	50	1	4	55
<u>N</u>	82	16	12	110

Em ambos os grupos, os indivíduos encontram-se **activos** no desempenho da sua profissão.

Apenas para o Grupo de Estudo

Quadro 6 – Tempo de cirurgia

Tempo Médio Cirurgia (meses)	
	<u>M</u>
Grupo Estudo	15,9

Os participantes no grupo de estudo apresentam uma média de **15,9 meses**, que corresponde ao **intervalo de tempo decorrido após a sua cirurgia até à actualidade**.

Quadro 7 – Distribuição do grupo de estudo por **Cirurgia Anterior**

Cirurgia Anterior			
	Sim	Não	Total
Grupo Estudo	38	17	55
<u>N</u>	38	17	55

A maioria dos doentes **foi submetida a outras intervenções cirúrgicas**, não contabilizando cirurgias prévias à coluna vertebral.

Quadro 8 – Distribuição do grupo de estudo por **Tipo de Cirurgia**

Tipo de Cirurgia						
	Dynesis	Prótese Disco	Dynesis + Prótese Disco	Dynesis + Artrodése	Dynesis + Discectomia	Total
Grupo Estudo	25	11	8	2	9	55
<u>N</u>	25	11	8	2	9	55

A técnica cirúrgica utilizada com maior frequência para o **tratamento** dos doentes foi a estabilização dinâmica (**Dynesis**).

Podemos, assim, caracterizar resumidamente a nossa amostra, na sua maioria, do seguinte modo:

- **Ambos os grupos** caracterizam-se maioritariamente por:

- Sexo feminino;
- Média de idade – 45,4 anos;
- Baixa escolaridade;
- Estado civil – casados
- Activos no desempenho da sua profissão;

- **O grupo de estudo** apresenta:

- Um intervalo médio de 15,9 meses que decorreu desde a cirurgia até à actualidade;
- Cirurgia anterior, excluindo outras cirurgias à coluna vertebral;
- Dynesis como técnica cirúrgica utilizada para tratamento.

Os dados sociodemográficos da nossa amostra estão em concordância com a literatura publicada, nomeadamente o facto de os indivíduos com patologia e cirurgia na coluna vertebral pertencerem a faixas etárias medianas, correspondentes a idades activas para o desempenho de uma profissão, cuja manutenção acaba por ficar comprometida mesmo após um intervalo significativo após a cirurgia.

Material

Os instrumentos utilizados para a presente investigação estavam na sua versão original ou adaptada à população portuguesa e foram previamente utilizados na prática clínica pelo investigador que conduziu o presente estudo, garantindo assim a sua fácil compreensão e preenchimento por parte dos indivíduos.

Como tal, utilizámos os seguintes instrumentos:

Instrumento	Objectivos
Questionário de Identificação	- Identificação; - Características Sociodemográficas.
Questionário de Personalidade Tipo D-14 (DS14)	- Personalidade Tipo D (afectividade negativa e inibição social)
Questionário de Sentido Interno de Coerência	- Sentido Interno de Coerência (capacidades de compreensão, investimento e gestão)
Mental Health Inventory	- Avaliação do Afecto Positivo
Oswertry Disability Index	- Avaliação da funcionalidade física
Questionário de Regresso à vida Activa	- Avaliação do regresso à vida activa (manutenção, regresso e satisfação com o emprego e actividades de lazer que mantinha antes da cirurgia)

Todos os instrumentos utilizados são de auto-preenchimento numa escala de resposta tipo Likert, ou seja, num conjunto de afirmações o indivíduo deve indicar o seu grau de concordância. São apresentados itens relacionados com o constructo a ser

avaliado, sobre os quais o indivíduo responde assinalando uma posição numa escala apresentada. Estas escalas pressupõem um valor numérico que somado produz um valor total.

Questionário de Identificação

O questionário de identificação foi desenvolvido pelos autores da presente investigação com o objectivo de aceder à identificação dos indivíduos e às variáveis socio-demográficas, fundamentais para a caracterização da amostra.

Este questionário contemplou o género, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional. Considerámos ainda a existência de outra(s) cirurgia(s) prévia(s), excluindo a coluna vertebral, as técnicas cirúrgicas utilizadas pelo Ortopedista e o tempo de cirurgia (número de meses que decorreram entre a cirurgia e a actualidade).

Questionário de Personalidade Tipo D-14 (DS14)

Para acedermos à classificação da Personalidade Tipo D, utilizámos a escala DS14 que foi desenvolvida por Dennolet (2003) e traduzida mas não aferida para a língua portuguesa pelo mesmo autor.

É constituída por duas sub-escalas, pelas quais os itens se dividem de igual forma: afectividade negativa e inibição social. A afectividade negativa define-se como a tendência para experienciar emoções negativas, tais como tensão, preocupação, ansiedade, medo, enquanto a inibição social é a tendência para a não expressão destas emoções nas interações sociais. Esta inibição é consciente e ocorre como evitamento da não compreensão e condenação pelos outros.

É composta por 14 itens, que representam um conjunto de afirmações, para as quais o indivíduo tem cinco opções de resposta. São cotados de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos, que oscila entre *falso* (0) e *verdadeiro* (4), sendo o primeiro e o terceiro itens de cotação invertida. Apenas os indivíduos que obtenham valores iguais ou superiores a 10 pontos em ambas as sub-escalas são classificados como *Tipo D*.

A sub-escala Afectividade Negativa inclui os itens:

- 2 – Faço muitas vezes de pequenas coisas grandes problemas
 - 4 – Sinto-me muitas vezes infeliz
 - 5 – Estou muitas vezes irritado
 - 7 – Tenho uma visão pessimista das coisas
 - 9 – Estou muitas vezes de mau humor
 - 12 – Frequentemente dou por mim preocupado com alguma coisa
 - 13 – Sinto-me muitas vezes em baixo
-

A sub-escala Inibição Social inclui os itens:

- 1 – Relaciono-me facilmente quando conheço pessoas
 - 3 – Falo muitas vezes com estranhos
 - 6 – Fico muitas vezes inibido em relações sociais
 - 8 – Tenho dificuldade em iniciar uma conversação
 - 10 – Sou uma pessoa fechada
 - 11 – Prefiro manter as outras pessoas à distância
 - 14 – Quando estou em eventos sociais, é-me difícil encontrar coisas correctas para falar
-

Quadro 9 - Consistência Interna da Escala DS14

	Nº Itens	N	Alfa de Cronbach
Sub-Escalas de Personalidade			
Afectividade Negativa	7	110	0,87
Inibição Social	7	110	0,60
DS Total	14	110	0,81

A consistência interna obtida para a Escala DS14 está representada através do Alfa de Cronbach. Para a sub-escala Afectividade Negativa obtivemos um Alfa de 0,87.

Para a sub-escala Inibição Social, o valor obtido foi 0,60. A escala total apresenta um Alfa Total de 0,81.

Os valores apresentados pelo autor referem-se à última versão publicada, que contém 16 itens, encontrando-se a versão utilizada na presente investigação (versão com 14 itens) a aguardar publicação. Como tal, os valores de Alfa que o autor refere deverão considerar-se apenas como valores meramente de referência, tendo em atenção a redução do número de itens. Para a versão publicada, o Alfa de Cronbach obtido para a sub-escala Afectividade Negativa foi de 0,88. Para a sub-escala Inibição Social, o Alfa apresentado foi de 0,82. Para a escala total, o valor obtido não foi referenciado em qualquer publicação.

Quadro 10 - Análise dos Componentes Principais com Rotação Varimax para Dois Factores

Itens	Factores	
	AN	IS
DS1		0,64
DS2	0,78	
DS3		0,37
DS4	0,78	
DS5	0,79	
DS6	0,48	
DS7	0,61	
DS8		0,62
DS9	0,69	
DS10		0,67
DS11		0,61
DS12	0,70	
DS13	0,84	
DS14		0,65

Nota : AN : Afectividade Negativa ; IS : Inibição Social

Os valores obtidos para cada factor estão em concordância com os valores obtidos e publicados pelo autor para a versão da escala com 16 itens. A excepção refere-se ao item nº6 (*“Fico muitas vezes inibido em relações sociais”*), que o autor associa ao factor Inibição Social e na presente investigação surge associado ao factor Afectividade Negativa.

Quadro 11 - Análise Factorial apresentada por Denollet (2000) para a versão 16 itens.

Itens	Factores	
	AN	IS
DS1		-0,70
DS2	0,70	
DS3		-0,60
DS4	0,80	
DS5	0,79	
DS6		0,78
DS7	0,72	
DS8		0,66
DS9	0,64	
DS10		0,62
DS11		0,65
DS12	0,77	
DS13	0,78	
DS14		0,72

Para a versão de 16 itens, o autor refere que a escala é estável no tempo, apresentando valores de fidelidade teste-reteste com um intervalo de três meses de 0,78 e 0,87.

Valores elevados obtidos para cada sub-escala correspondem a elevada afectividade negativa e elevada inibição social.

Valores elevados em ambas as escalas correspondem à Personalidade Tipo D.

Questionário de Sentido Interno de Coerência

O questionário utilizado corresponde à versão portuguesa, adaptada por Nunes (1999), do «*The Sense of Coherence Questionnaire*» - SCQ (Antonovsky, 1987).

Segue-se, então, a descrição de todo este processo de aferição para a nossa população, efectuado por Nunes (1999).

População em estudo

De acordo com o autor, os participantes no processo de aferição pertencem à península de Setúbal, por apresentar características que contemplam fortes tensões sociais, desintegração social e crise económica.

A população em estudo é constituída por indivíduos de ambos os sexos, residentes na área geográfica de influência dos serviços de saúde da unidade de saúde de Alhos Vedros, i.e., 14547 pessoas compreendendo todos aqueles que nela estão inscritos.

Esta população é comparada com outras três populações: utilizadores dos serviços do Hospital de Santa Cruz; doentes internados no Hospital de Nossa Senhora do Rosário e estudantes de várias instituições de ensino.

Perante a inviabilidade de proceder a um levantamento amostral a partir da totalidade dos utilizadores da unidade de saúde de Alhos Vedros, o autor constituiu como base de trabalho a lista de um médico de família, para assim garantir uma distribuição próxima da distribuição da população portuguesa (considerando o sexo e a idade), totalizando 1970 pessoas (N=1970). Após a exclusão das crianças com idades inferiores a 13 anos, a população alvo foi corrigida para 1750 pessoas (N=1750).

Para fins comparativos, o autor considerou seis outras populações: 1) alunos inscritos nas escolas C+S de Alhos Vedros (N=820); 2) alunos inscritos na Escola Secundária Sá da Bandeira de Santarém (N=1558); 3) alunos inscritos na Escola Superior de Educação de Santarém (N=627); 4) alunos inscritos no Colégio de Oliveira do Douro (N=131); sujeitos repertoriados nos registos de portadores assintomáticos de hemoglobinopatias do Hospital de Santa Cruz (N=551); 6) doentes internados na unidade de Urologia do Hospital de Nossa Senhora do Rosário durante o terceiro trimestre de 1998 (N=80).

Com 254 homens e 329 mulheres, o plano amostral distribuiu-se dos 13 aos 90 anos, sendo os 30 anos a média das idades, com um desvio-padrão de 18 anos.

O autor procurou ainda garantir a proveniência multi-regional dos participantes, bem como as diferentes padrões de stress: stress agudo, crónico e endémico.

Medida

O estudo de Nunes (1999) pretendia validar empiricamente a escala SOC, que visa medir características globais de personalidade facilitadoras da capacidade de adaptação e de solução de problemas quando o indivíduo é confrontado com o stress da vida. A escala de Antonovsky foi elaborada a partir de observações clínicas, em pessoas lidando funcionalmente com as situações de stress.

Trata-se de um instrumento auto-descritivo de 29 itens, construído de acordo com a teoria das facetas de Gutman (1970) e é respondida numa escala de diferencial semântico de 7 pontos. Valores altos do SOC correspondem a um forte sentido interno de coerência e valores baixos o inverso. Teoricamente compreende três dimensões correspondentes a três sub-escalas: (1) *Compreensibilidade*; (2) *Manejabilidade*; (3) *Significabilidade*.

A sub-escala Compreensibilidade mede a capacidade de compreensão do indivíduo, ou seja, o grau em que o indivíduo percebe / interpreta os estímulos intrínsecos como informação ordenada, clara e consistente. Inclui 11 itens:

- 1 – Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o/a compreendem?
 - 3 – Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente?
 - 5 – Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?
 - 10 – Nos últimos dez anos a sua vida tem sido:
 - 12 – Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?
 - 15 – Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:
 - 17 – A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você:
 - 19 – Tem sentimentos e ideias muito confusos?
 - 21 – Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?
 - 24 – Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?
 - 26 – Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:
-

A sub-escala Manejabilidade mede a capacidade de gestão do indivíduo, ou seja, o grau em que o indivíduo consegue gerir os seus recursos pessoais ou sociais para resolver as situações geradas pelo estímulo. Inclui 10 itens:

- 2 – No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que:
 - 6 – Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?
 - 9 – Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?
-

-
- 13 – Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida:
- 18 – Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:
- 20 – Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:
- 23 – Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?
- 25 – Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?
- 27 – Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:
- 29 – Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?
-

A sub-escala Significabilidade mede a capacidade de previsão do indivíduo, ou seja, o grau em que o indivíduo consegue apreciar ou discriminar a importância ou impacto dos acontecimentos da vida. Inclui 8 itens:

- 4 – Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?
- 7 – A vida é:
- 8 – Até hoje na vida:
- 11 – A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente:
- 14 – Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente:
- 16 – Aquilo que você faz diariamente é:
- 22 – Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:
- 28 – Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?
-

A fidelidade de um instrumento é, fundamentalmente, uma questão empírica que releva da sua capacidade efectiva de medir aquilo para o qual foi criado, e pressupõe os mesmos resultados em várias experiências.

Dado que um instrumento só pode ser considerado válido para uma dada população, o SOC foi testado com base no plano amostral, comparando o autor a amostra do Centro de Saúde de Alhos Vedros com as outras amostras. Avaliou ainda a

variabilidade do comportamento do SOC quando considerados vários grupos de indivíduos definidos pelo seu sexo, idade, estatuto sócio-económico e cultural, bem como a sua origem geográfica ou padrão de stress manifestado. Os resultados que o autor obteve confirmaram a hipótese que postulava a não variabilidade das respostas ao instrumento.

Para testar a consistência interna do instrumento, Nunes (1999) utilizou o coeficiente Alfa de Cronbach, concluindo que a consistência interna de cada sub-escala das componentes SOC se situa entre 0,39 e 0,82. O valor de coeficiente encontrado para a escala total variou de 0,83 a 0,86 para os diferentes grupos em estudo.

A validade e garantia referidas por Antonovsky (1987, 1993), respeitantes a mais de 40 estudos em todo o mundo são bastante satisfatórias. Segundo o autor, o coeficiente de Cronbach varia entre 0,82 e 0,95 para a escala total.

Na nossa amostra de 110 participantes, os coeficientes de consistência interna encontrados foram 0,70 para a sub-escala *Compreensibilidade*, 0,71 para a sub-escala *Manejabilidade* e 0,79 para a sub-escala *Significabilidade*. Para a escala total, o coeficiente de consistência interna encontrado foi 0,87.

Quadro 12 - Consistência Interna da Escala SOC

	Nº Itens	N	Alfa de Cronbach
Sub-Escalas			
Compreensibilidade	11	110	0,70
Significabilidade	8	110	0,79
Manejabilidade	10	110	0,71
SOC Total	29	110	0,87

Estes valores obtidos para a Consistência Interna das Sub-Escalas e da Escala Total estão de acordo com os valores referenciados por Nunes (1999) e por Antonovsky (1987, 1993).

A aplicação da análise da estrutura factorial ao SOC, de acordo com Antonovsky não é consistente. Do mesmo modo, Nunes (1999) refere que não existem factores significativos e separados que possam ser identificados com a versão original de referência para o seu estudo. Vários autores têm procedido a este tipo de análise, retirando as mesmas conclusões.

De acordo com Nunes (1999), não existem diferenças entre os grupos definidos por dois tempos diferentes, concluindo assim que em situação de teste-reteste nem o sexo, nem a idade, nem a localização geográfica dos inquiridos parece influenciar a alteração substancial dos níveis de SOC.

A validação externa do instrumento SOC foi aferida através da validade de conteúdo, discriminante e convergente. A validade de conteúdo foi garantida através da reformulação efectuada após tradução e retroversão da versão original, tendo em conta as observações realizadas. As validades convergente e discriminante foram aferidas em simultâneo, permitindo ao autor concluir que as sub-escalas Gestão e Compreensão não são suficientemente discriminativas relativamente às restantes escalas (locus de controlo e apoio social), reflectindo-se nos seus scores factores provenientes das outras escalas.

Cotação

Os resultados de cada sub-escala são determinados pela soma dos resultados dos 29 itens. Sendo que existem 7 possibilidades de resposta, a nossa escala tem uma pontuação variável entre 0 e 203 pontos.

Deverá atender-se ao facto de alguns itens apresentarem uma cotação invertida. São eles: itens nº 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27.

Quanto mais elevado for o score para cada sub-escala, maior será a capacidade correspondente.

Quanto maior for o score total da escala, mais forte será o Sentido Interno de Coerência.

Mental Health Inventory (MHI)

Para avaliar o Afecto Positivo, utilizámos a sub-escala do MHI correspondente a este constructo, adaptada para a versão portuguesa por Ribeiro (2001).

O MHI é um questionário de auto-resposta, com tipo de resposta ordinal de cinco ou seis posições. A sub-escala *Afecto Positivo* inclui 11 itens, cuja nota total resulta da soma dos valores obtidos em cada item. A cotação dos itens desta sub-escala é invertida.

Citando Ribeiro (2001), a inspecção da validade dos itens foi feita de três maneiras: a) inspecção da correlação de cada item com a escala total (consistência interna do item); b) inspecção da correlação de cada item com a sub-escala ou dimensão a que pertence (validade convergente); c) a correlação do item com a sub-escala a que pertence deverá ser superior em 10 pontos à da correlação com as sub-escalas a que não pertence

(validade discriminante). A correlação entre cada item e a soma dos itens da escala a que pertence, excluindo esse item, varia entre 0,57 e 0,77 para a sub-escala Afecto Positivo. A Escala Total varia entre 0,42 e 0,82.

De acordo com o autor, se considerarmos a validade convergente e a validade discriminante ou divergente, verifica-se que vários itens da sub-escala Afecto Positivo e das restantes quatro que constituem o MHI não exibem validade convergente com a escala a que supostamente pertencem. Deste modo, o autor refere que se em vez de considerarmos as cinco dimensões as agruparmos em apenas duas grandes dimensões (Bem-Estar Positivo e Distress) os valores da validade convergente e discriminante têm uma estrutura mais adequada do ponto de vista psicométrico. Nesta divisão, apenas um item da dimensão Distress (que compreende as sub-escalas Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional / Comportamental) e dois da dimensão Bem-Estar Positivo (que compreende as sub-escalas Afecto Positivo e Laços Emocionais) não apresentam magnitude mais elevada com a escala a que pertencem. Quanto à validade discriminante, apenas quatro itens da sub-escala Distress não satisfazem a diferença de 10 pontos. Da sub-escala Bem-Estar Positivo, apenas dois itens não satisfazem o critério de discriminação.

O coeficiente de Cronbach desta sub-escala apresentado pelo autor é de 0,91.

Na amostra da nossa investigação, este coeficiente assume o mesmo valor (0,91).

Quadro 13 - Consistência Interna da Sub-Escala Afecto Positivo

	Nº Itens	<u>N</u>	Alfa de Cronbach
Sub-Escala			
Afecto Positivo	11	110	0,91

O valor obtido para a Consistência Interna da Sub-Escala Afecto Positivo está em concordância com o valor obtido pelo autor da sua aferição para a população portuguesa.

Valores elevados obtidos para esta sub-escala correspondem a elevado afecto positivo.

Oswestry Disability Index (ODI)

Para avaliarmos a Funcionalidade utilizámos o ODI. Trata-se de um questionário de auto-resposta, que nos permite aceder à percentagem do nível funcional do doente com patologia na coluna vertebral.

Este questionário está sub-dividido em 10 secções que correspondem às várias actividades diárias. Cada secção reflecte as problemáticas mais relevantes para os doentes com patologia na coluna vertebral; contém 6 afirmações que descrevem graus de dificuldade inerentes a cada actividade, apresentadas por ordem crescente de disfuncionalidade (a primeira afirmação de cada secção corresponde a um desempenho funcional da tarefa descrita, que se vai comprometendo até à impossibilidade do seu desempenho, que corresponde à última afirmação). O doente assinala apenas uma afirmação que melhor descreve a sua situação actual.

Cada secção é cotada 0 e 5 pontos, correspondendo o valor 5 ao elevado nível de disfuncionalidade. O valor total é obtido através da soma de todas as secções, transformada posteriormente em percentagem, podendo oscilar entre 0 e 50 pontos. O valor total deverá, então, multiplicar-se por dois para assim obtermos o valor percentual.

De acordo com Fairbank, Davies, Couper e O'Brien (1980), este questionário é um indicador válido da disfuncionalidade. Foi utilizado com um grupo de 25 doentes com patologia na coluna vertebral, com intervalos de aplicação semanais e concluíram que os resultados obtidos através deste questionário diminuíram ao longo do tempo, ou seja, como seria de esperar, a funcionalidade dos doentes aumentou com o decorrer das semanas.

Segundo os mesmos autores, o questionário proporciona resultados consistentes quando utilizado em diferentes momentos, com as mesmas condições de aplicação. Esta afirmação baseia-se numa amostra de 22 doentes com patologia na coluna vertebral que responderam ao questionário, em condições semelhantes, em dois dias consecutivos. O coeficiente de correlação encontrado entre estas duas aplicações foi de 0,99 ($p < 0,001$).

Para confirmar a relação consistente entre os resultados obtidos através das dez secções e o resultado da escala total, os resultados obtidos através de uma amostra de 22 doentes foram divididos em cinco grupos. Os autores calcularam, então, a média individual de cada secção em cada um destes grupos, concluindo deste modo que estas médias individuais tendem a acompanhar num sentido ascendente a média obtida para a secção *Dor*, apresentando assim uma boa consistência interna. No entanto, os autores não mencionam os valores obtidos para o Alfa de Cronbach. Numa investigação que visava a

comparação de cinco medidas de funcionalidade, entre elas o ODI, Davidson e Keating (2002) obtiveram um Alfa de Cronbach de 0,84 para esta escala.

O valor de alfa que obtivemos através da presente investigação foi 0,86.

Quadro 14 – Consistência Interna do Oswestry Disability Index (ODI)

	Nº Secções	N	Alfa de Cronbach
Escala			
Oswestry Disability Questionnaire	10	55	0,86

O Alfa de Cronbach obtido está em concordância com o alfa apresentado por outros autores.

Os resultados obtidos através deste questionário deverão ser considerados de acordo com as seguintes percentagens:

- 0% - 20%: Disfuncionalidade mínima;
- 20% - 40%: Disfuncionalidade moderada;
- 40% - 60%: Disfuncionalidade severa;
- 60% - 80%: Incapacitado;
- 80% - 100%: Estes doentes estão limitados à posição horizontal ou então existe uma sobrevalorização dos sintomas. Terão que ser avaliados com especial atenção.

Valores elevados obtidos para o Oswestry Disability Index correspondem a elevada disfuncionalidade.

Questionário Regresso à Vida Activa (RVA)

Este questionário foi desenvolvido pelos autores desta investigação e destina-se à avaliação da satisfação e do regresso do doente à profissão e vida social que mantinha antes da cirurgia à coluna vertebral.

É um questionário que compreende 5 itens de auto-resposta, com tipo de resposta ordinal de cinco posições que variam entre Totalmente Verdadeiro e Totalmente Falso. A nota total resulta da soma dos valores obtidos em cada item, que varia entre 0 e 5, podendo o score total assumir valores entre 0 e 25.

O coeficiente de Cronbach obtido foi de 0,78.

Quadro 15 – Consistência Interna do Questionário Regresso à Vida Activa (RVA)

	Nº Itens	N	Alfa de Cronbach
Questionário			
Regresso à Vida Activa	5	55	0,78

Valores elevados obtidos para este questionário correspondem a grandes dificuldades de regresso à vida activa.

Planificação do Estudo

O desenho desta investigação é do tipo descritivo de comparação entre grupos.

As variáveis principais são: Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência, Afecto Positivo, Funcionalidade e Regresso à Vida Activa.

As variáveis secundárias são: sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional, tempo de cirurgia, cirurgia anterior e tipo de cirurgia.

Procedimento

O grupo de doentes com cirurgia à coluna vertebral foi seleccionado durante os meses de Março e Abril de 2004, através da base de dados disponível no serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar de Torres Vedras, de acordo com os critérios de inclusão, já anteriormente descritos :

A – Depois de consultarmos os registos dos doentes que foram operados à coluna vertebral, procedemos ao levantamento dos procedimentos cirúrgicos utilizados para cada doente, seleccionando apenas os que satisfaziam os critérios inicialmente delineados.

B – Seleccionámos os doentes respeitando três critérios:

1 – Tipo de Cirurgia. Apenas participaram doentes cuja cirurgia pressupõe a utilização das seguintes técnicas cirúrgicas:

- Dynesis;
- Prótese de Disco (PD);
- Dynesis + PD;
- Dynesis + Artrodése;
- Dynesis + Discectomia.

Estes tipos de tratamento estão indicados para a lesão discal. Foi seleccionado apenas este tipo de lesão para que pudessemos garantir a confirmação radiográfica da existência real de patologia física, ficando assim assegurada a certeza ortopédica acerca da presença de lesão.

2 – Tempo de Cirurgia. Os doentes participantes foram operados há pelo menos oito meses, que corresponde ao intervalo de tempo que ortopedicamente se considera suficiente para, em situações normativas, a recuperação total da funcionalidade física e regresso à vida activa.

3 – Ausência de psicopatologia diagnosticada.

C - Os doentes foram convocados pelo Hospital via correio, durante os meses de Março e Abril de 2004, após aprovação da Comissão de Ética deste Hospital. Preencheram os questionários em grupos de seis doentes, na presença da psicóloga do serviço de Ortopedia, após esclarecimento das instruções e objectivos do preenchimento. (Explicámos aos doentes que se trataria de uma avaliação global dos doentes com cirurgia à coluna vertebral, com o objectivo de verificarmos a eficácia e contributo da cirurgia para o regresso às suas actividades diárias).

D – Das 64 convocatórias efectuadas, apresentaram-se no hospital 55 doentes cujas características satisfaziam os critérios necessários para a sua participação.

O grupo de comparação foi recolhido posteriormente. Trata-se de uma amostra de conveniência, com características socio-demográficas muito semelhantes às do primeiro grupo, para assim procedermos ao seu emparelhamento.

O recrutamento dos doentes foi feito pelo Hospital, através de uma carta enviada pelos serviços administrativos, onde constava apenas a marcação do dia e hora de apresentação na Consulta Externa do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Constituímos grupos de seis doentes, que foram informados acerca dos objectivos pretendidos com a presente investigação e da possibilidade de recusa na participação (nenhum doente recusou participar na investigação).

Os indivíduos preencheram os questionários na presença da Psicóloga do serviço, garantindo assim o esclarecimento de questões inerentes à interpretação e compreensão dos instrumentos. Este grupo de participantes respondeu ao DS14 Scale, Orientation to Life Questionnaire, Sub-Escala Afecto Positivo do Mental Health Inventory, Oswestry Disability Index e Questionário de Regresso à Vida Activa.

O grupo de comparação (indivíduos sem patologia na coluna vertebral) foi recrutado de acordo com as características socio-demográficas do primeiro grupo, durante o mês de Maio de 2004. Os participantes foram igualmente esclarecidos acerca dos objectivos da sua participação, garantindo-se total confidencialidade das respostas dadas. Assim, pedimos que preenchessem o questionário de identificação apenas com os dados sócio-demográficos, ocultando o nome.

Os indivíduos do grupo de comparação responderam individualmente e fora do contexto hospitalar aos mesmos questionários, com excepção do Oswestry Disability Index e Questionário de Regresso à Vida Activa.

Seguidamente, procedemos à ordenação e emparelhamento dos participantes em ambos os grupos, dando posteriormente início à cotação dos instrumentos.

Foi, então, elaborada uma base de dados com as características sócio-demográficas respectivamente codificadas e com os itens de cada questionário para a introdução das respostas dos participantes e posterior tratamento estatístico.

O tratamento estatístico foi efectuado com o auxílio do programa SPSS para o Windows.

A estatística deverá estar de acordo com a natureza da distribuição dos resultados e das técnicas de recolha de dados. Atendendo a estes pressupostos, a que se mostraria aconselhável seria a estatística não-paramétrica (escalas ordinais). No entanto, segundo Ribeiro (1999) a utilização da estatística paramétrica poderá fazer-se, desde que garantida a qualidade dos instrumentos. Assim, atendendo a esta possibilidade, utilizámos a segunda possibilidade dado esta ser mais poderosa.

Relembrando os objectivos iniciais, com a presente investigação pretendíamos proceder à comparação de dois grupos independentes (doentes com patologia e cirurgia na coluna vertebral e indivíduos sem patologia) relativamente a um conjunto de variáveis. Para tal, utilizámos então o teste t de student para amostras independentes, com um nível de significância de 0,05, ou seja, com um intervalo de confiança de 95%.

Seguidamente, pretendíamos avaliar a possível relação entre as variáveis. Fizemo-lo através do cálculo do coeficiente de correlação entre essas variáveis. Atendendo à estatística utilizada (paramétrica), foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson (r), através do qual averiguámos o tipo de correlação que as variáveis apresentam entre si (positiva, negativa ou nula).

Para que possamos analisar esta relação entre as variáveis, importa notar que uma correlação positiva revela que as variáveis variam no mesmo sentido, havendo entre elas uma relação directa. Uma correlação é negativa quando as variáveis variam no sentido inverso, ou seja, em sentido oposto uma da outra. Uma correlação é nula quando não existe qualquer relação entre as variáveis.

Não podemos esquecer que o facto de existir uma relação entre duas variáveis não significa que estas mantenham uma relação de causalidade.

3 - Resultados

Análise Estatística

Efectuámos, primeiramente, a estatística descritiva dos dados sócio-demográficos dos participantes e procedemos à análise da fidelidade das sub-escalas dos instrumentos (Quadros 1-15).

Para a comparação dos dois grupos relativamente à Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo, utilizámos o Teste *t* Student para amostras independentes.

Em seguida, procedemos à análise correlacional para investigarmos a relação entre Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência, Afecto Positivo e Funcionalidade e Regresso à Vida Activa no grupo 1 e entre Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo no grupo 2.

1 - Análise comparativa entre os grupos

Iniciámos pela verificação da existência de diferenças significativas entre os dois grupos em estudo: doentes com patologia e cirurgia à coluna vertebral – Grupo de Estudo; e indivíduos sem patologia – Grupo de Comparação, relativamente às variáveis: Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo.

Quadro 16 – Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Escala Personalidade Tipo D (DS14)

Sub-Escalas	Personalidade Tipo D				
	Grupo	<u>M</u>	<u>t</u>	<u>df</u>	<u>p</u>
Afectividade Negativa	Grupo Estudo	2,57	4,41	108	0,0001
	Grupo Comparação	1,70			
Inibição Social	Grupo Estudo	1,90	2,73	108	0,007
	Grupo Comparação	1,44			

O teste *t* de student revelou a existência de **diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de doentes com cirurgia à coluna vertebral (grupo de estudo) e o grupo de indivíduos sem patologia na coluna vertebral (grupo de comparação) na variável

Personalidade Tipo D. No constructo Personalidade Tipo D, avaliado pelas sub-escalas Afectividade Negativa e Inibição Social, elevados resultados obtidos revelam uma tipologia D da Personalidade. O grupo de estudo obteve valores médios superiores comparativamente com o grupo de comparação, como podemos verificar no Quadro 16.

Assim, verificámos que o **grupo de estudo tem índices de afectividade negativa e inibição social superiores ao grupo de comparação.**

Com o mesmo objectivo, procedemos à verificação das diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao **Sentido Interno de Coerência.**

Quadro 17 – Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Escala Sentido Interno de Coerência (SOC)

Sentido Interno de Coerência					
Sub-Escalas	Grupo	M	t	df	p
Compreensibilidade	Grupo Estudo	3,80			
	Grupo Comparação	4,32	-3,04	108	0,003
Significabilidade	Grupo Estudo	4,45			
	Grupo Comparação	5,22	-3,42	108	0,001
Manejabilidade	Grupo Estudo	4,66			
	Grupo Comparação	5,18	-2,96	108	0,004

O teste t de student revelou a existência de **diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de doentes com cirurgia à coluna vertebral (grupo de estudo) e o grupo de indivíduos sem patologia na coluna vertebral (grupo de comparação) na variável **Sentido Interno de Coerência**. No constructo Sentido Interno de Coerência, avaliado pelas sub-escalas Compreensibilidade, Significabilidade e Manejabilidade, elevados resultados obtidos revelam a existência de forte Sentido Interno de Coerência . O grupo de estudo obteve valores médios inferiores comparativamente com o grupo de comparação, como podemos verificar no Quadro 17.

Assim, verificámos que o **grupo de estudo tem capacidades de compreensibilidade, significabilidade e manejabilidade inferiores ao grupo de comparação.**

O mesmo procedimento foi utilizado para verificarmos a existência de diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao **Afecto Positivo.**

Quadro 18 – Diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação para a Sub-Escala Afecto Positivo do Mental Health Inventory

Afecto Positivo					
Sub-Escala	Grupo	<u>M</u>	<u>t</u>	<u>df</u>	<u>p</u>
Afecto Positivo	Grupo Estudo	3,20			
	Grupo Comparação	3,81	2,96	108	0,004

O teste t de student revelou a existência de **diferenças estatisticamente significativas** entre o grupo de doentes com cirurgia à coluna vertebral (grupo de estudo) e o grupo de indivíduos sem patologia na coluna vertebral (grupo de comparação) na variável **Afecto Positivo**. No constructo Afecto Positivo, avaliado pela sub-escala com o mesmo nome do Mental Health Inventory, elevados resultados obtidos revelam a presença de grandes índices de emoções positivas. O grupo de estudo obteve valores médios inferiores comparativamente com o grupo de comparação, como podemos verificar no Quadro 18.

Assim, verificámos que o **grupo de estudo tem índices de afecto positivo inferiores ao grupo de comparação.**

2 - Análise Correlacional

Procurámos investigar a existência de correlações significativas entre as diferentes variáveis em estudo, utilizando um nível de significância de 0,05 e 0,01.

2.1 - Grupo de Estudo

Quadro 19 - Análise Correlacional entre as escalas de Personalidade, Sentido Interno de Coerência, Afecto Positivo, Funcionalidade e Regresso à Vida Activa

Escalas	AN	IS	DSTotal	COMP	MAN	SIGNI	SOCTotal	MHIAP	ODI	RVA
Personalidade										
Afectividade Negativa	-	n.s.	0,83**	-0,39**	n.s.	-0,38**	-0,39**	0,38**	n.s.	0,32*
Inibição Social		-	0,71**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
DS Total			-	n.s.	n.s.	-0,41**	-0,33*	n.s.	n.s.	n.s.
SOC										
Compreensibilidade				-	0,43**	0,42**	0,76**	-0,28*	-0,30*	-0,29*
Manejabilidade					-	0,63**	0,83**	-0,45**	n.s.	n.s.
Significabilidade						-	0,84**	-0,47**	-0,35**	-0,43**
SOC Total							-	-0,48**	-0,34*	-0,34*
Afecto Positivo										
Funcionalidade										
Regresso Vida Activa										

** p<0,01; * p<0,05; AN – Afectividade Negativa; IS – Inibição Social; DSTotal – Escala DS14 Total; COMP – Compreensibilidade; MAN – Manejabilidade; SIGNI – Significabilidade; SOCTotal – Escala SOC Total; MHIAP – Afecto Positivo; ODI – Funcionalidade; RVA – Regresso Vida Activa.

Outro dos nossos objectivos com a presente investigação seria verificar a possível relação entre a Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo e variáveis inerentes aos aspectos de ordem cirúrgica, como a Funcionalidade e o Regresso à Vida Activa. Procedemos, então, à análise correlacional (Quadro 19) e observámos que:

- **Regresso à Vida Activa** (elevados valores obtidos na escala RVA traduzem fraca recuperação das actividades inerentes à vida activa, que o indivíduo mantinha antes da cirurgia), correlaciona-se com:
 - ❖ Funcionalidade - (p<0,01; sentido positivo) – Quanto maior a dificuldade na recuperação da mobilidade, maior a incapacidade de regresso à vida activa.
 - ❖ Afectividade Negativa – (p<0,05; sentido positivo) – Quanto maior a afectividade negativa, maior a incapacidade de regresso à vida activa.
 - ❖ Compreensibilidade – (p<0,05; sentido negativo) – Quanto menor a capacidade de compreensibilidade, maior a incapacidade de regresso à vida activa.

- ❖ **Significabilidade** – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto menor a capacidade de significabilidade, maior a incapacidade de regresso à vida activa.
- ❖ **SOC Total** – ($p < 0,05$; sentido negativo) – Quanto menor o nível de sentido interno de coerência, maior a incapacidade de regresso à vida activa.

Estes resultados estão de acordo com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

- **Funcionalidade** (elevados valores obtidos na escala ODI traduzem elevada disfuncionalidade física), correlaciona-se com:
 - ❖ **Compreensibilidade** – ($p < 0,05$; sentido negativo) – Quanto menor a capacidade de compreensibilidade, maior a disfuncionalidade.
 - ❖ **Significabilidade** – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto menor a capacidade de significabilidade, maior a disfuncionalidade.
 - ❖ **SOC Total** - ($p < 0,05$; sentido negativo) – Quanto menor o nível de sentido interno de coerência, maior a disfuncionalidade.

Estes resultados estão de acordo com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

- **Afecto Positivo** (elevados valores obtidos na sub-escala Afecto Positivo do MHI traduzem **baixo índice de Afecto Positivo**, logo os valores obtidos deverão ler-se de forma invertida), correlaciona-se com:
 - ❖ **Afectividade Negativa** – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor o afecto positivo.
 - ❖ **Compreensibilidade** – ($p < 0,05$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior o afecto positivo.
 - ❖ **Manejabilidade** – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de manejabilidade, maior o afecto positivo.

- ❖ Significabilidade – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior o afecto positivo.
- ❖ SOC Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior o nível de sentido interno de coerência, maior o afecto positivo.

Estes resultados estão de acordo com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

□ **Sentido Interno de Coerência**

➤ **Significabilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor a capacidade de significabilidade.
- ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, a capacidade de significabilidade diminui.
- ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior a capacidade de significabilidade.
- ❖ Manejabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior a capacidade de manejabilidade.

➤ **Manejabilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior a capacidade de manejabilidade.

➤ **Compreensibilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor a capacidade de compreensibilidade.

➤ **Escala Total Sentido Interno de Coerência**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor o sentido interno de coerência.
- ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, o sentido interno de coerência diminui.

- ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior o sentido interno de coerência.
- ❖ Manejabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de manejabilidade, maior o sentido interno de coerência.
- ❖ Significabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior o sentido interno de coerência.

Estes resultados estão de acordo com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

□ Escala Total Personalidade Tipo D

➤ correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a afectividade negativa, maior o índice de Personalidade Tipo D.
- ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a inibição social, maior o índice de Personalidade Tipo D.

Estes resultados estão de acordo com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

2.2 - Grupo de Comparação

Quadro 20 - Análise Correlacional entre as escalas de Personalidade, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo (Grupo de Comparação).

Escalas	AN	IS	DSTotal	COMP	MAN	SIGNI	SOCTotal	MHIAP
Personalidade								
Afectividade Negativa	-	0,54**	0,92**	-0,57**	-0,58**	-0,50**	-0,67**	0,51**
Inibição Social		-	0,80**	-0,40**	-0,57**	-0,58**	-0,59**	0,44**
DS Total			-	-0,68**	-0,67**	-0,64**	-0,76**	0,53**
SOC								
Compreensibilidade				-	0,60**	0,58**	0,85**	-0,47**
Manejabilidade					-	0,76**	0,90**	-0,60**
Significabilidade						-	0,89**	-0,68**
SOC Total							-	-0,67**
Afecto Positivo								
								-

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; AN – Afectividade Negativa; IS – Inibição Social; DSTotal – Escala DS14 Total; COMP – Compreensibilidade; MAN – Manejabilidade; SIGNI – Significabilidade; SOCTotal – Escala SOC Total; MHIAP – Afecto Positivo

Seguimos o mesmo procedimento com o grupo de comparação, excluindo apenas a funcionalidade e o regresso à vida activa (Quadro 20), e observámos que:

- **Afecto Positivo (elevados valores obtidos na sub-escala Afecto Positivo do MHI traduzem baixo índice de Afecto Positivo, logo os valores obtidos deverão ler-se de forma invertida), correlaciona-se com:**
 - ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor o afecto positivo.
 - ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a inibição social, menor o afecto positivo.
 - ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido positivo) – Na presença de Personalidade Tipo D, o afecto positivo diminui.
 - ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior o afecto positivo.
 - ❖ Manejabilidade – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de manejabilidade, maior o afecto positivo.
 - ❖ Significabilidade – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior o afecto positivo.

- ❖ SOC Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior o nível de sentido interno de coerência, maior o afecto positivo.

Estes resultados estão de acordo com o grupo de estudo e com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

□ **Sentido Interno de Coerência**

➤ **Significabilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor a capacidade de significabilidade.
- ❖ Inibição social – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a inibição social, menor a capacidade de significabilidade.
- ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, diminui a capacidade de significabilidade.
- ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior a capacidade de significabilidade.
- ❖ Manejabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior a capacidade de manejabilidade.

➤ **Manejabilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor a capacidade de manejabilidade.
- ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a inibição social, menor a capacidade de manejabilidade.
- ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, diminui a capacidade de manejabilidade.
- ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior a capacidade de manejabilidade.

➤ **Compreensibilidade**, correlaciona-se com:

- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor a capacidade de compreensibilidade.

- ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a inibição social, menor a capacidade de compreensibilidade.
 - ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, diminui a capacidade de compreensibilidade.
- **Escala Total Sentido Interno de Coerência**, correlaciona-se com:
- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a afectividade negativa, menor o sentido interno de coerência.
 - ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido negativo) – Quanto maior a inibição social, menor o sentido interno de coerência.
 - ❖ DS Total - ($p < 0,01$; sentido negativo) – Na presença de Personalidade Tipo D, diminui o sentido interno de coerência.
 - ❖ Compreensibilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de compreensibilidade, maior o sentido interno de coerência.
 - ❖ Manejabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de manejabilidade, maior o sentido interno de coerência.
 - ❖ Significabilidade – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a capacidade de significabilidade, maior o sentido interno de coerência.

Estes resultados estão de acordo com o grupo de estudo e com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

□ **Escala Total Personalidade Tipo D**

- correlaciona-se com:
- ❖ Afectividade Negativa – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a afectividade negativa, maior o índice de Personalidade Tipo D.
 - ❖ Inibição Social – ($p < 0,01$; sentido positivo) – Quanto maior a inibição social, maior o índice de Personalidade Tipo D.

Estes resultados estão de acordo com o grupo de estudo e com a literatura publicada e citada no corpo teórico desta dissertação.

4 - Discussão

A presente investigação, cujos resultados serão agora discutidos, teve como objectivo principal caracterizar psicologicamente os indivíduos com patologia e cirurgia na coluna vertebral. Esta caracterização contempla um conjunto de variáveis psicológicas e de funcionalidade física.

As características sócio-demográficas da nossa amostra de doentes com PCV estão de acordo com a literatura, que insere a idade jovem dos doentes nas grandes preocupações da economia nacional e internacional. Estas preocupações prendem-se, sobretudo, com o comprometimento precoce da manutenção da actividade profissional, devido à disfuncionalidade física e emocional inerentes à PCV.

Realizada a análise estatística, foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes (doentes com patologia e cirurgia à coluna vertebral e indivíduos sem patologia) em todos os constructos teóricos inicialmente delineados na nossa investigação, o que indica que estes doentes apresentam um perfil psicológico específico. Foi ainda possível estabelecer uma relação significativa entre estes constructos, quer no grupo de doentes como no grupo sem PCV.

Ao analisarmos os resultados obtidos para o constructo Personalidade Tipo D, verificamos que o grupo de doentes apresenta índices de afectividade negativa e inibição social superiores ao grupo saudável.

Como atrás foi referido, a personalidade reporta-se a uma complexa organização de traços. A taxonomia do conceito Personalidade Tipo D baseia-se em dois amplos e estáveis traços: afectividade negativa e inibição social, sendo a afectividade negativa caracterizada pela tendência para vivenciar, de forma acrescida, emoções negativas ao longo do tempo e das diferentes situações, e a inibição social a tendência para inibir a expressão destas emoções negativas nas interacções sociais.

Quando observamos as correlações obtidas para o constructo personalidade Tipo D, verificamos que a escala Total se correlaciona significativamente com as suas sub-escalas, em ambos os grupos. No entanto, quando analisamos a correlação entre as sub-escalas, concluímos que apenas no grupo de doentes com PCV estas não se relacionam entre si. Apresentando a escala total uma correlação mais significativa com a afectividade negativa, facto que também se verifica no grupo de comparação, estes resultados levam-nos a pensar que, dentro do constructo personalidade Tipo D, a afectividade negativa

desempenha um papel de maior importância, sendo a inibição social irrelevante para o funcionamento interno e para a disfuncionalidade dos indivíduos com PCV.

Atendendo à investigação realizada e publicada, no âmbito dos factores psicológicos inerentes à PCV, são consensuais os resultados que referem a prevalência da depressão em doentes com dor crónica, comparativamente com doentes que não referem dor. No entanto, também é consensual o facto de grande parte destes doentes que referem dor não satisfazerem os critérios clínicos necessários para se proceder ao diagnóstico de depressão (Love, 1987). Parece, então, que estamos perante uma tendência para vivenciar emoções negativas de forma acrescida ao longo do tempo, que não está propriamente associada a psicopatologia, mas sim a uma forma de estar adoptada perante a vida.

A dificuldade em estabelecer um pedido de ajuda e/ou o simples sentimento de que não existem pessoas disponíveis e competentes para colaborar no processo de eliminação da dor, traduz-se na inibição social. A grande dificuldade dos indivíduos com PCV em gerir os recursos sociais, comparativamente com os indivíduos sem PCV, parece não desempenhar um papel crucial para a resolução dos seus problemas.

Muitos indivíduos encaram a patologia na coluna / cirurgia como algo cujo impacto será devastador para a sua vida, não se considerando competentes para investir em tal desafio, sentido intensamente como algo negativo. Este sentimento de incompetência revela-se como mais comprometedor do seu regresso à vida activa do que propriamente a capacidade para requisitar a ajuda do seu suporte social.

A cirurgia à coluna vertebral constitui um momento de grande stress, logo de grande importância, para a vida de qualquer indivíduo. As alterações que este acontecimento provoca na sua vida e dinâmica familiares, devem-se essencialmente ao facto de os doentes se verem confrontados com novos desafios e responsabilidades, criando naturalmente expectativas e accionando mecanismos individuais para dar resposta a estes desafios.

Como atrás foi mencionado, a teoria de James-Lange (1880 cit in Vlaeyen 1991) refere que quando surge uma emoção, respondemos em primeiro lugar com músculos e glândulas. É apenas quando o feedback destas respostas chega ao córtex que sentimos ou experienciamos a emoção. Kravitz et al (1981) compararam os níveis de actividade muscular na região lombar de doentes com dor crónica na coluna vertebral e indivíduos sem patologia, durante períodos de repouso e durante a contracção muscular voluntária, concluindo que os doentes com PCV apresentavam maior actividade muscular. Consta na literatura publicada que o aumento desta actividade muscular pode resultar de estratégias

de coping ineficazes, utilizadas perante situações de stress ambiental e emocional, como poderá ser a cirurgia.

Os resultados obtidos através da presente investigação então em concordância com a literatura referenciada. Partindo do constructo Sentido Interno de Coerência, a dor persistente é um dos stressores que constituem um grande desafio para cada pessoa. O modo de lidar com situações de stress (como a dor / processo cirúrgico) tem sido definido de diferentes maneiras pelos investigadores. Certos indivíduos reagem melhor aos stressores do que outros, sendo o estado geral de saúde dos elementos de um grupo etário diferentemente afectado pelo mesmo estímulo.

Comparando os dois grupos de participantes na nossa investigação, observámos que os doentes com PCV e cirurgia na coluna vertebral, apresentam uma capacidade para encontrar coerência interna nas suas vidas significativamente inferior, quando comparados com indivíduos saudáveis. Estes indivíduos com PCV parecem procurar permanentemente sinais reveladores de problemas e impedimentos. A afectividade negativa tem sido associada a uma maior exposição e reactividade a eventos stressantes e a apreciações mais negativas de stressores interpessoais.

Traduzida num repertório de comportamentos concretos, construída a partir de experiências relacionadas com variadíssimas situações, a existência dos indivíduos com PCV manifesta-se, então, com menor capacidade de compreensibilidade, manejabilidade e significabilidade, quando comparada com indivíduos saudáveis.

Podemos, então, afirmar que estamos perante indivíduos com fraco sentimento de confiança relativamente à previsibilidade, explicação e estruturação dos estímulos internos e externos, ou seja, existe uma grande dificuldade em perceber ou interpretar os estímulos como informação ordenada, clara e consistente.

Esta capacidade para percepcionar os estímulos como informação ordenada, consistente e estruturada, a que Antonovsky dá o nome de capacidade de compreensibilidade, que no grupo de indivíduos sem PCV se relaciona com todos os constructos teóricos, no grupo de indivíduos com PCV apresenta também relações significativas com os mesmos constructos com excepção da inibição social e da escala total de personalidade Tipo D. Verificamos, então, que a personalidade Tipo D, nomeadamente o fraco suporte/ajuda dos outros, parecem não desempenhar um papel de relevância para a percepção ordenada e estruturada dos estímulos, sendo esta capacidade influenciada apenas pela tendência acrescida para experienciar emoções negativas.

A capacidade de manejabilidade, que traduz a percepção que o indivíduo tem dos recursos pessoais ou sociais ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pelas diferentes situações, quando estamos perante indivíduos sem PCV, verificamos a sua relação significativa com todos os constructos teóricos inerentes à personalidade Tipo D, SOC e afecto positivo. No entanto, quando observamos os doentes com PCV, concluímos que se trata de uma capacidade que apresenta relações significativas com as restantes variáveis, mas não sofre alterações perante a personalidade Tipo D. Deste modo, o facto dos indivíduos com PCV apresentarem níveis superiores de afectividade negativa e inibição social não interfere, directamente, com a sua capacidade de percepção adequada dos recursos pessoais ou sociais ao seu alcance para satisfazerem as exigências impostas pelas diferentes situações, apesar desta capacidade ser inferior quando a comparamos com a capacidade dos indivíduos sem PCV.

Por outro lado, a capacidade de significabilidade, também fortemente relacionada com os restantes constructos teóricos quando não existe PCV, não apresenta relações significativas com a inibição social quando estamos perante indivíduos com PCV. Apenas a ausência de suporte social parece não ter implicações também para a discriminação da importância/impacto dos diferentes acontecimentos de vida e respectivo investimento de energia e compromisso pessoal.

Assim, quando consideramos a PCV, verificamos que a afectividade negativa apenas não interfere com a capacidade que o indivíduo dispõe para perceber os recursos pessoais e sociais ao seu alcance para satisfazerem as exigências requeridas pela cirurgia. Por outro lado, a inibição social não se revela importante quer para a regulação do afecto como para a capacidade para encontrar coerência interna.

Concluímos, então, que a personalidade Tipo D apenas se relaciona com a capacidade de significabilidade que, segundo Antonovsky, desempenha um papel central, uma vez que se trata da componente motivacional na inter-relação dinâmica do sentido interno de coerência. Apesar de não apresentar uma relação directa e significativa com as restantes componentes do SOC, a personalidade Tipo D correlaciona-se também com a escala total que avalia o sentido interno de coerência, apesar desta correlação não ser tão significativa como a que apresenta com a capacidade de significabilidade.

A justificação para estes resultados poderá assentar na forma como estes indivíduos se relacionam com as emoções, que difere das outras estratégias de coping, entre elas a negação e o recalcamento. O recalcamento pressupõe fraco distress e a exclusão inconsciente das emoções negativas do consciente, enquanto a personalidade Tipo D

pressupõe elevado distress interpessoal com uma tentativa consciente para suprimir estas emoções.

O facto dos indivíduos com PCV apresentarem capacidades reduzidas para percepcionarem os estímulos internos e externos, nomeadamente a sua patologia e cirurgia, como informação ordenada, consistente, estruturada e clara, poderá desencadear elevados níveis de afectividade negativa, dado o possível sentimento permanente de perda de controlo e de incompreensão dos estímulos internos e externos. Por outro lado, a personalidade Tipo D, com maior visibilidade uma vez mais da afectividade negativa, poderá também desencadear no indivíduo o sentimento de que a vida “não faz sentido” e que, portanto, os problemas que esta pressupõe não são merecedores do seu investimento e compromisso. É, então, visível o impacto da experiência acrescida de emoções negativas.

De acordo com Denollet (2003), a Personalidade Tipo D tem sido frequentemente associada a inúmeras dificuldades emocionais e sociais, entre elas ao reduzido sentimento de bem-estar. Segundo o autor, é notável nos doentes com Personalidade Tipo D o seu absentismo nas emoções positivas, associado ao baixo afecto positivo, baixo nível de auto-estima e geral insatisfação com a vida.

Os resultados que obtivemos para o constructo Afecto Positivo estão de acordo com as referências de Denollet. Os doentes com patologia e cirurgia à coluna vertebral apresentam um índice de afecto positivo significativamente inferior quando comparados com os indivíduos sem PCV.

O afecto positivo implica sentimentos de bem-estar e uma atitude optimista perante a vida. Assim se explica o facto de se tratar de um constructo que se relaciona, em sentido negativo, com a afectividade negativa. Elevados níveis de afecto positivo reflectem um relacionamento emocional que o indivíduo estabelece com o meio que o rodeia, resultando daqui a expressão de sentimentos como felicidade, satisfação pessoal, optimismo e ânimo. Indivíduos com baixos níveis de afecto positivo raramente aderem a relacionamentos sociais, são pouco optimistas acerca do seu futuro, respondem com pouco sucesso às situações stressantes e sentem que controlam com grande dificuldade as suas vidas (Fisher et al, 2004).

No entanto, apesar de concluirmos que no grupo de indivíduos sem PCV o afecto positivo se correlaciona com os restantes constructos teóricos, uma vez mais no grupo de indivíduos com PCV observámos que a personalidade Tipo D, nomeadamente a inibição social, não interfere com a regulação do afecto positivo. Quer isto dizer que o facto de a

personalidade Tipo D, de acordo com Denollet (2003), poder surgir associada a baixo afecto positivo, tal como observámos na nossa investigação, não significa que exista uma relação de causalidade com este constructo. Indivíduos com personalidade Tipo D não têm que apresentar obrigatoriamente baixo afecto positivo, uma vez que se conclui que se tratam de constructos independentes.

A investigação realizada por Wood et al (2003) sustenta esta afirmação, referindo que o afecto positivo e o afecto negativo são constructos independentes, que se correlacionam com diferentes características pessoais. Deste modo, confirma-se que a ausência de afecto positivo não corresponde obrigatoriamente à presença de afecto negativo.

O Afecto Positivo correlaciona-se, também, com as três sub-escalas do Sentido Interno de Coerência: compreensibilidade, manejabilidade e significabilidade, em sentido negativo. Atendendo à informação que a Sub-Escala Afecto Positivo nos fornece, um score total elevado corresponde a baixo nível de afecto positivo. Quer isto dizer que quanto maiores as capacidades de compreensibilidade, manejabilidade e significabilidade maior será a possibilidade de experienciar emoções positivas. Blalock et al (1989) concluiu que as crenças que o indivíduo tem acerca das suas capacidades para a realização de actividades de rotina diária estão associadas positivamente com a auto-estima, com o afecto positivo e com a satisfação e negativamente com a sintomatologia depressiva. Investigações realizadas no âmbito da auto-eficácia evidenciam o facto de, geralmente, os indivíduos desempenharem uma tarefa com maior sucesso quando acreditam que têm capacidade para tal, sendo assim visível que a auto-eficácia percebida está associada com a melhoria do funcionamento psicológico.

Através da nossa análise estatística observámos, também, a presença de correlações significativas entre os constructos teóricos Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo e a Funcionalidade e o Regresso à Vida Activa.

Citando Denollet (2003), sintomas como cansaço e exaustão surgem com maior frequência em doentes com Personalidade Tipo D. A exaustão é um estado mental que se define por extremo cansaço, irritabilidade crescente e desmoralização.

Estas dificuldades inerentes aos doentes com esta tipologia de personalidade abrangem sintomas e comportamentos, entre eles o absentismo do local de trabalho.

Os nossos resultados estão de acordo com grande parte dos autores, que associam características de ordem psicológica aos factores de risco para a manutenção da dor na PCV, mesmo após procedimentos cirúrgicos que visam a sua eliminação.

Pincus et al (2002), após uma revisão de literatura exaustiva, apontaram o distress como preditor mais significativo de uma recuperação mal sucedida, referindo que se trata de um constructo independente da dor e da funcionalidade inicial. Os autores sublinham que, mesmo perante uma patologia muito específica, não podemos subestimar a importância dos factores psicossociais, tais como as atitudes (catastrofização), crenças (medo), estado de humor (ansiedade e depressão), factores sociais (suporte social) e situação profissional (satisfação com o trabalho), uma vez que todos estes factores interagem com o comportamento (necessidade de cuidados e permanência no leito).

O regresso à vida activa da nossa amostra de doentes com patologia / cirurgia na coluna vertebral relaciona-se com a funcionalidade física, como seria de esperar. Quanto maior a dificuldade na recuperação da funcionalidade, maior será a dificuldade em regressar ao posto de trabalho. Apresenta também uma relação significativa com a afectividade negativa, ou seja, podemos pensar que sendo a afectividade negativa uma característica de personalidade, que à partida acompanha o indivíduo durante o seu desenvolvimento, quanto maior a afectividade negativa, maior será a incapacidade de regresso à vida activa. Alguns autores referem que a personalidade está presente nos factores de risco que contribuem para a manutenção e cronicidade da PCV. Hagg et al (2003) apontam o distress psicológico como factor preditor de uma má recuperação. Como resultado mais significativo desta investigação, Hagg et al (2003) referem a associação de traços de personalidade, nomeadamente o neuroticismo, como sendo um preditor muito significativo de uma recuperação cirúrgica desfavorável. A estrutura de personalidade neurótica, de acordo com a Karolinska Scales of Personality, prediz a fraca melhoria após a cirurgia, medida e confirmada quer através da auto-avaliação do doente, como através do Oswestry Disability Index. Hagg et al (2003) referem a possibilidade de existirem traços de personalidade comuns à população com PCV.

A variável Regresso à Vida Activa apresentou, também na nossa investigação, uma correlação estatisticamente significativa, no sentido negativo, com as capacidades de compreensibilidade e significabilidade do constructo teórico Sentido Interno de Coerência. Quer isto dizer que, quanto menor a capacidade de compreensibilidade e significabilidade, maior a incapacidade de regresso à vida activa, ou seja, grandes dificuldades na percepção / interpretação dos estímulos intrínsecos como informação ordenada, clara e consistente e grandes dificuldades na apreciação ou discriminação da importância ou impacto dos acontecimentos de vida, comprometem o regresso e desempenho das actividades inerentes à vida activa.

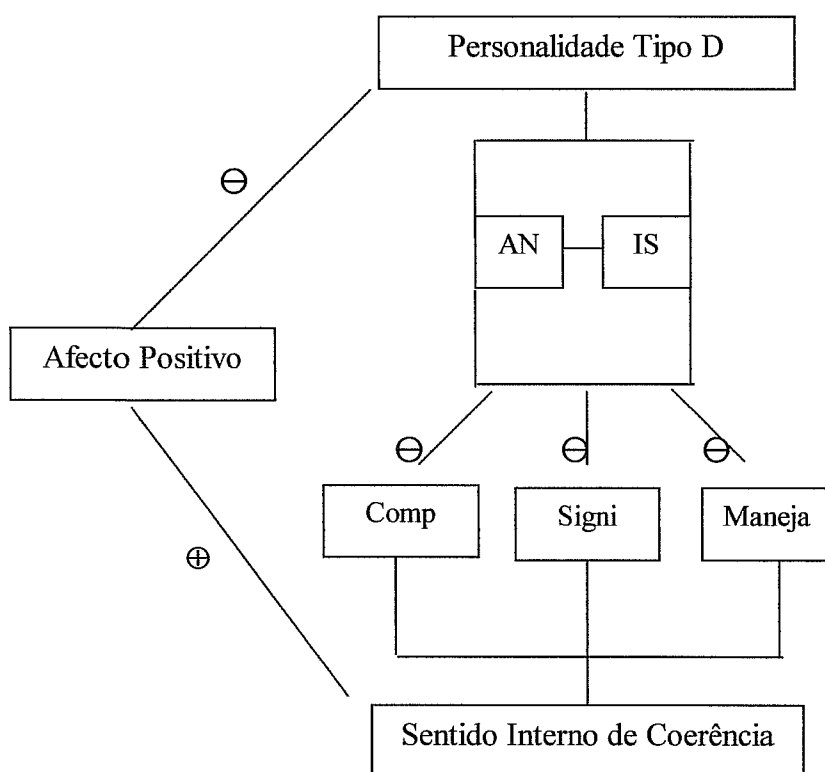
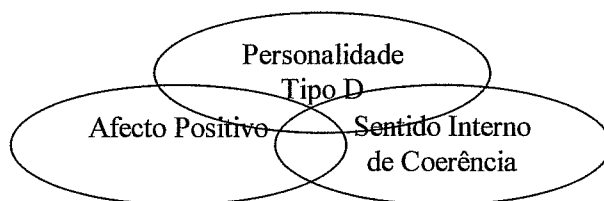
Schwarzer (1994) refere que o optimismo tem um impacto benéfico na saúde e na recuperação após a cirurgia. Falamos assim das expectativas positivas relativamente ao futuro. De acordo com o autor, os preditores da satisfação dos doentes após a cirurgia à coluna vertebral prendem-se com as expectativas pré-operatórias de que terão um período de recuperação breve.

Relativamente à funcionalidade, a análise estatística efectuada permite-nos observar relações significativas entre esta variável e as capacidades de compreensibilidade e significabilidade. Estes dados vão de encontro à relação que estas capacidades apresentam com o regresso à vida activa. Strong et al (1990) referem que nos doentes com dor crónica nas costas, quanto maior o sentimento de controlo perante a dor, menor será a sua interferência na funcionalidade diária. Crisson e Keefe (1988) observaram que a crença de que a intensidade da dor depende do acaso, está associada com a presença de distress psicológico. A capacidade de compreensão pressupõe a ausência de erros cognitivos, que se traduzem por pensamentos negativos e distorcidos acerca do próprio ou de uma situação. Em doentes com dor crónica nas costas, a elevada frequência de distorções cognitivas tem sido consistentemente associada a sintomatologia depressiva (Keefe & Williams, 1990) e ao aumento da gravidade da dor relatada pelo doente (Flor & Turk, 1988). Inúmeros estudos têm revelado relações positivas significativas entre as distorções cognitivas acerca da dor e a disfuncionalidade.

Em ambos os grupos, as correlações obtidas para a escala total Sentido Interno de Coerência estão de acordo com o autor da sua versão original (Antonovsky) e com o autor da sua validação para a população portuguesa (Saboga Nunes). As Sub-Escalas apresentam correlações estatisticamente significativas com a escala total, comprovando assim a sua consistência interna. O mesmo se verificou com as Sub-Escalas Personalidade Tipo D mas apenas para o grupo de indivíduos sem PCV.

No grupo de comparação, a presença de correlações significativas entre as variáveis em estudo revela a existência de uma forte relação entre elas, o que nos faz acreditar que terão sido uma boa escolha enquanto indicadores do perfil psicológico dos doentes com patologia na coluna vertebral, como podemos observar na esquematização abaixo representada.

Inter-relação dos constructos teóricos no grupo de indivíduos sem PCV



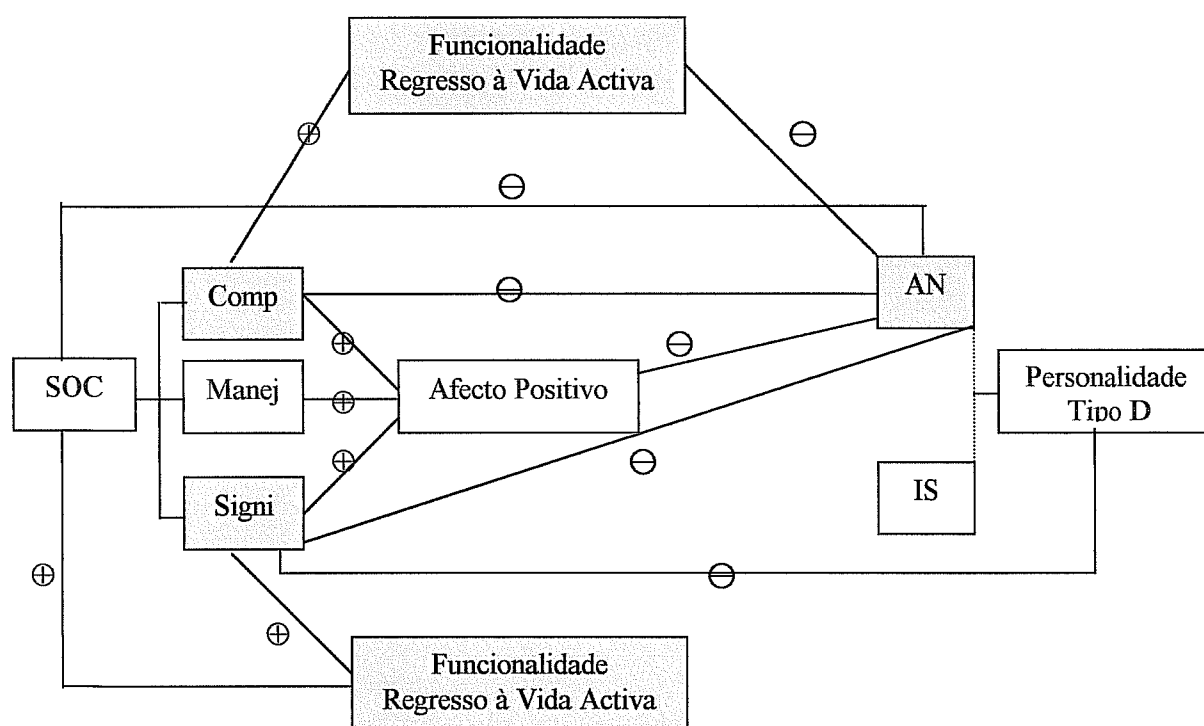
O SOC, que se constitui pela inter-relação dinâmica das capacidades de compreensibilidade, significabilidade e manejabilidade, apresenta uma relação significativa com os constructos personalidade Tipo D e afecto positivo.

Dada a impossibilidade de estabelecermos relações de causalidade, podemos pensar numa relação de reciprocidade entre as causas e os efeitos de cada constructo, relativamente aos restantes. Queremos com isto dizer que, na ausência de PCV, os constructos teóricos inter-relacionam-se com a mesma intensidade, sendo possível

verificar que correspondem a uma coerência do modo de funcionamento interno dos indivíduos.

É notável a forte relação que existe entre a afectividade negativa, a inibição social e o afecto positivo com as capacidades de compreensibilidade, significabilidade e manejabilidade, o que nos leva a pressupor que são variáveis que se coadjuvam para a estruturação da personalidade do indivíduo. Tratam-se de constructos que contemplam ambas as vertentes desta estruturação: a vertente pessoal e a vertente social, que parecem estar fortemente articuladas no funcionamento interno do indivíduo com personalidade Tipo D.

Inter-relação dos constructos teóricos no grupo de indivíduos com PCV



No grupo de indivíduos com PCV, a fraca capacidade de percepção/interpretação dos estímulos como informação ordenada, parece suscitar elevados níveis de afectividade negativa, ou seja, a tendência para vivenciar de forma acrescida as emoções negativas ao longo da vida. Por outro lado, a personalidade Tipo D, com maior participação também da afectividade negativa, parece influenciar a apreciação ou discriminação dos acontecimentos negativos da vida. É então visível, à semelhança do que observámos no

grupo de indivíduos sem PCV, a inter-relação dinâmica dos constructos teóricos que, organizados e conjugados de determinada forma, condicionam a funcionalidade e o regresso à vida activa. Ao contrário do que concluímos com o grupo sem PCV, a inibição social parece não desempenhar um papel de grande importância para a regulação do afecto e para o sucesso da percepção/investimento para com os estímulos, ou seja, o facto de o indivíduo não expressar as emoções negativas nas interações sociais parece não ser um dos factores cruciais para garantir uma boa recuperação cirúrgica.

A confirmação deste pressuposto surge com a ausência de uma relação significativa da manejabilidade com a personalidade Tipo D, com a funcionalidade e com o regresso à vida activa bem como com a ausência de uma relação entre as próprias sub-escalas da personalidade Tipo D. A fraca percepção que o indivíduo tem dos recursos sociais ao seu alcance para satisfazer as exigências requisitadas pelo estímulo parece não ser primordial para a garantia do sucesso da recuperação.

Concluimos, então, que parece existir uma prevalência dos factores inerentes ao próprio indivíduo, ou seja, o que parece ser realmente importante para a recuperação da funcionalidade e para o regresso à vida activa é a organização cognitiva e emocional do indivíduo (representação interna acerca das suas potencialidades para perceber e investir na eliminação da dor), que aliada ao sucesso da utilização das técnicas cirúrgicas, mais do que a percepção dos recursos pessoais ou sociais ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela patologia, ou seja, mais do que a percepção do significado da cirurgia em si, resultam na eliminação da dor.

Como tal, não poderemos pedir a estes indivíduos que invistam e se envolvam no desafio que é a cirurgia, se estes não lhe conseguirem atribuir um sentido prático para a resolução dos seus problemas.

Podemos, então, pensar numa possível e hipotética explicação para a cronicidade da dor/disfuncionalidade relacionada com a patologia e cirurgia na coluna vertebral. A afectividade negativa, aliada à fraca capacidade de compreensibilidade, e a personalidade Tipo D, aliada à capacidade de significabilidade, resultam em respostas emocionais negativas. De acordo com a bibliografia atrás citada, perante estas respostas, a actividade muscular aumenta como resposta biológica e, conseqüentemente, observa-se também um aumento/permanência da dor. Paralelamente, surgem então as respostas comportamentais reactivas à dor (inactividade, permanência no leito), respostas estas que estarão em consonância com o modo de funcionamento interno do indivíduo (personalidade tipo D,

com maior influência da afectividade negativa, baixo afecto positivo e baixo sentido interno de coerência), resultando assim na disfuncionalidade.

5 – Conclusão

No início da nossa investigação propusemos a caracterização do perfil psicológico dos doentes com patologia na coluna vertebral, com base num conjunto de variáveis como Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Afecto Positivo, procurando ainda averiguar a sua possível relação com a Funcionalidade e o Regresso à Vida Activa.

De acordo com os resultados obtidos, verificámos que estes doentes apresentam um perfil psicológico particular, que se relaciona com a recuperação da funcionalidade e com o seu regresso à vida activa.

O grupo de doentes apresentou uma tipologia D de Personalidade, caracterizada pela presença de elevados níveis de afectividade negativa e inibição social, quando comparados com um grupo de indivíduos sem patologia na coluna vertebral. Estes resultados estão de acordo com a literatura disponível que refere a possibilidade de existirem traços de personalidade comuns à população com PCV (Hagg et al, 2003).

Relativamente ao Sentido Interno de Coerência, os doentes com PCV apresentaram capacidades de compreensibilidade, significabilidade e manejabilidade significativamente inferiores às apresentadas pelos indivíduos sem patologia na coluna vertebral. Podemos, então, concluir que estes indivíduos com PCV percebem com grandes dificuldades os estímulos do meio interno ou externo como constituindo informação ordenada, consistente, estruturada e clara; têm uma percepção bastante limitada de que disponibilizam de recursos pessoais ou sociais ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo; e sentem com muito menor intensidade que globalmente a vida “faz sentido” e que, portanto, alguns dos problemas que esta pressupõe são merecedores do seu investimento e compromisso.

A funcionalidade e o regresso à vida activa correlacionam-se apenas com a afectividade negativa e com as capacidades de compreensibilidade e significabilidade, ou seja, observa-se uma predominância dos factores de ordem cognitiva e emocional, inerentes ao funcionamento interno do indivíduo.

Trata-se de um procedimento cirúrgico que exige que o indivíduo compreenda a que se destina, ou seja, compreenda os seus objectivos iniciais para que não desenvolva expectativas irrealistas, muitas vezes associadas à tendência para experienciar com grande intensidade e frequência emoções negativas.

A informação prestada ao doente pelos técnicos de saúde tem obrigatoriamente que ser compreendida e interiorizada de forma ordenada, consistente e clara, para que a cirurgia possa ser sentida de forma estruturada.

Por outro lado, a cirurgia deverá ser encarada como mais uma etapa temporária da vida do indivíduo, com pressupostos e eficácia consistentes e estruturados, merecedores do seu investimento e do seu compromisso. Quer portanto dizer que quando uma experiência deste nível surge, é fundamental que o indivíduo a interprete como um desafio que aceita e nela procure encontrar um sentido, dando o seu melhor para a superar com dignidade.

A experiência de emoções positivas é também visivelmente inferior nos doentes com PCV, estando este facto em concordância com as restantes variáveis.

Todos os constructos teóricos apresentam relações significativas com pelo menos uma das variáveis funcionalidade e regresso à vida activa.

Estes resultados vêm reforçar a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde sempre que colocam a hipótese da cirurgia como forma de tratamento para a patologia na coluna vertebral, uma vez que se trata de uma técnica que implica uma recuperação complexa e uma participação e investimento activos por parte do doente. Como tal, a questão que se coloca é se mesmo perante patologia física comprovada, que benefícios terá um doente com a cirurgia se não apresentar um perfil psicológico com os requisitos necessários para que possa investir no seu tratamento e respectiva recuperação e assim garantir o sucesso e eficácia do seu tratamento, no que diz respeito ao seu grande objectivo: eliminar a dor.

Neste sentido, revela-se pertinente o acompanhamento destes doentes com patologia na coluna vertebral, por uma equipa multidisciplinar, desde o seu diagnóstico até ao processo de tomada de decisão acerca do tratamento a utilizar, contemplando aqui a avaliação psicológica do doente numa fase inicial e respectivo apoio, para que se dê início à sua preparação para o respectivo tratamento.

Poderíamos, então, pensar numa estratégia de intervenção numa situação tão complexa como esta. Parece importante iniciarmos todo este processo, após estabelecido o diagnóstico de PCV, com o exame psicológico destes doentes. Retiradas as conclusões relativamente à personalidade, regulação do afecto e sentido interno de coerência, discutidas em equipa multidisciplinar, passar-se-ia para o delineamento dos possíveis tratamentos disponíveis para cada indivíduo. Cruzando estes dados, seria possível determinar qual a técnica mais adequada a utilizar com cada doente, tendo em

consideração as suas características individuais. Com os doentes encaminhados para cirurgia, seria de grande importância a realização de uma reunião multidisciplinar, na qual também participaria, para que fossem prestados todos os esclarecimentos importantes para garantirmos uma boa recuperação e assim o sucesso do investimento cirúrgico.

Acreditamos que uma intervenção a este nível poderia contribuir para a resolução das limitações inerentes à patologia na coluna vertebral, bem como para a gratificação pessoal e profissional que qualquer técnico de saúde sente sempre que alcança os objectivos que propôs satisfazer.

Deverá, também, atender-se a uma das limitações da presente investigação que se prende com as características da amostra. Dado o número reduzido de participantes, trata-se apenas da população de doentes com patologia e cirurgia na coluna vertebral do Centro Hospitalar de Torres Vedras, logo não é representativa da população nacional de doentes com esta patologia e tratamento, apesar dos resultados obtidos estarem de acordo com a literatura mundial.

Neste sentido, parece-nos pertinente contemplar em investigações futuras participantes oriundos de várias partes do país, para assim podermos generalizar os resultados obtidos e retirar conclusões acerca do seu perfil psicológico.

Referências

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. In Matarazzo, J.D. (Ed). *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Willey & Sons, 1984.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.

Arnstein, P, Caudill, M., Mandle, C., Norris, A. & Beasley, R. (1999). Self-Efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-491.

Astin, J. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(1), 27-32.

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-141.

BenDebba, M., Torgerson, W. & Long, D. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*, 72(1-2), 115-25.

Benyamini, Y., Idler, E., Leventhal, H. & Leventhal, E. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessment of health: expanding our view beyond illness and disability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B(2), 107-116.

Blalock, S., De Vellis, B. & De Vellis, R. (1989). Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Applied. Social Psycholgy.*, 19, 665-680.

Bothmer, M. & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 347-357.

Brown, G. & Nicassio, P. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31, 53-65.

Coop, L. (1974). The spectrum of suffering. *American Journal of Nursing*, 74, 491-495).

Council, J., Ahern, D., Follick, M. & Kline, C. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain*, 33, 323-331.

Crisson, J. & Keefe, F. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147-154.

Davidson, M. & Keating, J. (2002). A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness. *Physical Therapy*, 82(1), 8-24.

Denollet, J., Vaes, J. & Brutsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease. Adverse effects of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-635.

Denollet, J. (2000). Type D Personality: a potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 255-266.

Denollet, J. (2002). Type D Personality and vulnerability to chronic disease, impaired quality of life, and depressive symptoms (abstract). *Psychosomatic Medicine*, 64, 101.

Denollet, J., Conraads, V., Brutsaert, D., De Clerk, L & Stevens, W. (2003). Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 304-309.

Denollet, J. & Brutsaert, D. (1998). Personality, disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97, 167-173.

Denollet, J. (2001). Psychological risk factors in heart disease: what Type D personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468.

Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. *In Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Dolce, J., Crocker, M., Moletteire, C. & Doleys, D. (1986). Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectancies in chronic pain: a preliminary report. *Pain*, 24, 365-372.

Fairbank, J., Davies, J., Couper J. & O'Brien, J. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66(8), 271-273.

Fisher, M., Snih, S., Ostir, G. & Goodwin, J. (2004). Positive affect and disability among older Mexican Americans with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51(1), 34-39.

Flor, H. & Turk, D. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioural Medicine*, 11, 251-265.

Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.

Garofalo, J. & Polatin, P. (1999). Low back pain: Na epidemic in Industrialized Countries. *In Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York: Guilford.

Geadá, M. (1990). O modelo de saúde positiva – salutogénico – de A. Antonovsky: resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. *In A Psicologia nos serviços de saúde*. Lisboa: APPORT.

Geadá, M. (1994). Sentido Interno de Coerência, Clima Familiar e Comportamentos de Risco de Consumo de Drogas na Adolescência. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 315-321.

Green, D. & Salovey, P. (1999). In what sense are positive and negative affect independent? *Psychological Science*, 10(4), 304-306.

Habra, M., Linden, W., Anderson, J. & Weinberg. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 235-245.

Hagg, O., Fritzell, P., Ekselius, L. & Nordwall, A. (2003). Predictors of outcome in fusion surgery for chronic low back pain. A report from the Swedish lumbar spine study. *European Spine Journal*, 12, 22-33.

Hall-Lord, M., Larsson, G. & Steen, B. (1999). Chronic pain and distress in older people: A cluster analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 78-85.

Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 112-124.

Jensen, M., Turner, J., Romano, J. & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.

Keefe, F. & Williams, D. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.

Kuch, K. (2001). Psychological Factors and the Development of Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(4), S33-S38.

Langston, C. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1112-1125.

Lawton, M., Parmelee, P., Katz, I. & Nesselroade, J. (1996). Affective states in normal and depressed older people. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, P309-P316.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Love, A. (1987). Depression in chronic low back pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 84-89.

Magora, A. (1973). Investigation of the relation between low back pain and occupation V. Psychological aspects. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 5, 186-90.

Mannion, A., Junge, A., Taimela, S., Muntener, M., Lorenzo, K. & Dvorak, J. (2001). Active therapy for chronic low back pain. *Spine*, 26(8), 920-929.

Marras, W., Davis, K., Heaney, C., Maronitis, A. & Allread, W. (2000). The influence of psychosocial stress, gender and personality on mechanical loading of the lumbar spine. *Spine*, 25(23), 3045-3054.

Murphy, K. & Cornish, R. (1984). Prediction of chronicity in acute low back pain. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 65, 334-337.

Nogueira, C. & Mesquita, A. (1992). Auto-Eficácia e ansiedade: aplicações na consulta psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 16-22.

Nunes, L. (1999). *O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: ISPA.

Ostir, G., Markides, K., Peek, M. & Goodwin, J. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.

Pedersen, S. & Middel, B. (2001). Increased vital exhaustion among type D patients with ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 443-449.

Pedersen, S. & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(4), 241-248.

Pincus, T., Burton, A., Vogel, S. & Field, A., (2002). A Systematic Review of Psychological Factors as Chronicity / Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine*, 27(5), E109-E120.

Pincus, T., Vlaeyen, J., Kendall, N., Korff, M. & Kalauokalani, D. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy and psychosocial factors in low back pain. *Spine*, 27(5), E133-E138.

Ribeiro, J.L. (sem data). *Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação*. Retrieved February 19, 2004 from <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/index.htm>

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L., Johansson, S. & Ponzer, S. (2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury*, 31, 751-756.

Rosenstiel, A. & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.

Ryff, C. & Singer, B. (1996). Psychological well-being: meaning, measurement and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.

Schnyder, U., Buchi, S., Morgeli, H., Sensky, T. & Klaghofer, R. (1999). Sense of coherence – A mediator between disability and handicap? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 102-110.

Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: trait or state. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 296-302.

Schultz, I., Crook, J., Meloche, G., Berkowitz, J., Milner, R. & Zuberbier, O. (2004). *Pain*, 107, 77-85.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychol Health*, 9, 161-80.

Skevington, S. (1983). Chronic pain and depression: universal or personal helplessness? *Pain*, 15, 309-317.

Skov, T., Borg, V. & Orhede, E. (1996). Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders and lower back in salespeople. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 33, 351-6.

Strong, J., Ashton, R., Cramond, T. & Chant, D. (1990). Pain intensity, attitude and function in back pain patients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 37, 179-183.

Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, 23(17), 758-767.

Turner, J., Clancy, S. & Vitaliano, P. (1987). Relationships of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain. *Behaviour Research Therapy*, 25, 281-288.

Vlaeyen, J. (1991). *Chronic low back pain*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Von Korff, M., Deyo, R., Cherkin, D. & Barlow, W. (1993). Back pain in primary care: outcomes at 1 year. *Spine*, 18, 855-862.

Waddell, G., Pilowsky, I. & Bond, M. (1989). Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain. *Pain*, 39, 41-53.

Waters, S., Keefe, F. & Strauman, T. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 251-259.

Wolff, A. & Ratner, P. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 182-197.

Wood, J., Heimpel, S. & Michela, J. (2003). Savoring versus dampening: self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 566-580.

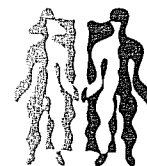
Zajonc, R. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.

Anexos

Anexo n°1



CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS



Comissão de Ética
do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Ex.ma Sr.^a
Dr.^a Catarina Severiano

No seguimento do vosso pedido, cumpre-nos informar que foi aprovado por unanimidade, a aplicação do projecto de dissertação no âmbito do mestrado em psicologia da Saúde .

Agradece-se, logo que possível, a apresentação dos resultados do estudo, após a sua finalização e discussão.

Torres Vedras, 16 de Janeiro de 2004.

Com os melhores cumprimentos,

A Comissão de Ética

o Presidente

RUA DR. AURÉLIO RICARDO BELO

Anexo n°2

Nome: _____

Proc.Nº _____

Contacto _____

Sexo:

F M

Idade: _____ anos

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Situação Profissional:

Activo Baixa (_____ meses) Reformado

Avaliação:

Pré-Operatório

Pós-Operatório

Há quanto tempo foi operado: _____ meses

Diagnóstico: _____

Processo Degenerativo

Acidente

Tempo Diagnóstico: _____ meses

Cirurgia Anterior? Sim _____ Não

Tipo de Intervenção Cirúrgica:

Dynesis

Prótese de Disco

Dynesis + Prótese de Disco

Dynesis + Artrodése

Dynesis + Discectomia

DS¹⁴

ID#

Site #

Nome : _____

Data de hoje: _____

0=FALSO 1=QUASE FALSO 2=NEUTRO 3= QUASE VERDADEIRO 4=VERDADEIRO

-
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| ¹ Relaciono-me facilmente quando conheço pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ² Faço muitas vezes de pequenas coisas grandes problemas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ³ Falo muitas vezes com estranhos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁴ Sinto-me muitas vezes infeliz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁵ Estou muitas vezes irritado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁶ Fico muitas vezes inibido em relações sociais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁷ Tenho uma visão pessimista das coisas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁸ Tenho dificuldade em iniciar uma conversação | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ⁹ Estou muitas vezes de mau humor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¹⁰ Sou uma pessoa fechada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¹¹ Prefiro manter as outras pessoas à distância | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¹² Frequentemente dou por mim preocupado com alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¹³ Sinto-me muitas vezes em baixo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¹⁴ Qando estou em eventos sociais, é-me difícil encontrar coisas correctas para falar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
-

OLQ

1 – Quando fala com outras pessoas, tem o sentimento de que elas não o(a) compreendem?

Nunca tenho esse Sentimento							Tenho sempre esse sentimento
1	2	3	4	5	6	7	

2 – No Passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que:

As coisas não iam Correr bem com certeza							As coisas iam correr bem com certeza
1	2	3	4	5	6	7	

3 – Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não aquelas mais chegadas a si). Até que ponto as conhece?

Sinto-as como Pessoas estranhas							Conheço-as muito bem
1	2	3	4	5	6	7	

4 – Tem o sentimento de que realmente se interessa pelo que se passa à sua volta?

Sinto que muito frequentemente me interessa							Sinto que muito raramente me interessa
1	2	3	4	5	6	7	

5 – Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido(a) pelo comportamento de outras pessoas que julgava conhecer bem?

Nunca aconteceu							Aconteceu sempre
1	2	3	4	5	6	7	

6 – Já lhe aconteceu terem-no desapontado (ou traído) pessoas com quem você contava (ou era amigo)?

Nunca aconteceu							Aconteceu sempre
1	2	3	4	5	6	7	

7 – A vida é:

Cheia de interesse

Absolutamente rotineira

1 2 3 4 5 6 7

8 – Até hoje, na vida:

Não consegui um
projecto e um rumo
próprio

Não consegui um
projecto e um rumo
próprio

1 2 3 4 5 6 7

9 – Tem o sentimento de que não tem sido tratado(a) com justiça?

Muito
frequentemente

Muito raramente
ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

10 – Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido:

Cheia de mudanças
sem você ser capaz
de prever o que vem
a seguir

Completamente
consistente e
previsível

1 2 3 4 5 6 7

11 – A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente:

Completamente
fascinantes

Tremendamente
aborrecidas

1 2 3 4 5 6 7

12 – Sente muitas vezes que se encontra numa situação fora do habitual, e sem saber o que deve fazer?

Sim, muitas vezes

Raramente ou
Nunca

1 2 3 4 5 6 7

13 – Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida:

“Encontra-se sempre
uma solução para as
coisas dolorosas da
vida”

“Nunca há
soluções para as
coisas dolorosas
da vida”

1 2 3 4 5 6 7

14 – Quando reflecte sobre a vida, freqüentemente:

Sente como é bom

Viver

1

2

3

4

5

6

Pergunta-se a si
próprio(a) por que
razão veio ao mundo

7

15 – Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:

Sempre confusa e
difícil de encontrar

1

2

3

4

5

6

Sempre
perfeitamente
clara

7

16 – Aquilo que faz no seu dia-a-dia:

Dá-lhe grande
Satisfação e prazer

1

2

3

4

5

6

Aborrece-o e faz-lhe
sofrer

7

17 – A sua vida futura será:

Cheia de mudanças
sem você prever o
que vem a seguir

1

2

3

4

5

6

Perfeitamente
consistente e
previsível

7

18 – Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

Afundar-se no
problema

1

2

3

4

5

6

Dizer para si:
“Paciência, tudo
se há-de resolver

7

19 – Tem ideias e sentimentos muito confusos?

Muito
freqüentemente

1

2

3

4

5

6

Muito raramente
ou nunca

7

20 – Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:

Fica com a certeza
que essa satisfação
vai perdurar

Fica com a
certeza que
qualquer coisa vai
acabar com essa
satisfação

1 2 3 4 5 6 7

21 – Acontece ter sentimentos que gostaria de não ter (inveja, ciúme, raiva, etc.)?

Muito
Frequentemente

Muito raramente
ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

22 – Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:

Não tem qualquer
Sentido, ou projecto
próprio

Terá pleno sentido
e projecto próprio

1 2 3 4 5 6 7

23 – Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?

Estou certo(a) que
haverá

Duvido que haja

1 2 3 4 5 6 7

24 – Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?

Muito
frequentemente

Muito raramente
ou nunca

1 2 3 4 5 6 7

25 – Muitas pessoas (mesmo as que têm forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se umas falhadas. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

Nunca

Muito
Frequentemente

1 2 3 4 5 6 7

26 – Quando lhe acontece alguma coisa, você geralmente acaba por verificar que:

Avaliou mal a
situação

Avaliou bem a
situação

1 2 3 4 5 6 7

27 – Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:

Conseguirá
ultrapassar as
dificuldades

Não conseguirá
ultrapassar as
dificuldades

1

2

3

4

5

6

7

28 – Com que frequência sente que as coisas que faz no seu dia-a-dia são inúteis e não fazem sentido?

Muito
frequentemente

Muito raramente
ou nunca

1

2

3

4

5

6

7

29 – Com que frequência tem sentimentos (amor, inveja, raiva, ciúme, etc.) que receia não poder controlar?

Muito
frequentemente

Muito raramente
ou nunca

1

2

3

4

5

6

7

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

2- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

3- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

8- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

9- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

10- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

11- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

SECCÃO 1 – Intensidade da Dor

- A. A dor vem e vai e é muito ligeira
- B. A dor é ligeira e não varia muito
- C. A dor vem e vai e é moderada
- D. A dor é moderada e não varia muito
- E. A dor é intensa mas vem e vai
- F. A dor é intensa e não varia muito

SECCÃO 3 – Levantar pesos

- A. A Sou capaz de levantar pesos pesados sem agravamento da dor
- B. Sou capaz de levantar pesos pesados mas com agravamento da dor
- C. A dor impede-me de levantar pesos pesados do chão
- D. A dor impede-me de levantar pesos pesados do chão, mas consigo fazê-lo se estiverem bem posicionados (ex. em cima de uma mesa)
- E. A dor impede-me em absoluto de levantar pesos pesados mas consigo se forem médios ou leves e estiverem bem posicionados
- F. No máximo apenas consigo levantar pesos leves

SECCÃO 5 – Sentar

- A. Sou capaz de me sentar em qualquer cadeira o tempo que quiser, sem dor
- B. Apenas sou capaz de me sentar na minha cadeira favorita o tempo que quiser
- C. A dor impede-me de estar sentado(a) mais de 1 hora
- D. A dor impede-me de estar sentado(a) mais de meia hora
- E. A dor impede-me de estar sentado(a) mais de 10 minutos
- F. A dor impede-me de sentar

SECCÃO 2 – Higiene Pessoal

- A. Não tenho de mudar os hábitos de banho ou vestir para evitar a dor
- B. Normalmente não mudo os hábitos de banho ou vestir, apesar de me causar alguma dor
- C. O banho e o vestir aumentam a dor mas consigo não alterar os meus hábitos
- D. O banho e o vestir aumentam a dor sendo necessário alterar os meus hábitos
- E. A dor impede-me parcialmente de me lavar e vestir sem ajuda
- F. A dor impede-me totalmente de me lavar e vestir sem ajuda

SECCÃO 4 – Andar

- A. A A dor não me impede de andar qualquer distância
- B. A dor impede-me de andar mais de 1600 metros
- C. A dor impede-me de andar 1600 metros
- D. A dor impede-me de andar mais de 800 metros
- E. Apenas consigo andar com a ajuda de bengala ou muletas
- F. Estou acamado(a) a maior parte do tempo e tenho de gatinhar para ir à casa-de-banho

SECCÃO 6 – Estar de pé

- A. Posso ficar de pé o tempo que quiser sem dor
- B. Tenho algumas dores mas não aumentam com a permanência de pé
- C. Permanecer de pé mais de 1 hora aumenta a dor
- D. Permanecer de pé mais de meia hora aumenta a dor
- E. Permanecer de pé mais de 10 minutos aumenta a dor
- F. Evito estar de pé pois a dor aumenta de imediato

SECÇÃO 7 – Dormir

- A. Deitado(a) não tenho dores
- B. Tenho dores deitado(a) mas não me impedem de dormir
- C. Por causa da dor, perco 25% do tempo de sono
- D. Por causa da dor, perco 50% do tempo de sono
- E. Por causa da dor, perco 75% do tempo de sono
- F. A dor impede-me de dormir

SECÇÃO 9 – Viajar

- A. Não tenho dor quando viajo
- B. Tenho algumas dores quando viajo, mas não pioram independentemente do transporte utilizado
- C. Tenho algumas dores quando viajo, mas não me obrigam a procurar outro meio de transporte
- D. Tenho mais dores quando viajo que me obrigam a procurar um meio de transporte alternativo
- E. A dor limita-me o viajar
- F. A dor impede-me de viajar, excepto se for deitado(a)

SECÇÃO 8 – Vida Social

- A. A minha vida social é normal e não me causa dor
- B. A minha vida social é normal mas aumenta-me a dor
- C. A dor não tem efeito significativo na vida social, mas impede-me de participar em actividades mais enérgicas (dançar, desportos, etc.)
- D. A dor limita-me a vida social e já não saio com frequência
- E. A dor restringiu-me a vida social a casa
- F. Quase não tenho vida social por causa da dor

SECÇÃO 10 – Emprego/Tarefas Caseiras

- A. As tarefas no emprego/caseiras não me causam dor
- B. As tarefas no emprego/caseiras agravam a dor mas não me impedem de as cumprir
- C. Posso cumprir a maior parte das tarefas mas a dor impede-me de executar as mais esforçadas (aspirar, fazer camas, pesos, etc.)
- D. A dor só me permite executar tarefas ligeiras
- E. A dor impede-me de executar mesmo as tarefas ligeiras
- F. A dor não me permite executar qualquer tipo de trabalho

SCORE TOTAL %

Regresso à Vida Activa

- 1- CONSIGO MANTER A VIDA SOCIAL QUE TINHA ANTES DE SER OPERADO
(ex. visitar amigos, família, receber visitas em casa, etc.)

Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Não é verdadeiro nem falso	Moderadamente falso	Totalmente falso
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	------------------

- 2- MANTENHO AS ACTIVIDADES QUE TINHA ANTES DE SER OPERADO
(ex. ir ao café, passear, ocupações de tempos livres etc.)

Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Não é verdadeiro nem falso	Moderadamente falso	Totalmente falso
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	------------------

- 3- ESTAVA SATISFEITO COM A PROFISSÃO QUE TINHA ANTES DE SER OPERADO

Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Não é verdadeiro nem falso	Moderadamente falso	Totalmente falso
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	------------------

- 4- CONSEGUI MANTER A PROFISSÃO QUE TINHA ANTES DE SER OPERADO

Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Não é verdadeiro nem falso	Moderadamente falso	Totalmente falso
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	------------------

- 5- FAÇO TUDO O QUE FAZIA ANTES DE SER OPERADO

Totalmente verdadeiro	Moderadamente verdadeiro	Não é verdadeiro nem falso	Moderadamente falso	Totalmente falso
-----------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	------------------