

Diagnóstico de Aspectos Emocionais Associados à Lombalgia e à Lombociática

The Diagnosis of Emotional Aspects Associated with Lower Back Pain

Título resumido: aspectos emocionais da lombalgia

Roberto Moraes Cruz
Universidade Federal de Santa Catarina
Jamir João Sardá Jr.
Universidade do Vale do Itajaí, SC

Resumo

O presente estudo teve por objetivo verificar a presença da depressão, ansiedade e somatização em um grupo de pacientes com lombalgia e lombociática, atendidos no Núcleo de Intervenção e Diagnóstico por Imagem (NIDI), em Florianópolis. A compreensão da dor como um fenômeno multidimensional fundamenta as abordagens mais efetivas de síndromes dolorosas reconhecem a mediação de aspectos emocionais e comportamentais sobre as mesmas. Os 50 (cinquenta) pacientes avaliados realizaram uma anamnese neuropsicológica e uma bateria de testes psicológicos para avaliar desempenho padrões psicológicos associados à dor. Analisamos os resultados das escalas de depressão, ansiedade e somatização do SCL-90-R e verificamos uma associação significativa entre depressão, ansiedade e somatização associadas à lombalgia e à lombociática, demonstrando a importância da avaliação psicológica no diagnóstico e tratamento de síndromes dolorosas de origem lombar.

Palavras chaves: avaliação psicológica, dor, lombalgia.

Abstract

The authors studied a group of 50 patients with lower back pain attended in a neurological clinic located in Florianópolis-SC (Brazil), in order to determine according the concept of pain, as a multidimensional phenomenon, the occurrence of psychological aspects associated with pain. A neuropsychological anamnesis and 2 psychological tests were performed. The results showed a higher incidence of depression, anxiety, and somatization associated with lower back pain. These results corroborate the need for psychological assessment in the diagnosis and treatment of lower back pain.

Keywords: psychological evaluation, pain, lower back pain.

Dores lombares são o segundo sintoma de maior incidência nos Estados Unidos, superado apenas por problemas respiratórios. Segundo uma estimativa recente, os custos da remuneração de inválidos e da perda de produtividade podem chegar a 100 bilhões de dólares anuais (Borssok, Le Bel e McPeck, 1993). No Brasil, apesar de não termos dados precisos, estima-se que os neurologistas e os ortopedistas são o grupo de profissionais que têm entre seus cli-

entes um grande número de pessoas com queixas de lombalgia e lombociática (Carvalho, 1999).

A Lombalgia pode ser definida como uma dor no terço inferior da coluna vertebral, mais especificamente entre os L1 e L5. Por lombociática entende-se a manifestação de dores lombares com irradiação para os membros inferiores através do nervo ciático. Frequentemente essas dores apresentam-se associadas. As intervenções medicamentosas, cirurgias e microintervenções são os procedimentos mais frequentemente utilizados para o tratamento de dores lombares.

A Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde

têm sugerido avaliações psicológicas como parte do tratamento de síndromes dolorosas, justificando a necessidade de produzir mais conhecimentos sobre a etiologia das dores lombares para que intervenções mais eficazes possam ser realizadas (Tollison e Hinnant, 1996; Kerns e Rosenberg, 1997).

Segundo a IASP (*International Association for the Study of Pain*), a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão. Diversos autores e teorias contribuíram para a compreensão da dor como um fenômeno multidimensional. Melzack e Wall (1965), durante a década de 60, do século passado, vêm salientando, através da construção da Teoria do Portal (*Gate Control*), a importância da modulação realizada pela espinha medular, sistema nervoso central e hipotálamo sobre processos e estímulos dolorosos. Estes autores sugerem, de forma analógica, que “existe um sistema de portal no sistema nervoso central que se abre e fecha, deixando passar ou bloqueando as mensagens de dor até o cérebro”. (p. 972).

De acordo com a Teoria do Portal, fenômenos de dor consistem de componentes sensorio-discriminativo, motivacional-afetivo, e cognitivo-valorativos. A teoria de Melzack e Wall, além de ampliar a compreensão das dores, enfatiza a importância dos aspectos emocionais na instalação e manifestação de processos dolorosos. Embora a Teoria do Portal ofereça uma explicação sobre a participação de aspectos psicológicos associadas à dor, existem ainda outras evidências da multidimensionalidade da instalação e manifestação da dor, a seguir citamos algumas destas evidências:

- A influência de pensamentos e emoções sobre respostas fisiológicas, tais como, tônus muscular, fluxo sanguíneo, níveis de substâncias na corrente sanguínea e cérebro;
- A participação dos neurotransmissores nos processos dolorosos;
- A influência da valoração de eventos dolorosos na qualidade emocional da dor;
- A diversidade de representações sobre dor em diferentes culturas e suas implicações na manifestação e instalação de dores;
- As diferenças individuais na percepção de limiares de dor.
- A possibilidade de ansiedade, depressão, raiva e outros estados emocionais, provocarem alterações viscerais, autonômicas e mioesqueléticas;

Além dessas evidências, outros estudos

(Wadden, 1994; Sullivan, 1994; Martinez e Castro, 1992; Tollison, 1992) apontam para uma associação entre depressão e ansiedade e a instalação ou manifestação de dores crônicas ou agudas. Esse tem sido o referencial, a partir do qual, a clínica médica e neuropsicológica tem desenvolvido e aplicado técnicas para auxiliar no diagnóstico e tratamento de diversos tipos de dor (ver Coleman, 1997).

O consenso existente entre os especialistas e pesquisadores, segundo Burish e Bradley (1993) é de que há necessidade de uma maior compreensão sobre a instalação e manifestação de síndromes dolorosas e a presença de estados emocionais associados a estas, particularmente se considerarmos os eventos fisiopsicológicos progressos e o modo de ação dos indivíduos em seu cotidiano de vida e trabalho (hábitos, atitudes, posturas).

Método

Foram entrevistados 55 pacientes com diagnóstico de lombalgia e lombociática atendidos no NIDI-Neurociências, no período de agosto a novembro de 2000 e janeiro de 2001. Foram incluídos nesse estudo todos os pacientes com queixas de lombalgia e lombociática, que realizaram avaliação neuropsicológica. É importante salientar que a avaliação neuropsicológica é indicada quando:

- 1) os sintomas trazidos pelo paciente são maiores dos que os esperados pela avaliação clínica ou radiológica,
- 2) há suspeita de distúrbio psicológico; comportamento inadequado ou uso de drogas associados ao sintoma.

A avaliação neuropsicológica possui múltiplos objetivos, dentre eles avaliar a manifestação comportamental de lesões cerebrais. A avaliação neuropsicológica (realizada em duas entrevistas, com uma hora de duração cada), pode compreender diferentes baterias de testes em função da indicação clínica; nessa situação, utilizamos uma bateria composta dos seguintes instrumentos: anamnese neuropsicológica, testes de desempenho específicos, WISC, Wartegg, Inventário de Pacientes com Dor, Inventário de Sintomas (SCL-90-R) e Lista de Eventos Estressantes.

No diagnóstico e tratamento de síndromes dolorosas, nosso enfoque principal é realizar uma avaliação psicológica que permita compreender a multidimensionalidade desse fenômeno, visando identificar a presença de aspectos emocionais e/ou comportamen-

tais que possam estar contribuindo para instalação ou manifestação do sintoma. Com especial atenção em estados emocionais, dentre eles, depressão, ansiedade e somatização associados a síndromes dolorosas. Após o término da avaliação, é dada uma devolutiva do resultado ao cliente e encaminhado um parecer da avaliação ao médico solicitante.

No que se refere aos instrumentos utilizados neste estudo, estaremos apenas nos atendo à análise dos escores do SCL-90-R. Este instrumento é um inventário de sintomas desenvolvido por Derogatis (1975), que visa refletir padrões de sintomas psicológicos, possui nove escalas e índices globais¹ desenvolvidos para avaliar os níveis de estresse sintomatológico e psicológico. Composto por 90 itens, cada item é pontuado em cinco escalas de stress, com escores variando de zero a quatro, associados às palavras “nunca”, “um pouco”, “moderadamente”, “frequentemente”, “extremamente”. Deve ser utilizado como um instrumento de diagnóstico processual dos sintomas psicológicos, ainda que tenha sido elaborado em conformidade com o DSM II.

O SCL-90-R tem sido utilizado para diferentes procedimentos ou fins: avaliações em pacientes psiquiátricos, acompanhamento de usuários de psicofármacos, avaliações em intervenções psicoterapêuticas, avaliação do nível de stress psicológico e psicopatológico, distúrbios depressivos e/ou ansiosas, comportamentos suicidas, usuários de álcool, pessoas que sofreram abuso sexual, disfunções sexuais, intervenções médicas e cirúrgicas.

¹ Somatização (som): reflete o stress resultante da percepção de disfunções fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autônomo. Obsessivo-Compulsivo (o-c): avalia a forma como ações ou comportamentos são experienciados como irresistíveis e/ou compulsivos. Sensibilidade Interpessoal (i-s): reflete a forma como o indivíduo percebe suas relações interpessoais. Depressão (dep): avalia sentimentos de disforia e a extensão de quadros depressivos. Ansiedade (anx): avalia sinais de ansiedade de forma generalizada. Hostilidade (hos): avalia a dimensão de padrões hostis de comportamento, tais como, agressão, irritabilidade-Ansiedade fóbica (phob) : reflete a presença de comportamentos fóbicos. Paranóia (par) : avalia a dimensão de comportamentos paranóicos, percebendo-os como distúrbios do pensamento. Distúrbios Afetivos (psy): fornece informações referentes a dimensões psicóticas, padrões de relacionamentos afetivos e interações sociais. Índice de Severidade Global (gsi): combina informações referentes aos números de sintomas relacionados com a intensidade do stress percebido. Em última análise avalia o estado atual da desordem psicológica. Índice de Sintomas Estressantes (psdi): avalia o “estilo de resposta” ao stress. Indica se o indivíduo colabora para atenuar ou elevar o nível de stress em função da forma que o vivencia. Total de Sintomas (pst) : reflete o número de sintomas endossados pelo indivíduo referentes ao nível de stress. Pode ser interpretado como uma medida da extensão dos sintomas.

Resultados

Por se tratar de um estudo preliminar, a análise estatística dos resultados limitou-se apenas à distribuição de frequências. Os resultados foram distribuídos em três grandes grupos (com resultados percentuais até 50, entre 51 a 65 e entre 66 a 80). Além disso, foram calculadas as médias e desvio padrões para cada escala, com a finalidade de estabelecer referências padronizadas para a sua utilização em grupos de pacientes com dor.

Optamos por organizar os resultados percentuais em três grandes grupos pelas seguintes razões: na amostra americana do SCL-90-R, o percentil 50 é a média dos resultados e o desvio padrão é 14,6; ou seja, o segundo grupo (percentis entre 51 e 65) está à 1,0 desvio padrão da média e o terceiro grupo (percentis entre 66 e 80) à 2,0 desvios padrões da média. Além disso, na prática clínica, observamos que pacientes com escores menores que 50 não apresentam alterações emocionais, pacientes com resultados entre 51 e 65, apresentam alterações emocionais leves, enquanto que pacientes com resultados entre 66 e 80 apresentam distúrbios psicológicos significativos.

A Tabela 1 apresenta as médias e desvio padrão para as três escalas, neste grupo de pacientes.

Tabela 1 - Distribuição das médias e desvio-padrão da população estudada no Brasil e da amostra norte-americana

| Escala | Média | | Desvio Padrão | |
|-------------|--------|-------|---------------|-------|
| | Brasil | E.U.A | Brasil | E.U.A |
| Ansiedade | 64.4 | 50.0 | 9.1 | 14.7 |
| Depressão | 65.2 | 50.0 | 8.7 | 14.7 |
| Somatização | 64.9 | 50.0 | 9.2 | 14.7 |

A distribuição dos resultados em percentuais demonstra uma baixa concentração de escores (13%) abaixo da média norte-americana e uma maior concentração dos escores (40%) a um desvio padrão da média e (47%) dos escores a dois desvios padrões da média. Portanto, aproximadamente metade desta população estudada apresentou resultados significativamente altos no que se refere à presença do sintoma ansiedade, segundo o auto-inventário SCL-90-R.

A distribuição dos grupos de percentis demonstra uma baixa concentração de escores (8%), abaixo da média americana, uma maior concentração dos escores (38%) a um desvio padrão da média e 54% dos escores a dois desvios padrões da média.

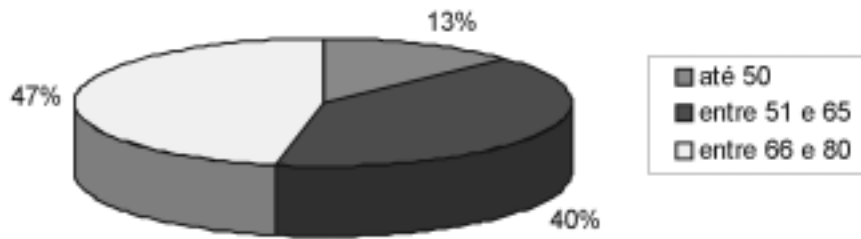


Figura 1 - Distribuição dos grupos de percentis da escala de ansiedade

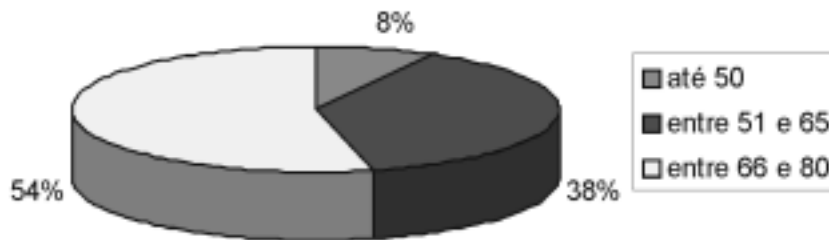


Figura 2 - Distribuição dos grupos de percentis na escala de depressão

A análise da distribuição dos resultados em percentis no SCL-90-R mostra valores significativamente altos no que se refere à presença do sintoma depressão, sugerindo uma forte associação entre o padrão sintomatológico orgânico e depressão na população estudada.

A distribuição dos grupos de percentis mostra uma baixa concentração de escores (6%), abaixo da média americana, e uma maior concentração dos escores (35%) a um desvio padrão da média e 59%

dos escores a dois desvios padrões da média. Ou seja, nessa população, um número bastante alto de participantes (96%), manifestou outras queixas somáticas² associadas a lombalgia e lombociática.

Conclusões

A análise dos resultados encontradas nesta população, aponta uma concentração dos escores nas

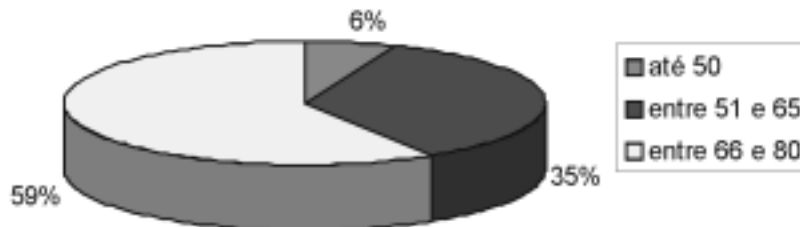


Figura 3. Distribuição dos grupos de percentis na escala de somatização

²Tensão muscular, tontura, hipertensão ou hipotensão, dores de cabeça, problemas de circulação, distúrbios do sistema digestivo e outros.

três escalas, do grupo classificado como escore percentil alto (66 a 80), em contrapartida a uma baixa incidência no grupo classificado como escore percentil baixo (até 50). Em média 50% do escores encontra-se no grupo escore T alto.

Comparando os resultados desta pesquisa com os encontrados no manual do SCL-90-R, observa-se uma variação significativa dos escores em percentuais encontrados em população em geral ou sem dor. Os resultados obtidos nesse estudo sugerem alterações nas escalas de ansiedade, depressão e somatização, em pacientes com dores crônicas de natureza lombar e lombociática, em comparação com o grupo de controle do teste nos Estados Unidos. Não poderiam ser feitas comparações diretas entre os resultados de uma população com dor e sem dor, em função da variável dor por si só ser um fator ansiogênico ou causar depressão. Tratar-se, portanto, de um estudo preliminar, dado à inexistência de instrumentos psicométricos para avaliação de pacientes com dor no Brasil (o teste SCL-90-R não é padronizado no Brasil).

As alterações emocionais associadas à lombalgia e à lombociática, apontadas neste estudo, vão de encontro à Teoria do Portal e aos resultados de pesquisas apresentados em pesquisas similares no exterior, no sentido de que podem existir aspectos emocionais e comportamentais associados às dores crônicas e agudas, passíveis de interferir ou colaborar para a manifestação ou perpetuação destas. De alguma forma que justificaria a necessidade da utilização de avaliações psicológicas no tratamento de pacientes com dor, com o intuito de realizar um diagnóstico mais amplo e proporcionar intervenções mais efetivas.

É importante salientar que ainda existe um longo caminho para a compreensão da instalação e manifestação de dores e das múltiplas variáveis envolvidas neste processo. E, sem dúvida nenhuma, a padronização de resultados e o desenvolvimento de testes específicos para esta população são um passo importante na avaliação psicológica de síndromes dolorosas.

Referências

- Ader, R. & Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Borssok, D., Le Bel, A. & McPeel, B. (1993). *The Massachusetts general hospital handbook of pain management*. New York: Little Brown Company.
- Coleman, D. (1997). *Equilíbrio Mente Corpo*. Rio de Janeiro: Campus.
- Burish, T. & Bradley, L. (1993). *Coping with chronic disease*. Nova York: Academic Press.
- Carvalho, M. M. M. J. (1999). *Dor um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Kerns, R. D. & Rosenberg, R. (1997). Readiness to adopt a self-management to chronic pain. *Pain*, 72, 227-234.
- Lubkin, I. M. (1986). *Chronic disease: Impact and intervention*. New York: Jones and Bartlett Publisher.
- Mader, M. J. (1996) Avaliação neuropsicológica. *Revista Ciência e Profissão*. 16, 12 -18.
- Martinez, J. E. & Castro, P. D. (1992). Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 32, 51-60.
- Melzak, R. & Wall, P. B. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, n. 3699, 971 - 979.
- Melzak, R. & Wall, P. B. (1994). *Textbook of pain* (3rd edition). Churchill Livingstone: New York.
- Melzak, R. & Wall, P. B. (1982). *O desafio da dor*. Fundação Calouste Gulbekian. Lisboa.
- Morgan, C. D. & Wiederman, M. W. (1998). Discriminant validity of the SCL-90-R dimensions of anxiety and depression. *Assessment*, 5, 197-201.
- Pimenta, C. I. M. & Teixeira, M. J. (1997). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47, 177-186.
- Tollison, C. B. & Hinnant, B. W. (1996). Psychological testing in the evaluation of the patient in pain. Em P. Waldman (Org). *Intervention pain management in pain*. (p.p. 119 - 128). New York: W.B. Saunders Company.

Recebido em março de 2001

Aceito em Janeiro de 2003