



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***ESPIRITUALIDADE, AXIOLOGIA E COPING
NA PESSOA COM LOMBALGIA***

Joaquim António Toscano Ferreira Monteiro

Tese de doutoramento em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação de: Professor Doutor Luís Miguel Madeira Faísca e
Professora Doutora Maria Odete das Neves Fernandes dos Santos Nunes

2012

A saúde sem espiritualidade é imperfeita enquanto
a espiritualidade sem saúde é cega

(Adaptado de Einstein)

”Science without religion is lame, whereas religion without science is blind”

Einstein, 1939*

* Einstein, A. (2005). *Como vejo a ciência a religião e o mundo*. Lisboa: Relógio D’Água Editores.

Agradecimentos

Queria agradecer às pessoas que me ajudaram nesta investigação e prestar uma homenagem a todos os que, ao longo dos anos, foram contribuindo para que a investigação se tornasse uma realidade.

Ao Professor Doutor Luís Faísca, meu orientador, por ter abraçado este projecto, pelos conselhos práticos e pela orientação séria e rigorosa que me proporcionou ao longo destes anos. A sua orientação contribuiu de forma marcante para o alargamento dos meus conhecimentos nos campos da Psicologia e da Estatística possibilitando a génese de novos pontos de vista.

À Professora Doutora Odete Nunes, minha orientadora, que me ajudou na concretização do projecto da tese, me despertou o interesse pela axiologia e me incentivou a participar em conferências e reuniões que ajudaram a fortalecer a investigação. A sua contribuição permitiu-me construir uma ponte entre a Medicina e a Psicologia que me conduziu à Psicologia da Saúde.

Ao Professor Doutor João Hipólito que me convidou para colaborar no ensino da Psicologia e me estimulou para o início desta caminhada.

Ao Professor Mike Linacre, autor do programa Winsteps para a análise Rasch, que orientou os cursos “Practical Rasch Measurement, Core Topics” e “Practical Rasch Measurement, Further Topics” que tive a oportunidade de completar através da Internet.

Tenho dedicado grande parte do meu tempo a avaliar e a tratar pessoas com lombalgia e por isso não esqueço todos os que sofrem com lombalgia, muitas vezes de

forma silenciosa, e cujo contributo sincero e desinteressado permitiu o desenrolar desta investigação.

Queria prestar uma homenagem ao Escritor e meu Professor de português Dr. Vergílio Ferreira, no Liceu Luís de Camões, cuja visão rasgada redescobri ao longo desta investigação no campo da axiologia.

Não esqueço o Professor Doutor Camilo Cardoso com quem estudei Psicologia Clínica, Psicometria e Psicodiagnóstico de Roschach na Faculdade de Medicina do Campo de Santana e que me despertou o interesse pela Psicologia.

A realização da tese de mestrado orientado pelo Professor Doutor Luís Rebelo abriu o caminho para a presente investigação e foi uma oportunidade para desenvolver um espírito de investigação e para valorizar a importância dos cuidados paliativos.

O meu interesse pela pessoa com lombalgia não teria surgido sem a contribuição de vários neurocirurgiões de que destaco o Dr. Lucas dos Santos, Director do Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, e o Dr. Correia de Almeida, Chefe da Equipa em que trabalhei durante a minha formação como Neurocirurgião.

Por último agradeço, de uma forma muito carinhosa, à minha família que me apoiou de forma incondicional ao longo das horas, dias, meses e anos em que mergulhei neste projecto de corpo e alma.

Resumo

A lombalgia é um flagelo a nível dos países industrializados e Portugal não é uma excepção. Estima-se que a maior parte da população sofra de lombalgia em algum momento da sua vida.

Recentemente têm surgido trabalhos que estudam a influência da doença na espiritualidade rompendo com a tradicional relação de causalidade que só valorizava a importância da espiritualidade na saúde e na doença. O presente estudo teve como objectivo estudar, na perspectiva da Psicologia da Saúde, a Espiritualidade, os Valores Humanos e as Estratégias de *Coping* na pessoa com Incapacidade por Lombalgia. Utilizaram-se dois grupos de estudantes universitários sendo um constituído por pessoas com Incapacidade por Lombalgia e outro de Controlo. Pesquisaram-se as diferenças entre os dois grupos e os mecanismos de mediação e moderação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade no grupo com Incapacidade por Lombalgia.

Verificou-se que os níveis de Espiritualidade e de Estratégias de *Coping* eram significativamente diferentes nos dois grupos sendo mais elevados nas pessoas com Incapacidade por Lombalgia. Contudo, as diferenças a nível dos Valores Humanos entre os dois grupos eram muito mais reduzidas. A Incapacidade por Lombalgia apresentou uma correlação com os níveis de Espiritualidade. O *Coping* de Suporte Social revelou-se como um mediador parcial da relação entre a Espiritualidade e a Unidade com o Universo, uma das dimensões da Espiritualidade. A Dimensão Existencial, uma das dimensões dos Valores Humanos, apresentou uma acção moderadora na relação entre o *Coping* de Suporte Social e Unidade com o Universo. Confirmou-se a existência de uma mediação

moderada a nível da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade em que o *Coping* de Suporte Social apresenta uma acção mediadora que é moderada pela Dimensão Existencial dos Valores Humanos.

Palavras-chave: Incapacidade por lombalgia; Espiritualidade; Estratégias de *Coping*; Valores Humanos; Factores psicossociais; Psicologia da Saúde; Mediação moderada.

Abstract

Back pain is an ever problem all over the developed countries and Portugal is not an exception. Probably most persons suffer from back pain during their life.

Recently some works emerged studying the influence of sickness over spirituality breaking the traditional causality relation which only valorized the importance of spirituality over health and sickness. The main purpose of the current study was to study the Health Psychology perspective of Spirituality, of Human Values and of Ways of *Coping* in the person with back pain. Two university student groups were used. One was composed by students with back pain incapacity and the other one was a control group. Differences between the two samples regarding Spirituality, Human Values and Ways of *Coping* were studied. Both mediation and moderation mechanisms between Back Pain Incapacity and Spirituality on the sample with Back Pain Incapacity were also studied.

The Ways of *Coping* and Spirituality were significantly different between the two samples and more developed in the sample with Back Pain Incapacity. Although, the Human Values differences between the two groups were scarce. Back Pain Incapacity showed a correlation with Spirituality. Social Support *Coping* was a partial mediator of the relation between Back Pain Incapacity and Universe Union a dimension of Spirituality. Existential Dimension, one of the Human Values dimensions, moderated the relation between Social Support *Coping* and Universe Unity. A mediation moderated relation was confirmed between Back Pain Incapacity and Spirituality where Social Support *Coping* is a mediator that is moderated by the Existential dimension of Human Values

Key words: Back pain incapacity; Spirituality; Ways of *Coping*; Human Values; Psychosocial Factors; Health Psychology; Mediated moderation.

Índice geral

Pensamento	2
Agradecimentos	3
Resumo	5
Abstract	7
Índice geral	9
Índice de figuras	12
Índice de quadros	14
Lista de siglas e abreviaturas	18
Introdução	20
1ª PARTE - Enquadramento teórico da investigação	25
1 – Lombalgia	26
1. Evolução do conceito de lombalgia	27
2. Definição, etiologia e classificação da lombalgia	32
3. Epidemiologia.	34
4. Diagnóstico	37
5. Terapêutica	41
6. Avaliação da incapacidade por lombalgia	43
2 - Factores psicossociais	47
1. Insuficiência do modelo biomédico	48
2. Factores psicossociais na lombalgia	49
3. Contexto profissional na lombalgia	52
3 - Estratégias de <i>coping</i>	56
1. Conceito de stresse	58
2. Conceito de <i>coping</i>	63
3. Falência dos mecanismos de <i>coping</i>	68
4. Intervenção psicológica	69
5. Avaliação das Estratégias de <i>Coping</i>	71
4 -Valores humanos	73
1. Axiologia	75
2. Fenomenologia	76
3. Classificação e hierarquia dos valores	81
4. Valor e economia	83
5. Valor e ciência	83
6. Valor e moral	84
7. Valor e dor	86
8. Avaliação dos Valores Humanos	87

5 – Espiritualidade	89
1. Conceito de espiritualidade	90
2. Espiritualidade e religião	91
3. Espiritualidade e transcendência	95
4. Contextualização da espiritualidade na saúde e na doença	96
5. Espiritualidade na pessoa com lombalgia	98
6. Contributo da interiorização dos valores e das estratégias de <i>coping</i> na espiritualidade da pessoa com lombalgia	99
7. Avaliação da espiritualidade	101
6 - Análise estatística	106
1. Modelo de Rasch	107
2. Mediação e moderação	111
2.1. Diferenças entre mediador e moderador	112
2.2. Conceito e cálculo do mediador	113
2.3. Conceito e cálculo do moderador	116
2.4. Mediação moderada e moderação mediada	118
3. Análise de equações estruturais.	121
2ª PARTE - Estudo empírico	124
7 – Metodologia	125
1. Formulação do problema e objectivos da investigação	126
1.1. Objectivo geral - investigar a natureza multidimensional da lombalgia	126
1.2. Objectivo específico - estudar a importância da Espiritualidade na pessoa com lombalgia	127
1.3. Objectivo específico - analisar a acção das estratégias de coping como mediadores da relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade	130
1.4. Objectivo específico – analisar a moderação dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade.	131
2. Construção das hipóteses de investigação	132
3. Variáveis envolvidas na investigação	137
4. Tipo de estudo	138
5. Instrumentos de investigação	138
5.1. Questionário de incapacidade de Roland Morris (RMDQ)	139
5.2. Escala de Espiritualidade (EDE)	145
5.3. Escala Toulousiana de <i>Coping</i> (ETC)	149
5.4. Escala de Valores de Odete Nunes (EVON)	151
6. Procedimentos de recolha de informação	153
7. Caracterização geral da amostra	154
8 – Resultados	157
1. A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de um reforço da espiritualidade	159
2. A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de uma alteração das Estratégias de <i>Coping</i>	160
3. A Incapacidade por Lombalgia não se acompanha de uma alteração dos Valores Humanos.	161
4. A Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade.	162

5. As Estratégias de <i>Coping</i> correlacionam-se com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade	163
6. As Estratégias de <i>Coping</i> têm uma acção mediadora na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade	165
7. Os Valores Humanos são moderadores da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.	176
8. As estratégias de <i>Coping</i> e os Valores Humanos explicam a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade	190
9 – Discussão	192
1. Introdução à discussão.	193
2. Discussão das hipóteses de investigação.	195
3. Conclusão da discussão das hipóteses de investigação	206
Considerações finais	211
Bibliografia	214
Anexos	244

Índice de figuras

Fig. 1.1	Frida Kahlo (1944). A coluna partida. México: Museu Dolores Olmeido.	28
Fig.1.2	Frida Kahlo (1946). A árvore da esperança, mantém-se firme. França: Colecção Isidore Ducasse.	29
Fig. 1.3	Saul Jesus (2012). Coluna vertebral: Tronco da vida. Portugal: Colecção particular.	30
Fig. 6.1	Diagrama conceptual da mediação em que a variável mediadora enfraquece a relação directa entre a variável independente e a variável dependente de (c) para (c') através da relação indirecta (ab).	115
Fig. 6.2	Modelo de moderação	117
Fig. 6.3	Modelo de regressão múltipla para teste de moderação em que se especificam três efeitos directos sobre a variável dependente (efeito da variável independente, efeito da variável moderadora e efeito da interacção entre a variável independente e a variável moderadora)	117
Fig. 6.4	Modelo de mediação moderada	120
Fig. 6.5	Modelo de associação entre os efeitos de mediação e moderação	120
Fig. 6.6	Modelo de moderação mediada	120
Fig. 6.7	Modelo de equações estruturais para análise da mediação moderada	122
Fig. 7.1	Estudos tradicionais em Psicologia da Saúde em que a Espiritualidade e a Religião são preditoras da saúde e da doença.	134
Fig. 7.2	Estudos em que a doença conduz a um reforço da espiritualidade	134
Fig. 7.3	Modelo de mediação das Estratégias de <i>Coping</i> na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade	135

Fig. 7.4	Modelo de moderação dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade	136
Fig. 7.5	Modelo de mediação das Estratégias de <i>Coping</i> , moderadas pelos Valores Humanos, na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade	137
Fig. 7.6	Mapa da distribuição das pessoas e dos itens. As pessoas estão representadas por um (X) à esquerda da vertical e os 24 itens à direita (RM). As pessoas com mais incapacidade e os itens que revelam maior incapacidade situam-se no topo da linha nos valores positivos	143
Fig. 8.1	Modelo de mediação através do <i>Coping</i> de Suporte Social	167
Fig. 8.2	Modelo de mediação parcial entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do <i>Coping</i> de Suporte Social.	175
Fig. 8.3	Modelo de regressão múltipla para testar a acção moderadora dos Valores Humanos sobre a relação entre Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo	181
Fig. 8.4	Efeitos de mediação moderada pelos Valores Humanos.	183
Fig. 8.5	Modelo de moderação da Dimensão Existencial sobre a relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo (coeficientes de regressão padronizados)	188
Fig. 8.6	Efeito moderador da Dimensão Existencial sobre a relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo	190
Fig. 8.7	Modelo de mediação moderada em que o <i>Coping</i> de Suporte Social exerce um efeito mediador e a Dimensão Existencial um efeito moderador.	191

Índice de quadros

Quadro 5.1	Escalas de avaliação da espiritualidade adaptadas à população portuguesa e brasileira	104
Quadro 6.1	Definição de termos associados à mediação e moderação	113
Quadro 7.1	Comparação dos resultados da validação do RMDQ em 17 países.	142
Quadro 7.2	Comparação do grau de gravidade dos itens da escala de RMDQ em três países. Os itens de maior gravidade têm valores mais positivos e os itens de menor gravidade valores mais negativos. Os valores extremos estão sublinhados	144
Quadro 7.3	Matriz dos itens da Escala de Espiritualidade após rotação Varimax.	149
Quadro 7.4	Factores da Escala Toulousiana de <i>Coping</i> , número de itens e respectivas consistências internas	151
Quadro 7.5	Factores e subfactores da Escala de Valores de Odete Nunes e respectivas consistências internas	152
Quadro 7.6	Comparação das idades e género entre os participantes do Grupo com Incapacidade por Lombalgia e do Grupo de controlo.	154
Quadro 7.7	Prevalência de lombalgias por género e na globalidade numa população de 393 estudantes.	155
Quadro 7.8	Prevalência de lombalgias por género na população com mais e menos de 50 anos	157
Quadro 8.1	Comparação dos níveis de Espiritualidade entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por Lombalgia	159
Quadro 8.2	Comparação das Estratégias de <i>Coping</i> entre o grupo de Controlo e o grupo de Incapacidade por Lombalgia	160
Quadro 8.3	Comparação dos Valores Humanos entre o grupo de Controlo e	

	o Grupo com Incapacidade por Lombalgia	161
Quadro 8.4	Correlações de Pearson entre a Incapacidade por Lombalgia e as dimensões da Espiritualidade	162
Quadro 8.5	Correlações de Pearson entre as Estratégias de <i>Coping</i> e a Incapacidade por Lombalgia	163
Quadro 8.6	Correlações de Pearson entre as Estratégias de <i>Coping</i> e as dimensões da Espiritualidade	166
Quadro 8.7	Correlações das Estratégias de <i>Coping</i> com a Incapacidade por Lombalgia e com a Unidade com o Universo	165
Quadro 8.8	Pesquisa do efeito mediador do <i>Coping</i> de Suporte Social na relação da Incapacidade por Lombalgia com a Unidade com o Universo	167
Quadro 8.9	Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do <i>Coping</i> de Suporte Social.	168
Quadro 8.10	Pesquisa do efeito mediador parcial do <i>Coping</i> de Suporte Social através do teste de Sobel	168
Quadro 8.11	Pesquisa do efeito mediador do <i>Coping</i> de Controlo na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo	169
Quadro 8.12	Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do <i>Coping</i> de Controlo.	170
Quadro 8.13	Pesquisa do efeito mediador parcial do <i>Coping</i> de Controlo através do teste de Sobel	170
Quadro 8.14	Análise do efeito mediador do <i>Coping</i> Positivo na relação Incapacidade por lombalgia e a Unidade com o Universo	171
Quadro 8.15	Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do <i>Coping</i> Positivo.	171
Quadro 8.16	Avaliação da significância do efeito mediador parcial do <i>Coping</i> Positivo através do teste de Sobel	172

Quadro 8.17	Análise do efeito mediador do <i>Coping</i> Total na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo	172
Quadro 8.18	Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do <i>Coping</i> Total	173
Quadro 8.19	Avaliação da significância do efeito mediador parcial do <i>Coping</i> Total através do teste de Sobel	173
Quadro 8.20	Comparação do efeito mediador parcial das dimensões das Estratégias de <i>Coping</i> sobre a relação Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade (efeito total $r = 0,313$)	174
Quadro 8.21	Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e a Incapacidade por Lombalgia	176
Quadro 8.22	Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e as dimensões da Espiritualidade	177
Quadro 8.23	Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e as dimensões das Estratégias de <i>Coping</i>	178
Quadro 8.24	Correlações das dimensões dos Valores com a Incapacidade por Lombalgia e com a Unidade com o Universo	180
Quadro 8.25	Pesquisa do efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo	182
Quadro 8.26	Efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e o <i>Coping</i> de Suporte Social.	184
Quadro 8.27	Efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo.	185
Quadro 8.28	Efeito moderador da Contextualização Normativa e Afirmação de Si na relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo.	186
Quadro 8.29	Efeito moderador da Dimensão Afectiva e Investimento Profissional na relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo	186

Quadro 8.30	Efeito moderador da Dimensão Existencial na relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo.	187
Quadro 8.31	Efeito moderador da dimensão Existencial sobre a relação entre o <i>Coping</i> de Suporte Social e a Unidade com o Universo	188

Lista de siglas e abreviaturas

AMOS - Analysis of Moments Structures

APA - American Psychological Association

ATP - Association for Transpersonal Psychology

CNAS - Contextualização Normativa e Afirmação de Si

CRE - *Coping* Religioso-Espiritual

DAIP - Dimensão Afectiva e Investimento Profissional

DGS - Direcção Geral de Saúde

EBE - Escala de Espiritualidade e Bem-estar

EDE - Escala de Espiritualidade

END - Escala numérica de dor

ETC – Escala Toulousiana de *Coping*

EVON - Escala de Valores de Odete Nunes

FACIT-Sp-12- Functional Assesment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale

GFA - Grau de flexão anterior da coluna

IASP - International Association for the Study of Pain

INFIT - Information weighted fit statistics

IR - Investimento Religioso

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSD - Oswestry Disability Questionnaire

OUTFIT - Outlier sensitive fit statistics

PVQ - Portrait Values Questionnaire

QUIRM - Questionário de Incapacidade de Roland Morris

RMDQ - Roland Morris Disability Questionnaire

SAS - Spiritual Assessment Scale

SF-36 - Short-Form-36 Health Survey

SIP - Sickness Impact Profile

SPPS - Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SVS - Schwartz Value Survey

SWBS - Spirituality Well-Being Scale

TCI - Temperament and Character Inventory

TS - Teste de Schober

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Introdução

A lombalgia é um flagelo que afecta uma fracção importante de toda a população, com graves consequências individuais e sociais, tendo assumido actualmente características de uma verdadeira epidemia (Haldeman, Kirkaldy-Willis & Bernard, 2002). Os estudos apontam para uma prevalência muito elevada, estimando-se que 100% da população apresente queixas de lombalgia em algum momento da sua vida (Kraemer, 2009). A maioria dos estudos mostram que a lombalgia é auto limitada e geralmente desaparece no prazo de 4 a 6 semanas (Pengel, Herbert, Maher & Refshauge, 2003). A percentagem de doentes que irão experimentar uma condição crónica situa-se nos 12% (Andersson, 1999). Em Portugal os estudos de prevalência de lombalgia são escassos. As estimativas mais recentes de prevalência de lombalgia referem-se a um centro de saúde envolvendo 300 pessoas em 2004 com um valor de 49% (Ponte, 2005) e a uma Universidade onde foram estudadas 249 pessoas e em que a prevalência foi de 50% (Sousa, Mesquita & Sousa, 2012). Nas últimas décadas, a lombalgia tem sido um dos temas mais estudados em Ciências da Saúde devido aos custos muito elevados causados pelas suas consequências directas e indirectas (Druss, 2002).

Nas pessoas com lombalgia o problema centra-se na incapacidade causada pela dor, devido à lombalgia ser apenas um sintoma e não uma doença. Porém, a dor não é tudo na lombalgia, porque nem sempre existe uma relação evidente entre a intensidade da dor e a evolução desfavorável da lombalgia (Wall, 2002). Sabe-se que os factores psicossociais desempenham um papel importante nessa evolução (Mannion, Doland & Adamas, 1996;

Slater, Doctor, Pruitt & Atkinson, 1997; Linton, 2000). O facto de as intervenções psicológicas serem eficazes no controlo da incapacidade por lombalgia reforça a importância dos factores psicossociais (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Walsh & Radcliffe, 2002; Hoffman, 2008).

A Psicologia da Saúde estuda os factores psicológicos e sociais que determinam o estado de saúde assim como as diversas situações de doença (Fischer & Tarquino, 2010). Existem vários factores psicossociais envolvidos na doença sendo cada vez mais numerosos os estudos que mostram o envolvimento da espiritualidade (Keefe, 2001; Cloninger, 2004; Glover-Graf, Marini, Baker & Buck, 2007; Williams, 2007). A Associação Americana de Psicologia, convicta da importância da espiritualidade e da religião no comportamento humano, criou uma secção dedicada ao seu estudo, a Division 36 (Brawer, Handal, Anthony & Fabricatore 2002; Russell & Yarhouse, 2006). A espiritualidade deixou assim de ser um problema confinado a disciplinas como a Teologia e a Filosofia, passando a objecto reconhecido de investigação científica no campo da Psicologia. No âmbito da Psicologia da Saúde a Espiritualidade tem-se revelado uma variável que se correlaciona com a qualidade de vida e que reflecte a forma como a pessoa entende e vive a sua vida (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Embora a abordagem tradicional analise a influência da espiritualidade no desenvolvimento da doença, estudos mais recentes têm vindo a demonstrar um reforço da espiritualidade após o diagnóstico de doenças graves como SIDA e cancro (Ironson, Stuetzle & Fletcher, 2006; Denney, Aten & Leavell, 2010). Segundo Sulmasy (2002) o modelo biopsicossocioespiritual ao introduzir a espiritualidade no modelo biopsicossocial, permite enquadrar a dimensão espiritual no estudo da pessoa doente. Consideramos que as relações da espiritualidade com a saúde têm-se tornado demasiadamente evidentes para poderem ser negligenciadas, pelo que decidimos investigar a sua importância na pessoa com lombalgia.

O *Coping* é outro conceito fundamental em Psicologia da Saúde e refere-se ao conjunto de comportamentos de base cognitiva, em mudança constante, destinados a responder a exigências internas ou externas que excedem os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). A Psicologia da Saúde considera que o stresse tem um papel fundamental no aparecimento e evolução de algumas doenças, pelo que o conceito de Estratégias de *Coping*, ao referir-se aos mecanismos cognitivos e comportamentais de ajustamento ao stresse, permite compreender a adaptação do doente aos diversos problemas que enfrenta. Wachholtz, Pearce, e Koenig (2007), na tentativa de esclarecer o estatuto da espiritualidade na saúde e as suas relações com o conceito de *Coping* enquadraram-na no modelo biopsicossocioespiritual da doença. Estes autores consideram que a Espiritualidade pode ser reforçada pelas Estratégias de *Coping* ou funcionar, por si, como uma Estratégia de *Coping*. Marini e Glover-Graft (2011) verificaram nos doentes com patologia vertebromedular uma relação entre as Estratégias de *Coping* e a Espiritualidade em que níveis elevados de Espiritualidade se associam a uma evolução mais favorável.

A contribuição dos valores humanos para a Psicologia da Saúde tem vindo a ser progressivamente reforçada (Fischer & Tarquino, 2010). Segundo Blais (1980), a saúde é um valor universal, com alta cotação na escala axiológica, que está dependente dos Valores Humanos. Baider, Holland, Russak e De-Nour, (2001) consideram que o estudo dos valores humanos ajuda a analisar o posicionamento da pessoa e a compreender as suas decisões que podem influenciar de forma decisiva a sua saúde. O estudo dos Valores Humanos pode ajudar a explicar a adopção de determinadas estratégias para lidar com a doença bem como ajudar a compreender o desenvolvimento da espiritualidade na doença.

A presente investigação insere-se no âmbito da Psicologia da Saúde e aborda a importância da dimensão psicológica na pessoa com lombalgia. Das variáveis psicológicas potencialmente envolvidas na pessoa com lombalgia optámos por estudar a espiritualidade

devido ao aumento progressivo da sua importância em Psicologia da Saúde ao ponto de serem reclamados estudos nesta área (Larson, Swyers & McCullough, 1997; Miller e Thoresen, 2003). A introdução das estratégias de *coping* no presente estudo deve-se ao facto de se relacionarem com a espiritualidade nos doentes com dor (Wachholtz, Pearce & Koenig 2007; Marini & Glover-Graft, 2011). Na mesma linha Fetzer (2003) e Park (2007) sugerem que os estudos onde se abordem as relações entre a saúde e a espiritualidade se detenham na análise dos mediadores nos quais incluem as estratégias de *coping*. Por último, a introdução dos Valores Humanos neste estudo ficou a dever-se à sua relação com as Estratégias de *Coping* (Baider, Holland, Russak & De-Nour, 2001). Os Valores Humanos podem ser considerados um referencial que pode facilitar ou inibir as Estratégias de *Coping* (Koenig & McCullough, 2001). Denney, Aten e Leavell (2010) confirmaram a estabilidade dos Valores Humanos ao verificarem que, ao contrário da Espiritualidade não se modificavam nos doentes com cancro. Esta estabilidade dos valores permite pensar que possam desempenhar um papel de moderadores na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

Os problemas que deram origem a esta investigação assentam na dimensão psicológica da pessoa com lombalgia e nas relações entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade. Por um lado pretendeu-se saber se existe uma diferença entre os níveis de Espiritualidade nos indivíduos saudáveis e nos indivíduos com Incapacidade por Lombalgia e por outro quis-se confirmar se existe uma relação entre a Incapacidade por Lombalgia e o nível de Espiritualidade e se esta relação é mediada pelas Estratégias de *Coping* e moderada pelos Valores Humanos. Para alcançar os objectivos propostos realizou-se um estudo empírico transversal com dois grupos de estudantes universitários que incluiu um grupo de estudantes com Incapacidade por Lombalgia e um grupo de Controlo

A presente investigação divide-se em quatro partes: Numa primeira parte, pretende-se, através de uma revisão da literatura científica, contextualizar o problema em análise e explorar as relações entre a incapacidade por lombalgia e as variáveis psicológicas em estudo. Em seguida, descrevem-se os objectivos do estudo e as questões de investigação, a sua operacionalização em termos de variáveis psicológicas, bem como os procedimentos de recolha e análise dos dados. Procede-se à descrição e análise dos instrumentos de investigação especificamente adaptados para avaliar as variáveis. Segue-se a exposição dos resultados à luz das questões de investigação formuladas. Finalmente, discutem-se os resultados e analisam-se as suas implicações para futuras investigações dentro desta temática. Por último incluiu-se a bibliografia consultada e os anexos com as cópias dos instrumentos de investigação utilizados.

1ª PARTE - Enquadramento teórico da investigação

Pretende-se, através de uma revisão da literatura científica, contextualizar o problema em análise e explorar as relações entre a incapacidade por lombalgia e as variáveis psicológicas em estudo.

Capítulo 1 – Lombalgia

Inicia-se este capítulo com uma análise sobre a evolução do conceito de lombalgia. De seguida aborda-se a definição, a etiologia e a classificação. Faz-se uma análise da epidemiologia do diagnóstico e da terapêutica. Por último referem-se os métodos existentes para avaliação da incapacidade por lombalgia

1 - Lombalgia

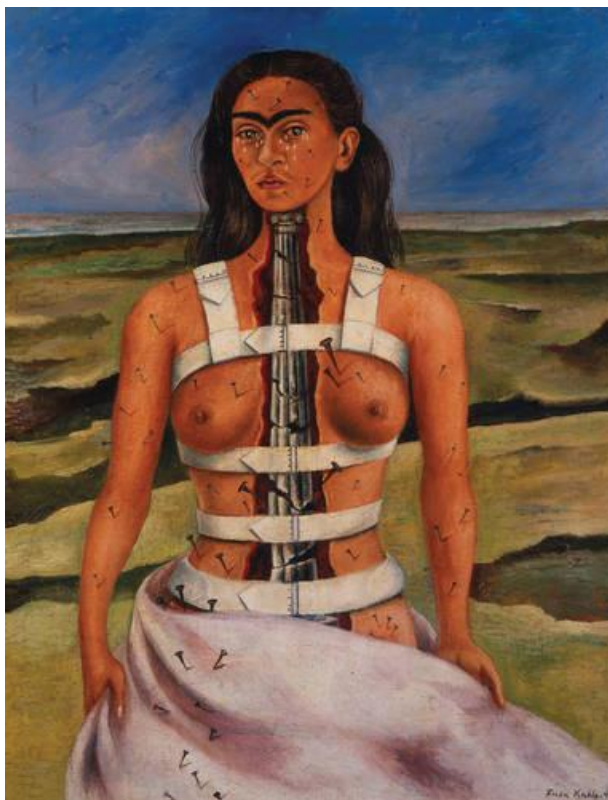
1. Evolução do conceito de lombalgia

A lombalgia encerra uma série de particularidades. Ao contrário de muitas doenças bem definidas, a lombalgia é apenas um sintoma e representa uma experiência subjectiva da pessoa, muitas vezes sem sinais clínicos. Por outro lado, a lombalgia localiza-se numa zona do corpo que não é visível pelo próprio de forma directa, o que contribuiu para a sensação de uma falta de controlo sobre a dor. Acresce o facto de a coluna encerrar uma simbologia rica, reflectida em expressões como: “tem as costas largas”, “virou as costas”, “fez tudo nas costas de alguém”, “transportou a cruz às costas” e “deu um golpe de rins”. Todas estas expressões alimentam o mito, a superstição e a imaginação sobre uma zona do corpo envolta em mistério.

Muitos dos padecimentos do homem têm sido representados na tela ao ponto de ser possível fazer uma história das doenças humanas através da pintura. Aris (2002), numa selecção dos quadros que pretendem descrever as principais patologias que afligem a humanidade, escolheu *A coluna partida* de Frida Kahlo para demonstrar o sofrimento induzido pela coluna, Fig 1.1. Neste quadro intitulado *A coluna partida* a artista socorreu-se de numerosos sinais para expressar a sua dor e o seu isolamento. O corpo rasgado permite ver a causa do sofrimento simbolizada por uma coluna jónica partida. A expressão de tristeza com lágrimas a escorrerem pela face, os pregos cravados ao longo das zonas

dolorosas, o colete que suporta o tronco e a terra seca e estéril retratam a sua dor e o seu isolamento.

Fig.1.1 - Frida Kahlo (1944). A coluna partida.
México: Museu Dolores Olmeido.



Frida Kahlo uma artista mexicana reconhecida internacionalmente, começou a pintar aos 18 anos na sequência de um grave acidente de autocarro em que fracturou a coluna (Kettenmann, 2006). A pintura surgiu como um passatempo durante os meses em que esteve acamada acabando por preencher toda a sua vida. Grande parte da sua obra é constituída por auto-retratos em que usava a sua imagem no espelho como modelo. As lesões do acidente causaram-lhe um quadro álgico que se manteve para toda a vida apesar de se ter submetido a numerosos tratamentos incluindo cirurgias. Frida retrata a esperança no tratamento cirúrgico no quadro *Árvore da esperança*, fig. 1.2. Neste quadro podem observar-se as duas cicatrizes na região lombar: uma de acesso à coluna e a outra para

colheita de enxerto do osso íliaco. Embora surja com um rosto tranquilo e com o colete nas mãos, as cicatrizes surgem parcialmente abertas e com sinais de hemorragia para demonstrar que o sofrimento se mantém. De facto, os vários tratamentos a que se submeteu, durante a sua vida, nunca foram totalmente eficazes acabando por falecer aos 47 anos de idade em grande sofrimento.

**Fig.1.2 - Frida Kahlo (1946). A árvore da esperança, mantem-se firme.
França: Coleção Isidore Ducasse.**



Contudo, em termos de representação artística, a coluna nem sempre surge associada ao sofrimento. Jesus (2009) considera que as tendências de produção artística se podem agrupar segundo um sistema de eixos cartesianos. O eixo vertical tem a ver com a inspiração do artista traduzindo a localização e conteúdo do objecto. O eixo horizontal vai

da reprodução à divergência indicando o grau de convergência com a realidade. Jesus, no seu quadro *Coluna vertebral: Tronco da vida*, representa a coluna numa perspectiva de convergência entre a realidade terrena e a unidade do universo, fig. 1.3.

**Fig. 1.3 – Saul Jesus (2012). Coluna vertebral: Tronco da vida.
Portugal: Colecção particular.**



A coluna ergue-se como uma árvore que representa a vida, o crescimento e a prosperidade, ao contrário do que sugere o quadro de Frida, *A coluna partida*, em que a coluna aparece associada ao passado, à imobilidade e à destruição. Trata-se de duas visões de uma mesma realidade, uma virada para o passado e a outra para o futuro.

A compreensão dos mecanismos da lombalgia, da ciática, da hérnia discal e do canal estenótico tem sido um processo arrastado ao longo de séculos mas que recebeu grandes avanços nas últimas décadas. Há numerosos relatos de lombalgia e de ciática ao longo da história; as doenças da coluna são tão velhas como a humanidade. Esqueletos de todos os períodos da história revelam lesões da coluna devidas a desgaste, traumatismo, tumor ou infecção. O próprio Shakespeare, que possuía um conhecimento profundo da natureza humana, refere-se à ciática na vida de Timão de Atenas (Jowett, 2004). Domenicuo Cotugno descreveu a ciática em pormenor como uma entidade clínica. Considerou que a dor tinha origem no próprio nervo devido a uma substância irritativa. As suas observações foram tão marcantes que a dor, ao longo do trajecto do nervo ciático, ficou conhecida durante mais de um século como doença de Cotugno (Brunori, De Caro & Giuffrè, 1998). Ernest Lasègue reconheceu a associação entre ciática e lombalgia tendo escrito sobre a sintomatologia daquilo a que chamou uma neurite. O seu nome ficou para sempre ligado ao sinal de Lasègue que confirma a compressão radicular do nervo ciático a nível da coluna. Rudolf Virchow anatomopatologista Alemão, descreveu pela primeira vez, durante uma autópsia, a rotura de um disco intervertebral que passou a ser denominado como “Tumor de Virchow”. Embora Lasègue e Virchow tenham sido contemporâneos não conseguiram estabelecer uma relação entre as suas descobertas. Foi preciso esperar por 1934 para o neurocirurgião William Mixter e o ortopedista Joseph Barr descreverem pela primeira vez o mecanismo das hérnias discais. Mixter e Barr (1934) perceberam que a rotura do disco causava a compressão da raiz nervosa originando a dor ciática. A

concepção de Virchow foi alterada e o material discal deixou de ser visto como tumor e passou a ser considerado como uma hérnia. O trabalho conjunto de um neurocirurgião e de um ortopedista mudou o tratamento da ciática ao ponto de a cirurgia à hérnia discal ser, ainda hoje, a intervenção neurocirúrgica mais praticada. O Holandês Henk Verbiest introduziu em 1949 o conceito de canal lombar estenótico caracterizado por um agravamento da sintomatologia álgica com a marcha e um alívio com a posição sentada. A par da hérnia discal o canal lombar estenótico mantém-se como causa de ciática mas com uma fisiopatologia e uma clínica diferentes.

2. Definição, etiologia e classificação da lombalgia.

Embora a lombalgia encerre muitos mistérios, a sua definição é consensual. Por lombalgia entende-se uma dor ou desconforto, situado entre as últimas costelas e a prega glútea inferior, podendo acompanhar-se de rigidez da coluna e de irradiação para o membro inferior. A irradiação da dor ao longo do membro inferior, conhecida pelo nome de ciática, traduz o sofrimento de uma raiz do nervo ciático normalmente devido a uma hérnia discal.

Em muitos casos a lombalgia não tem uma causa identificável, sendo classificada como não específica ou idiopática. A lombalgia não específica surge por oposição à lombalgia com uma causa definida (nomeadamente, hérnia discal, tumor, infecção ou osteofito). Ao longo dos anos têm surgido vários estudos quer a nível das ciências básicas quer a nível clínico que tentam explicar sem sucesso a lombalgia crónica sem etiologia definida. Qualquer das estruturas da coluna lombar, que recebem terminações nervosas pode ser a causa da dor. Desta forma, a lombalgia pode ter origem nos ligamentos, nos músculos, nas fásCIAS, nos tendões ou nos discos. Quando a clínica aponta para a origem da

lombalgia numa destas estruturas, a infiltração com um analgésico, ao aliviar a dor confirma o diagnóstico (Harmon, Barrtt, Loughnane, Finucane & Shorten, 2011).

Atendendo a que a etiologia da lombalgia não é clara a classificação também não o pode ser. Existem várias classificações de lombalgia que se podem basear no mecanismo que conduziu à lombalgia, na fisiopatologia ou na sua duração.

Em relação ao mecanismo desencadeante, é habitual dividir a lombalgia em: estática (quando resulta de uma má postura), ou cinética (quando é decorrente de sobrecarga associada a uma má biomecânica).

No que diz respeito à fisiopatologia a lombalgia pode ser traumática, degenerativa, tumoral, infecciosa, metabólica e psicogénica. O disco intervertebral pode ser a causa de dor quando se encontra degenerado, levando a um desgaste das articulações intervertebrais ou a uma compressão da raiz nervosa. Factores biomecânicos, nutricionais, bioquímicos, genéticos, psicológicos e sociais podem contribuir para a lombalgia se tornar crónica.

Quanto à duração da lombalgia é costume classificar a lombalgia em duas categorias (aguda e crónica) ou em três categorias (aguda, sub aguda e crónica). A lombalgia aguda tem uma duração inferior a 6 semanas, a sub aguda persiste entre 6 e 12 semanas e a crónica tem uma duração superior a 12 semanas. A lombalgia crónica é a mais rara, mas é também a mais difícil de tratar. De todas estas lombalgias a mais frequente é a aguda, de carácter transitório, com uma duração de horas ou poucos dias, não sendo normalmente motivo de consulta.

Segundo Hall, McIntosh e Boyle (2009), há necessidade de aperfeiçoar a classificação das lombalgias, de forma a identificar subgrupos que possam beneficiar de terapêuticas específicas. Numa tentativa de operacionalizar esta classificação, De Vet, Heymans e Dunn (2002) consideram que um episódio de lombalgia se pode definir como uma dor na região lombar com uma duração superior a 24 horas: este episódio deve ser

precedido e seguido, no mínimo, por um período de 1 mês sem dor. O mesmo autor considera que um episódio de tratamento de lombalgias é constituído por uma ou várias consultas motivadas por lombalgias. Este episódio de tratamento deve ser precedido e seguido por um período de 3 meses sem nenhuma consulta motivada por lombalgia. Por sua vez um episódio de ausência ao trabalho por lombalgias pode definir-se como um período de faltas precedido e seguido no mínimo por um dia de trabalho.

Operacionalizado o conceito de episódio de lombalgia interessa deixar claro, por oposição, o conceito de lombalgia crónica. Dado a lombalgia crónica assumir várias formas, não há um consenso na literatura sobre a sua definição (Andersson, 1999). Contudo, uma dor lombar que se arrasta por mais de 12 semanas, uma dor lombar que ultrapassa o período normal de tratamento ou uma dor lombar que surge de forma recorrente são definições possíveis para lombalgia crónica. Rozenberg (2008) considera que na lombalgia crónica a dor surge diariamente e se mantém por mais de 12 semanas.

3. Epidemiologia

Para compreender a epidemiologia da lombalgia, importa clarificar dois conceitos fundamentais: a incidência e a prevalência. A incidência de uma doença é o número de pessoas que desenvolvem a doença (número de casos novos) num determinado período de tempo. A prevalência de uma doença é o número de pessoas de uma população que tem essa doença num determinado período de tempo. A prevalência depende da incidência e da duração dos sintomas (Gordis, 2009).

Em relação à lombalgia a prevalência é muito elevada. Segundo Kraemer (2009), estima-se uma prevalência pontual de 35%, isto é, 35% dos indivíduos irão afirmar que estão a sofrer de lombalgia no dia em que são questionados. Segundo o mesmo autor, estima-se que no período de um ano, 70% da população presente, em algum momento,

lombalgia (prevalência anual). A prevalência mensal das lombalgias tem um valor intermédio que se situa nos 60% (Andersson, 1999). Estima-se ainda que 100% da população mundial apresente queixas de lombalgia em algum momento da sua vida (Kraemer, 2009).

Na maior parte dos casos as lombalgias são uma patologia benigna e auto limitada, resolvendo-se cerca de 90% dos episódios de dor lombar até às 8 semanas (Speed, 2004). No entanto, a percentagem de doentes que irão experimentar uma condição crónica situa-se nos 12% (Andersson, 1999). A nível europeu, a dor crónica mais frequente é a lombalgia (Kraemer, 2009). Nos EUA, cerca de um terço dos acidentes de trabalho estão relacionados com a coluna (Haldeman, 2002).

É tradicional considerar que a lombalgia constitui uma epidemia mundial em crescimento constante nos últimos anos. Contudo os estudos recentes não se coadunam entre si relativamente a este facto (Druss, 2002). A prevalência de lombalgia no Reino Unido subiu cerca de 50% na última década do milénio (Palmer, Walsh, Bendall, Cooper & Coggon, 2000). Este aumento foi constante em todas as idades, tanto nos homens como nas mulheres e em todas as classes sociais. Contudo, um estudo feito na Alemanha mostra uma tendência contrária, não tendo havido alterações significativas na prevalência da lombalgia nos últimos 10 anos (Huppe, Müller & Raspe, 2006). Segundo Kraemer (2009) não há evidência de que a lombalgia tenha aumentado nos últimos 50 anos, o que mudou foi o modo como a população, a comunidade médica e a sociedade a encaram.

Em Portugal, os estudos de prevalência da lombalgia são poucos e, foram efectuados maioritariamente em meio hospitalar, com o intuito de avaliar fundamentalmente o tratamento. No ano de 2004 foi realizado em Portugal um estudo da prevalência de lombalgias num grupo de 300 utentes de um centro de saúde em Matosinhos, tendo sido encontrado um valor de 49% (Ponte, 2005). Numa Escola

Superior do Porto em que foram estudadas 249 pessoas a prevalência foi de 50% (Sousa, Mesquita & Sousa, 2012). Estes valores assemelham-se aos observados noutros países como Espanha (50,9%) e Inglaterra (59%). No grupo de utentes afectados, a lombalgia foi causa de absentismo laboral em 17% dos casos (Ponte, 2005). Apesar da relevância dos estudos já feitos, a realidade portuguesa relativamente à lombalgia só será verdadeiramente conhecida com a realização de estudos noutros locais do país.

A lombalgia pode começar nas crianças em idade escolar e sofrer um agravamento com a idade até ao fim da quinta década de vida (Burton, Clarke, McClune & Tillotson, 1996; Fillingim, Ribeiro-Dasiva, Rahim-Williams & Riley 2009). De acordo com Hestbaek, Leboeuf-Yde, Kyvik & Manniche (2006), mais de metade da população mundial sofre pelo menos um episódio de lombalgia antes dos 20 anos de idade. Segundo Ponte (2005), em Portugal a maior prevalência ocorre entre os 49 e os 65 anos. Andersson (1999) considera que a incidência das lombalgias atinge o seu pico entre os 35 e os 55 anos de idade e que os dias de trabalho perdidos em consequência desta patologia crescem com o aumento da idade. Segundo o mesmo autor a prevalência das lombalgias decresce a partir dos 65 anos o que contraria a ideia generalizada de associar a lombalgia a processos degenerativos osteo-musculares.

Hoy, Brooks, Blyth e Buchbinder (2010) consideram que a prevalência de lombalgia cresce até aos 60-65 anos para depois diminuir. Quanto ao género a prevalência é maior nas mulheres antes dos 50 anos e nos homens depois dos 50 anos. Em Portugal, as mulheres apresentam uma prevalência de lombalgia ligeiramente superior à dos homens. Este facto pode estar relacionado com o facto de serem as mulheres quem geralmente realiza as tarefas domésticas, às quais se associa uma sobrecarga repetida da coluna lombar (Pontes, 2005).

Relativamente à raça Andersson (1999) refere que, a lombalgia é mais comum nos caucasianos (68.7 casos por 1000 pessoas) do que em negros (38.7 casos por 1000 pessoas).

A lombalgia é a causa mais comum de limitação das actividades em pessoas com menos de 45 anos de idade e uma causa frequente de procura de consultas (Choratto & Stabille, 2003). Nos últimos anos, em Portugal, verificou-se um aumento do número de consultas. O total de consultas cresceu de 8 milhões em 1960 para 47 milhões em 2008. Tendo em conta a população residente em cada período, passou-se de menos de uma consulta por pessoa/ano (0,9) em 1960, para 4,4 consultas por pessoa/ano em 2008 (Rosa e Chitas, 2010). Embora só metade dos doentes com lombalgia procurem uma consulta, é natural que uma percentagem importante dos 47 milhões de consultas feitas em Portugal em 2007 tenha sido devida a pessoas com lombalgia (Waxman, Tennant & Helliwell 1998). A lombalgia é ainda a quinta causa de internamento hospitalar e a terceira causa mais comum de cirurgia (Choratto & Stabille, 2003). Cerca de 12% de todas as baixas, que duram em média 30 dias, são devidas a esta condição, sendo a sexta causa de maiores despesas com a saúde nos EUA (Druss, 2002). Não há dúvida, perante os números apresentados, que a lombalgia é uma situação com uma grande repercussão em termos epidemiológicos.

4. Diagnóstico

O início da lombalgia após um traumatismo pode ser imediato ou de forma progressiva nas 24 horas seguintes (Waddell, 1999). A lombalgia é habitualmente bilateral e sem irradiação para os membros inferiores. A existência de irradiação é geralmente sinal de compressão de uma raiz nervosa. Contudo, os chamados síndromes canulares, que consistem na compressão de um nervo num canal anatómico, podem ser de difícil

diagnóstico (Monteiro, Toscano e Maurício, 1998). Na lombalgia o doente refere que a dor alivia com o repouso no leito e é agravada pelos movimentos da região lombar e pelas posições de pé e sentado. Ao examinar o doente é frequente encontrar diminuição da amplitude de movimentos lombares e dor à palpação desta região. Habitualmente a lombalgia não se acompanha de alterações dos esfíncteres, sensitivas, motoras ou dos reflexos (Waddell, 1999).

Aceita-se que na maioria dos casos não se consegue chegar ao diagnóstico etiológico. Existem várias razões que explicam este facto, nomeadamente a difícil acessibilidade a meios de diagnóstico sofisticados perante uma situação que não põe a vida em perigo e também o facto de frequentemente os achados de imagem não apresentarem correspondência clínica (Petersen, Olsen1 & Laslett, 2003).

No que diz respeito à colheita da história de um doente com lombalgia, há perguntas fundamentais que, quando esclarecidas, podem ser suficientes para a formulação de um diagnóstico rápido. Assim, é importante averiguar o início e as condições de aparecimento da dor, qual a região dolorosa, os factores de alívio ou agravamento e se existem episódios anteriores. É importante distinguir se a dor apresenta um ritmo mecânico, sugestivo de patologia degenerativa, ou inflamatório, indicando outro tipo de patologias como neoplasias, infecções ou doenças reumatológicas. No primeiro caso, a dor agrava com os movimentos e alivia em repouso. No segundo caso, ocorre dor em repouso e à noite, aliviando com os movimentos. A este primeiro questionário, deve seguir-se um minucioso despiste de outras doenças cuja primeira manifestação possa ser a lombalgia. Quanto aos antecedentes pessoais, é importante apurar a história passada de neoplasias e infecções, bem como a medicação actual. Há que ter ainda em conta os hábitos toxicofílicos, a profissão do doente e o seu estado de saúde mental (Anderson, 2007).

Os exames complementares de diagnóstico não têm interesse numa primeira abordagem de uma lombalgia que não levante dúvidas. Muitas das informações que podem ser retiradas dos exames de imagem e do exame físico do doente não se correlacionam com a existência de lombalgia. Por outro lado, nestes doentes não há uma situação de perigo de vida que justifique a realização urgente de exames médicos mas apenas uma degradação da qualidade de vida.

Segundo Wall (2002), 85% dos doentes com lombalgias não revelam nenhuma causa aparente nos exames complementares. É fundamental reavaliar e pedir exames aos doentes que não melhoram ou sofrem um agravamento; justifica-se a requisição de hemograma, velocidade de sedimentação eritrocitária e proteína C reactiva, para estudo de eventual infecção ou neoplasia (Haldeman, William, Kirkaldy-Willis & Bernard, 2002).

As radiografias simples da coluna têm pouca sensibilidade no estudo das patologias da coluna, particularmente em fases precoces. Permitem avaliar o alinhamento vertebral, a altura dos discos intervertebrais, anomalias ósseas e a instabilidade da coluna, pelo que constituem elementos importantes para o diagnóstico de espondilolistese, que por vezes pode passar despercebida (Anderson, 2007). Contudo, a radiografia não permite o estudo simultâneo das relações com os tecidos moles circundantes ao contrário da tomografia axial computadorizada (TAC) que dá boas imagens ósseas e do disco intervertebral (Szpalski, Gunzburg & Rydevik, 2010).

A ressonância magnética (RM) tem uma maior capacidade de discriminação para ver as hérnias discais e os tecidos moles do que a TAC. Wang, Videman, Niemeläinen e Battié (2011) Modic, Obuchowski e Ross (2005) classificam a degenerescência dos discos intervertebrais em três graus através da aparência das alterações dos pratos vertebrais na RM. As alterações Modic 1 incluem uma discopatia inflamatória que apresenta hipossinal em T1 e hipersinal em T2. Em relação ao Modic 2, há hipersinal nas duas ponderações e é

considerado uma discopatia gorda. O Modic 3 é considerado a fase esclerótica, havendo hipossinal em T1 e T2. Esta classificação das alterações do disco pode vir a distinguir doentes com evoluções diferentes.

Embora a RM permita uma avaliação bastante detalhada das lesões músculo-esqueléticas ao nível da coluna, apresenta também algumas limitações, na medida em que só permite a obtenção de imagens estáticas e em posições limitadas (Almeida-Matos & Santos-Gusmão, 2008). A introdução recente da ressonância magnética dinâmica veio contornar algumas destas limitações. Com esta técnica, é possível obter imagens de ressonância magnética com o doente em diferentes posições ou submetendo-o a determinados tipos de sobrecarga funcional (Abitbol, Hong, Khan e Wang, 2010). Deste modo, é possível colocar em evidência patologias que passariam despercebidas nas posições convencionais de RM e sem a influência de factores externos como o suporte de cargas. São exemplos destas patologias algumas compressões radiculares e a estenose do canal lombar, cujos sintomas se agravam em determinadas posições e podem mesmo estar ausentes noutras. No caso das hérnias discais, é possível obter um diagnóstico mais preciso quando o exame, para além de ser feito na posição neutra, é também realizado nas posições de extensão e flexão completa. Quanto à espondilolistese, a RM dinâmica permitiu verificar que a anterolistese ocorre em flexão, enquanto a retrolistese ocorre em extensão, passando por vezes despercebida na RM estática. É contudo importante enunciar algumas limitações desta nova técnica – a obtenção de imagem mais demorada que no método convencional, conjugada com a colocação dos doentes em posições que podem despoletar a sintomatologia álgica assim como a pior qualidade das imagens. Além disso, o estudo imagiológico apresenta dificuldades muito acrescidas no caso de doentes com deformações severas da coluna (Szpalski, Gunzburg & Rydevik, 2010).

Os exames médicos actuais não são suficientemente específicos para permitir um diagnóstico etiológico de uma lombalgia secundária. No caso da lombalgia ser devida a uma infecção ou uma metástase, pode ser necessário fazer uma biopsia para permitir a recolha de material para análise (Monteiro, 2002).

Como vimos, os exames de diagnóstico mais simples são habitualmente normais e os exames mais complexos não se justificam numa situação que não põe a vida em perigo. Podemos concluir que nas pessoas com lombalgia há uma incongruência entre a intensidade das queixas do doente e a pobreza de alterações nos exames de diagnóstico.

5. Terapêutica

Segundo Pengel, Herbert, Maher e Refshauge (2003), a maioria dos estudos mostram que a lombalgia aguda é auto limitada e desaparece no prazo de 4 a 6 semanas. Contudo, a maior parte das pessoas têm uma recorrência no espaço de 12 meses. O objectivo de uma intervenção precoce é, por um lado, aliviar a dor permitindo que o doente readquira o seu nível de actividade normal e, por outro, evitar a recidiva ou a passagem a uma situação crónica. Para ser eficiente, esta intervenção inicial deverá actuar na correcção da postura, e na identificação de problemas psicossociais e profissionais. No entanto, a maioria das intervenções são apenas farmacológicas, não identificando a envolvente do doente. Ora para se poder falar de uma cura não basta que o doente fique livre de dores; é necessário que haja uma integração completa no seu meio profissional e social.

Os doentes com lombalgia são tratados por profissionais de saúde com formações muito diferentes e, por consequência, com abordagens muito diversas. Esta situação deve-se ao facto de a lombalgia ser muito frequente, não pôr a vida em perigo e os resultados do

tratamento serem muito variáveis. É necessário haver um grupo profissional que consiga orientar de uma forma cabal o tratamento multidisciplinar destes doentes

Segundo Deyo e Diehl (1986) os doentes com lombalgias apreciam muito que lhes expliquem a sua situação e qual a sua evolução. Por isso o tratamento inicial, para além do componente analgésica, deve incluir toda a informação que o doente necessite para que fique tranquilo e sem receios em relação ao futuro. Dentro do possível é importante que o doente não interrompa o seu trabalho mantendo as suas actividades diárias. O repouso no leito só é aconselhável em último caso. Quando houver necessidade de paragem laboral o doente deve ser afastado o menor tempo possível para evitar que a lombalgia se torne crónica (Stock, Baril & Dion-Hubert, 2005). No caso de não haver uma resposta inicial favorável, a fase terapêutica seguinte deve incluir fisioterapia e intensificação da medicação.

A cirurgia lombar tem uma má reputação tanto a nível do público como dos profissionais de saúde (Pointillart, 2009). As indicações absolutas para cirurgia são: défice neurológico progressivo, síndrome da cauda equina e incontinência de esfíncteres. As indicações relativas para a cirurgia incluem as compressões radiculares, sem défices neurológicos, em que a dor não responde à terapêutica conservadora. A técnica cirúrgica tem vindo a reduzir o tamanho das incisões e a manipulação dos tecidos sãos, graças ao incremento da microcirurgia e da endoscopia (Vaccaro & Bono, 2007). Esta substituição progressiva da cirurgia tradicional por técnicas minimamente invasivas traz grandes vantagens ao minimizar a morbilidade e ao diminuir o tempo de recuperação (Pointillart, 2009)

As chamadas “Escolas de dores nas costas”, de que não há tradição em Portugal, destinam-se a criar condições para restaurar a função perdida, a nível da coluna, permitindo a reintegração do doente e evitando a recidiva. São formadas por

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos que ensinam os doentes a ter uma postura correcta, a movimentarem-se, a evitar esforços que possam prejudicar a coluna e a fazer exercícios que fortalecem a musculatura para vertebral. Aos psicólogos cabe a supervisão dos factores psicossociais, o medo de piorar, a depressão, a ansiedade e a gestão dos ganhos secundários. Segundo Heymans, van Tulder, Esmail, Bombardier e Koes (2004) uma revisão da literatura, pelo grupo Cochrane, aponta para a eficácia destas escolas nos doentes com lombalgia crónica.

6. Avaliação da incapacidade por lombalgia

Não é fácil quantificar a lombalgia de forma directa ou através de exames médicos. A incapacidade física pode ser quantificada de forma directa. Contudo, a lombalgia é interna e privada e está dependente de quem a experiencia. A simples quantificação da intensidade não é suficiente devido à lombalgia ser multifactorial. Por essa razão, o questionário, ao permitir a expressão subjectiva do incómodo tem sido frequentemente usado para avaliar a incapacidade por lombalgia. Podem ser usados questionários genéricos do estado de saúde onde se incluem: o Sickness Impact Profile (SIP) e o SF-36 Health Survey. Têm sido também desenvolvidos vários questionários específicos para avaliar pacientes com lombalgia no intuito de quantificar a gravidade das queixas e também para seguir a sua evolução. Destes questionários os mais usados são o Oswestry Questionnaire, o Quebec Back Pain Disability Questionnaire, o Waddell Índice, o Million Index e o Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (Perez e Garcia, 1996).

O Sickness Impact Profile (SIP) é um questionário de 136 perguntas a que o doente responde de forma dicotómica (sim/não) dizendo se correspondem à sua situação (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981). Avalia diferentes aspectos: (dimensão física, dimensão psicossocial, alimentação, trabalho, sono e repouso, vida doméstica e actividades de

recreio e passatempos) e a sua cotação é complexa podendo variar entre zero e 100 pontos, que corresponde à maior incapacidade. Embora o SIP contenha muitos itens irrelevantes para doentes com lombalgia, tem sido usado em estudos sobre dor lombar. Deyo e Diehl (1983), num conjunto de doentes com lombalgia, obteve um Alfa de Cronbach de 0,81 e uma correlação teste-reteste de 0,85, às 3 semanas.

O Short-Form-36 Health Survey (SF-36) avalia a saúde de uma forma geral, tendo sido desenhado para estudos de política de saúde, embora possa ser usado para a investigação de doenças específicas (McDowell, 2006). O SF-36 inclui 8 dimensões: a capacidade física, as limitações físicas, a dor, a função social, a saúde mental, as limitações emocionais, a vitalidade e a percepção da própria saúde. A cotação da escala varia de zero a 100 que corresponde ao melhor estado de saúde (Ware e Diehl, 1993)

O Oswestry Disability Questionnaire (OSD) consiste num questionário de 10 perguntas que reflectem a repercussão da lombalgia ou ciática nas actividades da vida diária: 1 - intensidade da dor, 2 - cuidados pessoais, 3 - actividade de carga, 4 - marcha, 5 - posição sentada, 6 - ortostatismo, 7 - sono, 8 - actividade sexual, 9 - vida social e 10 - viajar (Fairbank et al., 1980). As seis respostas a cada pergunta estão ordenadas por intensidade da incapacidade e são exclusivas, devendo o paciente assinalar apenas uma. Cada pergunta pode ser cotada de 0 a 5 em que o 0 representa a ausência de incapacidade. As questões não se referem a um período específico, o que pode levantar dúvidas ao paciente. O resultado final da incapacidade é apresentado sob a forma de percentagem podendo ser: mínima (0-20%), moderada (21-40%), grave (41-60%), muito grave (61-80%). Em princípio só os pacientes acamados têm percentagens superiores a 80%. É dos questionários mais utilizados, embora seja mais adequado para consultas da especialidade onde surgem doentes com incapacidades maiores (Perez & Garcia, 1996). Tem habitualmente um Alfa de Cronbach elevado podendo chegar aos 0,91 (Kopec e Diehl,

1995). Fritz e George (2002) modificaram a escala original, dando origem ao Modified Oswestry Low Back pain Disability Questionnaire que manteve as dez perguntas alterando ligeiramente o conteúdo das mesmas.

O Quebec Back Pain Disability Scale é uma escala que tem 20 perguntas com 6 níveis de resposta, para avaliar a influência da dor nas actividades diárias (Kopec, Esdaile & Abrachamowick, 1995a). Apresenta boas características psicométricas com um Alfa de Cronbach de 0,96 e uma correlação teste-reteste de 0,92. Para a resposta às perguntas existe uma escala tipo Likert que vai de 0 a 5 reflectindo o aumento da incapacidade. A cotação é simples podendo variar entre 0 e 100 correspondendo este último à incapacidade máxima.

O Waddell Disability Index tem 9 perguntas de resposta dicotómica (sim/não) e explora a possibilidade de o paciente realizar diferentes actividades, apesar das dores, não definindo o período a que se aplicam as perguntas (Waddell et al.,1984). Apresenta um Alfa de Cronbach de 0,76 sendo um instrumento simples e muito utilizado.

O Million Visual Analogue Scale compreende 15 perguntas em que a resposta se efectua em escalas visuais analógicas com 10 cm contendo 5 intervalos (Million, Haavik, Jayson e Baker, 1982). O teste avalia a influência das actividades sobre a intensidade da dor incluindo o trabalho. A cotação mínima é de zero e a máxima de 150 correspondendo ao maior grau de incapacidade. É um teste pouco usado, não havendo informação sobre a consistência interna.

Roland e Morris (1983) desenvolveram o Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) para determinar a incapacidade nas pessoas com lombalgia. As 24 perguntas que compõe o RMDQ foram seleccionadas do Sickness Impact Profile (SIP) já referido a propósito da avaliação genérica do estado de saúde (Bergne, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981). O instrumento é de auto-resposta e avalia as limitações decorrentes da lombalgia no

dia em que o questionário é preenchido. As respostas são dicotómicas (sim ou não) e o paciente selecciona as que se adaptam melhor à sua situação. As questões respondidas afirmativamente pontuam 1 e as outras não pontuam. A pontuação final resulta da soma das questões respondidas afirmativamente pelo que varia entre zero e 24. Os valores próximos de zero correspondem a pessoas sem incapacidade ou com incapacidade ligeira e o valor de 24 é a incapacidade máxima. Roland e Morris (1983), numa amostra de 230 pacientes com idades compreendidas entre 16 e 64 anos, encontraram um valor médio de 11,4 e consideram o resultado 14 como a marca de início dos doentes com incapacidade marcada. O valor do Alpha de Cronbach foi de 0.93 e o teste-reteste apresentou uma fiabilidade de 0.91. Nusbaum, Natour, Ferraz e Goldenberg (2001) desenvolveram uma adaptação do RMDQ para o Português do Brasil tendo obtido numa amostra de 30 pacientes um Alfa de Cronbach de 0,94 e uma correlação teste-reteste de 0,86. Stratford e Binkley (1997) introduziram a escala Roland-Morris-18 que reduziu 6 itens à escala inicial. Segundo os autores a escala manteve as mesmas características psicométricas.

Síntese – A lombalgia é um sintoma frequente que tem acompanhado o homem ao longo da história. Os exames de diagnóstico não ajudam ao tratamento na maior parte das pessoas. Contudo, é necessário não ignorar que a lombalgia pode ser a primeira manifestação de uma doença mais grave. As causas físicas e biológicas não conseguem explicar a lombalgia porque os mesmos factores não conduzem sempre à doença. Em relação ao tratamento o mito da necessidade de repouso tem sido substituído pela necessidade de a pessoa se manter activa.

Capítulo 2 - Factores psicossociais

Analisa-se as limitações do modelo biomédico e as potencialidades do modelo biopsicossocial. Referem-se os factores psicossociais envolvidos na lombalgia e a importância do contexto profissional.

2 - Factores psicossociais

1. Insuficiência do modelo biomédico

O modelo biomédico que sustentava a importância das causas físicas e biológicas na doença foi perdendo importância à medida que se verificou que os mesmos factores de risco não conduziam sempre à doença e que o mesmo tratamento nem sempre curava doentes com a mesma doença (Engel, 1977). No século XX começou a investigar-se a importância de outros factores para além dos físicos ou biológicos na génese e manutenção da doença. Os agentes biológicos que tinham explicado as epidemias deixaram de ser os principais actores no teatro da doença, começando os factores psicológicos, sociais e laborais a ganhar importância progressiva. Actualmente, pensa-se que a saúde e a doença resultam de uma interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais (Borrell-Carrió, 2005). O reconhecimento da importância dos factores psicossociais na saúde e na doença tem vindo a crescer nos últimos anos (Rana & Upton, 2009). Esta nova postura face à doença tem levado a uma participação cada vez mais activa dos psicólogos nas equipas de saúde.

A American Psychological Association (APA) constituiu um grupo de trabalho nos anos 70 para estudar as relações entre a psicologia e os contextos de saúde e de doença. Este grupo apresentou um relatório sobre a importância da investigação dos factores psicossociais, avaliou as necessidades e os recursos existentes e abriu caminho para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde (APA, 1976). Em 1978 é fundada a Divisão 38 da

APA dedicada à Psicologia da Saúde tendo como presidente Joe Matarazzo que tinha sido pioneiro na direcção da primeira cátedra de Psicologia Médica nos EUA. Através da Psicologia da Saúde, a Psicologia tradicional deixou de se restringir às funções mentais e passou a abarcar a pessoa como um todo. Na sua definição de psicologia da saúde, Matarazzo (1980) salientou, para além do tradicional diagnóstico, tratamento e prevenção, a importância da promoção e manutenção da saúde assim como o aperfeiçoamento dos cuidados de saúde para além das disfunções associadas à doença. Assim, a psicologia da saúde, na sua curta existência, tem procurado identificar, monitorizar e corrigir as crenças e os comportamentos que conduzem à doença, de forma a promover atitudes e comportamentos benéficos que melhorem a saúde e diminuam o sofrimento. Neste sentido, Joyce-Moniz e Barros (2005) sintetizam a actividade da Psicologia da Saúde em duas grandes áreas: a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Em Portugal esta área tem sofrido um grande incremento nos últimos anos contando com a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) que surgiu em 1995 na sequência do Primeiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (Ribeiro, 2005).

2. Factores psicossociais na lombalgia

O modelo biomédico não consegue explicar a discrepância entre pessoas sem lesões na coluna e com um quadro algico intenso e outras pessoas com alterações degenerativas marcadas mas sem queixas (Burton, 2005). Era comum atribuir a evolução desfavorável da lombalgia à intensidade da dor. Contudo, Epping-Jordan (1998), num coorte de 78 pessoas estudadas aos 2 meses, 6 meses e 12 meses, não encontrou relação entre a intensidade da dor e a evolução desfavorável da lombalgia. Este e outros estudos sugerem a existência de outros factores, para além dos biológicos, na passagem da lombalgia à cronicidade (Mannion et al., 1996; Waxman et al., 1998; Thomas, 1999). Na mesma linha

de investigação, Linton e colaboradores consideram que os factores psicossociais podem ser mais importantes que os biomédicos ou biomecânicos nos doentes com lombalgia crónica (Linton et al., 2000a). Para Andersson (1999) nos factores não biológicos, responsáveis pela evolução arrastada da lombalgia, podem incluir-se: a ansiedade, a depressão, o stresse e a imagem corporal negativa. Pincus (2002) considera que os factores psicossociais fazem parte do dia a dia das pessoas e define-os como: atitudes, crenças, medos, estado emocional, factores sociais e variáveis ligadas ao trabalho. Estes factores psicossociais têm vindo a ser implicados na passagem da lombalgia de aguda a crónica que por sua vez vai interferir com a actividade profissional, familiar e social do doente (Kendal et al., 1997). Bandeiras amarelas foi a designação dada aos factores psicossociais que podem funcionar como avisos de evolução da lombalgia para uma situação crónica. Nestes factores incluem-se: a atribuição à lombalgia de uma gravidade superior à real, a redução dos níveis de actividade física por receio de a lombalgia ser agravada pelo movimento, a tendência ao isolamento evitando a interacção social e a convicção de que o tratamento não necessita do esforço do próprio. O “Acute Low Back Pain Screening Questionnaire” é composto por 24 questões que permitem quantificar o risco dos factores psicossociais contribuírem para uma evolução desfavorável da lombalgia (Kendal et al., 1997). Os mesmos autores sugerem que as bandeiras amarelas podem ser combatidas através de uma série de medidas, junto da pessoa com lombalgia, que incluem: criar expectativas de evolução favorável, acompanhar a pessoa registando regularmente a sua evolução, manter a pessoa o mais activa possível, fomentar a manutenção das rotinas diárias, tentar manter uma cooperação com a pessoa e a sua envolvente laboral, fazer a pessoa sentir que quanto mais tempo estiver afastada da sua actividade mais difícil será retomá-la, explicar que não é necessário esperar pela cura completa para retomar a actividade e inculir a convicção de que o próprio pode controlar a dor. Linton (2000) fez uma revisão da literatura científica

sobre a influência das variáveis psicológicas a nível das dores na coluna. Para essa revisão foram seleccionados 37 estudos que não apresentavam problemas de metodologia a nível da amostra, das variáveis psicológicas ou dos resultados. A análise dos artigos revelou que as variáveis psicológicas desempenham um papel importante não só na dor crónica, mas também na transição da dor aguda para crónica. Contudo, as variáveis psicológicas explicam só parte da variância o que atesta a natureza multidimensional da dor na coluna. Ainda Linton et al. (2000a) investigaram a associação entre os factores psicológicos, a incapacidade funcional e níveis moderados de dor na coluna. Foi usada uma amostra com 720 pessoas, seleccionadas da população normal, nas quais se incluíram 449 sem dor e 271 com dor moderada. A análise estatística mostrou que o distresse, a sensação de excesso de trabalho, o abuso sexual e a catastrofização estavam associados à dor na coluna. Burns (2006) lançou uma ponte entre os factores psicossociais e a lombalgia ao valorizar o aumento da tensão muscular devida ao stresse. Segundo o autor os factores psicossociais contribuem para o stresse que, por sua vez, aumenta a contracção muscular que impede a dinâmica normal da coluna causando uma sobrecarga que conduz à lombalgia.

Devido à falência do tratamento médico convencional, por um lado, e à importância progressiva dos factores psicossociais, por outro, as intervenções comportamentais têm surgido como alternativa. Estas intervenções baseiam-se sobretudo no retomar da função perdida e na melhoria da qualidade de vida enquanto a terapêutica médica se centra no alívio da dor. Na década de 90, Slater, Doctor, Pruitt, e Atkinson (1997) estudaram 34 doentes com dor lombar crónica dos quais 17 foram submetidos a tratamento médico e os restantes receberam uma intervenção comportamental com o mesmo tipo de medidas, de forma aos grupos serem comparáveis. A intervenção comportamental incluiu: educação dirigida acerca dos mecanismos da lombalgia, incentivo à actividade física, planeamento de actividades, reforço da funcionalidade e treino na resolução de problemas. Os resultados

do estudo demonstraram a importância da terapêutica comportamental que actuou de uma forma mais ampla a nível da pessoa não se limitando aos factores biológicos da terapêutica convencional. Linton e Ryberg (2001) estudaram os efeitos de um programa de terapia cognitiva e comportamental num grupo de 253 pessoas, não doentes, com dores na coluna. As pessoas foram divididas em dois grupos: um recebeu terapia cognitiva e comportamental e o outro terapia médica. A avaliação ao fim de um ano mostrou melhores resultados no grupo sujeito a terapia cognitiva e comportamental em termos de menos dor, menor recidiva e redução do absentismo. Hoffman et al. (2007) fizeram uma meta-análise de 22 artigos com estudos randomizados onde foram usadas intervenções psicológicas em adultos com lombalgia crónica. Os artigos foram seleccionados por dois revisores independentes que confirmaram a qualidade dos estudos e a presença das variáveis escolhidas para análise: intensidade da dor, estado emocional, incapacidade, qualidade de vida, resultado do tratamento, utilização do serviço de saúde, número de visitas ao médico, consumo de medicação analgésica e indemnizações por incapacidade. Os resultados confirmaram a importância benéfica da terapêutica psicológica.

Através da revisão da literatura sobre os factores psicossociais verifica-se que a sua influência é incontornável. Contudo, há uma necessidade de aprofundar não só os mecanismos de actuação destes factores como também as terapêuticas psicológicas que podem ajudar a modificar a evolução da lombalgia.

3. Contexto profissional na lombalgia

A lombalgia é muito frequente nos trabalhadores, especialmente entre os 40 e os 60 anos, com reflexos negativos nas empresas (Palmer, 2001). Para além dos custos directos a nível do tratamento e de indemnizações ao trabalhador existem os custos indirectos para as empresas devido à perda de recursos humanos (Maniadakis, 2000). Os reflexos da

lombalgia no mercado de trabalho traduzem-se por um número elevado de baixas e uma percentagem também elevada de acidentes de trabalho. Druss (2002) verificou que nos EUA cerca de 12% das baixas com duração média de 30 dias se devem a lombalgia. Também nos EUA, cerca de um terço dos acidentes de trabalho estão relacionados com a coluna (Haldeman, 2002). Outro aspecto importante da lombalgia em termos de actividade profissional é a duração da baixa. Existe uma relação entre o tempo em que o trabalhador está afastado da sua actividade por lombalgia e a probabilidade de não retomar o seu trabalho. Um afastamento até 12 semanas aumenta em 40% a probabilidade de não trabalhar no ano seguinte e um afastamento de 2 anos implica que o trabalhador não vai voltar a trabalhar (van Tulder et al., 2002). Há uma relação entre os factores psicossociais e o nível de recuperação funcional (Walsh, 2002). Por vezes o diagnóstico de lombalgias pode tornar-se um diagnóstico de conveniência para pessoas que estão a atravessar problemas socioeconómicos, laborais ou psicológicos e trazer ganhos secundários (Andersson, 1999). Estes estudos salientam as relações estreitas entre lombalgia e actividade profissional, justificando o interesse em aprofundar o papel mediador que podem ter os factores psicossociais nessa relação. Por exemplo, Bigos (1986), num estudo realizado na Boeing, verificou que a incidência de lombalgia não estava relacionada com os esforços sendo igual nos empregados de escritório e nos empregados que pegavam em objectos pesados. Constatou então serem os empregados que não estavam satisfeitos com a sua situação laboral que mostravam uma maior incidência de lombalgias. Também Papageorgiou (1997), num estudo envolvendo um coorte de 1.412 pessoas empregadas, recolheu dados sobre os factores psicossociais e monitorizou o aparecimento de crises de lombalgia. Ao fim de 1 ano verificou que as lombalgias eram mais frequentes nas pessoas que estavam insatisfeitos com o emprego. Para além da insatisfação profissional, Davis e Heaney (2000) referem ainda o baixo estatuto no emprego, a monotonia das funções

profissionais e a falta de apoio social como factores de risco potenciais para o desenvolvimento de lombalgia. Vários estudos confirmaram a importância do apoio social como factor importante para o combate à lombalgia. Hoogendoorn (2001) estudou um grupo de trabalhadores na Holanda, pertencendo a várias empresas, e verificou que o fraco apoio social dado pelos chefes e pelos colegas de trabalho era um factor de risco para o aparecimento de lombalgias. Contudo, Elfering et al. (2002) verificaram que o apoio dado pelos colegas de trabalho nem sempre era favorável. Uma protecção excessiva dada por um colega de trabalho pode ser negativa para a recuperação do paciente.

Face à importância crescente dos factores psicossociais existe alguma controvérsia em termos de importância dos factores físicos. Contudo, parece haver uma relação entre estes dois tipos de factos. Os factores de risco psicossocial podem interferir com os factores físicos ao aumentarem o tónus muscular, como foi referido por (Burns, 2006), e agravar o esforço sobre a coluna. Marras (2000) desenvolveu um estudo em que comparou um grupo de carregadores submetidos a stresse psicossocial com outro grupo de trabalhadores semelhante não sujeito a esse stresse. Verificou um agravamento dos esforços sobre a coluna no grupo sujeito a stresse. Na mesma linha situa-se o trabalho de Devereux (1999) que analisou os factores de risco físicos e psicossociais de 638 trabalhadores tendo constatado um reforço mútuo entre dois tipos de factores com um aumento da probabilidade de o trabalhador desencadear uma crise de lombalgia.

A revisão da literatura referente às condições profissionais revela a importância dos factores psicossociais no desencadear e na manutenção das lombalgias. Uma forma de reduzir a magnitude do problema seria uma actuação directa a nível das empresas.

Síntese – Da revisão da literatura publicada sobre lombalgia, no quadro da psicologia da saúde, salientam-se dois aspectos: a importância dos factores psicossociais,

especialmente em ambientes laborais desfavoráveis, e a capacidade das intervenções psicológicas para reverter o quadro de incapacidade. A importância dos factores psicossociais no desencadear e na manutenção da lombalgia levanta a questão de identificar os processos psicológicos mediadores que podem influenciar a relação da pessoa com a saúde e a doença.

Capítulo 3 - Estratégias de *coping*

Apresentam-se os conceitos de *coping* e de stresse, que estão intimamente ligados. Refere-se a falência dos mecanismos de *coping* e as possibilidades de intervenção psicológica. Por último analisam-se os métodos de avaliação das Estratégias de *Coping*.

3 - Estratégias de *coping*

A literatura envolvendo o estudo do stresse psicológico, do *coping* e da saúde não pára de crescer não só em quantidade, mas também em complexidade (Folkman, 2011). As estratégias de *coping* referem-se aos processos psicológicos que ocorrem na pessoa e na sua envolvente social face a uma situação de stresse. A palavra *coping* pode ser traduzida para português como ajustar, adaptar, enfrentar ou lidar; contudo o termo original em inglês pelo seu uso generalizado, parece mais adequado.

A psicologia da saúde considera que o stresse tem um papel duplo em relação à doença estando implicado, quer no seu aparecimento, quer na sua evolução (Fischer e Tarquinio, 2010). O stresse pôs em causa o modelo biomédico de causalidade ao contribuir para a existência de uma pluralidade de factores na origem da doença (Engel, 1977). O conceito de *coping* é central na psicologia da saúde e surge como um ajustamento ao stresse ao qual está intimamente ligado (Ribeiro, 2005).

Os valores humanos e a religião também podem interferir nos mecanismos de *coping* (Baider, 2001). As crenças religiosas ajudam a aceitar a doença e desempenham um duplo papel ao permitir estratégias de *coping* mais eficazes e um fortalecimento da espiritualidade. Alguns profissionais de saúde podem não ter uma preparação suficiente para demonstrar empatia perante convicções espirituais diferentes das suas. Esta situação pode levar os doentes a não ventilarem as suas preocupações espirituais.

Numa perspectiva religiosa a espiritualidade não se esgota nos mecanismos de *coping*. A relação com Deus através da fé contribui para um suporte espiritual e emocional que reduz o stresse inerente à doença (Feher, 1999).

Segundo Ribeiro (2005) as noções de stresse e de *coping* interligam-se a nível das pessoas pelo que se torna importante clarificar os conceitos.

1. Conceito de stresse

O stresse é inerente a todos os organismos vivos de tal forma que a sua ausência seria incompatível com a vida. As pessoas reagem de forma muito diferente ao stresse mas a exposição intensa e repetida ao stresse pode acarretar problemas físicos e mentais. Embora a palavra stresse, de origem inglesa, se tenha tornado popular, a sua definição não é simples porque tanto é usada para definir uma situação ou um estímulo ameaçador como para descrever a resposta a essa situação. O termo stresse tem sido usado com diferentes significados e em diversas áreas científicas que vão da física à psicologia passando pela fisiologia e pela sociologia. A física define stresse como a força por unidade de superfície num corpo que tende a causar-lhe uma deformação. Selye (1974) introduziu o conceito de stresse e investigou-o durante mais de meio século até à sua morte, em 1982. Inicialmente, considerou o stresse como um estímulo e mais tarde como uma resposta do organismo. Estabeleceu uma relação entre o stresse e as alterações fisiológicas ligando-o ao desenvolvimento da doença. Definiu stresse como uma resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio, podendo acarretar uma carga positiva (eustresse) ou uma carga negativa (distresse). Quando uma pessoa é confrontada com uma situação que considera exceder os seus recursos, classifica-a como uma ameaça e a referida situação funciona como distresse. Pelo contrário, se a pessoa sente que os recursos são suficientes a situação é encarada como um desafio, é o chamado eustresse. O

eustresse funciona como um estímulo potenciador de reacções favoráveis ao bem-estar. O distresse pode não resultar de um défice real, mas sim de uma incorrecta avaliação (Gazzaniga, 2003).

Quando um organismo vivo enfrenta um estímulo que põe em causa o seu bem-estar, desencadeia-se a síndrome de adaptação geral que é composta por três fases. A primeira fase é de alarme, seguindo-se uma fase de resistência que pode conduzir a uma terceira fase de exaustão. A reacção de alarme inclui a libertação de substâncias químicas que levam a alterações fisiológicas que permitem uma adaptação ao estímulo. A resistência surge quando há uma persistência do estímulo. Esta resistência leva a um consumo de recursos que se podem esgotar conduzindo à exaustão.

O stresse afecta quase todos os sistemas do corpo mas os efeitos são mais evidentes a nível do sistema nervoso autónomo, do sistema endócrino e da musculatura esquelética podendo contribuir para a lombalgia. O sistema nervoso autónomo controla o funcionamento do organismo de forma involuntária visando a sua sobrevivência. Divide-se em sistema simpático, que está ligado à ameaça e ao desafio, e em sistema parassimpático, que por seu lado tenta repor a calma e promover o descanso. Em situação de perigo o sistema nervoso simpático estimula a função cardíaca com elevação da tensão arterial e da pulsação cardíaca. A função respiratória e o estado de consciência também são estimulados. A circulação sanguínea é desviada dos órgãos para os músculos voluntários, a glicemia sobe e a tensão muscular aumenta. A nível do aparelho digestivo há uma diminuição da actividade. A nível psicológico surge medo e raiva. O sistema nervoso parassimpático, embora tenha uma acção geral calmante, pode ser prejudicial ao funcionamento dos aparelhos digestivo e respiratório. A nível do aparelho digestivo leva a um excesso de secreção gástrica que pode contribuir para o aparecimento de úlceras e a nível do aparelho respiratório leva à constrição brônquica que pode desencadear asma.

O sistema endócrino e o sistema nervoso autónomo e, em particular, as glândulas supra-renais estão intimamente associados. A adrenalina e a noradrenalina são produzidas a nível da medula supra-renal. A noradrenalina produz uma estimulação sensorial e um estado de excitação agradável. A adrenalina conduz a uma sensação de ansiedade. Embora as duas substâncias sejam produzidas em situações de stresse, o seu balanço depende da forma como o desafio é pressentido. No caso do desafio ser estimulante há um predomínio de noradrenalina sobre a adrenalina. O córtex supra-renal produz o cortisol que sobe os níveis de glicose no sangue e reduz as defesas imunitárias.

Existe uma ligação integrada entre o sistema muscular esquelético e o cérebro. O cérebro comanda a actividade muscular voluntária. A situação mental tem uma tradução a nível muscular e o stresse conduz a um aumento da tensão muscular. Perante uma reacção de susto há uma contracção muscular. Uma mente calma reflecte-se num corpo liberto de tensão muscular. O contrário também pode ser verdade e, ao conseguir reduzir a tensão muscular, pode relaxar-se o cérebro. Queirós (2005) relaciona o stresse com o aumento dos problemas musculares e esqueléticos quando a pessoa não consegue lidar de forma adequada com os problemas.

A psiconeuroimunologia estuda as relações do stresse com o sistema imunitário. O sistema imunológico luta contra os factores externos que tentam invadir o organismo. Maier (2000) considera que o sistema imunológico funciona como um sistema sensorial que informa o cérebro sobre a infecção. O cérebro serve-se desta informação para intensificar a luta contra a infecção. Este conceito implica uma relação bidireccional entre o cérebro e o sistema imunitário. Quando uma pessoa está com uma infecção sente-se abatida e tem necessidade de se deitar e de ficar só. Esta inacção permite canalizar as energias para vencer a infecção. Pensa-se que são as interleuquinas, produzidas pelos glóbulos brancos, que informam o cérebro sobre a infecção. Muitas das alterações

biológicas causadas pela infecção são idênticas às causadas pelo stresse, o que leva a pensar que o stresse pode afectar o mesmo sistema que é usado para combater a infecção. O stresse leva a uma estimulação do sistema nervoso simpático e à produção de hormonas através da hipófise. O cortisol é um dos elos entre stresse e imunidade. O stresse leva à libertação de cortisol pelo córtex da glândula supra-renal, que por sua vez enfraquece as reacções imunitárias. Embora o cortisol seja indispensável para uma vida normal, os níveis elevados, durante muito tempo, levam a uma elevação da tensão arterial, problemas cardíacos, diabetes e a alterações dos neurónios do hipocampo com alterações da memória.

Mendes (2002) desenvolveu um trabalho com estudantes de enfermagem em que relacionou o stresse com as alterações imunológicas tendo verificado que os alunos com maior auto-responsabilização eram os que apresentavam maiores alterações imunológicas.

Cannon (1932), fisiologista Americano, definiu stresse como uma resposta do organismo a qualquer agressão que perturbe o seu equilíbrio interno e introduziu a expressão “lutar ou fugir”. Esta reacção de enfrentar os adversários ou fugir deles aplica-se tanto aos seres humanos como aos restantes seres vivos e é desencadeada pelo sistema nervoso simpático. Segundo Taylor (2000), a resposta ao stresse é diferente na mulher e no homem. Os estudos iniciais de Cannon foram conduzidos essencialmente no sexo masculino o que distorceu os resultados. A mulher tem uma resposta neuroendócrina que a leva a valorizar o suporte social e a desencadear uma resposta de “cuida e colabora” e não de “luta ou foge”. O sexo feminino tem tendência a reagir ao stresse protegendo a sua descendência através de alianças sociais. A falta de androgéneos e os níveis elevados de ocitocina podem justificar o comportamento feminino. Os androgéneos estão associados ao comportamento agressivo necessário para enfrentar os adversários. A ocitocina promove um comportamento maternal e tem efeitos relaxantes e sedativos.

O stresse em termos fisiológicos pode ser avaliado através das variações da tensão arterial, pulsação, frequência respiratória e resposta galvânica da pele. A resposta galvânica varia com o grau de sudação que altera a resistência da pele. Para algumas pessoas o facto de estarem a ser objecto de avaliação, produz por si só stresse.

Em psicologia stresse pode ser considerado como um estímulo, como uma resposta ou como uma interacção. O conceito de stresse como um estímulo implica a existência de factores que levam as pessoas a sentir stresse. No conceito de resposta a pessoa faz uma avaliação dos factores impostos e das suas capacidades. Se na sua dimensão psicológica surge um desequilíbrio e a noção de que os recursos de que dispõe não são suficientes, o nível de stresse aumenta pondo em causa o seu bem-estar. Este conceito salienta que, mais importante que a situação em si, é a interpretação dada pela pessoa. Aquilo que para uns é stresse para os outros pode ser um desafio. O stresse torna-se subjectivo, estando dependente da dimensão psicológica da pessoa. O conceito de interacção defendido por Lazarus valoriza os estímulos ambientais e as respostas dadas pela pessoa não como entidades separadas, mas criando uma interacção em que a pessoa está permanentemente a tentar um ajuste. As interacções entre a pessoa e o ambiente estão dependentes da avaliação cognitiva e de uma posterior reavaliação.

Os sintomas de stresse a nível psicológico incluem desequilíbrio alimentar que se pode acompanhar de anorexia ou bulimia, irritabilidade, impaciência, astenia, insónias, perda da libido e susceptibilidade a acidentes (Paúl & Fonseca, 2001). Certos tipos de personalidade têm uma atracção para o stresse. Incluem-se neste grupo pessoas muito competitivas, com muitas metas a atingir, com um ritmo de vida muito rápido, dificuldade em enfrentar a mudança, e uma necessidade permanente de reconhecimento do seu valor. Fazem uma interpretação negativa dos acontecimentos, têm crenças irrealistas e julgam ter

um baixo nível de controlo das suas vidas. Contudo estas pessoas têm frequentemente êxitos embora muitas vezes com custos elevados.

Outras personalidades são muito resistentes ao stresse. Estas pessoas vêem a mudança como um desafio para se desenvolverem, sabem tomar decisões, têm bons laços familiares e profissionais e têm uma sensação de controlo das suas vidas. Os laços sociais são muito importantes porque podem funcionar como um amortecedor entre o próprio acontecimento e a reacção da pessoa a esse acontecimento. O apoio dado por amigos, colegas ou familiares pode traduzir-se numa ajuda não só moral como financeira.

O stresse acaba por ser ao mesmo tempo um factor predisponente para a doença quer física quer mental e uma consequência da doença gerando um ciclo vicioso (Pereira, 2006).

2. Conceito de *coping*

Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como o conjunto de comportamentos de base cognitiva, em mudança constante, que se destinam a responder a exigências internas ou externas que excedem os recursos da pessoa. Segundo Tap et al. (2005) o termo *coping* é usado para especificar os comportamento da pessoa face ao stresse, ou seja, o esforço desenvolvido para gerir as situações de stresse. Para Lazarus et al. (1985) quando o *coping* é ajustado a determinada situação conduz a uma situação de bem-estar e de saúde. Os esforços de *coping* podem ser direccionados para o problema em si ou para as reacções emocionais por ele desencadeadas. Na maior parte dos casos de *coping* há uma tentativa de lidar com o problema e com a resposta emocional. Se a pessoa sente que as suas capacidades de lidar com o problema são fracas, face às exigências, o nível de stresse aumenta. Se a capacidade de *coping* for sentida como alta, face às exigências, pode surgir desinteresse e tédio. A situação ideal surge quando existe um equilíbrio entre as

capacidades de *coping* e as exigências ambientais. Segundo Bishop (2005) o ser humano tem uma tendência natural para procurar a saúde, evitar a doença e a dor, pelo que, perante acontecimentos causadores de stresse, o organismo tentar ajustar-se aos mesmos da melhor forma.

As pessoas lutam contra o stresse de várias formas. O mais importante são as estratégias de *coping* activas que revelam um esforço para continuar activo e enfrentar o stresse. Pelo contrário, o *coping* passivo implica uma dependência de terceiros ou de substância para lidar com a situação (Turk & Okifuji, 2002). Nele se inclui o apoio dado por familiares, amigos e instituições a nível emocional, material e social. Este apoio social pode contribuir para a resolução de problemas que estão na origem do stresse. Pode também evitar o aparecimento ou combater hábitos prejudiciais adquiridos para evitar o stresse. Segundo Nunes (2001), praticamente todos os autores consideram que as estratégias de *coping* têm um número limitado de dimensões. Folkman e Lazarus (1980) descreveram duas estratégias de *coping*: uma determinada pela emoção e outra pelos problemas. No *coping* focado para a emoção existem estratégias para se distanciar do problema tentando evitar que haja uma resposta emocional. Não são tomadas atitudes para resolver o problema ou para evitar a sua repetição. Há uma associação entre o *coping* emocional e problemas de saúde dado que normalmente são adoptados hábitos e estilos de vida pouco saudáveis. No *coping* orientado para o problema há uma tentativa de resolver a situação tentando escolher a solução que apresenta maiores benefícios e menores inconvenientes. Pode haver um *coping* misto centrado na a emoção e no problema. Na reapreciação positiva a pessoa concentra-se nas eventuais coisas boas da situação que está a atravessar.

Tap et al. (2005) consideram que as estratégias de *coping* envolvem o campo comportamental, o campo cognitivo e o campo afectivo. O campo comportamental está

relacionado com os processos usados pela pessoa para preparar e gerir a acção, o campo cognitivo trata a informação relativa ao acontecimento e o campo afectivo orienta as emoções e os sentimentos da pessoa. Da conjugação destes três campos podem surgir seis estratégias de *coping* que incluem: focalização, suporte social, retraimento, conversão, controlo e recusa.

A estratégia de focalização implica uma concentração no problema que pode ser cognitiva, activa ou emocional. A estratégia cognitiva implica uma análise da situação e no controlo activo há uma concentração no problema e na sua solução. Na estratégia emocional podem surgir sinais de irritação, agressividade e culpabilidade condicionados pelas emoções.

A estratégia de suporte social caracteriza-se pela necessidade de ajuda podendo incluir cooperação, suporte social informativo e suporte social emocional. Na cooperação há uma tentativa de resolver a situação através de um trabalho colectivo. No suporte social informativo a pessoa sente necessidade de compreensão do ponto de vista cognitivo e pede conselhos. O suporte social emocional implica necessidades afectivas que incluem ser ouvido e reconfortado. Goldberg (1993) considera que o suporte social pode ser uma estratégia para compensar a restrição de actividade imposta pela doença. Na mesma linha Feldman (1999) verificou que a intensidade da dor crónica estava associada ao suporte social sentido pelo doente no dia anterior à avaliação. Donelson (1999) pensa que a religião, ao proporcionar uma oportunidade de convívio social, contribui para as estratégias de *coping* de suporte social.

Na estratégia de retraimento pode existir retraimento social e comportamental, retraimento mental e adictividade. No retraimento social e comportamental a pessoa afasta-se dos outros o que conduz a uma rotura das interacções sociais. Keef (1986) considera que a dor crónica leva ao aparecimento de problemas familiares, assim como a um

crescente isolamento social. O retraimento mental acompanha-se de uma tentativa de esquecer o problema. A adictividade é uma forma defensiva de compensação com a ingestão de medicamentos, comida e droga. Estudos de imagem cerebral em que se verifica uma alteração do córtex cerebral em doentes com dor crónica podem ajudar a compreender este comportamento. Apkarian et al. (2004 a) estudaram o cérebro de doentes com dor crónica através de Ressonância Magnética e verificaram que havia alterações a nível do córtex frontal tendo relacionado estas alterações com distúrbios emocionais e dificuldade em tomar decisões. Nos doentes com lombalgia crónica as alterações dos lobos frontais podem levar a uma estratégia de refúgio na medicação não tentando ultrapassar a doença.

A estratégia de conversão pode incluir conversão comportamental, aceitação e conversão pelos valores. Na conversão comportamental há uma mudança do comportamento. A aceitação implica uma anuência ao problema qualquer que ele seja. Na conversão pelos valores a pessoa entrega o problema a Deus e adota uma ideologia religiosa ou uma filosofia de vida. A procura da religião para lidar com o stress dá origem ao *coping* religioso (Panzini & Bandeira, 2005). Este responde a uma procura de: conforto espiritual e de um significado para a vida. As estratégias de *coping* religioso têm sido encontradas em situações de doença, incapacidades, morte e guerras. Em relação aos doentes com cancro, Dunkel-Schetter et al. (1992) verificaram, numa amostra de 603 doentes, que o *coping* religioso desempenhou um papel importante na forma de lidarem com a sua doença. Lago-Rizzardi (2010) refere que as actividades religiosas podem desencadear um aumento da activação do córtex pré-frontal levando a uma maior eficiência do eixo hipotálamo e hipofisário. Nos indivíduos mais espirituais ocorre uma elevação de neurotransmissores envolvidos na dor: GABA, serotonina e dopamina. Este pode ser um dos mecanismos envolvidos no controlo da dor.

Quanto à estratégia de controlo, ela pode implicar regulação das actividades, controlo cognitivo e planificação e controlo emocional. Na regulação das actividades a pessoa procura tempo para reflectir evitando juízos e decisões precipitadas. No controlo cognitivo e planificação há uma tentativa de resolver o problema de forma lógica. O controlo emocional implica uma dissimulação das emoções para que os outros não se apercebam. Fawzy (1990) considera que as estratégias de *coping* cognitivo em que a pessoa aceita a doença e tenta analisar a melhor forma de lutar contra ela, evidenciam maior sucesso.

A estratégia de recusa exprime uma incapacidade de perceber e aceitar o problema e pode incluir a distração, a denegação e alexitimia. Na distração a pessoa tenta fazer qualquer coisa agradável fingindo que o problema não existe, na denegação há uma tentativa de esquecimento do problema e na alexitimia há uma dificuldade em assumir e exprimir as emoções.

As estratégias de *coping* descritas são orientadas para uma acção activa ou passiva. Não se trata de acções automáticas porque exigem um esforço. Brennan (2001) salienta a importância das estratégias de *coping* no doente com cancro. Estes doentes têm de enfrentar uma alteração da sua envolvente social, uma mudança do estilo de vida e tratamentos muito agressivos. As estratégias de *coping* podem contribuir para uma melhor adaptação a todos os problemas e contribuir para o sucesso do tratamento.

A literatura científica sobre estratégias de *coping* e lombalgia é escassa. Contudo Shaw (1993) verificou que os níveis de *coping* estavam relacionados com a incidência de lesões musculo-esqueléticas. Feuerstein (1995) acentua a importância da avaliação das estratégias de *coping* nos doentes com lombalgia de forma a conduzir o tratamento de fisioterapia da forma mais eficaz possível. Larsen (2006) verificou uma relação clara entre o

coping e a lombalgia numa amostra de 40.095 recrutas na Suécia. Nesta amostra a queixa mais frequente, a nível de saúde, eram os problemas musculo-esqueléticos (21%).

3. Falência dos mecanismos de *coping*

Segundo Queirós (2005) o termo *burnout* foi introduzido em 1974 pelo psicanalista norte-americano Hebert Freudenberg num contexto das relações de trabalho e interpessoais. Traduzido à letra significa queimado por fora, mas, no fundo, representa um estado de exaustão. Deve-se a um estado de fadiga ou frustração causado por uma entrega a uma causa que falhou na recompensa esperada e está intimamente ligado ao contexto do trabalho e às relações interpessoais. Representa uma falência dos mecanismos de *coping* face ao stress profissional crónico. A síndrome caracteriza-se por três factores: exaustão emocional, diminuição da realização pessoal e despersonalização (Maslach, 2001). A exaustão emocional refere-se a sentimentos de fadiga e à redução dos recursos emocionais para lidar com a origem do stress. A diminuição da realização pessoal está ligada à percepção de incompetência em resolver os problemas e à insatisfação com o próprio trabalho. A diminuição da realização pessoal e despersonalização referem-se às atitudes negativas, ao ceticismo e à insensibilidade em relação às outras pessoas relacionadas com a actividade.

Os profissionais envolvidos queixam-se de alterações emocionais, sensação de vazio e de fracasso e incapacidade para o trabalho. O ambiente de trabalho, tanto no aspecto físico como psicológico é uma causa habitual de stress. A nível físico salienta-se o barulho, a poluição e a temperatura que podem criar condições que vão agravar o stress. A nível psicológico tem importância o ritmo de trabalho, o interesse das tarefas a cumprir, a responsabilidade envolvida e as relações com os colegas e as chefias.

A nível profissional tem havido mudanças no sistema produtivo. As organizações são mais complexas, pretendem produzir mais com menos recursos, o que exige uma maior adaptação do trabalhador que tem cargos mais variados e mais complexos. Tudo isto conduz a uma instabilidade a nível dos empregos (Borges, 2006). A uma fase inicial de entusiasmo e hiperactividade segue-se uma estagnação com fadiga imensa. Há uma restrição das relações com os outros ao tentar adaptar-se a uma nova situação. Posteriormente, surge a frustração e a sensação de culpa que vão dar origem a uma desmoralização. As profissões envolvidas numa relação de ajuda são das mais vulneráveis. Segundo Jesus (2006) os professores são um grupo profissional de risco face ao abandono da profissão devido aos elevados níveis de mal-estar vividos por esta classe profissional. Pensava-se que os profissionais, ao desempenharem uma actividade que lhes era gratificante, seriam menos vulneráveis. Contudo, o stresse surge também devido às pressões socio-económicas. A prevenção individual do *Burnout* inclui manter a auto estima, não ter pressa em atingir os objectivos e gozar férias com regularidade. Os colegas, a família e os amigos podem ter importância a nível do apoio social.

4. Intervenção psicológica

A psicologia da saúde tenta promover a saúde prevenindo e tratando as doenças e investigando os factores comportamentais e sociais. A intervenção psicológica pode ajudar a controlar o stresse embora não exista um tratamento específico ou um método padrão. A redução do stresse pode facilitar a aceitação de tratamentos médicos agressivos com efeitos secundários como é, por vezes, o caso da quimioterapia. As intervenções psicológicas podem também reduzir o stresse crónico melhorando o sistema imunitário e reduzindo a susceptibilidade à doença. Estas intervenções podem incluir: o relaxamento, o *biofeedback* e a relação de ajuda. A experiência de intervenção psicológica a nível da lombalgia é

restrita e autores como Wilson e Gil (1996) defendem que nas estratégias psicológicas para a dor crónica não parece haver vantagem em distinguir o tipo de dor. Nessa perspectiva não nos restringimos ao campo da lombalgia.

O relaxamento pode incluir uma associação entre técnicas de respiração e de descontração muscular. Ao relaxamento muscular podem ser associadas técnicas de meditação que derivam de práticas de meditação religiosa. Contudo o relaxamento destina-se a controlar os fenómenos fisiológicos associados ao stress apresentando uma dimensão física e outra psicológica. Nos aspectos psicológicos incluem-se sensações agradáveis e ausência de pensamentos perturbadores. Hipólito e Voirol (1998) aplicaram técnicas de relaxamento centrado no cliente num grupo de doentes com cólon irritável e verificaram que os resultados eram superiores à terapêutica farmacológica convencional. Os doentes foram tratados durante 6 meses com uma sessão semanal de duas horas através de uma técnica centrada na pessoa numa perspectiva sócio-antropológica.

O *biofeedback* é uma técnica que converte certas respostas fisiológicas involuntárias como: actividade muscular, temperatura da pele, frequência cardíaca e tensão arterial em sinais visuais ou auditivos. Esta informação permite ao utilizador controlar, dentro de certa margem, as respostas ao stress e transferir o controlo feito no laboratório para a vida real. Permite também reconhecer as situações que provocam stress e quantificá-las. A pessoa adquire uma visão mais objectiva de si própria e a simples monitorização aumenta a probabilidade de ocorrerem comportamentos desejados.

Nunes (1999) considera que para estabelecer uma relação de ajuda, na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, implica criar condições para que a pessoa consiga ultrapassar os problemas que enfrenta. De acordo com este quadro teórico não devem ser sugeridas soluções, previamente preparadas, para os problemas, mas ajudar a pessoa a encontrar por si a forma de resolver os seus conflitos. O técnico tem de saber escutar para

compreender de que forma a realidade é encarada pela própria pessoa. Segundo Rogers (2000) a pessoa deve sentir que o relacionamento com o técnico é mediado por uma atitude de aceitação de forma a criar um clima clamoroso e estruturante que lhe permita ultrapassar o sofrimento.

Para além das técnicas de combate directo ao stresse, Feeher e Maly (1999) estudaram as formas de *coping* num grupo de mulheres com mais de 65 anos a quem foi diagnosticado uma neoplasia mamária. Baseadas na experiência com este grupo de mulheres as autoras preconizam a promoção de estratégias de fortalecimento do *coping* religioso sempre que possível.

Slater et al. (1997) colheram evidências empíricas de que uma intervenção cognitivo-comportamental é eficaz para pacientes com dor crónica lombar, diminuindo os comportamentos de dor, mas não a sensibilidade a esta. Araújo-Soares e McIntyre (2000) observaram num grupo de doentes com dor crónica uma diminuição na frequência e intensidade da dor e uma redução dos níveis de morbidade física e psicológica associado a um aumento em termos das estratégias de *coping* utilizadas.

5. Avaliação das estratégias de *coping*

Existem várias escalas de *coping* validadas para a população portuguesa (Ribeiro, 2007). Carver (1997) desenvolveu o *Brief Cope*, uma escala com 28 itens com respostas que vão de 0 a 3. Se o comportamento for usado por rotina a resposta é 3, os comportamentos pouco frequentes são classificados com 1 ou 2 e o zero indica um comportamento não assumido. Através da alteração na formulação das perguntas pode distinguir-se avaliar se o comportamento se aplicou a uma única situação ou se é habitual. A escala encontra-se adaptada para a população portuguesa embora apresente sub-escalas com consistência interna inferior a 0,60 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

O *Ways of Coping* Questionnaire apresenta duas dimensões gerais de *coping*: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O questionário com início nos anos 70 teve várias versões até atingir a actual com 50 itens (Folkman & Lazarus, 1980). A escala apresenta 8 sub-escalas: *Coping* Confrontativo, Distanciamento, Autocontrolo, Procura de Suporte Social, Aceitar a Responsabilidade, Fuga-Evitar, Resolução Planeada do Problema e Reavaliação Positiva. A escala encontra-se adaptada para a população portuguesa embora a amostra incluisse apenas mulheres e duas das oito dimensões apresentem valores de consistência interna inferiores a 0,60 (Ribeiro & Santos, 2001).

Pargament et al. (2000) elaboraram o RCOPE, uma escala para avaliar o *coping* religioso que surge quando as pessoas usam a religião para lidar com o stresse. Panzini e Bandeira adaptaram essa escala para o Brasil através de uma amostra de 616 participantes. (Panzini & Bandeira, 2005). A escala apresenta duas dimensões: uma positiva com oito factores e outra negativa com 4 factores.

Síntese – O stresse mantém ligações tanto mais estreitas com a doença quanto a pessoa o sente como negativo e fora de controlo. As estratégias de *coping* ajudam a fazer face aos acontecimentos difíceis da vida. Estas estratégias envolvem várias variáveis onde se incluem os valores humanos e a espiritualidade. A literatura científica aponta para uma relação entre o stresse e as estratégias de *coping* na pessoa com lombalgia. Dentro das estratégias de *coping* está documentada a relação com a espiritualidade que é actualmente uma área importante de investigação na psicologia. Dentro da psicologia da saúde e sem perder de vista o problema da lombalgia vamos analisar as implicações dos valores.

Capítulo 4 -Valores humanos

Dá-se início ao capítulo com uma abordagem da evolução da axiologia para de seguida se analisar a perspectiva fenomenológica. Analisam-se os Valores face à ciência, à moral e à dor. Por último referem-se as técnicas de avaliação dos Valores Humanos.

4 - Valores humanos

A pessoa crê numa multiplicidade de valores, os quais não têm todos a mesma importância. Na hora da tomada de uma decisão, há uma hierarquização das alternativas e é através dos valores que se justificam as preferências e as atitudes. Por outro lado a pessoa tem tendência a bipolarizar os valores, opondo o bem ao mal, o belo ao feio e a verdade à mentira.

A palavra valor tem-se banalizado, sendo utilizada na moral, na religião, na ética, na estética, na política e também na ciência, muitas vezes sem um verdadeiro conhecimento das suas implicações filosóficas. A dispersão dos valores e a falta de unanimidade entre os filósofos tem dificultado uma síntese construtiva pelo que a teoria dos valores é relativamente recente.

O advento da ciência fez tremer as crenças tradicionais e criou uma confiança inesperada no pensamento e na experimentação. Os princípios da física de Isaac Newton levaram a rejeitar tudo o que não fosse solidamente fundamentado na experiência. Vive-se numa época em que as conquistas materiais se tornaram o principal objectivo devido aos avanços na técnica. Contudo, em muitas sociedades verifica-se uma procura de valores, há muito esquecidos onde se incluem a espiritualidade e a religião.

1. Axiologia

A axiologia é relativamente recente como disciplina embora, o tema remonte à antiguidade clássica. Grandes filósofos como Sócrates e Platão já tinham enunciado a natureza ontológica dos valores ao enunciarem três valores supremos: a verdade, o bem e o belo que se reúnem no ser (Hessen, 2001). Embora Sócrates não tenha deixado nenhum escrito, sabe-se pelos seus seguidores que se preocupou com os valores nomeadamente morais e com a sua transmissão às gerações de jovens estudantes (Gambra, 1993). É irónico que viesse a ser condenado por corromper os jovens atenienses. Platão, discípulo de Sócrates defendia o mundo das ideias que culminava na ideia do bem de valor ético. Na *República* Platão defende os valores da música e da arte (Pappas, 1997).

Segundo Hessen (2001), podem definir-se três grandes linhas na filosofia: a teoria da ciência, a teoria da realidade e a teoria dos valores; esta última inclui a ética, a estética e a religião. Portanto a teoria dos valores faz parte da filosofia e abraça temas como a ética e a religião. O conceito filosófico de valor como teoria foi introduzido por Hermann Lotze que o definiu como uma potência do espírito subjectivo estando associado a um dualismo existente entre ser e valor com uma raiz comum (Luciano, 2002). Deve-se a Lotze a criação da axiologia enquanto ciência que estuda os valores como um objecto em si.

Os valores são ideais colectivos, que existem na consciência social, definem a sociedade e orientam a actividade humana. A verdade é o reflexo fiel da realidade do pensamento, pelo que valor e verdade são conceitos diferentes. Uma das expressões da liberdade humana é a capacidade de atribuir valores. A família, os amigos, a escola e as organizações inculcam valores nas pessoas mas a relação de importância entre estes valores pode alterar-se ao longo da vida (Porto, 2003).

Friedrich Nietzsche foi um dos críticos mais mordazes dos valores baseados no modelo do ideal Platónico e afirmou em “*Assim falou Zaratustra – um livro para todos e*

para ninguém” que o mundo se move à volta daqueles que encontram valores novos (Nietzsche, 2000). Segundo Nietzsche, os valores são frágeis devido à sua permanente evolução e transformação (Nietzsche, 2002). Em tempos passados a brandura era vista com o mesmo desprezo com que a dureza é vista actualmente. A imposição do direito veio substituir na actualidade a lei da vingança pela própria mão, adoptada no passado. Segundo Delius (2001) quando Nietzsche afirmou que Deus está morto pretendia desmascarar um conjunto de valores que incluíam o verdadeiro, o bom e o belo, que geravam opções de vida e que, para o filósofo, eram falsas. Nietzsche foi abatido pela doença e derrotado pela loucura ao perder um valor fundamental de que depende não só a vida como a qualidade da mesma, a saúde. Contudo, os valores de Nietzsche não eram os da sua época.

O conceito de valor envolve uma aspiração e uma representação dizendo respeito ao que se deve ser e não ao que se é. Embora seja difícil de definir axiologia podemos concluir que se trata de uma disciplina filosófica que estuda a objectividade e a subjectividade dos valores para além da sua hierarquia (Mesquita, 2005).

2. Fenomenologia

Dado que o conceito de valor é complexo e subjectivo tornando-se interessante procurar a sua demonstração fenomenológica para conhecer a sua essência. Para Reimão (2006) a palavra fenomenologia em termos filosóficos significa o estudo dos fenómenos e das aparências. Fenómeno vem do grego onde significa aparecimento e por fenómeno deve entender-se a aparição da essência e não, apenas, a aparência. A fenomenologia procura uma relação imediata com as coisas e é em primeiro lugar um método de evidência e depois um método descritivo que implica uma enumeração dos fenómenos ou seja daquilo que surge e se vê. A fenomenologia apresenta-se como um método de abordar a realidade,

não por meio de explicações formais, mas através das intenções que determinam a atitude (Sérgio, 1994).

Segundo Kelkel (1982), a fenomenologia foi introduzida por Johann Lambert, usada por Emmanuel Kant e por Friedrich Hegel e desenvolvida por Edmund Husserl que procurava uma base sólida para o desenvolvimento da filosofia. Husserl nasceu em Prossnitz na Morávia e inicialmente estudou com Karl Weierstrass que foi um matemático alemão. Foi o estímulo das leituras de Franz Brentano, filósofo da linha Aristotélica, que levou Husserl a estudar filosofia. Brentano em 1873 teve de renunciar à sua condição de padre católico por não ter aceite a infalibilidade papal, contudo, o interesse pela filosofia acompanhou-o durante o resto da sua vida. Em 1891 Brentano publicou *Filosofia da Aritmética* tratando os conceitos básicos da matemática numa perspectiva filosófica e em 1901 surgiu o seu trabalho *Investigações Lógicas* sobre os actos mentais subjacentes ao discurso, surgindo como uma meditação acerca do conhecimento ao tentar elucidar o próprio pensamento (Luciano, 2002). Husserl (1989) considerava que era possível através dos argumentos e procedimentos das ciências obter um conhecimento superior ao da generalização científica. O método da crítica do conhecimento é o fenomenológico e a fenomenologia é a doutrina universal das essências em que se integra a ciência da essência do conhecimento. Todos os dados imediatos devem ser pura e simplesmente aceites, tais como se apresentam à intuição (Husserl, 1950). Para Husserl através da fenomenologia era possível rejeitar o conhecimento acumulado durante séculos e recomeçar pela origem reformando e fundamentando todas as ciências. A redução fenomenológica como Husserl a define consiste na substituição da contingência pelo conhecimento o que pode ser conseguido através da suspensão da crença na natureza e prestando atenção às experiências do próprio sem considerar o próprio na natureza. Segundo Husserl (2005) a natureza é enganadora e os sistemas filosóficos que não resultem de um conhecimento científico não

têm validade objectiva. Através da fenomenologia a filosofia pode ter uma fundamentação rigorosa deixando de ser uma fantasia para se tornar no único conhecimento que existe (Husserl, 1986).

Heidegger foi assistente de Husserl e chegou a dar vários cursos sobre fenomenologia mas aos poucos foi-se afastando do método fenomenológico (Penna, 2006). Heidegger fundiu a fenomenologia com a hermenêutica tendo-se afastado do conceito do próprio transcendental que para Husserl resultava da redução fenomenológica e era o último significado do ser (Bleicher, 1980). A hermenêutica para Heidegger não é apenas a interpretação do texto mas o estudo do método de interpretação (Inwood, 2004).

Emmanuel Lévinas teve uma formação alicerçada em Husserl e Heidegger mas tornou-se um filósofo de uma ética distinta do moralismo e que foi para a além do jurídico (Luciano, 2002). Lévinas (1988) nutria uma profunda admiração pelo livro de Heidegger *O ser e o tempo* que considerava um dos mais belos livros da história da filosofia. Em *O Tempo e o Outro* Lévinas apresenta uma meditação à volta do nascimento e da relação solidária que a pessoa mantém com a sua própria existência separando-se da linha de Heidegger (Lévinas, 2005). Contudo reconhece que tanto ele como qualquer investigador, seu contemporâneo, estão em dívida com Heidegger (Lévinas, 2003). Foi Levinas que introduziu a fenomenologia em França nos anos 30 (Derrida, 2004).

Jacques Derrida de origem judia foi o filósofo francês da desconstrução. Estudou em profundidade a obra de Husserl tendo-se deslocado à Universidade de Harvard para conhecer trabalhos não publicados (Wolfreys, 2009). Recebeu influências para além de Husserl, de Nietzsche, de Heidegger, de Levinas e também de Freud (Mesquita, 2005). A desconstrução tal, como a fenomenologia, é um método muito exigente de repensar o saber podendo aplicar-se da ciência, à técnica ou à religião embora o seu principal desenvolvimento tenha surgido ligado à linguagem. King (2005) considera que Derrida

cunhou o termo “différance” para marcar a tensão entre o movimento de mudança e a restrição à mudança na linguagem jogando com as palavras que em francês significam diferença e diferimento.

Paul Ricoeur começou como um existencialista e fenomenologista tendo traduzido para o francês um dos livros mais importantes de Husserl “*A ideia da fenomenologia*”. Ricoeur não aceitou a pessoa transcendental mas aproveitou a fenomenologia como forma de fazer filosofia e aderiu à interpretação de Heidegger em que a objectividade e a subjectividade têm de ser entendidas de forma hermenêutica (Pellauer, 2009). A hermenêutica é a arte de interpretar e Ricoeur introduziu a hermenêutica da suspeita que expressa o conflito das interpretações (Abel, 2010).

Sartre (1983) defendeu uma fenomenologia mais existencialista inserindo-se na corrente de pensamento de filósofos como Soren Kierkegaard e Martin Heidegger. Para os existencialistas a existência precede a essência sendo o homem livre de escolher o rumo da sua vida (Antunes, 2000).

Em Portugal as primeiras referências de autores portugueses a Husserl e à fenomenologia datam dos anos 30 (Natário, 2010). Segundo Sousa (2004) Vergílio Ferreira foi um existencialista ancorado numa corrente fenomenológica. É importante salientar que Vergílio Ferreira reconheceu a importância de Hegel e de Sartre na sua entrada para o existencialismo mas as suas apreciações sobre a obra de Sartre são contraditórias (Godinho, 2006). Vergílio Ferreira ao tentar responder à pergunta sobre o que é a fenomenologia afirmou que mesmo os grandes mestres vacilam perante essa pergunta e acrescentou que a fenomenologia não é uma doutrina mas de um método (Sartre, 2004).

Michel Henry no seu livro *Fenomenologia material* faz uma crítica construtiva à fenomenologia de Husserl (Henry, 1990). Define fenomenologia da vida como uma

afectividade transcendental. Henry foi muito influenciado por Bento Espinosa que o levou a considerar que a relação com o outro assenta na passividade enquanto a fenomenologia da relação assenta no consentimento. Denunciou as múltiplas formas de morte da vida tendo desenvolvido uma perspectiva não antropológica que o demarcou da fenomenologia de Husserl (Ferreira, 2006).

Max Scheler foi um filósofo fenomenologista que se envolveu na filosofia dos valores e foi muito apreciado pelo Papa João Paulo II. Defendeu que o método fenomenológico aplicado aos valores implicava a sua descrição, redução e análise de uma forma imediata rejeitando conceitos prévios já formados (Matheus, 2002). Com esta técnica os valores deixam de ser qualidades objectivas e passam a entes, opondo-se ao chamado relativismo axiológico. A análise fenomenológica dos valores implica uma análise semântica que apresenta um grau de subjectividade dado pelo facto de o valor ser valor do próprio valor. Os valores existem de forma independente, são referências necessárias para comunicação e representam a expressão do desejo. É um facto que o valor pode ser objecto de uma vivência acompanhada de uma qualidade e conduzindo a uma ideia. De resto a ideia de valor já estava presente em Platão. Estes três aspectos dos valores (vivência, qualidade e ideia) são unilaterais por só apreenderem uma parte do fenómeno, ou seja, a qualidade inerente ao objecto em questão.

O método fenomenológico de investigação em psicologia baseia-se numa metodologia qualitativa que contempla os requisitos da psicologia como ciência humana. É um método descritivo que pesquisa a essência do fenómeno e estuda o sentido da experiência humana nas relações com o mundo (Giorgi & Sousa, 2010). Na fenomenologia é preciso procurar o fenómeno, ir atrás dele, rejeitando conceitos prévios os chamados apriorismos. Torna-se necessário procurar a vida própria dos valores e não a vivência dos

valores. A vivência é o lado passivo e o fenómeno de que se pretende partir é a capacidade de atribuir valor.

3. Classificação e hierarquia dos valores

Os valores estão relacionados com as escolhas de vida e ligados aos interesses, às atitudes e às preferências existindo várias tentativas de classificação.

Blais (1980) divide os valores humanos em 5 grupos: valores exteriores, valores corporais, valores morais, valores intelectuais e valores religiosos. Há valores que são individuais como por exemplo os objectos de uma colecção para um coleccionador. Pelo contrário há valores que são comuns a toda a humanidade como os alimentos e a saúde.

Segundo Hessen (2001) os valores acham-se referidos ao homem que possui espírito e sensibilidade. Os valores podem ser classificados em duas grandes classes que incluem os valores sensíveis e os valores espirituais (Hessen, 2001). Os valores sensíveis incluem o hedonismo, os valores vitais e os valores de utilidade. O hedonismo está relacionado com o agradável e o prazer abrangendo todas as sensações de prazer e satisfação assim como tudo o que está apto a provocar essas sensações. Os valores vitais fazem parte da vida e incluem a força, o vigor e a saúde, numa perspectiva biológica são os mais elevados da escala axiológica. Por último, os valores de utilidade coincidem com os valores económicos e que servem para satisfazer as necessidades da vida. Distinguem-se dos outros valores desta classe por não serem autónomos, estando dependentes dos outros valores sensíveis. A outra classe de valores é formada pelos valores espirituais que se caracterizam pela sua imaterialidade e por uma validade incondicional. Aqui se incluem os valores lógicos, os valores éticos, os valores estéticos e os valores religiosos. Os valores lógicos ou de conhecimento integram a função do conhecimento e o próprio conhecimento. Têm uma validade universal e incluem o saber, o conhecer e a investigação da verdade. Os

valores éticos ou do bem moral aderem a suportes reais e não a aparências. Só seres espirituais podem realizar valores morais pelo que se referem sempre às pessoas e não às coisas. Têm um carácter de imperativo ou de exigência. São eles que elevam o homem à dignidade de pessoa. Os valores estéticos tanto se aplicam a pessoas como a coisas e residem na aparência por oposição aos valores éticos que são valores de acção. Os valores religiosos enquadram-se na chamada esfera do Sagrado. Não estão dependentes de outros valores porque eles representam a origem do valor.

Resweber (2002) considera que Scheler estabeleceu uma hierarquia dos valores separando-os numa graduação que vai dos mais altos aos mais baixos. A duração é um factor que aumenta a graduação dos valores sendo máximo quando esse valor se torna eterno. A indivisibilidade do valor é outro critério de importância dos valores e está presente na espiritualidade e na arte. A posição na hierarquia é mais alta se o valor se basear noutros valores. A satisfação e a realização produzida pelo valor é também um critério de importância. Por último os valores morais têm a posição mais elevada na hierarquia pela sua ausência de relatividade aos sentidos.

Borges (2006) apresenta uma classificação para os valores organizacionais que são expressos pelos funcionários da organização e podem estruturar-se em três dimensões bipolares: conservação ou autonomia, hierarquia ou igualdade e harmonia ou domínio. Os valores da organização podem ser analisados a nível real e ideal. O nível real é a maneira como os trabalhadores percebem os valores que orientam a estrutura e o funcionamento da organização. O nível ideal diz respeito aos valores que os funcionários crêem que a organização deva seguir. A diferença entre esses níveis designa-se por descompensação axiológica.

4. Valor e economia

A teoria dos valores desenvolveu-se no fim do século XIX e princípio do século XX numa altura em que surgiram os imperativos das leis do mercado de produção com a necessidade de maximizar o lucro (Resweber, 2002). Thomas Hobbes foi quem introduziu o conceito de valor na economia (Luiciano, 2002). Adam Smith, o pai da economia moderna, introduziu a teoria do valor. Smith percebeu que é o trabalho que confere valor às mercadorias e distinguiu os conceitos de valor de uso e valor de troca (Smith, 1983). Em termos económicos o valor está dependente da utilidade e da procura no mercado e é uma qualidade inerente ao objecto. Em termos de socio-económicos as necessidades das pessoas dependem dos seus valores.

Em *marketing* o termo valor incide sobre o cliente no momento da escolha. Para algumas pessoas o valor monetário não é o mais importante na avaliação daquilo que se pretende comprar. Através do marketing é possível alterar o valor e modificar o padrão de consumo. A relação preço valor mais valorizada pelo cliente é aquela que produz maiores benefícios pelo preço mais baixo. Contudo as decisões do cliente nem sempre são racionais (Erasmus, 2001). O neuromarketing tal como a neuroeconomia está ainda numa fase muito inicial. No neuromarketing procura compreender-se o impacto a nível do sistema nervoso dos estímulos relacionados com o consumo. A ideia do Homo Oeconomicus restringe-se provavelmente a um campo de escolhas de baixo risco (Barracho, 2001). Quando a escolha é complexa há uma expectativa e uma procura de resultados. Embora o consumidor tente ser racional é dominado pelos seus valores, emoções e influências.

5. Valor e ciência

A epistemologia, o ramo da filosofia que trata das ciências, é desde o século passado a área mais importante da filosofia. Esta ligação da filosofia às ciências tem-na

fortalecido (Brandão, 2002). Lévi-Strauss (1989) considera que o pensamento científico se pode subdividir no pensamento mais antigo próprio dos povos selvagens e que se baseia no concreto e no pensamento actual que é baseado em conceitos. Os chamados selvagens, sem carácter depreciativo, operam com o chamado pensamento mítico.

Henri Poincaré atribuía um elevado valor à ciência, tendo publicado em 1905 *O valor da ciência* onde defendia que a verdade deve preceder a utilidade e que muitas investigações que pareciam especulações abstractas se tornam investigações muito úteis (Mesquita, 2005). A ciência é livre de valores e a aceitação de uma teoria tem de ser imparcial porque a ciência investiga os fenómenos dissociados de um contexto de valores. A imparcialidade, neutralidade e autonomia são tidas como boas práticas científicas que conduzem à universalidade da ciência. Contudo a validade das teorias e hipóteses científicas implica a presença de valores cognitivos (Lacey, 2003).

Em matéria de cultura nada é simples porque a cultura é um processo lento que funciona como um comportamento aprendido com base nos valores. A cultura não só influencia a visão do mundo como pode ser a base de conflitos. O valor como critério de avaliação é modelado pelas tendências históricas e culturais havendo ajustes à escala de valores ao longo da evolução da humanidade. Para Mello (2002) cultura é toda a obra humana

6. Valor e moral

A palavra moral vem do latim e significa costumes e os valores morais funcionam como uma consciência que determina as obrigações das pessoas entre si e para com a sociedade. A moral abraça a capacidade que a pessoa tem para fazer o bem ou o mal. Para a sociedade a moral é aquilo que se espera que as pessoas façam. Um inquérito conduzido

pelo National Cultural Values Survey revelou que 74% dos americanos consideram que o país atravessa um período de declínio moral (Fitzpatrick, 2007).

René Descartes desenvolveu no fim da sua vida uma tentativa de ciência moral que publicou sob o título *As paixões da alma* onde apresenta uma espécie de controlo racional das emoções que funciona como uma medicina moral (Scruton, 2010).

Segundo Freitag (1991) Jean Piaget manteve uma ligação com a filosofia que nem sempre foi fácil. No livro *Sagesse et illusions de la philosophie* Piaget afirma que a filosofia é indispensável aos seres humanos para coordenar as suas diversas actividades mas não pode atingir o saber propriamente dito (Piaget, 1992). A moral não foi esquecida por Piaget ao considerar que o ser humano desenvolve uma consciência moral através das trocas que estabelece com o meio social (Freitas, 2002). Lourenço (2002) defende uma posição semelhante referindo que o aprofundamento dos conceitos morais resulta da interacção da pessoa com o seu meio envolvente e não apenas de influências externas.

Existe uma relação moral e a ética que por sua vez está envolvida em todas as esferas da actuação das pessoas e trata dos fundamentos da moral que são específicos dos seres espirituais que sabem distinguir o bem do mal. Aristóteles na *Ética a Nicômaco* interroga-se sobre o bem concluindo que se trata de uma actividade da alma em conformidade com a virtude no sentido da excelência de cada acção (Aristóteles, 2009).

Otto (2005) no seu livro *O Sagrado* designou como numinoso a particularidade dos valores sagrados que ultrapassa o racional. A palavra numinoso vem do latim e significa divino e para Otto o sagrado era o elemento essencial das religiões. Estes valores sagrados carregam uma ambivalência com duas forças: uma de atracção e fascínio e outra de repulsa e medo e o conceito de numinoso, mistério terrível e fascinante, só faz sentido para quem já teve uma experiência com o sagrado (Otto, 2005). Jung (1995) também se interessou pelo numinoso e no seu livro *Psicologia e religião* procurou uma aproximação entre os

arquétipos e o numinoso dado que ambos não eram acessíveis à consciência embora ela apreendesse a sua representação.

As religiões, através da iniciação, formação espiritual e celebração da fé, incutem os valores religiosos que se distinguem-se dos restantes valores pela sua incondicional validade.

7. Valor e dor

Segundo Türe (2005) é atribuída a Galeno a seguinte frase “o alívio da dor é tarefa divina”. Desde essa época tem sido percorrido um longo caminho em relação à dor. Schwob (1997) refere que a International Association for the Study of Pain (IASP) definiu dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma actual ou potencial lesão tecidual, ou que é descrita como tal.

Segundo Zborowski (1998) a cultura e os valores humanos determinam a forma como as pessoas vêem o mundo e configuram o relacionamento com os outros e com o meio que as envolve. Não admira que culturas com valores diferentes assumam atitudes diferentes face à dor influenciando o limiar da tolerância à dor. Os valores presentes em cada religião vão determinar a forma como a religião explica a dor. A experiência de dor na religião cristã pode ser vista como a rendição do pecado original e não como um fenómeno purificador (Schwob, 1997). Segundo Calzani (2004) embora a fé não seja uma solução automática dos problemas levantados pela dor oferece um ponto de vista particular para os enfrentar. Na religião Hebraica a dor tem o carácter de um castigo enviado por Deus para punir os pecados. Para os Budistas a dor é própria da condição humana inerente à vida. Buda considerava que a dor se repetia do nascimento até à morte. Os Hindus consideram o corpo como um obstáculo de que a pessoa se deve desligar para atingir a pureza original. Os estereótipos criados sobre a dor são muitas vezes prejudiciais porque se

sobrepõem aos valores individuais e à linguagem de sofrimento própria de cada pessoa (Quartilho, 2001).

Nos últimos anos a luta contra a dor assumiu um valor diferente na perspectiva dos responsáveis pela saúde. Celebra-se desde 1999 a 14 de Junho o Dia Nacional da Luta contra a dor para evitar que o combate contra a dor seja esquecido. Uma das medidas assumidas pela Direcção Geral de Saúde (2003) foi a necessidade de monitorizar a dor em conjunto com os outros sinais vitais (pulsação, tensão arterial, frequência respiratória e temperatura).

8. Avaliação dos valores humanos

O estudo do sistema de valores permite analisar o posicionamento de uma pessoa e compreender as suas decisões. Epistemologicamente os valores estão dependentes da educação e da cultura mas acabam por ser um produto da pessoa. Não é possível conceber a humanidade sem valores mas estes são influenciados por factores biológicos, psicológicos, sociais e antropológicos. O conhecimento pormenorizado do sistema de valores de cada doente pode ajudar a compreender os percursos diferentes dos doentes com lombalgia. Segundo Hessen (2001) a teoria dos valores inclui a ética, a estética e a religião. Portanto, não é estranho que as escalas de valores avaliem também a religião.

Schwartz (1994) criou o Schwartz Value Survey (SVS); baseou-se em mais de 60.000 inquéritos envolvendo 64 países de todos os continentes e tem servido de base a muitos estudos sobre valores. O SVS apresenta 57 itens que representam 10 tipos de valores: poder, realização, hedonismo, estimulação, autodeterminação, universalidade, benevolência, tradição, conforto e segurança. Na perspectiva de Schwartz os valores organizam-se de forma dinâmica e bipolar (conservadorismo opõe-se à mudança e a auto-transcendência opõe-se à auto-promoção).

O Portrait Values Questionnaire (PVQ) é uma versão simplificada do SVS destinado a crianças e pessoas com baixo de nível de escolarização que mantém os 10 grupos de valores da escala original (Schwartz et al., 2001). Esta versão apresenta 40 itens, em vez de 57, que apontam implicitamente para a importância dada pela pessoa aos diversos valores e está validada para o Brasil (Tamayo et al., 2009).

Síntese - Os valores expressam sentimentos e objectivos e são como ingredientes que dão sentido à vida servindo como guias individuais ou colectivos. Como tal, através da análise dos valores humanos é possível ter uma visão mais profunda não só das pessoas como das sociedades e das nações. Podem servir como matriz de comparação entre grupos ou como monitorização da evolução de uma sociedade. O sentido da vida humana passa pela realização dos valores o que implica que negar todos os valores é retirar a razão para viver. Os valores na esfera do espiritual também satisfazem necessidades, não vitais, mas do homem interior. Os valores acabam por ter importância decisiva nos comportamentos promotores da saúde e da doença. Dado que os valores se relacionam com a saúde e com a espiritualidade podem ajudar a compreender as relações entre a doença e a espiritualidade.

Capítulo 5 – Espiritualidade

Analisa-se o conceito de espiritualidade e as diferenças entre religião e espiritualidade que têm evoluído ao longo dos séculos. Assinalam-se as ligações entre a transcendência e a espiritualidade. Contextualiza-se a espiritualidade na saúde, na doença e na pessoa com lombalgia. Estabelece-se uma relação entre a interiorização dos valores e as estratégias de *coping* na espiritualidade da pessoa com lombalgia. Por último, referem-se os métodos de avaliação da espiritualidade.

5 - Espiritualidade

1. Conceito de espiritualidade

A espiritualidade tem vindo a assumir uma importância cada vez maior ao ponto de Sheldrake (2007) considerar que é a palavra que melhor define a nossa era. Contudo, a palavra espiritualidade é usada na linguagem de todos os dias nem sempre com o mesmo significado, o que torna a sua definição difícil. Pujol e Duval-Pujol (2003) definem a espiritualidade como um caminho e uma relação harmoniosa com o próprio, com os outros e com o sobrenatural. Nesta perspectiva a espiritualidade torna-se uma forma criativa e específica de responder perante as diferentes situações que cada pessoa enfrenta na sua vida diária. Contudo a vivência da dimensão espiritual embora livre e responsável é necessariamente inconsciente (Júnior & Mahfoud, 2001).

A espiritualidade é específica do ser humano não se conhecendo uma dimensão espiritual no reino animal. A singularidade da natureza humana resulta da interligação de factores espirituais, psicológicos e sociais, numa base biológica (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Para Lopes (2006) a dimensão espiritual libertou o homem dos instintos próprios da vida animal e permitiu o progresso da cultura humana.

O Deus em que os crentes depositam a fé e que os faz sofrer é o mesmo que pode proporcionar dias melhores. Ao contrário dos ateus que negam a existência Deus e dos agnósticos que consideram não existirem provas racionais para aceitar ou negar a existência de um Deus, as pessoas com fé assumem a vida como uma missão a ser cumprida e encontram sentido nos revezes com que se deparam. Cremaschi (2004) valoriza

a ligação entre a espiritualidade e a fé considerando que a espiritualidade é a forma de expressar a fé que se apoia no sobrenatural e não na razão.

Underwood (2003) considera que há diferenças no conceito de espiritualidade no Ocidente e no Oriente. No Ocidente dá-se ênfase a uma ligação ao sobrenatural enquanto no Oriente essa ligação é a toda a vida como uma unidade. Contudo a sensação de harmonia e de plenitude está associada à espiritualidade nas duas culturas. O universo da espiritualidade restringe-se à pessoa, mas Levine (2000) defende uma perspectiva de espiritualidade partilhada entre as pessoas que gera cooperação, entendimento e harmonia, permitindo um mundo melhor.

Zohar (1997) pretendeu integrar o conceito de espiritualidade a nível da inteligência e introduziu o termo inteligência espiritual. Cerca de três anos mais tarde Zohar e Marshall (2004) aperfeiçoaram o conceito e definiram inteligência espiritual como um dos componentes da inteligência que permite aceder às convicções mais profundas da pessoa. Ainda Zohar e Marshall (2004a) consideram que espiritual significa algo que dá vida ou vitalidade a um sistema e que a inteligência espiritual é o reconhecimento de que a realidade física está envolvida em algo de acesso restrito aos sentidos convencionais.

Segundo Bender (2003), num passado não muito distante, os termos espiritualidade e religião não tinham significados diferentes. A secularização e a desilusão com algumas instituições religiosas contribuiu para esta separação. Koenig (2000) considera que a maioria dos Americanos não distingue espiritualidade de religião pelo que nos parece importante analisar as diferenças entre os dois conceitos.

2. Espiritualidade e religião

A religião sempre foi universal não havendo memória de povo que não tenha possuído alguma forma de religião (Burket, 1996). A ubiquidade da religião é a prova da

sua resistência às mais drásticas mudanças sociais e económicas tendo sido transmitida de geração em geração desde tempos imemoriais. Durante parte do século XX as ciências sociais enunciaram a teoria da secularização que implicava o desaparecimento da religião face aos avanços tecnológicos. Nas últimas duas décadas esta teoria tem sofrido um grave revés com o enfraquecimento das ideologias e fortalecimento da religião. Contudo, Morris e Inglehart (2004) afirmam que ainda é cedo para dizer que Comte, Durkheim, Marx e Weber se enganaram sobre o declínio religioso.

A religião ao contrário da espiritualidade pode ter facetas violentas. Na última década morreram mais pessoas por motivos religiosos do que em qualquer outra época (O'Brien, 2007). Passou-se da fase em que as sociedades seculares atacavam a religião para uma era de violência dos grupos religiosos contra as sociedades seculares. A secularização não deve ser vista como um processo de degenerescência do fenómeno religioso mas como uma reconfiguração de algo omnipresente (Mourão, 1998).

Embora haja quem não distinga espiritualidade e religião estas duas palavras têm significados diferentes. A religião inclui uma tradição legitimada por uma memória colectiva e uma pessoa espiritual pode não estar afiliada a uma religião. Esta memória colectiva é uma das causas que nos leva a pensar que sabemos o que é religião até ter de a definir. A dificuldade na definição resulta também de a religião lidar com o não óbvio, com o invisível e como tal não estar sujeita a uma verificação empírica. Religião (do Lat. *Religio*) significa ligação, um relacionamento com Deus. Durkheim (2000) considerava que uma das características do religioso é o sobrenatural. O conceito de sobrenatural inclui o misterioso, o incompreensível, o incognoscível, ou seja, tudo que ultrapassa o alcance do entendimento. Para Ambrósio (2004) a religião pode ser definida como um conjunto de crenças, práticas, rituais e éticas que exprimem e manifestam o relacionamento com o Divino ou o Sagrado. Otto (2005) introduziu o conceito de numinoso relacionando-o com

o sagrado e o divino e considerou que o numinoso existe em todas as religiões. Segundo Usarki (2004) a palavra numinoso vem do latim e significa divindade representando a forma mais abstracta do sagrado e de acordo com uma visão dualista o complemento do profano. O sagrado produz um sentimento de mistério e de fascínio que é fruto da religião. Eliade (1999) considerou que as revelações do sagrado são um elemento chave na história humana. O ser humano alcança na relação com o sagrado a essência da religião através de formas culturalmente estruturadas e que incluem símbolos, rituais e expressões estéticas (Eliade, 1969). Em todas as épocas a humanidade tem desejado ultrapassar as fronteiras dos sentidos e ir ao encontro do Divino (Bancroft, 1991). Todas as religiões são uma mensagem e um caminho para a salvação entendida como libertação de uma situação de ameaça, sofrimento ou morte. Na demanda da salvação a pessoa procura os meios que assumem características próprias em cada religião. Segundo Küng (2004), a religião, por meio da fé, transmite uma visão da vida, uma atitude perante a vida e uma norma para viver bem. Em todas as culturas os homens que querem viver bem confrontam-se com as mesmas grandes questões. Por um lado, qual a sua origem e qual o seu destino e, por outro, como superar o sofrimento e a culpa. Na verdade, embora inseridos em culturas distintas e praticando religiões diferentes, os homens obtêm respostas semelhantes. Durkheim (2000) considerava que não existia nenhuma religião falsa, porque todas elas respondem, de formas diferentes, a determinadas condições e necessidades da existência humana. Há pessoas que não pertencendo a nenhuma religião ou movimento se afirmam espirituais porque têm pensamentos ou experiências de carácter sagrado. O sagrado é a forma visível do fenómeno religioso e encerra uma ambivalência ao dar, ao mesmo tempo, segurança e bênção e constituir uma intimidação e uma maldição (Citrini, 2004).

Ao contrário da espiritualidade, a religião professada relaciona-se com os níveis de literacia e riqueza. Segundo Cabral (2001) o inquérito permanente às *Atitudes Sociais dos*

Portugueses (ASP) revelou uma religiosidade católica tradicional muito difundida em Portugal. A maioria dos Portugueses identifica-se com um universo cultural católico e 90% da população portuguesa é baptizada na Igreja Católica (Gonzaga, 2001). Através destes inquéritos, noutros países, foi possível estabelecer comparações. O número elevado de analfabetos entre os católicos portugueses contrasta com o elevado nível de literacia dos protestantes na Noruega. Zingales (2004) refere que os países mais desenvolvidos economicamente, do Norte da Europa à América do Norte passando pela Austrália, têm religiões protestantes. Ao contrário os muçulmanos estão na cauda do desenvolvimento económico excepto quando têm petróleo. Weber (2006) desenvolveu um estudo comparativo das várias religiões mundiais e das suas relações com o desenvolvimento económico tendo verificado que a maioria dos detentores do capital, dos dirigentes de empresas, e dos trabalhadores qualificados eram protestantes. Ao analisar este facto Weber (1930) concluiu que o protestantismo não estava na origem do capitalismo mas que os protestantes encaravam o sucesso económico como uma graça divina e que trabalhavam como vocação e não para acumular riqueza.

O conceito de transcendência é importante devido às suas relações com espiritualidade e religião. A dimensão espiritual é necessariamente inconsciente dirigindo o homem para fora de si mesmo e conduzindo-o à transcendência (Frankl, 1993). Para Zeki (2009) a religião é mais do que uma simples manifestação de espiritualidade, passando mais por um conhecimento interior do que por um conhecimento exterior. A espiritualidade, por seu lado, é muito mais ampla do que qualquer tentativa de enquadramento numa determinada prática religiosa (Correia, 1998). O sagrado e o profano estão intimamente ligados à religião: de um lado temos o profano que inclui o vulgar, o homem e o terrestre do outro lado está o mundo sagrado que corresponde ao transcendente,

ao divino e ao sobrenatural (Graça, 2000). Torna-se necessário clarificar as relações entre espiritualidade e transcendência.

3. Espiritualidade e transcendência

A transcendência pode funcionar como processo de união entre pessoas de diferentes religiões. Embora as grandes religiões aproximem os seus praticantes também os afastam dos praticantes de outras religiões. Pelo contrário, a espiritualidade através da transcendência que está isenta de dogmas pode funcionar como um factor de aproximação entre as pessoas.

Kirk (2009) vê a transcendência como um processo de desenvolvimento que inclui experiências de abstracção, identificação com a natureza e aceitação espiritual. Este relacionamento com o transcendente acontece sem ser percebido revelando-se como uma característica ontológica. A transcendência nesta perspectiva surge como um motor da própria espiritualidade. Budin (2001) clarifica algumas situações que conduzem a um desenvolvimento da transcendência. Todo o contexto do parto ou a aceitação da morte são oportunidades de transcendência e têm a capacidade de despertar a espiritualidade.

William James desenvolveu uma actividade ligada à psicologia e à filosofia e foi o fundador da psicologia da religião tendo defendido que os estados de transcendência podem ser induzidos pela religião e permitem à pessoa a compreensão da sua especificidade e da sua idiossincrasia (James, 2001). A transcendência surge como uma ligação entre a espiritualidade e a religião num processo de desenvolvimento que inclui experiências de esquecimento do próprio, identificação com a natureza e aceitação espiritual. Matthews (1998) relaciona a espiritualidade com uma visão pessoal da vida e com comportamentos ligados ao transcendente ou a algo superior à própria pessoa. Podemos concluir a análise das relações do triângulo que inclui espiritualidade, religião e

transcendência afirmando que a espiritualidade ultrapassa a pessoa e pode definir-se como a busca sobre o sentido da vida através do transcendente podendo estar ou não associada a uma religião. A transcendência surge como uma ligação entre a espiritualidade e religião no processo de desenvolvimento. Angerami (2002) dá um exemplo prático da dificuldade em definir transcendência ao dizer que é semelhante à complexidade em exprimir com palavras toda a emoção sentida através de um beijo.

4. Contextualização da espiritualidade na saúde e na doença

No século passado a ciência andou de costas viradas para espiritualidade que foi considerada um tema polémico. Hipócrates, o pai da medicina, ao defender uma medicina racional contribuiu para uma dessacralização da saúde (Almeida, 2005). Aos poucos o estudo da espiritualidade tem vindo a atrair a atenção da comunidade científica traduzindo-se num incremento dos trabalhos que analisam as relações entre a espiritualidade, a saúde e a doença (Meneses, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1948). Embora a definição inicial não mencionasse a espiritualidade a OMS tem vindo a interessar-se por este tema. O WHOQOL-100 é um teste com cem questões, desenvolvido pela OMS, para a avaliação da qualidade de vida. Uma das dimensões avaliadas por este teste é a espiritualidade. Mais recentemente surgiu um novo questionário o SRPB-32 com trinta e duas questões só para avaliar a espiritualidade (WHO, 2002).

Assiste-se a um retomar da espiritualidade na prestação dos cuidados de saúde. Trata-se de uma medida de humanização, no respeito pela dignidade e pelo bem-estar da pessoa fragilizada pela doença (Koenig, 2000). Um dos aspectos da intervenção espiritual baseia-se na colheita da história espiritual que vai permitir conhecer as necessidades

espirituais dos pacientes. Koenig (2007) salienta a importância para o doente de sentir que as suas necessidades espirituais são escutadas por aqueles que o vão tratar.

Keefe (2001) verificou num grupo de doentes com artrite reumatóide que havia uma relação directa entre a presença de necessidades espirituais diárias e a melhoria da condição dos doentes. Cloninger (2004) considera que a espiritualidade pode evitar as doenças físicas e mentais de forma indirecta através da redução do stress e aumento dos níveis de felicidade. Williams (2007) partilha uma opinião semelhante ao considerar que a religião pode afectar a saúde, de forma indirecta, através de factores gerais de bem-estar que incluem práticas saudáveis e estreitamento de laços sociais. No final do século passado Seligman (2000) introduziu o conceito de psicologia positiva salientando a importância de variáveis como a espiritualidade, as crenças, o *coping*, o optimismo e o bem-estar na prevenção e no tratamento da doença.

Nas últimas décadas têm surgido várias igrejas e seitas religiosas, algumas delas com ambições de curar os doentes. Weber (1930) definiu seita como uma associação voluntária de indivíduos com uma qualificação religiosa e em forte tensão com os valores dominantes. Pelo contrário apresentou a igreja como uma estrutura burocrática, hierarquizada com profissionais que estabelecem a ligação entre Deus e os homens. Segundo Ruuth e Rodrigues (1999) o contexto social, as carências económicas, a forte utilização dos meios de comunicação de massas, o discurso adaptado às necessidades das pessoas e a promessa de resolução imediata de problemas materiais e espirituais têm favorecido estas práticas curativas.

Perante a dor crónica a espiritualidade facilita uma apreciação favorável, feita pelo próprio da sua vida, podendo ajudar a ultrapassar as dificuldades (Glover-Graf et al, 2007). A espiritualidade surge como uma bóia e um rumo para quem tem de enfrentar a morte, a doença, o trabalho duro e a injustiça. As pessoas cuja dimensão espiritual é o motor da sua

existência, encaram os desaires da vida, a doença e a morte como algo que não depende delas, mas sim de um Deus. A existência é vivida como uma dádiva e não como um direito.

A lombalgia pela sua frequência e pelo grau de incapacidade que pode motivar merece uma atenção especial no estudo das relações entre espiritualidade e saúde.

5. Espiritualidade na pessoa com lombalgia

A lombalgia é manifestação de um problema numa das quatro zonas mais sujeitas a esforços do corpo humano e que incluem: a coluna lombar, a coluna cervical, a anca e o joelho. Estas quatro zonas têm em comum o facto de suportarem simultaneamente cargas elevadas e de terem grande mobilidade. O modelo biomédico valoriza a lesão orgânica e, a partir da gravidade da lesão, prevê a intensidade da dor e a sua evolução. Através deste modelo os factores biológicos e fisiológicos explicam tanto a dor aguda como a dor crónica. Na lombalgia parece haver outros factores que contribuem para o aparecimento e manutenção da dor para além dos físicos e biológicos e por isso a resolução do problema biológico nem sempre se acompanha do desaparecimento da lombalgia. Esses factores são provavelmente de natureza psicológica e social e conferem à lombalgia uma natureza dinâmica e multidimensional.

Epping-Jordan (1998) não encontrou a nível dos doentes com lombalgia crónica uma relação entre a intensidade da dor inicial e a sua passagem à cronicidade, pondo em causa o modelo biomédico. Pelo contrário a importância dos factores psicossociais no tratamento da dor tem recebido suporte através de trabalhos empíricos. Pincus (2002) considera que os factores psicossociais fazem parte do dia a dia das pessoas e define-os como as atitudes, as crenças, os medos, o estado emocional, os factores sociais e as variáveis ligadas ao trabalho. Linton (2000) fez uma revisão de 37 estudos prospectivos

sobre a influência dos factores psicológicos nas lombalgias e verificou que as dores tanto agudas como crónicas eram influenciadas pela ansiedade, pelo stresse e também por alterações cognitivas. Alguns autores como Waxman (1998) e Thomas (1999) consideram que os factores psicológicos podem estar relacionados com o aparecimento e manutenção da dor lombar. Mannion (1996) desenvolveu um trabalho envolvendo 403 voluntários sem história de dores lombares e verificou que os factores psicossociais podiam prever até 3% dos novos casos de lombalgias. Main (2005) verificou que os factores físicos incluindo a gravidade da lesão e as exigências do trabalho contribuem menos para a evolução para doença crónica que os factores psicossociais. Burns (2006) verificou que os factores psicológicos associados aos físicos podem levar a um aumento da tensão muscular que causa uma sobrecarga na coluna lombar podendo agravar ou perpetuar as lombalgias.

Wachholtz et al. (2007) explicam a relação entre espiritualidade e dor crónica através de várias estratégias de *coping* que se integram no chamado modelo biopsicossocioespiritual. As pessoas espirituais encontram com mais facilidade um propósito para a dor e uma forma de conviver com ela. Por outro lado a actividade espiritual pode desviar a atenção da dor e criar uma sensação de bem-estar. A espiritualidade pode também contribuir para uma sensação de protecção e de segurança que ajuda a enfrentar a dor.

6. Contributo da interiorização dos valores e das estratégias de *coping* na espiritualidade da pessoa com lombalgia.

Diversos trabalhos têm confirmado a importância dos factores psicológicos a nível da evolução do doente com lombalgia. Araújo-Soares e McIntyre (2000) compararam a eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal com uma intervenção médica num grupo de 33 doentes com dor lombar crónica. Constataram uma diminuição na

intensidade e frequência da dor, bem como níveis mais baixos de consumo da medicação para além de as estratégias de *coping* terem sofrido um incremento. Hoffman (2007) através de uma meta-análise de 22 artigos, com estudos randomizados, verificou a eficácia das intervenções psicológicas, no controlo da dor, nos doentes com lombalgias crónicas. Mueller (2001) salientou a ligação entre a religião e os valores humanos considerando que a religião reforça os valores. Para Puchalski (2002) a espiritualidade deve ser tida em conta em todas as fases da doença e os valores humanos afectam as estratégias de *coping* perante a doença.

A conceptualização da doença está dependente por um lado das crenças do doente que incluem a interiorização dos valores humanos, e por outro dos mecanismos para enfrentar a doença de que fazem parte as estratégias de *coping*. A interiorização dos valores dá sentido à vida, permite encarar as vicissitudes da incapacidade e possibilita uma abertura à espiritualidade. As estratégias de *coping* permitem lidar com as situações de incapacidade produzida pela doença e reforçam a espiritualidade. Marini (2011) estudou a espiritualidade em 156 doentes com lesões da coluna com envolvimento medular e verificou que os níveis elevados de espiritualidade promoviam as estratégias de *coping* e favoreciam a recuperação.

Segundo Figueiras (2006) o contacto inicial com a doença é marcado pelas características da própria pessoa. Contudo esta relação está dependente do contexto sociocultural que por sua vez se reflecte no mesmo contexto. Em relação à espiritualidade verifica-se que pode influenciar o aparecimento da doença mas também pode ser reforçada pela própria doença. Segundo Miller (1985), é frequente, os doentes com dor crónica apresentarem níveis mais elevados de espiritualidade. Da mesma forma a incapacidade motivada pela lombalgia pode reforçar a espiritualidade através da moderação dos valores humanos e da mediação das estratégias de *coping*.

Consideramos que os conhecimentos biomédicos sobre a lombalgia e a incapacidade por ela gerada são limitados pelo que se justifica aprofundar a importância dos factores psicológicos. A interiorização dos valores e as estratégias de *coping* encontram-se alicerçados num conjunto de estudos científicos que atestam a sua importância como factores psicológicos ligados à doença, à dor e à incapacidade por ela gerada. A espiritualidade, por sua vez, tem feito uma caminhada de aproximação à ciência tendo adquirido um estatuto a nível da psicologia da saúde. O comportamento da pessoa e o seu estilo de vida estão dependentes dos valores que a pessoa interioriza e das estratégias de *coping* que utiliza. Rippentrop (2005) considera que a relação entre espiritualidade e saúde está comprovada e que muitas pessoas com dor crónica usam a espiritualidade e a religiosidade como estratégia de *coping* sendo necessário concentrar os esforços de investigação no estudo dos mediadores entre espiritualidade e saúde nos doentes com dor crónica. Na mesma linha Abraido-Lanza et al. (2004) e Bussing et al. (2009) verificaram a importância das estratégias de *coping* religioso nos doentes com dor crónica salientando a importância do estudo das relações entre as estratégias de *coping* e a doença.

7. Avaliação da espiritualidade

O interesse em quantificar a espiritualidade tem aumentando à medida que vão surgindo trabalhos que apontam para as relações entre a espiritualidade, saúde e doença. As escalas para avaliação da espiritualidade surgem da necessidade de tentar reduzir a subjectividade de conceitos que são difíceis de mensurar. Uma das dificuldades encontradas ao tentar quantificar a espiritualidade passa pela distinção entre espiritualidade e religiosidade e pelo carácter multidimensional do conceito (Fetzer, 2003). Hill (2000) classifica a espiritualidade como uma variável complexa e insiste na contaminação da definição de espiritualidade por elementos da religião. Estes factos levam a dificuldades a

nível do construto e dos instrumentos para avaliação da espiritualidade. Newberg (2005) insiste que só se deve proceder à avaliação da espiritualidade depois de ter tido o cuidado de definir o conceito e de proceder à sua operacionalização. Para estudar a espiritualidade nas pessoas com incapacidade por lombalgia é necessário encontrar um instrumento adequado e estudar as suas características psicométricas (Hill, 2003). Contudo Daaleman (2002) afirma que não há nenhum instrumento que consiga avaliar a espiritualidade em toda a sua amplitude e complexidade em nenhum contexto, incluindo o da saúde. Lee (2005) considera que a relação entre a espiritualidade e a saúde não é directa pelo que apenas se pode medir manifestações indirectas da espiritualidade. Na mesma linha de pensamento Daaleman (2004) aconselha que ao estudar as relações da espiritualidade com a saúde é importante ter a certeza de não estar a avaliar factores associados que podem contribuir para uma melhoria do estado de saúde como: o suporte social, a integração numa comunidade ou regras de vida mais saudável.

Na pesquisa desenvolvida encontrámos duas escalas adaptadas à população portuguesa para a avaliação da espiritualidade em contextos de saúde: Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007) e a Escala de Avaliação Espiritual (Rego, 2008). A Escala de Avaliação da Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro foi construída com base empírica e apresenta cinco itens que se agrupam em duas dimensões. A dimensão vertical está associada ao transcendente e inclui as crenças, a outra dimensão é horizontal e existencialista envolvendo a esperança e o optimismo. Tal como é referido pelos autores, a população em estudo era formada por doentes oncológicos que nem sempre têm disponibilidade para colaborar em escalas longas. Numa amostra constituída por 426 pessoas que tinham tido uma doença oncológica os autores encontraram os seguintes alfa de Cronbach: de 0,74 para a escala global, 0,69 para a

dimensão crenças e 0,92 para a dimensão esperança e o optimismo (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A Escala de Avaliação Espiritual é a uma adaptação para Portugal da Spiritual Assessment Scale (SAS) (Rego, 2008). Para além da espiritualidade, a SAS analisa a prática religiosa (O'Brien, 1999). A versão original tinha 21 itens e a portuguesa tem 19 apresentando 3 dimensões: Fé Pessoal, Prática Religiosa e Paz espiritual.

Pestana et al. (2007) utilizaram uma tradução da escala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) que apresenta 12 itens organizados em duas dimensões: sentido/paz e fé. Os autores verificaram, numa amostra de 23 doentes oncológicos, uma correlação estatisticamente significativa entre a espiritualidade e a qualidade de vida embora, não apresentem um estudo psicométrico da FACIT-Sp-12 para a população portuguesa.

Em português do Brasil existem as seguintes escalas que permitem avaliar a espiritualidade: a WHOQOL-SRPB, a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) e a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE).

A WHOQOL-SRPB apresenta 132 itens distribuídos por seis dimensões, incluindo a dimensão espiritual com seis itens (Fleck et al., 2003). Este instrumento destina-se a avaliar as relações entre a espiritualidade, a religião, as crenças pessoais e a qualidade de vida. Para Fleck e Skevington este instrumento é também um importante contributo para o estudo das relações entre espiritualidade e saúde (Fleck et al., 2007). Moreira-Almeida e Koenig (2006) têm uma posição crítica sobre a escala WHOQOL-SRPB ao considerarem que as questões são muito amplas correndo o risco de não avaliarem directamente a espiritualidade e a religiosidade.

A escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) é uma adaptação para o Brasil da RCOPE elaborada em 1997 por Pargament nos EUA (Panzini et al., 2005; Pargament et

al., 2000). Segundo os autores a escala avalia factores relacionados com a religião, com o conforto espiritual e com o bem-estar. Apresenta uma dimensão positiva com 66 questões e uma dimensão negativa com 21 questões (Panzini et al., 2007).

A Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) resultou da adaptação para o Brasil da Spirituality Well-Being Scale (SWBS) criada em 1982 por Paloutzian e Ellison sendo considerada uma escala pioneira e que é frequentemente usada como padrão (Marques et al., 2009). Apresenta 20 itens e avalia as dimensões bem-estar religioso e bem-estar existencial. A primeira dimensão é vertical e analisa a ligação a algo de absoluto, a segunda dimensão é horizontal e relaciona-se com a vida.

O resumo das características psicométricas das escalas para avaliação da espiritualidade adaptadas à população portuguesa e brasileira é apresentada no quadro 5.1.

Quadro 5.1 - Escalas de avaliação da espiritualidade adaptadas à população portuguesa e brasileira.

Designação da escala e país de origem	País e ano de validação	Dimensão da amostra	Itens e Dimensões	Alfa de Cronbach
WHOQOL-SRPB E.U.A.	Brasil – 2003	142	Itens - 32 1 Dimensão	–
Escala de <i>coping</i> religioso-espiritual E.U.A.	Brasil – 2005	616	Itens – 87 2 Dimensões	0,97
Escala de Avaliação da Espiritualidade – Portugal	Portugal - 2007	426	Itens – 5 2 Dimensões	0,74
Escala de Avaliação Espiritual – EUA	Portugal - 2008	210	Itens – 19 3 Dimensões	0,89
Escala de Bem-estar Espiritual – EUA	Brasil - 2009	506	Itens - 20 2 Dimensões	0,92

Síntese – A American Psychological Association (APA) e a World Health Organization (WHO) reconhecem a importância da espiritualidade na saúde baseadas em numerosos estudos científicos. A relação entre a espiritualidade e a dor crónica é atestada por vários estudos que revelam níveis elevados de espiritualidade nestes doentes. As estratégias de *coping* e os valores podem desempenhar uma função de mediação e moderação na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade que pretendemos investigar.

Capítulo 6 - Análise estatística

Abordam-se três áreas da análise estatística, usadas na presente investigação, que incluem o modelo de Rasch, os conceitos de mediador e moderador e as equações estruturais.

6 - Análise estatística

Na investigação em saúde a estatística tem vindo a assumir a importância que o microscópio teve no século XVIII. Graças a um conjunto de instrumentos, a estatística, tal como o microscópio, permite detectar aquilo que passa despercebido a olho nu.

A análise estatística reflecte a importância que a evidência empírica assume no método científico de observação e experimentação. Ao conduzir uma investigação é fundamental conhecer os procedimentos e técnicas estatísticas que permitem analisar, compreender e interpretar os dados. A utilização de programas informáticos de estatística sem um conhecimento da teoria pode gerar erros que o utilizador não tem capacidade para reconhecer.

1. O modelo de Rasch

A análise estatística é uma parte importante da investigação científica que permite examinar a relação entre as variáveis e tem um papel decisivo no campo da psicologia nomeadamente nos estudos empíricos que geram quantidades significativas de dados quantitativos (Poeschl, 2006). No entanto, o aumento crescente na complexidade das técnicas estatísticas disponíveis para a análise de dados em psicologia não tem sido acompanhado por uma sofisticação nos métodos de medição das variáveis (Bond e Fox, 2007). Ora, os instrumentos de medida são decisivos para a obtenção e interpretação dos resultados no processo de investigação nas ciências humanas (Goodwin, 2008).

Existem diversos métodos para estabelecer medidas numéricas mas de, uma forma sumária, podem considerar-se quatro níveis de medição hierarquizáveis em termos

matemáticos (McDowell, 2006). O primeiro grupo inclui as escalas nominais ou categóricas que não são verdadeiramente uma medição. Estas escalas podem usar números aos quais podem estar associadas categorias (e.g., 1=masculino, 2=feminino). Contudo, estes números são arbitrários não expressando qualquer relação qualitativa entre si. No segundo grupo incluem-se as escalas ordinais em que os números continuam a ser arbitrários mas reflectem o aumento da quantidade que está a ser medida (e.g., 1=ligeiro, 2=moderado, 3=severo). Nesta escala ordinal o intervalo entre ligeiro e moderado pode não ser igual ao intervalo entre moderado e severo e o moderado pode não ter o mesmo valor para todas as pessoas. O terceiro grupo de escalas chamadas intervalares apresenta um intervalo constante entre cada dois valores. Um exemplo desta escala é a temperatura em graus Celsius. Nas escalas intervalares podem-se fazer subtracções e adições dos valores e calcular médias. Contudo, a escala intervalar não permite operações como o cálculo de produtos. Voltando ao exemplo da temperatura não é possível dizer que 12° é o dobro de 6° mas é possível afirmar que a média destes dois valores é 9°. As escalas intervalares, ao contrário das escalas ordinais tradicionais, apresentam maior precisão, menor erro padrão e redução do impacto negativo dos dados em falta (Wright e Linacre, 1989). No último grupo incluem-se as escalas de rácio de que fazem parte o peso e a altura. Estas escalas são as únicas a permitir produtos e quocientes. É possível dizer que A tem o dobro do peso de B ou que B mede metade da altura de A.

Quando os números são usados para medir conceitos abstractos, o problema da medição torna-se mais complexo. A idade é habitualmente tratada como uma escala intervalar mas o desenvolvimento da linguagem pode ser completamente diferente no espaço de 1 ano. Entre os 3 e 4 anos de idade ou entre os 40 e 41 anos de idade o intervalo é de 1 ano mas a variação das capacidades linguísticas é completamente diferente. Os investigadores em ciências sociais e humanas têm dificuldade na construção de

instrumentos em que a variável seja regular entre os intervalos de medida. Esta situação retira a homogeneidade e põe em causa a exploração das relações métricas entre a magnitude de uma quantidade e a unidade padrão da mesma quantidade (Bond & Fox, 2007). A Teoria da Resposta ao Item (TRI) tem procurado resolver este problema ao assumir que o desempenho de uma pessoa no item de um teste se explica em função de traços latentes, não observados. O desempenho da pessoa pode ser considerado o efeito e os traços a causa (Pasquali, 2009). Os métodos da TRI permitem a construção de medidas intervalares e a sua versão mais simplificada recorre habitualmente ao modelo de Rasch (Moreira, 2004). O modelo de Rasch foi criado pelo matemático Dinamarquês Georg Rasch, tendo sido inicialmente aplicado à educação. Este modelo tem vindo a ser utilizado de forma crescente na psicologia da saúde devido à necessidade de medidas mais rigorosas para corresponder à disponibilização de técnicas estatísticas cada vez mais complexas (Embretson, 2006). As bases do modelo Rasch assentam na teoria da resposta ao item e romperam com a teoria psicométrica clássica ao permitir que o teste não dependa da amostra usada e que haja uma independência entre os itens e a amostra (Rasch, 1960). O modelo de Rasch é teórico e probabilístico, assumindo a existência de um traço latente unidimensional definido por um padrão de respostas determinado pela relação entre capacidade e dificuldade (Bond & Fox, 2007). No modelo de Rasch, a variável dependente é a probabilidade de uma certa pessoa acertar um determinado item e as variáveis independentes que determinam essa probabilidade são a capacidade da pessoa (traço latente) e o nível de dificuldade do item. No caso de a magnitude do traço ser igual à magnitude da dificuldade, a probabilidade de errar ou de acertar o item são idênticas (Embretson, 2006). Uma característica importante do modelo de Rasch é a avaliação independente da capacidade e da dificuldade que funcionam como parâmetros separados, não estando dependentes da amostra. Na teoria clássica dos testes a informação do item

resulta do teste em geral, não se sabendo como a pessoa examinada se comportaria face a cada item (Pasquali, 2009). O modelo de Rasch foi inicialmente criado para itens dicotómicos tendo sido posteriormente estendido para itens politómicos onde permite a calibração para cada limiar de respostas de um item (Wu & Adams, 2007).

Através de transformações logarítmicas das estimativas da capacidade dos sujeitos e da dificuldade dos itens é possível representar a totalidade dos resultados num gráfico com uma escala intervalar logarítmica. O gráfico inclui uma linha vertical, hipotética e unidimensional em que o zero corresponde à média e ao longo da qual as pessoas e os itens se distribuem segundo a sua capacidade e a sua dificuldade de uma forma contínua. Os itens mais difíceis e as pessoas mais capazes situam-se junto do topo da linha. Descendo ao longo da linha surgem as pessoas menos capazes e os itens mais fáceis. A escala permite comparar a dificuldade dos itens com a capacidade das pessoas e detectar incongruências entre o modelo teórico e os dados empíricos expressos através da hierarquização dos itens subjacente ao instrumento de medida (por exemplo a sua unidimensionalidade). A independência dos itens é fundamental não devendo haver correlações entre itens superiores a 30% ou itens que condicionem a resposta de outros itens (Pallant & Tenant, 2007). A utilização do modelo Rasch assume que o instrumento em estudo se refira a um só atributo, permitindo à análise do ajustamento dos itens garantir a unidimensionalidade do instrumento (Bond & Fox, 2007). Assim, o facto de os itens do teste se adequarem ao modelo de Rasch é um indicador de unidimensionalidade do instrumento. Na mesma linha as equivalências transculturais de um instrumento (e dos seus itens) aplicados em populações com línguas e culturas diferentes podem ser avaliadas através do modelo de Rasch (Raczek, 1998). Se os itens não se adequam ao modelo devem ser reformulados ou retirados porque põem em causa a validade do construto. A consistência interna é avaliada através do *Person Separation Index* que é semelhante ao alfa de Cronbach e indica a fracção

de respostas que é reprodutível noutras observações (Bond & Fox, 2007). Segundo Linacre (2002) é possível avaliar a qualidade do ajustamento do modelo de Rasch através do Outlier sensitive fit statistics (OUTFIT) e do Information weighted fit statistics (INFIT). O OUTFIT ou ajuste externo resulta da soma dos resíduos produzidos ao quadrado (Z^2) é sensível aos itens que se afastam da média. Pelo contrário o INFIT ou ajuste interno corresponde à média dos Z^2 ponderado em função da variância sendo sensível para os itens próximos da média. Quando os valores padronizados destes indicadores de ajuste se situam no intervalo entre (-1; +1) sugerem um ajustamento muito bom. Valores situados para além do intervalo anterior mas contidos no intervalo (-2; +2) podem ser aceites. Para além deste intervalo os valores inferiores a (-2) não são de confiança, indicando determinismo das respostas. Os valores superiores a (+2) também não são de confiança e indicam aleatoriedade nas respostas. Segundo Douglas (1982), a variação do INFIT para além dos limites aceitáveis é mais grave do que uma variação de igual magnitude no OUTFIT.

2 – Mediação e moderação

O interesse pela mediação e pela moderação surge quando se pretende ir para além da relação entre duas variáveis e perceber o processo que conduz ao efeito (Wu e Zumbo, 2008). Segundo Wegner e Fabrigar (2000), as relações causa/efeito entre a variável independente e a dependente podem dividir-se em três categorias: relações directas, relações mediadas e relações moderadas. Em linguagem estatística pretende-se explicar não só a variância da variável dependente através das variáveis independentes como a sua importância relativa. Baron e Kenny (1986) escreveram um artigo que é uma referência no universo da mediação e moderação e que conta com mais de 12.000 citações (Zhao, et al. 2010). Nesse artigo os autores alertam para o perigo de uma certa confusão entre mediação e moderação. Uma das razões da confusão é a semelhança entre as palavras, com início e

fim iguais, e o facto de serem usadas de uma forma indiferente na linguagem popular. Por outro lado, a nível dos manuais de estatística não é fácil encontrar uma análise aprofundada destes conceitos.

2.1 - Diferenças entre mediador e moderador

Uma variável moderadora é conceptualmente diferente de uma variável mediadora. Existem semelhanças e diferenças entre a mediação e a moderação que passamos a analisar. Tanto a moderação como a mediação põem em jogo três variáveis, em que a terceira variável vai influenciar a relação entre a variável independente e a variável dependente. Quanto às diferenças, o mediador liga a variável independente à dependente através da variância comum entre as três variáveis, enquanto o moderador altera a relação entre as variáveis dependente e independente gerando uma interacção significativa. Hombeck (1997) distingue mediador de moderador ao considerar que o mediador é uma variável que se modifica em função da variável independente enquanto o moderador não sofre essa alteração. Na mediação a variável independente é preditora da variável mediadora que, por sua vez, é preditora da variável dependente. Pelo contrário na moderação a variável moderadora está à parte, havendo uma interacção entre a variável independente e o moderador que vai reforçar ou enfraquecer a relação entre a variável independente e a dependente, em função do nível da variável moderadora.

Dependendo da teoria que estiver a ser investigada, a mesma variável pode ser tratada como mediadora ou moderadora (Frazier et al. 2004). Enquanto o género é habitualmente tratado como uma variável moderadora, o *coping* pode ser tratado como mediador ou moderador. Por exemplo, Folkman e Lazarus (1988) trataram o *coping* como mediador enquanto Lewis e Kiewer (1996) estudaram-no não só como mediador mas também como moderador. Se o investigador considera que o stresse não modifica as

estratégias de *coping* ele é tratado como variável moderadora; no caso contrário em que as estratégias de *coping* não são pré definidas e são determinadas pelos níveis de stresse, então o *coping* é tratado como variável mediadora. Embora o estudo da moderação e da mediação surjam habitualmente em separado é possível estudá-los no mesmo modelo dando origem à mediação moderada e à moderação mediada.

Infelizmente a avaliação das situações de mediação e de moderação não tem sido feita da melhor forma, pelo que se torna necessário antes de as usar fazer uma análise detalhada das suas características (Wu e Zumbo, 2008). Antes de aprofundar o tema apresentamos um quadro resumo para clarificar os principais termos utilizados.

Quadro 6.1 – Definição de termos associados à mediação e moderação

Termo	Definição
Mediador	Variável que explica a relação entre a variável independente e a variável dependente.
Efeito directo	Efeito da variável independente sobre a variável dependente excluindo o efeito do mediador
Efeito indirecto	Efeito da variável independente sobre a variável dependente resultante do mediador
Efeito total	A soma do efeito directo com o efeito indirecto
Moderador	Variável que afecta a direcção ou a intensidade da relação entre uma variável independente e uma variável dependente.
Mediação moderada	Numa relação de mediação existe uma moderação importante
Moderação mediada	O efeito moderador que é mediado por outra variável

2.2 - Conceito e cálculo do mediador

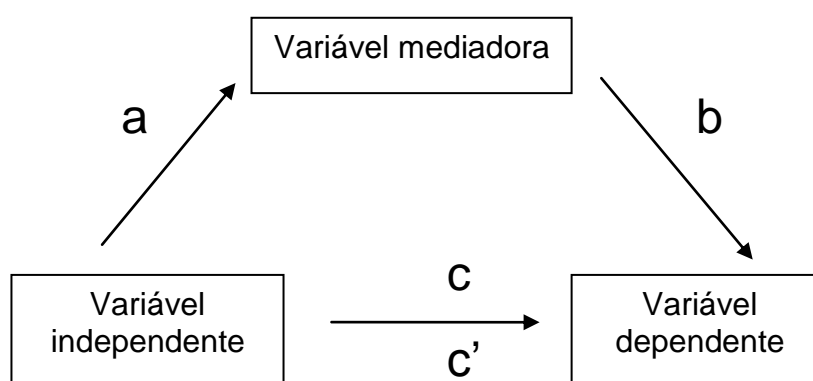
Baron e Kenny (1986) definiram mediador como uma variável que explica a relação entre a variável independente e a variável dependente. A conceptualização do mediador passa pela explicação do mecanismo através do qual uma variável se transforma noutra variável (Holmbeck, 1997). O interesse crescente pelos estudos de mediação resulta

da tentativa de explicar o porquê e o como da relação causa/efeito entre as variáveis. Esta relação é estudada através da covariância entre três variáveis onde se incluem uma variável independente, uma variável dependente e uma potencial variável mediadora. A variável mediadora varia em função da variável independente e vai afectar a variável dependente sendo responsável por uma parte significativa da covariância entre as variáveis independente e dependente. A mediação implica que a variável independente afecta o mediador que por sua vez vai afectar a variável dependente podendo considerar-se que o mediador actua como um condutor do efeito da variável independente sobre a variável dependente. Por esta razão a acção do mediador é denominada de efeito indirecto. Collin et al. (1998) comparam a mediação a uma fila de peças de dominó em que ao tocar na primeira peça as outras começam a cair. O processo de queda resulta do efeito indirecto da primeira peça sobre cada uma das peças que transportam esse efeito até à peça seguinte. A identificação de um mediador permite compreender o mecanismo pelo qual a variável independente afecta a variável dependente. A ansiedade, a honestidade e os sentimentos são exemplos de variáveis que podem ter uma função mediadora.

Frazier, Tix e Barron (2004), com base na descrição inicial de Baron e Kenny (1986) apresentaram recomendações para a avaliação da mediação através de uma técnica de regressão múltipla. A fig. 6.1 apresenta de forma esquemática o modelo da mediação que se baseia em quatro princípios. Em primeiro lugar, a confirmação de uma correlação significativa entre a variável independente e a variável dependente (c); se esta correlação não for significativa não há nada para mediar. Em segundo lugar, a existência de uma correlação significativa entre a variável independente e a variável mediadora (a). Em terceiro lugar, a existência de uma correlação significativa entre a variável mediadora e a variável dependente (b). Por último, tem de haver um enfraquecimento significativo na correlação (c) entre a variável independente e a variável dependente quando se introduz

ano modelo a variável mediadora, passando a correlação ao valor (c'). No caso de a mediação ser completa o valor (c') é igual a zero; se for apenas inferior a (c) a mediação é parcial.

Fig 6.1 – Diagrama conceptual da mediação em que a variável mediadora enfraquece a relação directa entre a variável independente e a variável dependente de (c) para (c') através da relação indirecta (ab).



O efeito de mediação é chamado o efeito indirecto ($a \times b$) que resulta do produto do efeito da variável independente sobre a variável mediadora (a) pelo efeito da variável mediadora sobre a variável dependente (b). A adição do efeito indirecto ($a \times b$) ao efeito directo (c') é igual ao efeito total (c). A equação ($c = c' + a \times b$) explicita a relação entre efeito total, efeito directo e efeito indirecto.

Sobel (1982) propôs um teste para verificar a existência de mediação parcial nos casos em que (c') não é igual a zero sendo apenas inferior a (c). O teste de Sobel avalia a significância estatística do efeito indirecto ($a \times b$) testando a hipótese nula desse efeito ser zero. Segundo Preacher e Hayes (2004), o teste de Sobel permite controlar o erro de Tipo I (em que o investigador aceita um efeito de mediação quando ele não existe) e o erro de

Tipo II (em que pelo contrário o investigador rejeita o efeito quando ele tem significado estatístico).

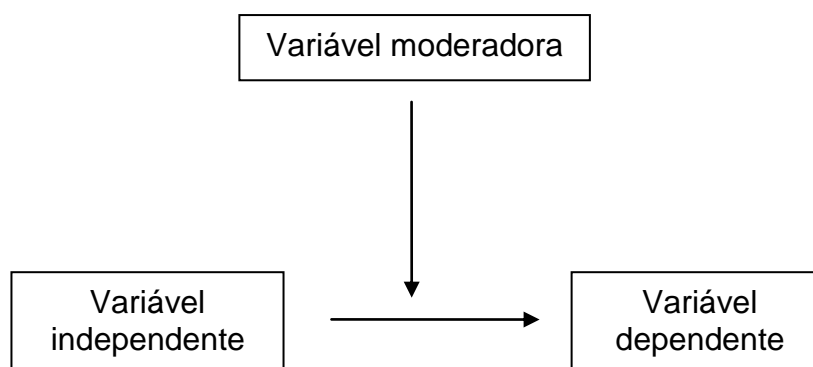
Uma das críticas ao modelo de mediação é a assumpção de uma causalidade que o teste de mediação não permite definir (Rose et al., 2004). Mesmo quando a colheita de dados não obedeceu a um padrão temporal ou a um desenho experimental (não permitindo assim estipular uma relação causa\efeito), o modelo exige que se defina uma direcção de causalidade. A relação de causalidade é sempre um julgamento prévio feito pelo pesquisador à luz das evidências disponíveis, dado que não existe nenhum teste estatístico que possa indicar o sentido de uma relação de causalidade.

2.3 - Conceito e cálculo do moderador

Na moderação, a relação entre duas variáveis depende dos valores assumidos por uma terceira variável, a variável moderadora (Baron e Kenny, 1986). Esta variável afecta a correlação entre a variável independente e a variável dependente, mas ela própria não se altera, ao contrário do que se passa com a variável mediadora, fig. 6.2. Portanto, perante distintos valores da variável moderadora, os mesmos valores da variável independente conduzem a níveis diferentes da variável dependente. Ao contrário da variável mediadora, a variável moderadora não tem de se correlacionar com a variável independente (Baron & Kenny, 1986). Os traços de personalidade, o género, o grupo étnico e as variáveis demográficas são exemplos de variáveis moderadoras que têm como ponto comum serem relativamente imunes à variação de outras variáveis. Baron e Kenny (1986) descreveram esta relação de moderação com variáveis contínuas; contudo as variáveis moderadoras podem ser dicotómicas ou politómicas (Aiken West, 1991). A potência dos testes de moderação é, no entanto, mais baixa quando as variáveis independente e moderadora são contínuas.

Pode ter interesse procurar variáveis moderadoras quando a relação entre a variável independente e a variável dependente é fraca (McClelland & Judd, 1993). Nestes casos o moderador pode clarificar quais as situações em que a variável independente se relaciona efectivamente com a variável dependente. Quando se trata de um estudo de intervenção sobre pessoas, o moderador pode identificar quais as características das pessoas que beneficiam com determinado programa. A escolha do moderador tem de ser enquadrada numa teoria, que procura explicar uma variável dependente a partir de uma variável independente.

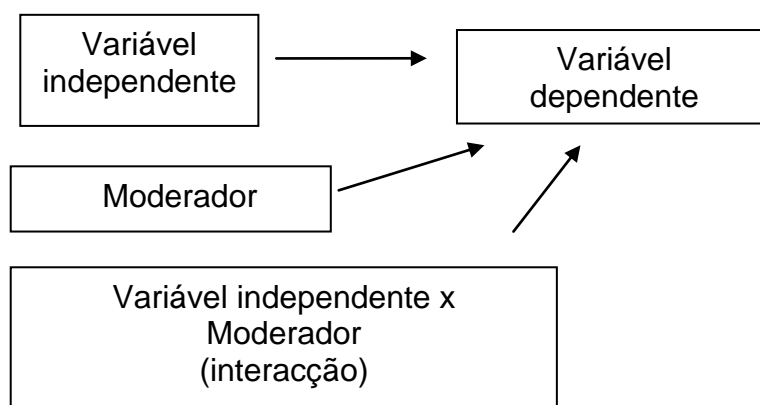
Fig. 6.2 - Modelo de moderação.



Segundo Aiken e West (1991), para avaliar o efeito da moderação é preciso centrar as duas variáveis, independentes e moderadora, criando duas novas variáveis em que se subtraiu a média de cada variável a cada uma das respectivas observações. De seguida é criada uma nova variável expressando a interacção das duas variáveis anteriores e que corresponde ao produto das variáveis previamente centradas. Finalmente, recorrendo a um modelo de regressão linear hierárquica, para prever a variável dependente, introduz-se a

variável independente em primeiro lugar, a variável moderadora em segundo e a variável de interação em terceiro lugar fig. 6.3.

Fig. 6.3 - Modelo de regressão múltipla para teste de moderação em que se especificam três efeitos directos sobre a variável dependente (efeito da variável independente, efeito da variável moderadora e efeito da interação entre a variável independente e a variável moderadora).



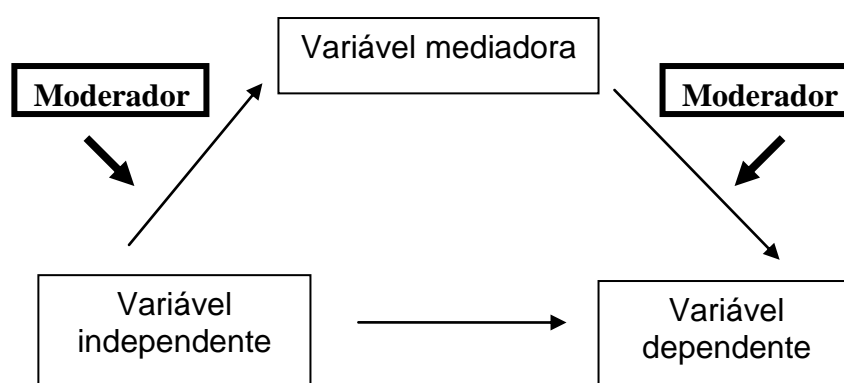
A avaliação do efeito de moderação consiste em confirmar se é significativa a variação de R^2 ao introduzir no modelo de regressão a variável correspondente ao produto da variável independente pelo moderador. Uma vez identificado o efeito de moderação, é necessário especificar de que modo ele afecta a relação entre as variáveis independente e dependente. Segundo Frazier et al. (2004) a representação gráfica pode ajudar a compreender esse efeito da variável moderadora.

2.4 - Mediação moderada e moderação mediada

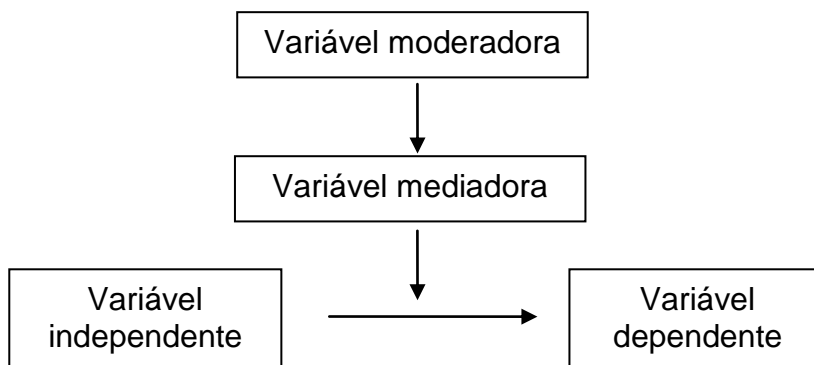
Não é raro a moderação e a mediação aparecerem associadas, criando os modelos de moderação mediada e de mediação moderada. A mediação moderada e moderação mediada são conceptualmente distintas embora possam ter semelhanças em termos estatísticos. Segundo Wu e Zumbo (2008) enquanto a mediação e moderação envolvem

três variáveis a mediação moderada e a moderação mediada envolvem pelo menos quatro variáveis fig. 6.4 e 6.5.

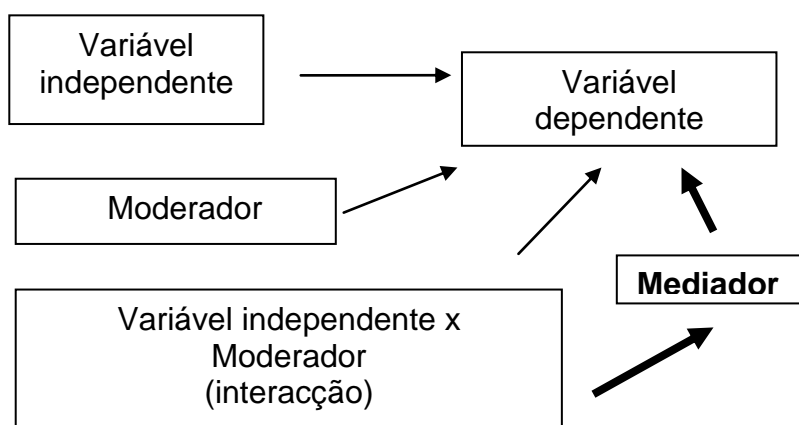
Fig 6.4 - Modelo de mediação moderada.



No caso de um efeito indirecto ser moderado surge a mediação moderada. Por exemplo, o género pode funcionar como moderador, gerando uma relação de mediação que só se verifica no género feminino. Nestes casos o moderador tem um papel secundário na explicação da mediação, alterando a sua força. A acção do moderador poder ser tanto sobre a relação entre a variável independente e o moderador como sobre a relação entre moderador e a variável dependente fig. 6.4. É possível conceber um modelo em que a variável independente seja um moderador da relação a variável mediadora e a variável dependente (Wu & Zumbo, 2008).

Fig 6.5 - Modelo de associação entre os efeitos de mediação e moderação

Quando um efeito de moderação é mediado por uma quarta variável, surge a moderação mediada (Baron e Kenny, 1986). Trata-se de um modelo de moderação em que a mediação tem um papel secundário fig. 6.5.

Fig 6.6 – Modelo de moderação mediada.

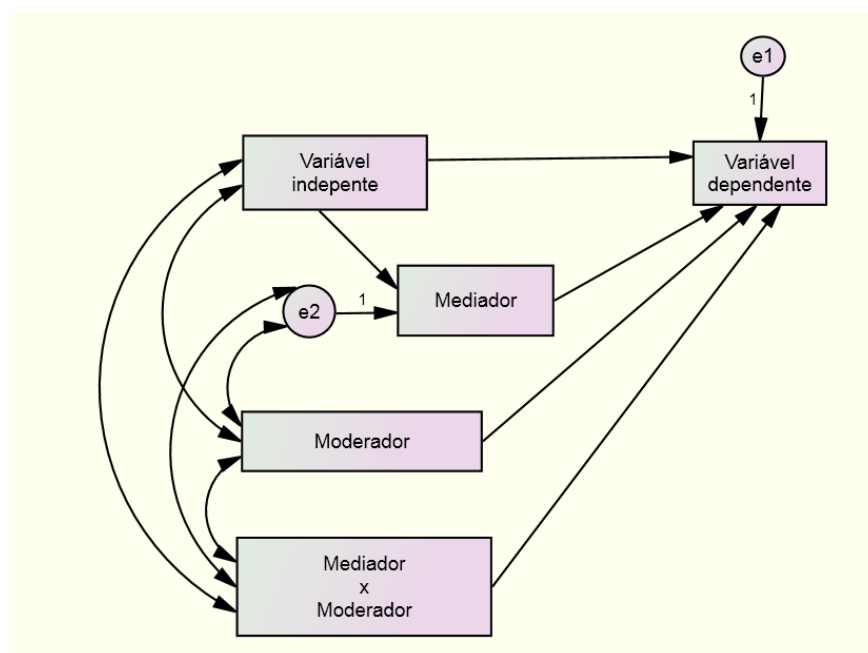
A fig. 6.6 especifica em termos de modelo de regressão múltipla como pode ser testado um caso de moderação mediada em que existe uma quarta variável que serve de mediador no efeito da interacção sobre a variável dependente.

3 - Análise de equações estruturais

A análise de equações estruturais é uma técnica estatística usada para testar a validade de modelos teóricos que especificam relações de causalidade entre variáveis. Permite o exame simultâneo de uma série de relações de dependência, entre variáveis observadas, para além da incorporação de variáveis latentes (Marôco, 2011). A liberalização de programas como o AMOS, cuja interface com o utilizador não exige a programação ao nível da sintaxe dos comandos, expandiu de forma marcante o uso da análise de equações estruturais (Byrne, 2010). A análise de equações estruturais baseia-se em técnicas de regressão e de análise factorial e análise da variância (ANOVA). Permite avaliar o ajustamento de um modelo teórico aos dados, estimar a percentagem da variância das variáveis dependentes que é explicada pelo efeito directo e indirecto, testar efeitos de mediação e de moderação e comparar a adequação do mesmo modelo em diferentes amostras. Nos modelos de equações estruturais, é importante distinguir variáveis endógenas, exógenas, manifestas e latentes. Segundo Schumacker e Lomax (2004) a variável exógena não é influenciada por outra variáveis, ao contrário da variável endógena. A variável manifesta resulta de uma medição directa, ao contrário da variável latente que pode surgir indirectamente de uma análise factorial. Nos modelos recursivos a causalidade é só numa direcção e cada variável é determinada pela precedente, enquanto nos modelos não recursivos podem surgir duas direcções de causalidade (Wothke, 2006). Segundo Preacher et al. (2007) uma vantagem da análise de equações estruturais é permitir o estudo de modelos que integrem em simultâneo efeitos de mediação e moderação. A fig. 6.7

ilustra um desses modelos onde se especifica um efeito de mediação moderada (a associação entre o mediador e a variável dependente é moderada por uma quarta variável).

Fig 6.7 – Modelo de equações estruturais para análise da mediação moderada.



Para Tabanick e Fidell (2007) a análise de equações estruturais é uma técnica estatística multifacetada de natureza confirmatória, sendo usada para a confirmação de hipóteses. Ao recorrer à análise de equações estruturais o investigador necessita de ter um conhecimento sobre as relações das variáveis. O seu objectivo é validar um modelo de causalidade comparando a matriz de covariância da amostra com a matriz de covariâncias preconizada pelo modelo. Contudo, esta técnica não permite confirmar a direcção de causalidade. Embora o modelo envolva uma direcção de causalidade esta é definida pelo investigador e não pode ser confirmada nem rejeitada pela análise (Normand & Steiner, 2008). O estudo da mediação através da análise de equações estruturais implica o cálculo do erro das variáveis. A introdução deste erro no cálculo pode levar a um enfraquecimento

da relação de mediação. Uma forma de ultrapassar este obstáculo é usar variáveis latentes que não têm erro associado (Wu e Zumbo, 2008).

Síntese – O modelo de Rasch é um exemplo da preocupação que os investigadores em Ciências Sociais e Humanas têm vindo a desenvolver relativamente à medição das variáveis. Não se pode tirar todo o partido de técnicas estatísticas sofisticadas se as escalas de medida não forem de qualidade. Os conceitos de mediação e de moderação abrem novos caminhos no estudo da relação entre variáveis. O universo das ciências sociais tem vindo a usar de forma progressiva estes conceitos na especificação de modelos teóricos complexos. Numa época em que, graças aos programas estatísticos, estas técnicas estão ao alcance de qualquer investigador é preciso não esquecer a importância da fundamentação teórica na formulação do modelo em avaliação.

2ª PARTE – Estudo empírico

Inclui a operacionalização das questões de investigação, os procedimentos de recolha e análise dos dados e a descrição dos instrumentos usados. Segue-se a exposição, análise e discussão dos resultados tendo como objectivo futuras investigações dentro desta temática.

Capítulo 7 – Metodologia

Descrevem-se os objectivos do estudo e as hipóteses de investigação, a sua operacionalização em termos de variáveis psicológicas, bem como os procedimentos de recolha e análise dos dados. Procede-se à descrição e análise dos instrumentos de investigação destinados a avaliar cada uma das variáveis.

7 – Metodologia

1. Formulação do problema e objectivos da investigação

Para quem desenvolve uma actividade profissional na área da saúde há vantagem que a investigação se centre num problema relacionado com essa actividade. Uma investigação implica a aquisição e a reflexão sobre novos conhecimentos, promove a interdisciplinaridade, e surge como uma oportunidade para clarificar conceitos latentes. A investigação, quando relacionada com a actividade profissional, obriga a questionar as rotinas que podem ter sido aceites de forma dogmática, revelando as suas fraquezas. Maslow (2002) refere-se a esta situação dizendo que aquelas pessoas que só têm como ferramenta para trabalhar um martelo tende a tratar tudo como pregos, e clarifica a ideia dizendo que uma máquina de lavar carros pode fazer um trabalho óptimo mas irá tratar como um carro sujo qualquer objecto que seja colocado no seu interior. Se um profissional se cristalizar na sua actividade passa a encarar todos os problemas pela mesma perspectiva. A integração do conhecimento académico na actividade profissional traduz-se numa melhoria da resolução de situações problemáticas. A presente investigação destina-se a promover estratégias que permitam intervenções mais eficazes na pessoa com lombalgia, uma área que é responsável por consequências nefastas a nível psicológico, social e económico.

1.1 - Objectivo geral - investigar a natureza multidimensional da lombalgia

Baseados na prática clínica e apoiados na pesquisa científica constatámos que a evolução das pessoas com lombalgia é muito variável e não depende exclusivamente de factores biológicos. Na actualidade, um meio importante de confirmação do diagnóstico do

doente são os exames de imagem. As pessoas com lombalgia fogem a esta regra porque existe uma grande discrepância entre as alterações nos exames e as queixas do doente. Há doentes com lombalgias que têm exames de imagem relativamente normais enquanto outros apresentam alterações graves e não têm dores nem apresentam incapacidade. Em teoria, a relação entre a gravidade de uma lesão e a intensidade das queixas parece evidente. Parece intuitivo que um traumatismo violento vá causar uma situação mais grave do que um traumatismo ligeiro. Esta posição já tinha sido defendida por Descartes (1664) no *Tratado do homem* dizendo que havia uma relação directa entre o dano e a intensidade dos sintomas. Na prática nem sempre se verifica o princípio da relação directa entre gravidade da lesão e a gravidade da sintomatologia. Actualmente este princípio é contestado em situações de dor neuropática, em que pequenas lesões a nível de estruturas nervosas causam dores terríveis que podem mesmo levar ao suicídio (Cardoso, 1999).

Na lombalgia a resolução das causas biológicas nem sempre se acompanha do desaparecimento da sintomatologia dolorosa. Parece haver outros factores para além dos esforços físicos, do sedentarismo e da obesidade que contribuem para o aparecimento e manutenção da lombalgia. Esses factores são provavelmente de natureza psicológica e social e conferem à lombalgia uma natureza dinâmica e multidimensional (Druss, 2002). Podemos afirmar que a lombalgia desafia o modelo biomédico porque as alterações biológicas não são suficientes para justificarem a sintomatologia.

1.2 - Objectivo específico – estudar a importância da espiritualidade na pessoa com lombalgia

Fischer e Tarquino (2010) salientaram a importância dos factores não biológicos na dor em geral e também na pessoa com lombalgia. Estes factores que fazem parte do modelo biopsicossocial vêm colmatar as insuficiências do modelo biomédico. Têm surgido

vários estudos sobre os factores não biológicos envolvidos na doença que salientam a importância da Espiritualidade (Hummer et al., 1999; Miller et al., 2003; Powell et al., 2003, Rippentrop et al., 2005, Ironson et al., 2006; Baetz et al., 2008). A American Psychological Association (APA) criou a Division 36 para aprofundar o estudo da importância da espiritualidade e da religião para o comportamento humano. A Division 36 é uma das secções mais antigas da APA, o que atesta bem a importância deste campo para a Psicologia (Brawer, 2002; Russell, 2006). A World Health Organization (WHO) também reconhece a importância da espiritualidade, tendo-a incorporado como um dos parâmetros de avaliação da qualidade de vida (Chuengsatiansup, 2003).

Sabe-se que o homem e os outros seres vivos têm mecanismos bioquímicos e moleculares semelhantes, mas o componente espiritual humana não tem paralelo nos outros seres vivos. Para Hill e Pargament (2003) a espiritualidade está presente nas actividades diárias e vai colorindo as experiências ao longo da vida. Segundo Koenig (2007), dentro das variáveis não biológicas relacionadas com a doença e com a prestação de cuidados de saúde, tem-se vindo a assistir a uma valorização progressiva da espiritualidade. Para Hood et al. (2009), a espiritualidade adquiriu um estatuto científico, sendo encarada como uma variável em psicologia da saúde que se correlaciona com a qualidade de vida e que representa a forma como a pessoa entende e vive a sua vida. Contudo, Park (2007) salienta que os mecanismos subjacentes à relação entre espiritualidade, saúde e bem-estar são pouco conhecidos. Estudos na área da psicologia da saúde mostram uma relação entre espiritualidade e dor crónica. Segundo Miller (1985), as pessoas com dor crónica, incluindo as com lombalgia, têm níveis de espiritualidade mais elevada em relação às pessoas sem dor. Uma doença grave pode representar uma oportunidade de reflexão e de fortalecimento da espiritualidade. Vários estudos onde participaram pessoas com SIDA demonstram níveis mais elevados de espiritualidade

nesses doentes. Parece haver um reforço da espiritualidade após o diagnóstico de SIDA tal como nos casos de dor crónica já mencionados. Tsevat et al. (1999) estudaram um grupo de 51 pessoas com SIDA tendo verificado que após o diagnóstico 49% delas apresentavam níveis de espiritualidade mais elevados e consideravam que a doença tinha contribuído para uma vida melhor. Alguns anos depois, Tsevat (2006) reforçou o papel central da espiritualidade nos doentes com SIDA associando-o à qualidade de vida. Ironson et al. (2006) chegaram a conclusões semelhantes num grupo de 100 doentes com SIDA acompanhados durante 4 anos. Os doentes com níveis mais elevados de espiritualidade apresentaram uma melhor evolução da doença em termos de parâmetros biológicos traduzidos numa carga viral mais baixa e numa de contagem de CD4 mais elevada. Schneiderman et al. (2005) consideram que a evolução desfavorável da SIDA se acompanha de níveis de stresse elevados, estratégias de *coping* de recusa e níveis de cortisol elevados. Através destes resultados pode levantar-se a possibilidade de a espiritualidade contribuir para uma redução do stresse que, por sua vez, levaria a um prognóstico mais favorável na SIDA. Denney et al. (2010) verificaram em doentes com cancro uma situação semelhante à dos doentes com SIDA tendo sugerido que se concentrassem esforços para tentar compreender os factores responsáveis pelo crescimento da espiritualidade nas pessoas sujeitas a doenças graves. Marini (2011) descreveu um aumento da espiritualidade nos doentes com lesão da coluna com envolvimento medular. Este aumento, embora precoce, tinha tendência a esbater-se com o tempo. Em síntese a literatura científica aponta para uma relação entre espiritualidade e doença que se traduz num reforço da espiritualidade em patologias tão diversas como: dor crónica, SIDA, cancro e lesões medulares. Tradicionalmente os estudos envolvendo a espiritualidade num contexto de Psicologia da Saúde têm abordado a espiritualidade como variável antecedente, encarando-a geralmente como factor de resiliência ou como variável que

contribui para uma evolução positiva da doença. No entanto, o facto de a espiritualidade aparecer elevada após o diagnóstico de algumas doenças tem levado a que seja abordada como variável dependente.

1.3 - Objectivo específico – analisar a acção das estratégias de *coping* como mediadores da relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade.

Fetzer (2003) e Park (2007) consideram que há um longo caminho a percorrer para explicar as relações entre saúde, religião e espiritualidade que passa pelo estudo dos mediadores envolvidos nessas relações. Entre esses mediadores podem incluir-se as estratégias de *coping* na medida em que estas permitem lidar com as situações de incapacidade promovidas pela doença. Lazrus e Folkman (1984) defenderam que não é a situação causadora do stresse que determina a forma como a pessoa vai reagir mas sim a sua avaliação da gravidade da situação e dos recursos de que dispõe para a enfrentar. Wachholtz (2007) considera que a pessoa está dependente das suas características cognitivas quando faz o balanço da situação causadora de stresse. Durante esta avaliação, os mecanismos de *coping* têm um papel fundamental e podem enquadrar o acontecimento negativo numa moldura espiritual e religiosa. Segundo este autor tais mecanismos devem integrar modelo biopsicossocioespiritual da saúde onde as estratégias de *coping* reforçam a espiritualidade. Nesta perspectiva as estratégias de *coping* assumem um papel de mediação entre a doença e a espiritualidade. Shaw (1993), Feuerstein (1995) e Larsen (2006) salientaram a importância das estratégias de *coping* na evolução favorável das lesões músculo esqueléticas em geral e concretamente na lombalgia. Uma das formas em que a religião pode contribuir para as estratégias de *coping* é através do convívio social e do chamado *coping* de suporte social (Donelson, 1999). As crenças religiosas ajudam a aceitar a doença e desempenham um duplo papel ao permitir estratégias de *coping* mais

eficazes e um fortalecimento da espiritualidade. Para além da espiritualidade e da religião, os valores humanos também podem interferir nos mecanismos de *coping* (Baider, 2001).

1.4 - Objectivo específico – Analisar a moderação dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade.

Zborowski (1998) considera que os Valores Humanos configuram a forma como a pessoa vê o mundo e como interpreta a dor. Epistemologicamente os Valores Humanos estão dependentes da educação e da cultura, mas acabam por ser um produto da pessoa não sendo possível conceber a humanidade sem valores. Denney et al. (2010) confirmaram a estabilidade dos valores humanos ao verificarem que, ao contrário da espiritualidade que cresce face ao cancro, os valores se mantinham estáveis. Segundo Koenig (2001) os valores humanos são um referencial que pode facilitar ou inibir as estratégias de *coping*. A existência de um conflito entre os valores humanos e as estratégias de *coping* pode levar a que estas não se desenrolem de uma forma natural. Pelo contrário, os valores espirituais e religiosos facilitam a adaptação de estratégias de *coping* religioso. Frankl (1989), a propósito da sua experiência nos campos de concentração, escreveu que um homem não é destruído pelo sofrimento, mas sim pelo sofrimento sem significado. Neste caso, os valores espirituais e religiosos podem servir de referencial que permite encontrar um significado que ajuda a suportar o sofrimento. Segundo Baider (2001), existe uma relação entre as estratégias de *coping* e os valores humanos pelo que o estudo dos valores ajuda a analisar o posicionamento da pessoa e a compreender as suas decisões. Fischer e Tarquino (2010) confirmaram essa relação afirmando que nas estratégias de *coping* intervêm factores nos quais se incluem as características individuais, os traços de personalidade e os valores. Tix e Frazier (2005) verificaram inicialmente numa amostra de 12 doentes sujeitos a transplante renal e mais tarde em 268 estudantes universitários que os valores religiosos

exerciam um efeito moderador na relação entre religiosidade e stresse. Esta moderação traduzia-se em níveis de stresse mais elevados nos Católicos do que nos Protestantes.

2. Construção das hipóteses de investigação

O problema formulado nesta investigação teve em conta o modelo conceptual e assenta na investigação das relações entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade. Para responder a este problema formularam-se várias hipóteses que operacionalizam os objectivos específicos anteriormente apresentados e que pretendem investigar se há um reforço da Espiritualidade na pessoa com Incapacidade por Lombalgia e se a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade é mediada pelas Estratégias de *Coping* e moderada pelos Valores Humanos do paciente.

1ª- Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de um reforço da espiritualidade.

A espiritualidade tem adquirido um estatuto científico e assumido um papel cada vez mais importante em psicologia da Saúde (Koenig, McCullough, Larson, 2001). Tem vindo a ser demonstrado, como referido anteriormente, um reforço da espiritualidade após o diagnóstico de doenças graves como SIDA e cancro (Ironson, Stuetzle & Fletcher, 2006; Denney, Aten, & Leavell, 2010). Segundo Glover-Graf et al. (2007) a espiritualidade, ao permitir uma apreciação mais favorável da vida, pode ajudar a ultrapassar as dificuldades resultantes de uma dor crónica. As pessoas espirituais encaram os desaires da vida de uma forma mais optimista ao viverem a vida como uma dádiva e não um direito. Para Poujol e Duval-Poujol (2003) a espiritualidade pode surgir como uma forma criativa e específica de responder perante a doença. Espera-se que haja uma diferença nos níveis de espiritualidade

entre o grupo de pessoas de Controlo e o grupo de pessoas com Incapacidade por Lombalgia, sendo os níveis de Espiritualidade mais elevados neste último grupo.

2ª- Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de uma alteração das Estratégias de *Coping*.

Segundo Lazarus e Folkman, (1984) as Estratégias de *Coping* incluem um conjunto de comportamentos de base cognitiva, em mudança constante, destinados a responder a exigências internas ou externas que excedem os recursos da pessoa são um conceito fundamental em Psicologia da Saúde. Segundo Sulmasy (2002) o modelo biopsicossocioespiritual introduz a espiritualidade no modelo biopsicossocial permitindo a análise da dimensão espiritual da pessoa doente

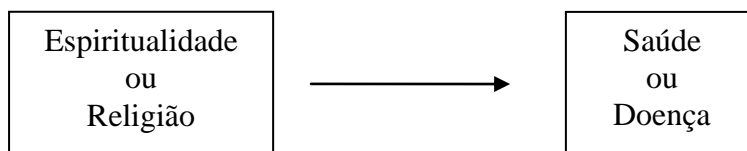
3ª Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia não se acompanha de uma alteração dos Valores Humanos.

Denney et al. (2010) confirmaram a estabilidade dos valores humanos ao verificarem que, ao contrário da espiritualidade não se modificavam nos doentes com cancro.

4ª-Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade.

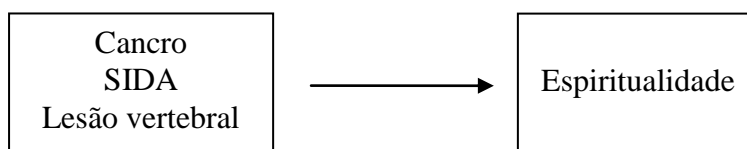
As relações entre Espiritualidade e Religião, por um lado, e Doença e Saúde por outro têm servido de base a numerosos estudos em que a Espiritualidade e a Religião surgem como variáveis preditoras do estado de Saúde ou de Doença, figura 7.1, (Fetzer, 2003; Koenig, 2007; Park, 2007; Baetz, 2008; Hood, 2009).

Fig - 7.1 - Estudos tradicionais em Psicologia da Saúde em que a Espiritualidade e a Religião são preditoras da saúde e da doença.



Estudos mais recentes têm vindo a abordar uma relação de causalidade inversa, em que a doença surge como preditora da espiritualidade (Hummer et al., 1999; Miller et al., 2003; Powell et al., 2003, Rippentrop et al., 2005; Ironson et al., 2006; Baetz, et al., 2008). Em doentes com cancro, SIDA e lesões da coluna vertebral foram identificadas elevações dos níveis de espiritualidade associadas a um melhor prognóstico, fig. 7.2. A associação entre o aumento da espiritualidade e o melhor prognóstico da doença aponta para uma relação bidireccional em que o reforço da espiritualidade possa estimular de forma retroactiva uma evolução mais favorável da doença.

Fig - 7.2 – Estudos em que a doença conduz a um reforço da espiritualidade.



5ª Hipótese: As Estratégias de *Coping* correlacionam-se com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade.

Wachholtz, Pearce, e Koenig (2007) consideram que a Espiritualidade pode ser reforçada pelas Estratégias de *Coping* ou funcionar, por si, como uma Estratégia de *Coping*. Marini e Glover-Graft (2011) verificaram nos doentes com patologia

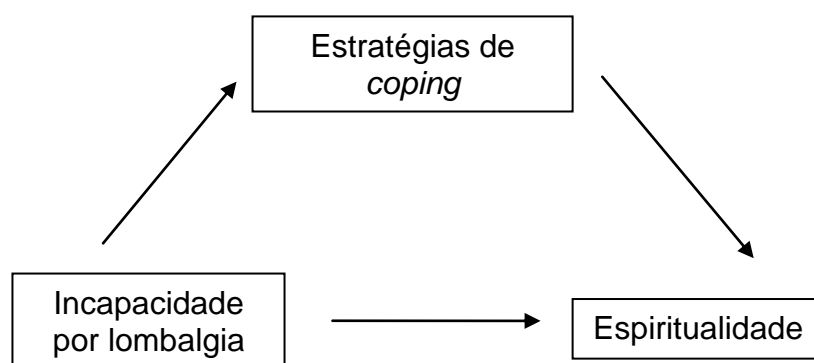
vertebromedular uma relação entre as Estratégias de *Coping* e a Espiritualidade em que níveis elevados de Espiritualidade se associam a uma evolução mais favorável.

A correlação simultânea das Estratégias de *Coping* com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade é uma condição indispensável para que possam ser validadas como mediadores.

6ª Hipótese: As Estratégias de *Coping* têm uma acção mediadora na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

Há unanimidade entre os autores que estudam a relação entre a espiritualidade e a doença ou entre a doença e a espiritualidade sobre a necessidade em aprofundar esta relação através da análise das variáveis mediadoras (Miller, 2003; Rippentrop, 2005; Wachholtz, 2007). Baron e Kenny (1986) definem a variável mediadora como uma terceira variável que fortalece ou enfraquece a relação e a direcção entre duas variáveis. A importância das estratégias de *coping* na relação entre doença e espiritualidade tem vindo a ser desenvolvida por alguns autores (Wachholtz, 2007; Marini, 2011). Nessa linha pretendemos estudar a importância das Estratégias de *Coping* na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade, figura 7.3.

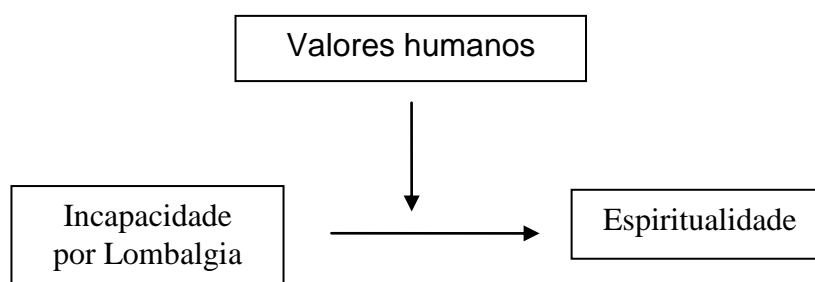
Fig - 7.3 - Modelo de mediação das Estratégias de *Coping* na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade.



7ª Hipótese: Os Valores Humanos são moderadores da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

Os Valores Humanos são um referencial pessoal e como tal influenciam a forma como a pessoa interpreta o sofrimento podendo ter importância determinante a nível das estratégias de *coping* na doença (Zborowski, 1998; Baider, 2001). Denney et al. (2010) confirmaram a estabilidade dos Valores Humanos ao verificarem que, ao contrário da espiritualidade não se modificavam nos doentes com cancro. Esta estabilidade dos Valores Humanos permite pensar que possam desempenhar um papel de moderação na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade. Baron e Kenny (1986) consideram que a variável moderadora é responsável pela relação entre a variável independente e a variável dependente.

Fig 7.4 - Modelo de moderação dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade

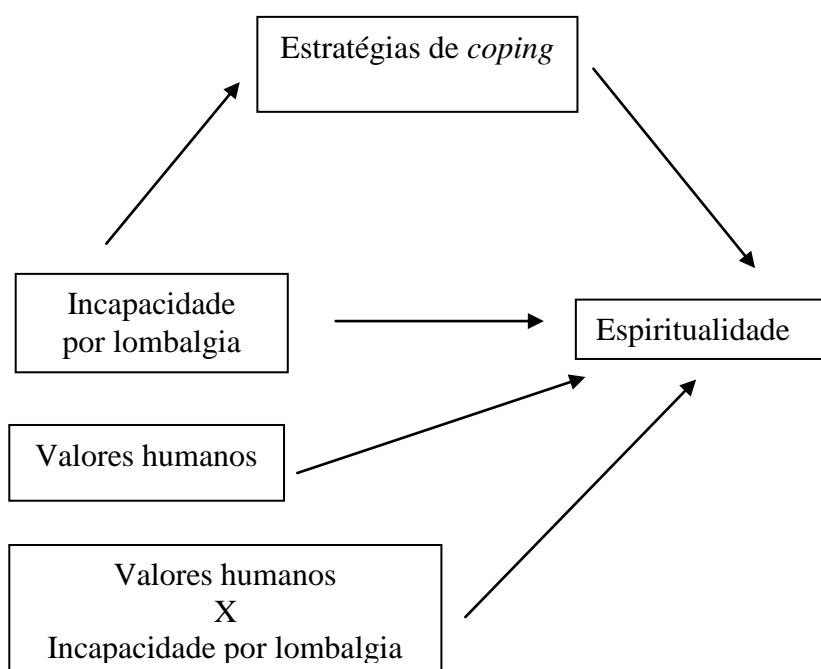


8ª Hipótese: As estratégias de *Coping* e os Valores Humanos explicam a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

Koenig (2001) que tem desenvolvido um importante trabalho no campo da espiritualidade e saúde considera que os valores humanos são um referencial que pode

facilitar ou inibir as estratégias de *coping*. A fig. 7.4 apresenta o modelo de investigação em que se pretende estudar a existência de uma mediação moderada. As Estratégias de *Coping* exercem uma acção mediadora sobre a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade enquanto os Valores Humanos desempenham uma moderação da mesma relação.

Fig - 7.5 - Modelo de mediação das Estratégias de *Coping*, moderadas pelos Valores Humanos, na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade.



3. Variáveis envolvidas na investigação

Sampieri, Collado e Lucio (2006) definem variável como uma propriedade cuja variação é susceptível de ser observada e medida. A explicitação das variáveis está intimamente ligada à formulação das hipóteses de investigação. Na construção das hipóteses de investigação foi definido o papel das variáveis de investigação e as suas

relações. As variáveis envolvidas na investigação podem agrupar-se em três categorias: variáveis psicológicas (Valores humanos, Estratégias de *Coping* e Espiritualidade), variável clínica (Incapacidade por Lombalgia) e variáveis sócio-demográficas (Idade e Género). Baseados no enquadramento teórico e na formulação das hipóteses de investigação considerámos como variável dependente a Espiritualidade e como variáveis independentes a Incapacidade por Lombalgia, as Estratégias de Coping e os Valores Humanos. Paralelamente as Estratégias de Coping vão ser avaliadas como variável mediadora e os Valores Humanos como variável moderadora.

4. Tipo de estudo

Trata-se de uma estudo quantitativo, transversal e correlacional dirigido para a compreensão de um fenómeno através da formulação de hipóteses sobre as relações entre as variáveis e análise nomeadamente dos efeitos mediação e moderação.

5. Instrumentos de investigação

O acto de medir é inerente à actividade científica e é prática habitual em disciplinas como a física e a biologia. Ao longo das últimas décadas tem sido feito um esforço para alargar as medidas efectuadas nas ciências humanas tentando avaliar de forma indirecta as variáveis que eram consideradas não mensuráveis. No enquadramento teórico foram focadas as características gerais dos principais instrumentos disponíveis para a avaliação das variáveis em estudo. Apresentamos aqui uma descrição das características psicométricas dos instrumentos escolhidos para medição das variáveis destinadas à confirmação das hipóteses em estudo.

5.1 - Questionário de incapacidade de Roland Morris (RMDQ)

Nenhum dos instrumentos para avaliação da pessoa com lombalgia, previamente descritos no enquadramento teórico, estava adaptado para a língua portuguesa. Optámos por adaptar o *Questionário de Incapacidade de Roland Morris* (RMDQ) por associar a simplicidade da colheita de dados e da cotação a um longo historial de utilização por todo o mundo (Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito, 2010). Para a sua adaptação seguiram-se as recomendações de Ribeiro (2007), tendo o processo de tradução-retroversão sido seguido de uma revisão por um painel de quatro especialistas. Três professores de Inglês encarregaram-se da tradução do questionário para Português, redigindo uma versão de consenso. Esta versão foi sujeita a uma retroversão por uma professora bilingue. O grupo inicial de tradutores analisou a retroversão e comparou-a com o questionário original, não tendo introduzido alterações na versão de consenso. Dois neurocirurgiões e dois psicólogos analisaram a versão final tendo concordado com o seu conteúdo, anexo 1.

O pré-teste da versão final do RMDQ incluiu dez doentes com lombalgia no intuito de avaliar a compreensão das perguntas e a sua adequação à realidade portuguesa. O grupo foi constituído por oito mulheres e dois homens, que procuraram a consulta de neurocirurgia por lombalgias. Todos os doentes a quem foi solicitada a participação deram o consentimento de livre vontade. Houve compreensão integral das perguntas e não ficou nenhum item por responder. Os participantes não identificaram ambiguidades ou erros, não tendo sido necessário introduzir novas correcções. Assim, não houve necessidade de adaptação cultural dado o questionário não ter perguntas ambíguas e explorar actividades do dia a dia, comuns a qualquer cultura ocidental.

Para estudo das qualidades psicométricas do instrumento usou-se uma amostra de conveniência constituída por doentes que recorreram à consulta de neurocirurgia por lombalgias e deram consentimento para participar. A amostra foi constituída por 82

mulheres e 30 homens com idade entre os 18 e os 80 anos (média de idade \pm desvio-padrão: $44,92 \pm 15,64$ anos). A precisão das medidas fornecida pela versão portuguesa do RMDQ foi avaliada através da consistência interna das respostas (alfa de Cronbach) e pela estabilidade temporal (teste-reteste). Ao fim de 7 dias, os 112 doentes voltaram a preencher o questionário RMDQ, tendo-se utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e o teste *t* para medidas emparelhadas para avaliar a estabilidade temporal.

Dado não haver nenhum instrumento em português que avalie os doentes com lombalgia foram usados procedimentos concorrentes para estudar a validade do RMDQ. Juntamente com o questionário RMDQ foi aplicada uma escala numérica de dor (END), o Teste de Schober (TS) e o grau de flexão anterior da coluna (GFA). A escala numérica de dor (END) proporciona uma avaliação subjectiva da dor, sendo solicitado ao doente que classifique a dor de 0 a 10 em que o zero corresponde à ausência de dor e o 10 à dor máxima que o doente possa imaginar. O teste de Schober (TS) avalia a capacidade de flexão lombar através do afastamento (medido em centímetros) que sofrem dois pontos separados de 15 cm sobre as apófises espinhosas lombares; destes dois pontos, o inferior é marcado 5 cm abaixo da linha que une as duas espinhas ilíacas posteriores. O grau de flexão anterior da coluna (GFA) é a distância, em centímetros, a que o terceiro dedo das mãos fica do chão quando o doente faz a flexão da coluna lombar com os pés juntos e sem flectir os joelhos.

O conjunto dos 112 doentes com lombalgias respondeu à versão final do RMDQ e não apresentou dúvidas na interpretação das perguntas. A pontuação total obtida variou entre 2 e 24 (média da pontuação \pm desvio-padrão: $9,68 \pm 5,60$ pontos). O valor médio da pontuação, na adaptação portuguesa, situou-se assim em 10, sendo mais baixo que o valor 11,4 encontrado por Roland e Morris (Roland e Morris, 1983). As medidas de consistência interna (alfa de Cronbach: 0,81) e de estabilidade temporal (correlação no teste-reteste: $r =$

0,86; diferença média entre as duas aplicações não significativa $t(111) = 0,245, p=0,807$) indicam que o RMDQ possui níveis de fidelidade elevados. No que respeita à validade externa do construto, verificamos que a pontuação no RMDQ se correlaciona de forma elevada com a END ($r = 0,73, p < 0,01$). A correlação com o TS e o GFA atinge valores moderados (respectivamente, $r = -0,52, p < 0,01$ e $r = 0,42, p < 0,01$).

O quadro 7.1 compara os resultados de fiabilidade das validações do RMDQ em vários países (Nusbaum et al., 2001; Scharovzky et al., 2008; Wiesinger et al., 1999; Albert et al., 2003; Kovacs et al., 2002; Coste et al., 1993; Boscainos et al., 2003; Mousavi et al., 2006; Padua et al., 2002; Fujiwara, 2003; Maarouf et al., 2007; Grotle et al., 2003; Opara et al., 2006; Monteiro et al., 2010; Johansson, et al., 1998; Beija et al., 2005; Küçükdeveci et al., 2002). No presente estudo, utilizou-se uma amostra de 112 doentes com lombalgias, enquanto que as amostras utilizadas nos outros países variaram entre 30 doentes no Brasil e 697 na Grécia. A consistência interna do RMDQ, avaliada através do alfa de Cronbach, variou entre 0,81 na Alemanha e 0,96 em Marrocos, tendo-se situado no nosso estudo em 0,81, quadro 7.1. A correlação mais baixa do teste-reteste foi de 0,82 na Alemanha e a mais alta foi de 0,95 no Japão. A correlação teste-reteste obtida neste estudo foi de 0,86, situando-se na gama de valores observada nos estudos internacionais com este instrumento.

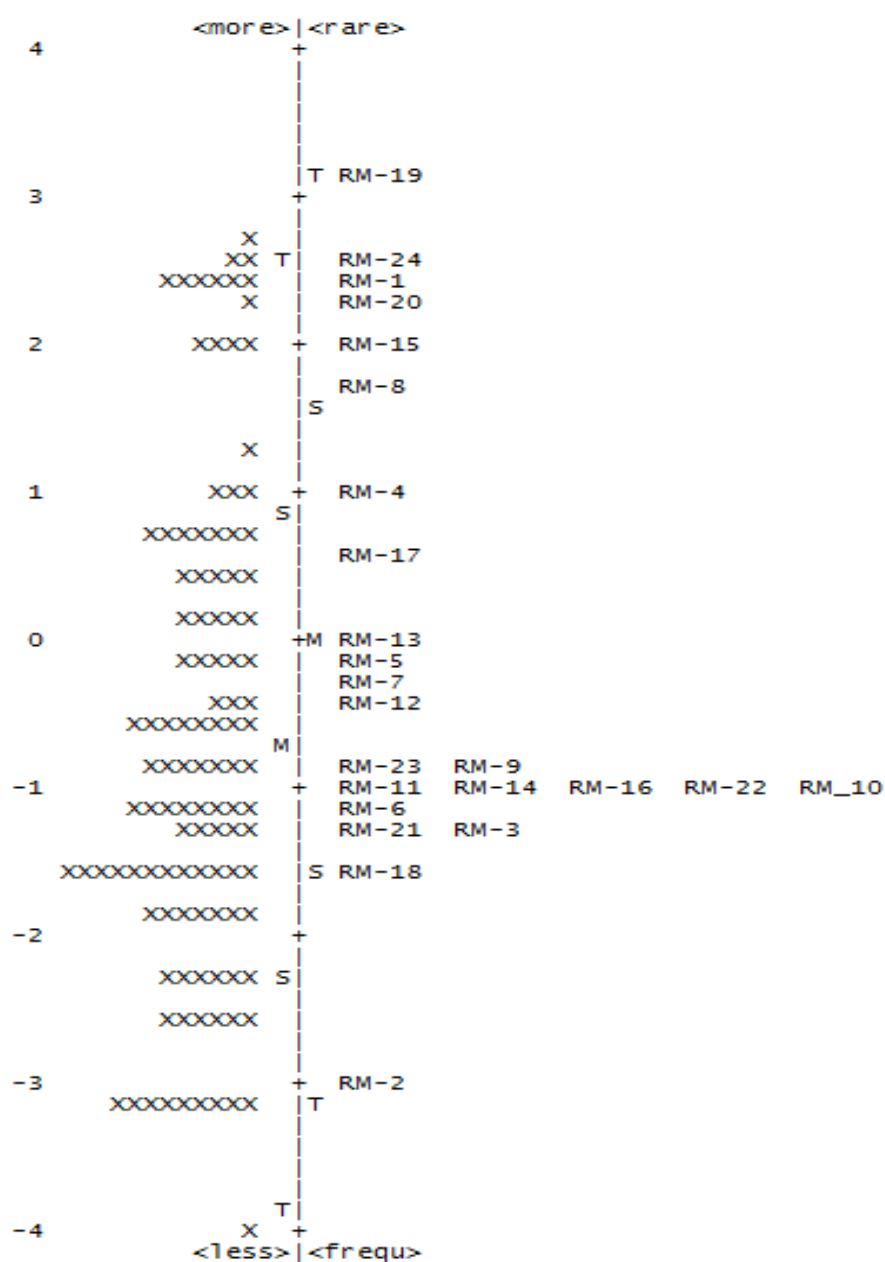
Quadro 7.1 – Comparação dos resultados da validação do RMDQ em 17 países.

País	Ano	Amostra	Alfa de Cronbach	Teste-reteste
Alemanha	1999	125	0,81	0,82
Argentina	2008	132	0,90	0,94
Brasil	2001	30	0,94	0,86
Dinamarca	2003	135	0,94	–
Espanha	2002	195	0,83	0,87
França	1993	80	–	0,89
Grécia	2003	697	0,88	–
Irão	2006	100	0,83	0,86
Itália	2002	70	0,82	0,92
Japão	2003	97	0,86	0,95
Marrocos	2007	76	0,96	0,93
Noruega	2003	105	0,94	0,89
Polónia	2006	104	0,88	–
Portugal	2010	112	0,81	0,86
Suécia	1998	72	–	0,88
Tunísia	2005	62	0,94	–
Turquia	2001	81	0,85	–

Dado tratar-se de uma escala dicotómica optámos por fazer um estudo psicométrico da escala através do modelo Rasch em vez de recorrer a uma análise factorial (Norman & Streiner, 2008). Pela análise através do programa WINSTEPS (versão 3.2) verificou-se que a estimativa simultânea dos erros padrão (MNSQ) revelou um INFIT global do modelo de 0,97 e um OUTFIT global de 1,21, valores que são compatíveis com o pressuposto da escala estar a medir um construto unidimensional. O mapa de distribuição dos itens e dos participantes apresenta uma distribuição compatível com as dificuldades da escala estando os itens que revelam maior incapacidade mais próximos do topo da escala seguidos inferiormente dos itens que revelam uma incapacidade mais reduzida, fig. 7.6. O item RM-19 (*Por causa da dor nas minhas costa, visto-me com a ajuda de outras pessoas*) é o que representa a maior incapacidade, o item RM-2 (*Mudo de posição frequentemente para*

tentar que as minhas costas fiquem confortáveis) revela a menor incapacidade, enquanto o item RM-13 (*As minhas costas estão quase sempre a doer*) se situa no meio da escala correspondendo ao logit 0.

Fig. 7.6– Mapa da distribuição das pessoas e dos itens. As pessoas estão representadas por um (X) à esquerda da vertical e os 24 itens à direita (RM). As pessoas com mais incapacidade e os itens que revelam maior incapacidade situam-se no topo da linha nos valores positivos.



A comparação dos nossos dados com os obtidos nos estudos realizados na Turquia e na Austrália, que recorreram igualmente ao modelo de Rasch (ver quadro 7.2) revela que o item que traduz a maior incapacidade é comum nos três países (RM-19), mas que não há coincidência em relação ao item que revela a menor incapacidade (Kucukdeveci et al., 2001).

Quadro 7.2 – Comparação do grau de gravidade dos itens da escala de RMDQ em três países. Os itens de maior gravidade têm logits mais positivos e os itens de menor gravidade logits mais negativos. Os valores extremos estão sublinhados.

RMDQ	Turquia	Austrália	Portugal
Nº do item	2001	2009	2010
1	.19	1.01	2.36
2	-2.93	-2.22	<u>-3.03</u>
3	-.61	-1.33	-1.25
4	-1.56	-.25	1.03
5	-.02	.49	-.12
6	-1.56	-.49	-1.20
7	.12	.19	-.29
8	-.09	.10	1.71
9	1.34	-.25	-.83
10	<u>-3.15</u>	-.82	-.93
11	-1.77	-1.07	-.93
12	.33	-.24	-.46
13	1.74	-.42	-.01
14	-.16	-.74	-.99
15	3.19	2.13	2.02
16	.33	-.73	-.93
17	-.69	-.20	0.61
18	.26	-.77	-1.57
19	<u>5.96</u>	<u>4.12</u>	<u>3.11</u>
20	.26	1.72	2.24
21	-2.26	<u>-2.35</u>	-1.35
22	-.09	.14	-.93
23	-.84	-.41	-.88
24	2.01	2.38	2.62

Em resumo, a adaptação da escala de RMDQ à população portuguesa revela que a gravidade média da incapacidade dos doentes por nós estudados foi próxima à encontrada pelos autores da escala. Tal como noutros estudos houve uma correlação positiva com a escala de dor e uma correlação negativa com as medidas de movimento lombar.

5.2 - Escala de Espiritualidade (EDE)

A escala para avaliação da espiritualidade escolhida como instrumento de trabalho tem origem no *Temperament and Character Inventory* (TCI), um teste de personalidade com 240 itens que inclui quatro escalas para avaliação do temperamento e três escalas para o carácter (Cloninger et al., 1993). A avaliação da espiritualidade proporcionada pelo TCI tem uma visão psicobiológica da personalidade, integrando conceitos neurobiológicos, genéticos e sociais (Cloninger, 2006). O TCI-R resultou de uma revisão do TCI em 1999 que incluiu a alteração de alguns dos itens da escala e a passagem das respostas de verdadeiro ou falso para uma escala Likert com cinco posições (Gutiérrez-Zotes et al., 2004). Nos últimos anos, o TCI tem sido traduzido para várias línguas: Checo, Sueco e Português do Brasil (Preiss et al., 2007; Brändström et al., 2008; Gonçalves et al., 2010). No presente estudo foi usada uma versão do TCI, com 20 itens, já utilizada em estudos sobre a espiritualidade (Kirk et al., 1999; Silveira, 2008). Esta escala pareceu-nos adequada a um estudo sobre a espiritualidade dado não incluir elementos religiosos. As três dimensões avaliadas pela escala de espiritualidade do TCI são: aceitação do inexplicável, a unidade com o universo e a capacidade de abstracção (Cloninger et al., 1993). Estas dimensões coadunam-se com a definição de espiritualidade proposta por Cloninger que consiste na procura de um caminho para além da existência humana traduzido numa relação harmoniosa com o próprio, com os outros e com o sobrenatural

(Cloninger, 2007). Por outro lado, as duas escalas referentes à espiritualidade e já adaptadas à população portuguesa foram testadas em doentes oncológicos que têm características muito diferentes das pessoas com lombalgia, razão pela qual preferimos optar pela escala de Cloninger.

Para a adaptação para a língua portuguesa foi usado o método preconizado por Pais-Ribeiro de tradução-retroversão, a que se seguiu a revisão para que os itens mantivessem o mesmo sentido em português (Ribeiro, 2007). A tradução foi feita por três professores de Inglês que redigiram uma versão de consenso, a qual foi posteriormente sujeita a retroversão por uma professora bilingue. A retroversão foi analisada pelo grupo inicial de tradutores que a comparou com a versão original, não tendo considerado necessário introduzir quaisquer alterações na versão de consenso. Um painel constituído por dois professores (história e português) não considerou necessário introduzir correcções nessa versão de consenso, anexo 2.

O pré-teste da escala incluiu um grupo de 20 estudantes do ensino universitário da área de Psicologia, com igual número de participantes do género masculino e feminino; não se registaram quaisquer dificuldades na compreensão dos itens e na resposta. A escala final foi aplicada a 248 estudantes universitários, das áreas científicas da Psicologia, Engenharia e Medicina, que deram o consentimento para participar de livre vontade. Esta amostra de conveniência foi constituída por 172 mulheres e 76 homens com idade entre os 18 e os 81 anos (média \pm desvio-padrão: $35,7 \pm 13,3$ anos).

A fidelidade da Escala de Espiritualidade (EDE) foi avaliada através de índices de consistência interna das respostas (alfa de Cronbach) e de estabilidade temporal (correlação teste-reteste). Ao fim de 7 dias, um subgrupo de 86 participantes voltou a preencher a EDE, tendo-se utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a estabilidade temporal da medida. Juntamente com a escala Escala de Espiritualidade foi

aplicada a Escala de Valores de Odete Nunes (EVON), instrumento já aferido para a população portuguesa e que inclui uma sub-escala para avaliação do Investimento Religioso (IR) (Nunes, 2001), podendo assim ser utilizado como critério externo para avaliar a validade concorrente das medidas proporcionadas pela EDE dada a proximidade entre os dois conceitos. A validade de construto medido pela EDE foi ainda estudada através de análise factorial exploratória. Antes de dar início a esta análise factorial aferiu-se a qualidade das correlações entre itens através da medida de adequação amostral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de Bartlett. Para decidir sobre o número de componentes a extrair, usaram-se três métodos: o teste de *scree*, a variância atribuída a cada um dos componentes (*eigenvalues*) e uma análise paralela (Field, 2005). Para uma melhor interpretabilidade dos componentes extraídos, submeteu-se a solução factorial a uma rotação *Varimax*.

A pontuação total obtida variou entre 0 e 20 (média \pm desvio-padrão: $9,80 \pm 4,38$ pontos). Quanto à curtose o Z-score ($-0,658/0,308 = -2,136$) sugere uma distribuição platicúrtica embora o coeficiente de curtose não ultrapasse a unidade. No estudo da assimetria o Z-score ($-0,070 / 0,155 = 0,451$) revela uma distribuição simétrica.

Estando em condições de realizar a análise factorial das respostas (KMO = 0.78, excedendo o valor recomendado de 0.60, e teste Bartlett estatisticamente significativo, $p = 0.000$), procedeu-se à extracção dos componentes principais. O gráfico de *scree* revela uma quebra após o terceiro componente; a investigação das variâncias associadas a cada componente indica que seis componentes apresentam eigenvalue superior a 1 (explicando 53,8% da variância); por último, a análise paralela aponta para a retenção de 2 componentes. Dada a ausência de convergência destes critérios, optámos pela solução com três factores por ser semelhante à proposta por Cloninger. Os três componentes principais retidos explicam apenas 36,5% da variância total das respostas. Após rotação *Varimax*, que

se apresenta no quadro 7.3, o componente 1 contribui com 15,2% da variância, o componente 2 com 11,9% e o componente 3 com 9,3%. O componente 1, ao associar-se preferencialmente aos itens: 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 16 e 20, parece reflectir uma dimensão da espiritualidade que remete para a “aceitação do inexplicável” e apresenta uma consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach: 0,73). O componente 2, integrando os itens: 1, 2, 5, 9, 13, 17 e 18, parece remeter par a ideia de “unidade com o universo” e tem também uma consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach: 0,68). Por fim, o componente 3, que incluiu os itens: 8, 12 e 19, parece referir-se à dimensão da espiritualidade relativa à “capacidade de abstracção” e apresenta uma consistência interna insuficiente (alfa de Cronbach: 0,46). Esta última dimensão relaciona-se com a capacidade de êxtase em que a pessoa perde a noção do tempo e do espaço.

As medidas de consistência interna da escala total (alfa de Cronbach: 0,80), bem como de estabilidade temporal (correlação no teste-reteste: $r = 0,75$), indicam que a escala possui níveis de fidelidade elevados. A avaliação da validade externa da escala foi satisfatória, tendo-se observado uma correlação moderada com o Investimento Religioso da EVON ($r = 0,44$, $p < 0.01$).

Embora as escalas para avaliar a espiritualidade beneficiem dos avanços psicométricos criados pela psicologia, consideramos que ainda há um longo caminho a percorrer. Pelas qualidades psicométricas demonstradas, a EDE parece ser um instrumento adequado para utilizar em investigação na área da saúde, nomeadamente para o estudo da espiritualidade na pessoa com lombalgia.

Quadro 7.3 – Matriz dos itens da Escala de Espiritualidade
após rotação Varimax

Itens da escala de espiritualidade	Aceitação do inexplicável	Unidade com o universo	Capacidade de abstracção	Comunalidades
E-16	0,584	0,221	-0,014	0,390
E-7	0,560	0,066	0,100	0,328
E-11	0,545	0,411	-0,093	0,475
E-10	0,536	0,059	-0,005	0,291
E-6	0,525	0,026	0,212	0,321
E-14	0,499	0,117	-0,003	0,262
E-4	0,480	0,071	0,254	0,300
E-3	0,473	,0168	0,066	0,257
E-15	0,462	0,067	0,450	0,421
E-20	0,400	0,003	0,317	0,260
E-13	0,178	0,622	-0,185	0,453
E-2	-0,142	0,607	0,214	0,434
E-18	,0083	0,592	0,399	0,516
E-5	0,188	0,559	0,182	0,351
E-1	0,266	0,543	-0,197	0,404
E-9	0,430	0,497	-0,148	0,454
E-17	0,294	0,356	0,319	0,315
E-8	-0,014	0,174	0,606	0,398
E-19	0,032	-0,036	0,591	0,352
E-12	0,136	-,0057	0,539	0,312
<i>Eigenvalue</i>	4,26	1,68	1,37	
Variância explicada	15,23 %	11,99 %	9,39 %	

5.3 - Escala Toulousiana de Coping (ETC)

Esparbès, Sordes-Ader e Tap (1993) conceberam a *Escala Toulousiana de Coping* (ETC) para avaliação das estratégias de *coping* permitindo conhecer como é que as pessoas

enfrentam as situações que geram stresse. Tap, Costa e Alves (2005) adaptaram a ETC para a população portuguesa numa amostra de 1000 jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos. A ETC é um questionário de auto-resposta com 54 itens na versão original e 51 na versão portuguesa cuja resposta é dada numa escala de 5 níveis. As estratégias de *coping* são multidimensionais pelo que a ETC avalia três campos: Comportamental (mecanismos de preparação e gestão da acção), Cognitivo (tratar a informação disponível e adaptá-la à situação em causa) e Afectivo (reações emocionais e sentimentos). A articulação destes três campos leva a diferentes estratégias que podem ter uma vertente de passagem à acção, uma necessidade de informação ou contornos emocionais. A estratégia de Controlo acompanha-se de uma contenção das emoções e caracteriza-se pela resistência aos impulsos irreflectidos. Através da Distracção Social a pessoa procura não pensar no problema recorrendo a actividades colectivas. O Suporte Social implica uma necessidade de ajuda que pode ser conseguida através de um trabalho colectivo, do pedido de conselhos ou do suporte emocional. O Retraimento está ligado a um isolamento do mundo exterior que se pode acompanhar de comportamentos de compensação com adictividade. A estratégia de Recusa conduz à negação do problema levando a pessoa a agir como se o problema não tivesse surgido. A cotação da escala permite ainda duas pontuações de *coping* positivo e de *coping* negativo. O *coping* positivo inclui as dimensões de Controlo, Distracção Social e Suporte Social e está ligado ao aspecto adaptativo; pelo contrário, o *coping* negativo inclui as dimensões de Retraimento e Recusa e está associado aos aspectos defensivos e de recusa. Tap et al. (2005) na adaptação para a língua portuguesa identificaram 5 factores com um alfa de Cronbach que variou entre 0,66 e 0,82, quadro 7.4. Os 5 factores (Controlo, Distracção social, Suporte Social, Retraimento e Recusa) explicam 34,71% da variância total das respostas da amostra da adaptação portuguesa do instrumento.

Quadro 7.4 – Factores da Escala Toulousiana de *Coping*, número de itens e respectivas consistências internas.

Factores	Número de itens	Alfa de Cronbach
1. Controlo	13	0,82
2. Distracção Social	10	0,72
3. Suporte social	7	0,70
4. Retraimento	13	0,76
5. Recusa	8	0,66
Total	51	0,78

5.4 - Características psicométricas da Escala de Valores de Odete Nunes

A Escala de Valores de Odete Nunes (EVON) foi construída com o objectivo de avaliar o processo de personalização do sujeito toxicodependente (Nunes, 2001). Posteriormente, a escala foi aferida para a população portuguesa, permitindo assim uma análise dos Valores Humanos comparativa face às normas dessa população. Através da escala é possível conhecer o perfil individual de valores de uma pessoa e compreender as suas preferências e atitudes no momento de tomar decisões. Na pesquisa desenvolvida para a presente investigação, não identificámos mais escalas sobre valores humanos validadas para a população portuguesa. Os itens da EVON são constituídos apenas por uma palavra o que facilita a sua compreensão e a cotação não apresenta dificuldades o que evita eventuais erros (Nunes, 2011).

A escala tem 60 valores ordenados de forma aleatória e a resposta é dada numa escala de Likert em que ao 1 corresponde um valor nada significativo e ao 5 um valor muito significativo para o respondente. Os valores da EVON agrupam-se em cinco factores

principais que explicam 39,3% da variância total das respostas ao questionário, quadro 7.5.

Quadro 7.5 – Factores e subfactores da Escala de Valores de Odete Nunes e respectivas consistências internas.

Factores	Alfa de Cronbach	Sub-factores	Alfa de Cronbach
1. Contextualização normativa e afirmação de si	0,97	1.1. Dimensão afectiva e investimento profissional	0,92
		1.2. Dimensão existencial	0,90
		1.3. Investimento noético	0,89
2. Investimento religioso	0,82		
3. Investimento intelectual e autocontrolo	0,87		
4. Relacionamento interpessoal	0,78		
5. Corporalidade e hedonismo	0,77		

A Contextualização Normativa e Afirmação de Si apresenta três sub dimensões e refere-se à auto-afirmação e integração socioprofissional. A Dimensão Afectiva e Investimento Profissional (sub-factor) salienta a importância do componente afectivo na auto-realização do projecto existencial. A Dimensão Existencial (sub-factor) analisa os referenciais da pessoa quanto à sua forma de estar no mundo. O Investimento Noético (sub-factor) integra os valores que contribuem para a auto-satisfação e dão sentido à vida. O Investimento Religioso inclui a importância dada aos aspectos religiosos. O Investimento Intelectual e Autocontrolo relaciona-se com a assertividade e confiança em si. O Relacionamento Interpessoal refere-se à qualidade da relação com os outros. Por último a Corporalidade e Hedonismo estão ligados aos aspectos psico-afectivos.

6. Procedimento de recolha de informação

A população em estudo incluiu estudantes frequentando o ensino universitário nos anos de 2008 e 2009. Utilizaram-se dois grupos de participantes: um constituído por pessoas com Incapacidade por Lombalgia e um grupo de Controlo formado por pessoas sem Incapacidade por Lombalgia. A metodologia para a recolha dos questionários envolveu a explicação dos objectivos da investigação, o consentimento de participação e o autopreenchimento dos questionários. Foram incluídos estudantes dos cursos de psicologia, medicina e engenharia, em Lisboa. Considerou-se critério de inclusão uma idade entre 18 e os 70 anos. O limite inferior de 18 anos coincide com a idade mínima de ingresso na Universidade; quanto ao limite superior de idade escolhemos os 70 anos baseados na literatura científica que refere um aumento de crises de lombalgia com a idade, havendo um máximo dos 35 aos 55 anos e com decréscimo a partir dos 65 anos (Leboeuf-Yde & Kyvik, 1998; Andersson, 1999; Hoy et al., 2011). Dado que a incidência de lombalgia é muito elevada havendo poucas pessoas que não tenham um episódio de lombalgia durante a sua vida, foi necessário definir critérios objectivos para a inclusão dos participantes em cada um dos grupos (Kraemer, 2009). Usou-se o Questionário de Incapacidade de Roland Morris para determinar o grau de Incapacidade por Lombalgia. Neste questionário, a pontuação pode variar entre 0 e 24 sendo este último o valor da incapacidade máxima. Na amostra clínica usada para a adaptação do questionário de incapacidade para a língua portuguesa o nível de incapacidade variou entre 2 e 24, com uma pontuação média próxima de 10 (Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito, 2010). Desta forma, foi considerado como critério de inclusão no grupo de estudo com incapacidade por lombalgia um resultado igual ou superior a 2 no Questionário de Incapacidade de Roland Morris. Os inquéritos que não estavam completamente preenchidos foram rejeitados o que resultou na perda de 32 participantes.

7. Caracterização geral da amostra

A amostra em estudo foi constituída por 393 pessoas (N=393) tendo sido organizados dois grupos em função do seu nível de Incapacidade por Lombalgia. Um dos grupos incluiu 188 participantes com Incapacidade por Lombalgia, o outro grupo incluiu 205 pessoas sem Incapacidade por Lombalgia e serviu como controlo. No quadro 7.6 apresenta-se uma comparação entre os dois grupos em relação ao género e à idade.

Quadro 7.6 – Comparação das idades e género entre os participantes do Grupo com Incapacidade por Lombalgia e do Grupo de controlo.

	Grupo com incapacidade por lombalgia (n=188)			Grupo de controlo (n=205)		
	Género Masculino	Género Feminino	Total	Género Masculino	Género Feminino	Total
Número de participantes	64	124	188	72	133	205
Percentagem participantes	34,0%	66,0%		35,1%	64,9%	
Idade min – máx	18 - 68	18 - 69	18 - 69	18 - 58	18 - 57	18 - 58
Idade média ± DP	37,3 ± 13,3	33,0 ± 12,9	34,4 ± 13,2	32,1 ± 11,6	30,9 ± 10,4	31,1 ± 11,7

Em relação à distribuição por género tanto o grupo com Incapacidade por Lombalgia como o grupo de Controlo apresentam um predomínio do género feminino. Usou-se o teste do Qui Quadrado para investigar se havia uma diferença significativa a nível do género entre os dois grupos, não se tendo encontrado diferenças significativas ($\chi^2 = 0,049$, $gl = 1$, $p = 0,825$).

Quanto ao estudo das idades a média de idades é mais elevada no grupo com Incapacidade por Lombalgia (média ± desvio-padrão: 34,4 ± 13,2 anos) em relação ao

grupo de Controlo (média \pm desvio-padrão: 31,1 \pm 11,7 anos), trata-se de uma diferença estatisticamente significativa ($t = -2,406$, $gl = 392$, $p = 0,017$), sendo o grupo com Incapacidade por Lombalgia o que apresentava a média mais alta. Este resultado está de acordo com a literatura em que os estudos apontam para um aumento de lombalgia com a idade até aos 65 anos (Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010), embora se trate de uma diferença de pequena magnitude (3,3 anos, corresponde a d de Cohen = 0,242). A idade máxima não ultrapassa os 70 anos porque era uma das condições predefinidas, sendo mais baixa na amostra com os participantes do grupo de Controlo.

No quadro 7.7 analisa-se a prevalência de lombalgias na amostra em estudo. Determinou-se uma prevalência de 47,8 % lombalgia neste grupo de estudantes que é muito semelhante ao valor de 49% determinado num grupo de utentes de um centro de saúde em Matosinhos (Ponte, 2005) ou aos 50% encontrados numa Escola Superior do Porto (Sousa, Mesquita & Sousa, 2012). Contudo, esta prevalência é superior aos 35% referidos por Kraemer (2009).

Quadro 7.7 – Prevalência de lombalgias por género e na globalidade da amostra de 393 estudantes

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Amostra total	136		257		393	
Indivíduos com Incapacidade por Lombalgia	64	47,0%	124	48,2%	188	47,8%

Hoy et al. (2010) fizeram uma análise da prevalência em relação ao gênero e à idade tendo verificado que prevalência é maior nas mulheres antes dos 50 anos e nos homens depois dos 50 anos.

Quadro 7.8 – Prevalência de lombalgias por gênero na população com mais e menos de 50 anos

Idade	Homens	Mulheres
Menos de 50 anos	82,8%	89,5%
50 ou mais anos	17,2%	10,5%

O quadro 7.8 apresenta a frequência de lombalgia no gênero masculino e feminino antes e depois dos 50 anos na totalidade da população que participou no estudo (N = 293). Verificou-se tal como está descrito na literatura que a lombalgia é mais frequente na mulher antes dos 50 anos e no homem depois dos 50 anos.

Capítulo 8 – Resultados

Discutem-se os resultados pela mesma ordem de formulação das hipóteses de investigação.

8 - Resultados

Usou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 15, para a construção da base de dados. A análise estatística foi elaborada através do SPSS e do Analysis of Moments Structures (AMOS), versão 5.

Apresentamos os resultados da análise estatística enquadrados nas hipóteses de investigação formuladas que se podem agrupar em duas categorias. A primeira categoria inclui as hipóteses de 1 a 3 onde se compara o grupo com Incapacidade por Lombalgia com o grupo de Controlo; a segunda categoria inclui as hipóteses de 4 a 8 que se referem exclusivamente ao grupo de participantes com Incapacidade por Lombalgia.

Antes de iniciarmos a apresentação dos resultados salientamos as principais características da amostra já analisada no do capítulo 7 (Metodologia) alínea 7 (Caracterização geral da amostra). Os dois grupos em estudo são relativamente semelhantes em termos de dimensão. Existe um predomínio do sexo feminino nos dois grupos contudo a distribuição por género não difere de um grupo para o outro. O grupo com Incapacidade por Lombalgia apresenta a média de idades mais elevada embora a diferença seja pouco significativa. A prevalência de Incapacidade por Lombalgia foi de 48% sendo a lombalgia mais frequente no género feminino antes dos 50 anos e no género masculino depois dos 50 anos.

1. A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de um reforço da espiritualidade. (1ª hipótese).

Para testar a 1ª hipótese analisaram-se as diferenças nas três dimensões da Espiritualidade entre o Grupo de Controlo (N=205) e o Grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188). Os resultados relativos à comparação entre os dois Grupos através do teste t encontram-se no quadro 8.1 onde se verifica que existem diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 8.1 - Comparação dos níveis de Espiritualidade entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por lombalgia

Dimensões da espiritualidade	Controlo		Incapacidade por lombalgia		t	p	d Cohen
	M	DP	M	DP			
Aceitação do inexplicável	4,29	2,853	5,33	2,325	-4,011	0,000	-0,399
Unidade com o universo	2,53	1,942	3,21	1,966	-3,464	0,001	-0,347
Capacidade de abstracção	1,37	0,942	1,51	0,929	-1,511	0,132	-0,149
Espiritualidade global	8,19	4,566	10,09	3,983	-4,438	0,000	-0,443

Tratam-se de diferenças de magnitude pequena ou moderada, surgindo os níveis de Espiritualidade mais elevados no grupo com Incapacidade por Lombalgia. A diferença entre os dois grupos é significativa para a Espiritualidade Global e para as dimensões: Aceitação do Inexplicável e Unidade com o Universo. As diferenças não são significativas a nível da Capacidade de Abstracção.

2. A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de uma alteração das Estratégias de *Coping*. (2ª hipótese).

Para confirmar se existia uma alteração a nível das dimensões das Estratégias de *Coping* entre o Grupo de Controlo (n=205) e o Grupo com Incapacidade por Lombalgia (n=188) usou-se o teste t. Verificou-se que o grupo com Incapacidade por Lombalgia tem todas as dimensões das Estratégias de *Coping* mais desenvolvidas com excepção da dimensão que envolve o *Coping* de Controlo, quadro 8.2.

Quadro 8.2 - Comparação das Estratégias de *Coping* entre o grupo de Controlo e o grupo de Incapacidade por Lombalgia.

Dimensões do <i>Coping</i>	Controlo		Incapacidade Por lombalgia		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> Cohen
	M	DP	M	DP			
<i>Coping</i>							
Controlo	48,41	7,376	47,55	8,394	1,083	0,279	0,108
<i>Coping</i>							
distracção social	29,54	5,756	29,96	6,381	-0,679	0,497	-0,069
<i>Coping</i>							
suporte social	22,92	4,644	24,14	5,071	-2,493	0,013	-0,250
<i>Coping</i>							
Positivo	100,87	12,686	101,65	16,068	-0,533	0,594	-0,053
<i>Coping</i>							
retraimento	30,80	7,238	32,63	7,271	-2,502	0,013	-0,351
<i>Coping</i>							
Recusa	19,18	4,904	20,60	5,654	-2,676	0,008	-0,268
<i>Coping</i>							
Negativo	49,98	10,830	53,23	11,302	-2,918	0,004	-0,203
<i>Coping</i>							
Total	150,85	18,502	154,88	23,122	-1,917	0,056	-0,231

As diferenças entre os dois grupos, a nível das Estratégias de *Coping*, são de magnitude reduzida significativas nas seguintes dimensões: *Coping* de Suporte social, *Coping* de Retraimento, *Coping* de Recusa e o *Coping* Negativo.

3. A Incapacidade por Lombalgia não se acompanha de uma alteração dos Valores Humanos. (3ª hipótese).

Para confirmar se não existiam diferenças nas dimensões dos Valores Humanos entre o grupo Controlo (N=205) e o grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188) recorreu-se novamente ao teste t. O quadro 8.3 apresenta as diferenças nas várias dimensões dos Valores Humanos entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por Lombalgia.

Quadro 8.3 – Comparação dos Valores Humanos do grupo de Controlo com os do grupo com Incapacidade por Lombalgia.

Dimensões dos Valores	Saudáveis		Incapacidade por lombalgia		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i> Cohen
	M	DP	M	DP			
Contextualização normativa e afirmação de si	157,54	17,382	157,93	16,282	-0,054	0,957	-0,023
Dimensão afectiva e investimento Profissional	77,98	9,519	77,75	8,146	0,257	0,797	0,025
Dimensão Existencial	63,17	6,408	63,54	7,188	-0,541	0,588	-0,054
Investimento noético	16,75	2,444	16,64	2,700	0,396	0,692	0,042
Investimento religioso	34,95	6,633	35,80	6,329	-1,299	0,195	-0,131
Investimento intelectual e autocontrolo	18,64	2,958	19,29	2,853	-2,190	0,029	-0,223
Relacionamento interpessoal	18,47	3,328	18,48	3,012	-0,017	0,986	-0,003
Corporalidade e hedonismo	13,04	3,048	13,21	3,354	-0,523	0,601	-0,053
Valor Global	243,47	24,936	244,44	25,034	-0,384	0,701	-0,038

Com excepção da dimensão Investimento Intelectual e Autocontrolo não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos a nível da escala de valores humanos. Como se pode verificar pelo efeito de Cohen, mesmo a diferença entre grupos relativamente ao nível do Investimento Intelectual e Autocontrolo é de magnitude reduzida.

4. A Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade (4ª hipótese).

A análise das correlações entre a Incapacidade por Lombalgia e as Dimensões da Espiritualidade baseou-se unicamente na informação relativa ao grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188). Verificou-se que as correlações entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade são significativas e moderadas para a Espiritualidade Global e para a Unidade com o Universo quadro 8.4. A correlação com a dimensão Aceitação do Inexplicável é também significativa mas de magnitude mais reduzida.

Quadro 8.4 - Correlações de Pearson entre a Incapacidade por Lombalgia e as dimensões da Espiritualidade

	Aceitação do inexplicável	Unidade com o universo	Capacidade de abstracção	Espiritualidade Global
Incapacidade por lombalgia	0,175*	0,313**	0,094	0,270**

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

A correlação entre a Incapacidade por Lombalgia e Capacidade de Abstracção é fraca e não significativa.

5. As Estratégias de *Coping* correlacionam-se com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade (5ª hipótese).

Usou-se o grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188) para analisar a correlação entre as diferentes dimensões das Estratégias de *Coping* e a Incapacidade por Lombalgia. No quadro 8.5 verifica-se que nem todas as Estratégias de *Coping* se correlacionam com a Incapacidade por Lombalgia.

Quadro 8.5 - Correlações de Pearson entre as dimensões das Estratégias de *Coping* e a Incapacidade por Lombalgia.

	<i>Coping</i> controlo	<i>Coping</i> distracção social	<i>Coping</i> suporte social	<i>Coping</i> positivo	<i>Coping</i> retraimento	<i>Coping</i> recusa	<i>Coping</i> negativo	<i>Coping</i> total
Incapacidade por lombalgia	0,236**	0,077	0,266**	0,238**	0,062	0,058	0,069	0,199**
<i>p</i> <0,05*, <i>p</i> <0.01**								

O *Coping* de Controlo, o *Coping* de Suporte Social, o *Coping* Positivo e *Coping* Total apresentam correlações positivas significativas e moderadas com a Incapacidade por Lombalgia. Das várias dimensões do *Coping* que se correlacionam com a Incapacidade por Lombalgia a que apresenta uma relação mais forte é o *Coping* de Suporte Social. O *Coping* de Retraimento, o *Coping* de Distracção Social, o *Coping* de Recusa e o *Coping* Negativo não apresentam correlação significativa.

Estudaram-se também as correlações entre as dimensões das Estratégias de *Coping* e as dimensões da Espiritualidade no grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188). Verifica-se pela análise do quadro 8.6 que, com a excepção do *Coping* de Retraimento e da

Capacidade de Abstracção que não se relacionam de forma significativa com nenhuma dimensão todas as outras dimensões apresentam algumas correlações significativas.

Quadro 8.6 – Correlações de Pearson entre as Estratégias de *Coping* e as dimensões da Espiritualidade

	<i>Coping</i> controlo	<i>Coping</i> distracção social	<i>Coping</i> suporte social	<i>Coping</i> positivo	<i>Coping</i> retrai- mento	<i>Coping</i> recusa	<i>Coping</i> negativo	<i>Coping</i> total
Aceitação do inexplicável	0,133	0,086	0,209**	0,170*	0,085	-0,037	0,036	0,135
Unidade com o universo	0,193*	0,217**	0,247**	0,265**	0,095	0,245**	0,183*	0,274**
Capacidade de abstracção	0,031	0,128	0,063	0,087	0,104	0,012	0,073	0,096
Espiritualidade global	0,186*	0,189**	0,260**	0,254**	0,119	0,106	0,129	0,240**

$P < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$

O *Coping* de Suporte Social, o *Coping* Positivo e o *Coping* Total são as dimensões das Estratégias de *Coping* que apresentam correlações mais intensas com as dimensões da Espiritualidade.

6. As Estratégias de *Coping* têm uma acção mediadora na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade (6ª Hipótese).

O mediador é uma variável que explica a relação entre a variável independente e a variável dependente (Baron e Kenny, 1986). A variável independente afecta o mediador que por sua vez vai afectar a variável dependente. Colocámos a hipótese de as estratégias de *Coping* serem mediadoras da relação entre a Incapacidade por Lombalgia (variável independente), e a Espiritualidade (variável dependente). Segundo Holmbeck (1997), para além de haver uma correlação significativa entre a variável independente e a dependente o mediador deve também correlacionar-se simultaneamente com estas duas variáveis. Aquando da análise da 4ª hipótese de investigação confirmou-se a existência de correlação significativa entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo. Para identificar potenciais mediadores entre as estratégias de *coping*, torna-se necessário analisar quais as dimensões de *Coping* que se correlacionam simultaneamente com a Incapacidade por Lombalgia e com a referida dimensão da Espiritualidade, quadro 8.7. Da análise das correlações verifica-se que o *Coping* de Distracção Social, o *Coping* de Retarimento, o *Coping* de Recusa e o *Coping* Negativo não cumprem as condições necessárias para serem considerados potenciais mediadores. Duas das dimensões de *Coping* Positivo têm condições para ser testadas como mediadores: o *Coping* de Suporte Social e o *Coping* de Controlo. Também as medidas mais genéricas - *Coping* Positivo e *Coping* Total - revelam ser candidatas ao estatuto de mediador da relação entre Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo.

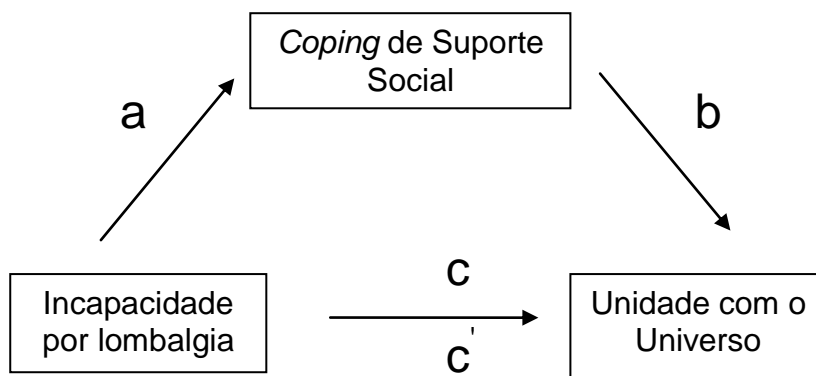
Quadro 8.7 – Correlações das Estratégias de *Coping* com a Incapacidade por Lombalgia e com a Unidade com o Universo

Estratégias de <i>Coping</i>	Incapacidade por Lombalgia	Unidade com o Universo
<i>Coping</i> de Controlo	0,236**	0,193*
<i>Coping</i> de Distracção social	0,077	0,217**
<i>Coping</i> de Suporte social	0,266**	0,247**
<i>Coping</i> Positivo	0,238**	0,265**
<i>Coping</i> de Retraimento	0,062	0,095
<i>Coping</i> Recusa	0,058	0,245**
<i>Coping</i> Negativo	0,069	0,183*
<i>Coping</i> Total	0,199**	0,274**

$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$

Vamos iniciar a análise da mediação pela variável, *Coping* de Suporte Social não só por ser a dimensão que apresenta correlações mais intensas mas também porque a sua acção mediadora está documentada por vários autores (Rutter & Quine, 1996; Daalleman & Frey, 2004; Williams & Sternthal, 2007). Se o *Coping* de Suporte Social tiver uma acção mediadora entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo, a sua inclusão na análise deverá alterar de forma significativa o valor da correlação entre estas duas variáveis que passará de C para C', fig 8.1.

Fig. 8.1 - Modelo de mediação através do *Coping* de Suporte Social.



A mediação considera-se completa se C' for igual a zero e parcial se C' apresentar uma redução significativa em relação ao valor de C .

Quadro 8.8 - Pesquisa do efeito mediador do *Coping* de Suporte Social na relação da Incapacidade por Lombalgia com a Unidade com o Universo.

Regressão múltipla	Triângulo de mediação	B	Erro padrão	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
- Incapacidade por lombalgia	c - efeito					
- Unidade com o Universo	total	0,130	0,029	0,313	4,94	0,000
- Incapacidade por lombalgia						
- <i>Coping</i> de Suporte Social	a	0,287	0,076	0,266	3,770	0,000
- <i>Coping</i> de Suporte Social						
- Unidade com o Universo	b	0,035	0,014	0,176	3,469	0,014
(Incapacidade por lombalgia)						

O quadro 8.8 contém os valores que permitem o cálculo do significado estatístico da mediação. No quadro 8.9 apresenta-se uma comparação entre o efeito total e parcial da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo, verificando-se

que apenas 14.7% do efeito total se pode atribuir ao efeito mediador do *Coping* de Suporte Social.

Quadro 8.9 – Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do *Coping* de Suporte Social.

c - efeito total	c' - efeito directo	a x b efeito indirecto	Percentagem do efeito indirecto
0,313	0,267	0,046	14,7%

Dado não haver uma mediação total do *Coping* de suporte Social torna-se necessário saber através do teste de Sobel se existe uma mediação parcial (Sobel, 1982). O quadro 8.10 apresenta os valores envolvidos no cálculo do significado da mediação, confirmando-se que o efeito mediador parcial do *Coping* de Suporte sobre a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo é estatisticamente significativo ($p = 0,032$).

Quadro 8.10 - Avaliação da significância do efeito mediador parcial do *Coping* de Suporte Social através do teste de Sobel

Incapacidade por lombalgia		<i>Coping</i> de suporte social		Teste de Sobel		
<i>Coping</i> de suporte social		Unidade com o Universo				
B	Erro Padrão	B	Erro Padrão	<i>t</i>	Erro padrão	<i>p</i>
0,287	0,076	0,035	0,014	2,084	0,004	0,032

Uma vez confirmado o efeito mediador parcial do *Coping* de Suporte Social entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade vamos testar as outras três dimensões das Estratégias de *Coping* que reúnem as condições para mediadores entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo (*Coping* de Controlo, *Coping* Positivo e *Coping* Total).

No quadro 8.11 apresentam-se os valores do estudo da acção mediadora do *Coping* de Controlo na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

Quadro 8.11 - Pesquisa do efeito mediador do *Coping* de Controlo na relação entre Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo.

Regressão múltipla	Triângulo de mediação	B	Erro padrão	Beta	t	p
- Incapacidade por lombalgia	c – efeito					
- Unidade com o Universo	total	0,130	0,029	0,313	4,94	0,000
- Incapacidade por lombalgia						
- <i>Coping</i> de Controlo	a	0,422	0,127	0,236	3,318	0,001
- <i>Coping</i> de Controlo						
- Unidade com o universo (Incapacidade por lombalgia)	b	0,029	0,017	0,126	1,765	0,039

Através dos valores obtidos no quadro 8.11 é possível estimar os efeitos directo e indirecto da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo bem como o efeito mediado *Coping* de Controlo, quadro 8.12. Constata-se que esse efeito indirecto representa apenas 9,3% do efeito total entre as duas variáveis.

Quadro 8.12 – Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do *Coping* de Controlo.

c – efeito total	c' – efeito directo	a x b - efeito indirecto	Percentagem do efeito indirecto
0,313	0,284	0,029	9,3%

No quadro 8.13 apresentam-se os resultados da avaliação da significância estatística do efeito mediador do *Coping* de Suporte Social, indicando que existe mediação parcial ($p = 0,028$).

Quadro 8.13 - Avaliação da significância do efeito mediador parcial do *Coping* de Controlo através do teste de Sobel

Incapacidade por lombalgia		<i>Coping</i> de Controlo		Teste de Sobel		
<i>Coping</i> de Controlo		Unidade com o Universo				
B	Erro Padrão	B	Erro Padrão	<i>t</i>	Erro Padrão	<i>p</i>
0,422	0,127	0,193	0,017	2,189	0,025	0,028

O quadro 8.14 apresenta os valores para o estudo da acção mediadora do *Coping* Positivo na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

Quadro 8.14 - Análise do efeito mediador do *Coping* Positivo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo

Regressão múltipla	Triângulo de mediação	B	Erro padrão	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
- Incapacidade por lombalgia	c - efeito					
- Unidade com o Universo	total	0,130	0,029	0,313	4,94	0,000
- Incapacidade por lombalgia	a					
- <i>Coping</i> positivo	a	0,813	0,243	0,238	3,242	0,001
- <i>Coping</i> positivo	b					
- Unidade com o Universo (Incapacidade por lombalgia)	b	0,025	0,009	0,202	2,865	0,005

A estimativa dos efeitos directo e indirecto mediados pelo do *Coping* Positivo na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo apresentam-se no quadro 8.15.

Quadro 8.15 – Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do *Coping* do Positivo.

c – efeito Total	c' – efeito directo	a x b - efeito indirecto	Percentagem do efeito indirecto
0,313	0,265	0,063	20,1%

Da análise do quadro 8.15 verifica-se que não há mediação completa, pois o efeito indirecto representa apenas cerca de 20% do efeito total, sendo necessário testar se a mediação parcial é estatisticamente significativa. O quadro 8.16 apresenta os resultados

obtidos através do teste de Sobel, confirmando-se a significância do efeito mediado pelo *Coping* Positivo ($p = 0,033$).

Quadro 8.16 - Avaliação da significância do efeito mediador parcial do *Coping* Positivo através do teste de Sobel

Incapacidade por lombalgia		<i>Coping</i> Positivo				
<i>Coping</i> Positivo		Unidade com o Universo			Teste de Sobel	
B	Erro Padrão	B	Erro Padrão	<i>t</i>	Erro Padrão	<i>p</i>
0,813	0,243	0,025	0,009	0,137	0,010	0,033

Finalmente, foi testado o efeito mediador do *Coping* Total, quadro 8.17.

Quadro 8.17 - Análise do efeito mediador do *Coping* Total na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

Regressão múltipla	Triângulo de mediação	B	Erro padrão	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
- Incapacidade por lombalgia						
- Unidade com o Universo	c - efeito total	0,130	0,029	0,313	4,94	0,000
- Incapacidade por lombalgia						
- <i>Coping</i> Total	a	0,979	0,353	0,199	2,773	0,006
- <i>Coping</i> Total						
- Unidade com o Universo	b	0,019	0,006	0,220	3,170	0,002
(Incapacidade por lombalgia)						

A estimativa dos efeitos directo e indirecto da acção do *Coping* Total indica que estamos perante uma mediação parcial, quadro 8.18.

Quadro 8.18 – Comparação entre o efeito total e o efeito directo na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do *Coping* Total.

c – efeito total	c' – efeito directo	a x b - efeito indirecto	Percentagem do efeito indirecto
0,313	0,270	0,043	13,7%

O teste de Sobel indica que a acção mediadora parcial do *Coping* Total na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo é estatisticamente significativa ($p = 0,036$). quadro 8.19.

Quadro 8.19 - Avaliação da significância do efeito mediador parcial do *Coping* Total através do teste de Sobel

Incapacidade por Lombalgia <i>Coping</i> Total		<i>Coping</i> Total Espiritualidade		Teste de Sobel		
B	Erro Padrão	B	Erro Padrão	<i>t</i>	Erro Padrão	<i>p</i>
0,979	0,353	0,019	0,006	2,068	0,008	0,036

Da análise dos efeitos mediadores parciais das quatro dimensões das Estratégias de *Coping* estudadas, através do teste de Sobel, verificamos que todas têm elas um efeito mediador parcial estatisticamente significativo mas a magnitude desse efeito é sempre reduzida (no máximo, o efeito mediado corresponde a 20% do efeito total quadro 8.20).

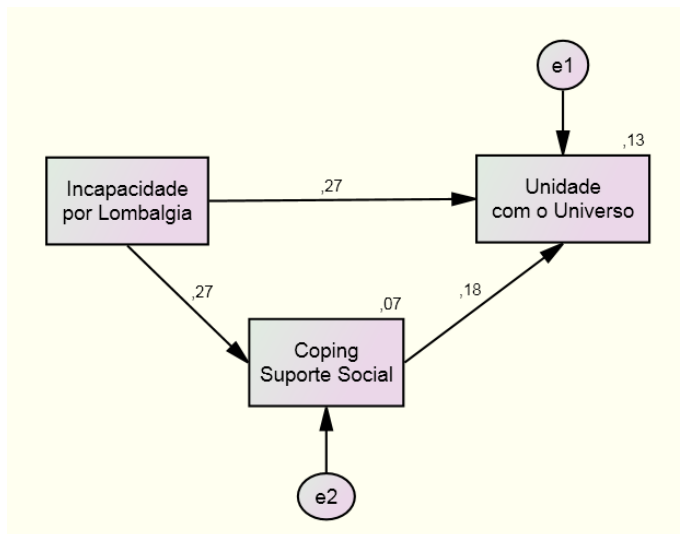
Quadro 8.20 – Comparação do efeito mediador parcial das várias dimensões das Estratégias de *Coping* sobre a relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade (efeito total $r = 0,313$).

Dimensões das Estratégias de <i>Coping</i>	Efeito directo (<i>beta</i>)	Efeito indirecto (a x B)	Percentagem do efeito indirecto
<i>Coping</i> de suporte social	0,267	0,046*	14,7%
<i>Coping</i> de Controlo	0,284	0,029*	9,3%
<i>Coping</i> Positivo	0,265	0,063*	20,1%
<i>Coping</i> Total	0,270	0,043	13,7%

Teste de Sobel: $p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$

Vários autores dão importância ao *Coping* de Suporte Social como estratégia para lidar com a doença (Ribeiro, 1999; Magaya et al. 2005; Baetz & Bown, 2008). Por essa razão, e com o auxílio do AMOS 5, ilustramos na fig. 8.2 a relação estatística entre *Coping* de Suporte Social, Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo, especificando como mediador parcial da relação entre Incapacidade e Espiritualidade

Fig. 8.2 - Modelo de mediação parcial entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo através do *Coping* de Suporte Social (coeficientes de regressão padronizados).



É importante salientar que o modelo tem de incluir dois erros (e_1 , e_2) associados às variáveis endógenas e que representam variáveis não medidas. A vantagem da utilização do AMOS nesta análise é a estimação simultânea dos diferentes coeficientes de regressão. A introdução do *Coping* de Suporte Social fez variar a correlação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo que baixou de $beta = 0,313$ (quadro 8.8) para $beta = 0,27$ devido ao efeito de mediação. A Incapacidade por Lombalgia apresenta uma correlação semelhante com a Unidade com o Universo e com o *Coping* de suporte Social de 0,27. Por sua vez, a Incapacidade por lombalgia e o *Coping* de Suporte Social explicam 0,13 da variância da Unidade com o Universo enquanto a Incapacidade por Lombalgia explica 0,07 da variância do *Coping* de Suporte Social. A relação directa de 0,31 encontrada inicialmente entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo (ver quadro 8.4) é igual à relação indirecta no presente modelo. Esta relação indirecta resulta do produto da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e *Coping* de Suporte Social 0,27 pela relação do *Coping* de Suporte Social com a Unidade com o Universo de

0,18 adicionado ao valor da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo que é de 0,27. Isto é $0,27 \times 0,18 + 0,27 = 0,31$.

7. Os Valores Humanos são moderadores da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade (7ª Hipótese).

Estudaram-se as correlações entre os Valores Humanos e a Incapacidade por Lombalgia no grupo com Incapacidade por Lombalgia (N=188) que se apresentam no quadro 8.21.

Quadro 8.21 - Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e a Incapacidade por Lombalgia.

Dimensões dos Valores Humanos	Incapacidade por lombalgia
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,091
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,096
Dimensão Existencial	0,036
Investimento Noético	0,163*
Investimento Religioso	0,112
Investimento Intelectual e Autocontrolo	0,206**
Relacionamento Interpessoal	0,121
Corporalidade e Hedonismo	0,047
Valor Global	0,143*

$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$

O Investimento Intelectual e Autocontrolo assim como o Investimento Noético são as únicas dimensões dos Valores Humanos que apresentaram correlações significativas com a Incapacidade por Lombalgia, para além da medida global de Valores Globais. Todas as relações são de pequena magnitude.

O quadro 8.22 apresenta as correlações entre os Valores Humanos e as dimensões da Espiritualidade.

Quadro 8.22- Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e as dimensões da Espiritualidade

	Espiritualidade Global	Aceitação do Inexplicável	Unidade com o Universo	Capacidade de Abstracção
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,261**	0,244**	0,223**	0,079
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,247**	0,232**	0,203**	0,090
Dimensão Existencial	0,194**	0,190**	0,165*	0,038
Investimento Noético	0,312**	0,269**	0,292**	0,101
Investimento Religioso	0,401**	0,378**	0,322**	0,124
Investimento intelectual e Autocontrolo	0,227**	0,168**	0,253**	0,067
Relacionamento Interpessoal	0,163*	0,139	0,165*	0,024
Corporalidade e hedonismo	0,160*	0,132	0,125	0,117
Valor Global	0,341**	0,309**	0,293**	0,114

P<0,05*, *p*<0.01**

De uma forma geral, observam-se associações positivas de magnitude reduzida e moderada entre Valores e dimensões da Espiritualidade. As correlações mais elevadas surgem relativamente ao Investimento Religioso e o Investimento Noético o que confirma as relações entre religião e espiritualidade. As dimensões Corporalidade e Hedonismo a nível dos Valores e a Capacidade de Abstracção a nível da Espiritualidade são as que apresentam as correlações mais fracas. No caso da Capacidade de Abstracção não há qualquer correlação significativa com os Valores, o que se poderá dever à baixa fiabilidade desta medida.

O quadro 8.23 apresenta as correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e as dimensões das Estratégias de *Coping*.

Quadro 8.23 - Correlações entre as dimensões dos Valores Humanos e as dimensões das Estratégias de *Coping*

	<i>Coping</i> de Controlo	<i>Coping</i> de Retraimento	<i>Coping</i> Distracção Social	<i>Coping</i> Suporte Social	<i>Coping</i> de Recusa	<i>Coping</i> Positivo	<i>Coping</i> Negativo	<i>Coping</i> Total
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,380**	-0,076	0,022	0,327**	-0,149*	0,311**	-0,123	0,156*
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,378**	-0,054	0,020	0,328**	-0,147*-	0,309**	-0,108	0,162*
Dimensão Existencial	0,332**	-0,095	-0,012	0,247**	-0,163*	0,247**	-0,143	0,102
Investimento Noético	0,266**	-0,040	0,106	0,325**	-0,020	0,285**	-0,036	0,180*
Investimento Religioso	0,274**	0,140	0,156*	0,339**	0,128	0,328**	0,154*	0,303**
Investimento Intelectual e Autocontrolo	0,352**	0,048	0,019	0,333**	-0,001	0,297**	0,030	0,221**
Relacionamento Interpessoal	0,304**	0,084	0,062	0,297**	-0,030	0,277**	0,039	0,211**
Corporalidade e hedonismo	0,056	0,194**	0,088	0,123	0,270**	0,103	0,260**	0,199**
Valor Global	0,388**	0,021	0,072	0,391**	-0,038	0,354**	0,005	0,243**

P<0,05*, p<0.01**

De uma forma geral, verifica-se uma tendência para que as dimensões dos Valores Humanos correlacionem moderada e positivamente com as estratégias de *coping* positivo. No entanto, a estratégia de *Coping* Distração Social não se correlaciona significativamente com nenhuns dos valores, à excepção do Investimento religioso. Também as correlações entre o valor Coporalidade e Hedonismo e as estratégias de *Coping* Positivo, apesar de positivas, nunca alcançam significância estatística.

No que se refere às estratégias de *Coping* Negativo, observa-se um padrão de resultados inverso: na sua maioria, as diferentes dimensões de Valores Humanos correlacionam negativamente com estas estratégias de *Coping* Negativo. No entanto, predomina aqui a ausência de correlações significativas, sendo sobretudo o *Coping* de Recusa a apresentar as correlações negativas mais elevadas mas, ainda assim, de reduzida magnitude. Duas dimensões dos Valores Humanos fogem a este padrão geral, apresentando correlações positivas com as estratégias de *Coping* Negativo: a dimensão Coporalidade e Hedonismo correlaciona positivamente de forma moderada e significativa com essas estratégias, enquanto a dimensão Investimento Religioso apenas apresenta uma correlação positiva significativa com a medida genérica de *Coping* Negativo.

Depois de analisadas correlações entre os Valores Humanos e as outras variáveis em estudo procedeu-se ao estudo do efeito de moderação. O moderador é uma variável que afecta a direcção ou a intensidade da relação entre variável independente e variável dependente, pelo que a análise de efeitos de moderação permite identificar factores que alteram a relação entre duas variáveis (Baron e Kenny, 1986). Certos valores da variável independente, perante determinados valores da variável moderadora conduzem a níveis diferentes da variável dependente. Os moderadores são habitualmente variáveis estáveis como variáveis sociodemográficas (género, idade, grupo étnico, por exemplo) ou os traços de personalidade (Aiken West, 1991). No presente estudo, colocámos a hipótese de os

Valores Humanos terem um papel moderador na relação entre incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade, sem especificarmos que dimensões dos Valores exerceriam essa função. De acordo com Baron e Kenny (1986) ao contrário do que se passa com a variável mediadora não é exigido à variável moderadora que se correlacione com a variável independente. O quadro 8.24 resume as correlações que as diferentes dimensões dos Valores Humanos estabelecem quer com a Incapacidade por Lombalgia quer com a dimensão da Espiritualidade a Unidade com o Universo.

Quadro 8.24 – Correlações das dimensões dos Valores com a Incapacidade por Lombalgia e com a Unidade com o Universo

Dimensões dos Valores Humanos	Incapacidade por Lombalgia	Unidade com o Universo
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,091	0,261**
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,096	0,247**
Dimensão Existencial	0,036	0,194**
Investimento Noético	0,163*	0,312**
Investimento Religioso	0,112	0,401**
Investimento intelectual e Autocontrolo	0,208**	0,227**
Relacionamento Interpessoal	0,121	0,163*
Corporalidade e hedonismo	0,047	0,160*
Valor Global	0,143*	0,341**

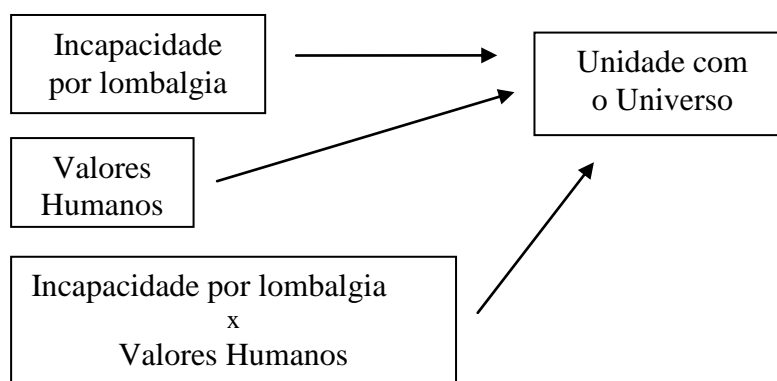
$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$

O facto de a maioria dos Valores Humanos não apresentar correlação significativa com a Incapacidade por Lombalgia não impede possam actuar como moderadores, pelo que qualquer das dimensões dos Valores Humanos pode ter uma acção moderadora. Desta

forma iremos testar o efeito moderador dos diferentes Valores Humanos na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

Para o cálculo da moderação é necessário criar uma nova variável que resulta do produto da variável independente pela variável moderadora em estudo (variável de interacção), fig. 8.3.

Fig 8.3 – Modelo de regressão múltipla para testar a acção moderadora dos Valores Humanos sobre a relação entre Incapacidade por Lombalgia e Unidade com o Universo.



Ao criar uma nova variável que resulta do produto de outras duas podem surgir problemas de multicolineariedade que se traduzem por correlações espúrias entre a variável independente, a variável moderadora e a variável de interacção. Estes problemas podem ser evitados se as variáveis independente e moderadora forem centradas antes de se proceder ao cálculo da variável de interacção. O efeito de moderação é testado através de um modelo de regressão múltipla hierárquica, em que se introduz num primeiro bloco as variáveis independente e moderadora e depois, num segundo bloco, a variável de

interacção. Se a introdução desta última variável produzir um aumento significativo do R^2 , face à percentagem de variância explicada pelo bloco anterior (variável independente + variável moderadora), então o efeito moderador é estatisticamente significativo.

O quadro 8.25 apresenta o efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

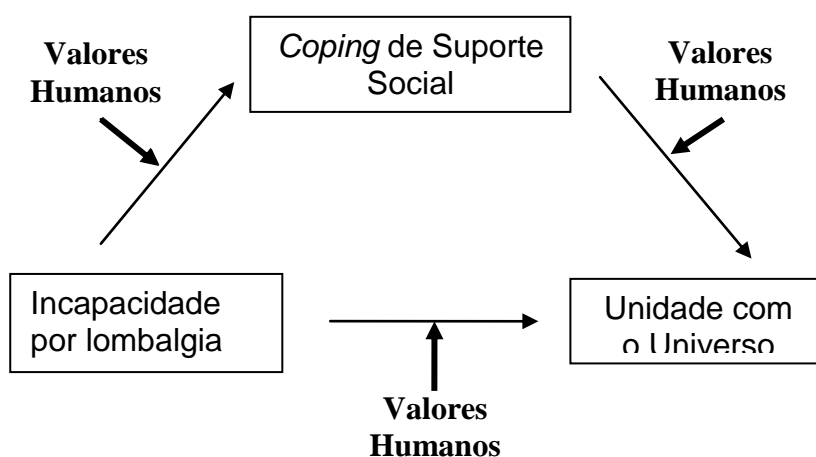
Quadro 8.25 – Pesquisa do efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo.

Moderação	Varição do R^2	<i>p</i>
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0.002	0,551
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0.007	0,217
Dimensão existencial	0,000	0,908
Investimento noético	0.000	0,888
Investimento religioso	0,004	0,366
Investimento intelectual e autocontrolo	0.000	0.750
Relacionamento interpessoal	0,007	0,244
Corporalidade e hedonismo	0,001	0,647
Valores Globais	0.007	0,233

Da análise do quadro 8.25 verifica-se que nenhuma das dimensões dos Valores Humanos parece interagir com a Incapacidade com Lombalgia, de forma a induzir uma alteração significativa de R^2 . Ou seja, o efeito da Incapacidade por Lombalgia sobre a dimensão espiritual Unidade com o Universo parece não ser afectado por nenhum dos Valores Humanos, rejeitando-se assim a hipótese de moderação.

No entanto, pelo facto da relação entre Incapacidade por Lombalgia e Espiritualidade ser mediada pelas Estratégias de *coping*, é possível que os efeitos moderadores dos Valores Humanos se manifestem ao nível dessa mediação – tratar-se-ia então de uma situação mediação moderada (Wu e Zumbo, 2008). Nestes casos o moderador tem um papel na explicação da mediação ao alterar a força da relação entre as variáveis. Na fig. 8.2 definiu-se um triângulo de mediação em que o *Coping* de Suporte Social mostrava uma acção mediadora na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo. A avaliação da acção moderadora dos Valores Humanos pode exercer-se em qualquer uma das arestas do triângulo de mediação. Não se tendo verificado efeito de moderação na aresta “Incapacidade por Lombalgia → Unidade com o Universo”, resta avaliar a presença desse efeito nas arestas “Incapacidade por Lombalgia → *Coping* de Suporte Social” e “*Coping* de suporte Social → Unidade com o Universo”, fig. 8.4

Fig. 8.4 – Efeitos de mediação moderada pelos Valores Humanos.



Passamos assim a analisar a acção moderadora dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e o *Coping* de Suporte Social, quadro. 8.26

Quadro 8.26 – Efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre Incapacidade por Lombalgia e o *Coping* de Suporte Social.

Moderação	Varição do R²	p
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,000	0,963
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,000	0,883
Dimensão Existencial	0,000	0,766
Investimento Noético	0,000	0,934
Investimento religioso	0,006	0,230
Investimento Intelectual e Autocontrolo	0,001	0,613
Relacionamento Interpessoal	0,005	0,324
Corporalidade e Hedonismo	0,011	0,135
Valores Globais	0,000	0,908

Através da análise do quadro 8.26 é possível verificar que nenhuma das dimensões dos Valores Humanos desempenha acção moderadora da relação, entre a Incapacidade por Lombalgia e o *Coping* de Suporte Social.

Por fim, resta analisar o eventual efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos a nível do terceiro lado do triângulo de mediação (relação entre *Coping* de Suporte Social e Unidade com o Universo), quadro 8.27.

Quadro 8.27– Efeito moderador das várias dimensões dos Valores Humanos na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo.

Moderação	Variação do R²	<i>p</i>
Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,020	0,043
Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,018	0,056
Dimensão Existencial	0,026	0,021
Investimento Noético	0,008	0,198
Investimento Religioso	0,002	0,528
Investimento Intelectual e Autocontrolo	0,012	0,111
Relacionamento Interpessoal	0,004	0,369
Corporalidade e Hedonismo	0,001	0,648
Valores Globais	0,013	0,102

A análise do quadro 8.27 revela que a Contextualização Normativa e Afirmação de Si tem um efeito moderador significativo na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo. As duas sub dimensões deste Valor Humano – tanto a Dimensão Afectiva e Investimento Profissional como a Dimensão Existencial – surgem como eventuais moderadores. A Dimensão Afectiva e Investimento Profissional tem uma acção moderadora marginalmente significativa ($p = 0,056$), enquanto o efeito moderador da Dimensão Existencial parece ser o mais robusto, contribuindo com perto de 3% para a explicação da variável Unidade com o Universo .

No quadro 8.28 apresenta-se o estudo detalhado dos resultados da moderação exercida pela Contextualização Normativa e Afirmação de Si.

Quadro 8.28 – Efeito moderador da Contextualização Normativa e Afirmação de Si na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo.

Modelo	R	R ²	Varição do R ²	F	p
- <i>Coping</i> de Suporte Social					
- Contextualização Normativa e Afirmação de Si	0,289	0,084	0,084	8,440	0,000
Interacção entre					
- <i>Coping</i> de Suporte Social	0,322	0,104	0,020	4,153	0,043
- Contextualização Normativa					

Verificou-se que a interacção entre a dimensão Contextualização Normativa e Afirmação de Si e o *Coping* de Suporte Social introduziu uma alteração significativa na percentagem de variância explicada do modelo (variação de $R^2 = 0,020$, que corresponde a $p=0,043$). O quadro 8.29 apresenta a análise detalhada do efeito moderador da Dimensão Afectiva e do Investimento Profissional, que é uma sub dimensão da Contextualização Normativa e Afirmação de Si.

Quadro 8.29 – Efeito moderador da Dimensão Afectiva e Investimento Profissional na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo.

Modelo	R	R ²	Varição do R ²	F	p
- <i>Coping</i> de Suporte Social					
- Dimensão Afectiva e Investimento Profissional	0,279	0,078	0,078	7,801	0,000
Interacção entre					
- <i>Coping</i> de Suporte Social	0,310	0,096	0,018	3,684	0,056
- Dimensão Afectiva e Investimento Profissional					

A variação observada no R^2 é 0,018, o que corresponde a um valor marginalmente significativo ($p = 0,056$), pelo que se pode considerar estarmos perante um potencial efeito moderador da Dimensão Afectiva e Investimento Profissional.

Por último no quadro 8.30 analisa-se a acção moderadora da Dimensão Existencial, que é também uma sub dimensão da Contextualização Normativa e Afirmação de Si.

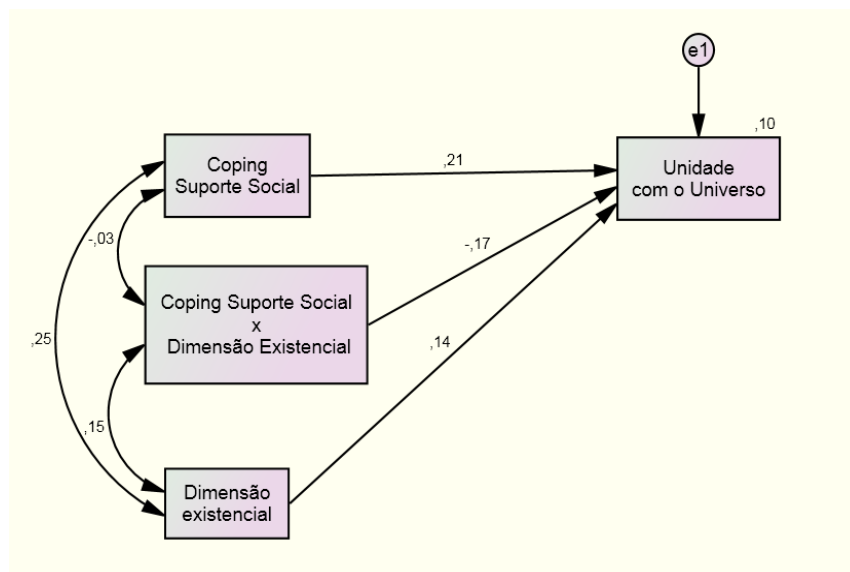
Quadro 8.30 – Efeito moderador da Dimensão Existencial na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo.

Modelo	R	R^2	Varição do R^2	F	p
- <i>Coping</i> de Suporte Social					
- Dimensão existencial	0,269	0,072	0,072	7,224	0,001
Interação entre					
- <i>Coping</i> de Suporte Social e	0,315	0,099	0,026	5,405	0,021
- Dimensão existencial					

A análise do quadro 8.30 revela uma variação do R^2 de 0,026 que se traduz num $p=0,021$ o que atesta o efeito moderador da Dimensão Existencial.

Sendo a Dimensão Existencial aquela que exerce o efeito moderador mais marcado na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo, é necessário especificar o modo como actua essa moderação. A figura 8.5 revela que embora tanto o *Coping* de Suporte Social como a Dimensão Existencial se correlacionem com a Unidade com o Universo, a sua interacção tem um impacto negativo sobre essa dimensão da Espiritualidade. Convém então esclarecer como é exercido esse efeito moderador negativo.

Fig 8.5 - Modelo de moderação da Dimensão Existencial sobre a relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo (coeficientes de regressão padronizados)



Para isso, calcularam-se em primeiro lugar os declives das rectas de regressão entre *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo para valores altos (média + desvio-padrão), médios (média) e baixos (média – desvio-padrão) da Dimensão Existencial, quadro 8.31.

Quadro 8.31 - Efeito moderador da Dimensão Existencial sobre a relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo.

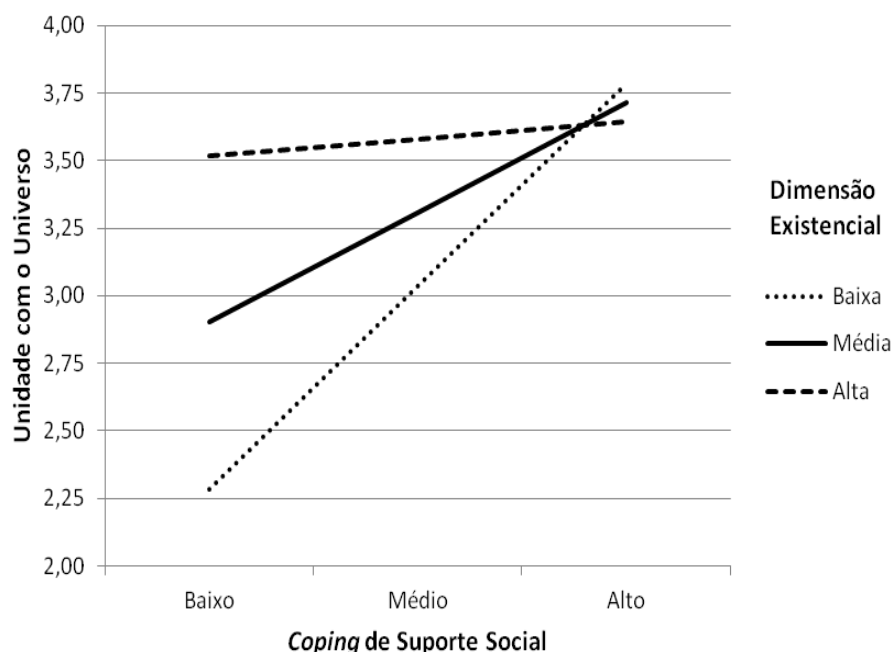
Níveis da Dimensão Existencial	Coef. de regressão (B - declive)	Coef. de regressão padronizado (beta)	t	p
Dimensão Existencial baixa	0,750	0,195	3,847	0,000
Dimensão Existencial média	0,406	0,141	2,871	0,005
Dimensão Existencial alta	0,062	0,214	0,289	0,773

Verifica-se que o valor do declive, expressando a força da relação entre *Coping* de Suporte Social e Unidade com o Universo, diminui quando a adesão à Dimensão

Existencial aumenta: quando a adesão aos valores da Dimensão Existencial é baixa (um desvio-padrão abaixo da média), o aumento de um ponto na pontuação da Estratégia de *Coping* de Suporte Social provoca um aumento significativo de 0,750 pontos na Dimensão Unidade com o Universo ($p = 0,000$); esta relação positiva atenua-se quando a Dimensão Existencial é média, verificando-se que neste caso um aumento de um ponto na Estratégia de *Coping* de Suporte Social provoca um aumento de 0,406 pontos na dimensão Unidade com o Universo ($p = 0,005$); quando a Dimensão Existencial é alta, o efeito do *Coping* sobre a Espiritualidade deixa de ser significativo ($p = 0,773$).

Num segundo momento, seguiram-se as recomendações de Aiken e West, (1991) delineou-se um gráfico onde se representa a relação linear entre *Coping* e Espiritualidade para três níveis da Dimensão Existencial (alto, médio e baixo), fig. 8.6.

Fig 8.6 – Efeito moderador da Dimensão Existencial sobre a relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo



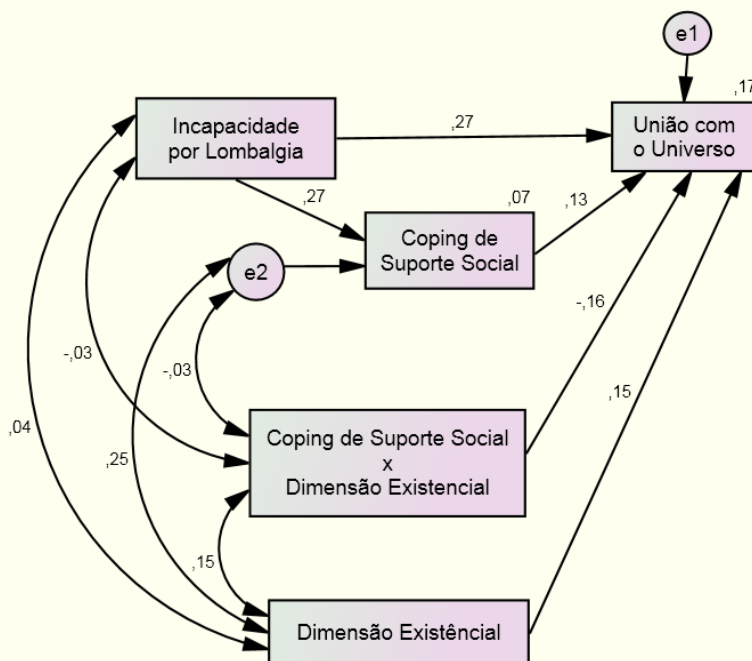
Pela análise do gráfico verifica-se que a relação positiva existente entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo é matizada pelo nível da Dimensão Existencial: quando a Dimensão Existencial tem pouca presença, o *Coping* de Suporte Social influencia claramente a Unidade com o Universo; no entanto, quando o nível de adesão dos participantes à Dimensão Existencial é alto, as variações no *Coping* de Suporte Social parecem não afectar os níveis de Unidade com o Universo, que se mantêm consistentemente elevados. Assim, variações no *Coping* de Suporte Social induzem variações nos níveis de Unidade com o Universo apenas quando a Dimensão Existencial é baixa ou moderada. Uma Dimensão Existencial elevada faz com que os níveis de Unidade com o Universo não dependam do *Coping*.

8 - As Estratégias de *Coping* e os Valores Humanos explicam a relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade (8ª hipótese).

Através da análise das hipóteses de investigação 6 e 7 definiu-se respectivamente um efeito mediador para o *Coping* de Suporte Social na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo e um efeito moderador da Dimensão Existencial sobre essa relação sobre essa relação mediada.

Na presente secção da análise dos resultados, pretendemos estimar globalmente o modelo de mediação moderada, fig. 8.7.

Fig 8.7 - Modelo de mediação moderada em que o *Coping* de Suporte Social exerce um efeito mediador e a Dimensão Existencial um efeito moderador



A análise da fig. 8.7 revela que a introdução simultânea da Dimensão Existencial e da variável de interação entre Dimensão Existencial e *Coping* de Suporte Social no modelo de mediação analisados (ver fig. 8.2) faz aumentar a explicação da variância da Unidade com o Universo de $R^2 = 0,13$ para $R^2 = 0,17$. Esse aumento deve-se tanto ao contributo positivo da Dimensão Existencial para a Espiritualidade (ou seja, quanto mais elevada a dimensão Existencial, mais forte a Unidade com o Universo; $\beta = 0,15$) como ao contributo moderador negativo da Dimensão Existencial sobre a relação entre *Coping* e Espiritualidade (ou seja, quanto mais elevada a Dimensão Existencial mais ténue a relação entre *Coping* de Suporte Social e Unidade com o Universo; $\beta = -0,16$). A redução da associação entre *Coping* e Unidade com o Universo (que era de 0,18 no modelo de mediação e agora se reduz para 0,13) devido à presença da Dimensão Existencial faz com que o efeito indirecto da Incapacidade por Lombalgia sobre a Espiritualidade via *Coping* se atenuem perante valores elevados da Dimensão Existencial.

Capítulo 9 - Discussão das hipóteses de investigação

Discutem-se os resultados e analisam-se as implicações para futuras investigações dentro desta temática.

9 - Discussão das hipóteses de investigação

1. Introdução à discussão das hipóteses de investigação

Neste capítulo expomos a discussão das hipóteses de investigação integradas na moldura teórica que lhes serviu de referência e com base nos resultados estatísticos apresentados no capítulo anterior.

Esta investigação insere-se no apelo deixado por Larson et al. (1997) e repetido por Miller et al. (2003) no *American Psychologist* sobre a necessidade de trabalhos científicos que envolvam a saúde, a espiritualidade e a religião. Miller e colaboradores afirmam que se trata de uma área em que a psicologia tem muito para oferecer mas também muito para aprender. Pensamos que esta área de investigação pode contribuir para ajudar as pessoas mais prejudicadas pelo materialismo desenfreado das últimas décadas dado que a espiritualidade não necessita de tecnologias sofisticadas e está acessível a todos.

O facto de termos associado o estudo da espiritualidade com a lombalgia resultou por um lado de um interesse antigo pelas relações do cérebro com a dimensão espiritual e por outro do tratamento da pessoa com lombalgia fazer parte da nossa actividade profissional diária (Monteiro et al., 2003; Monteiro, 2006). Através da revisão bibliográfica efectuada ficámos convencidos que era possível objectivar em termos científicos o papel da espiritualidade na pessoa com lombalgia. Ao longo deste trabalho procurámos analisar por vários prismas a espiritualidade na pessoa com lombalgia. Consideramos que no ser humano a espiritualidade é algo de subtil para além dos componentes biológico, químico e físico.

2. Discussão das hipóteses de investigação

1ª Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de um reforço da espiritualidade.

Quando da caracterização da amostra concluiu-se através do teste do Qui-quadrado que não havia diferenças em termos de género entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por Lombalgia. A pesquisa de diferenças entre os géneros masculino e feminino a nível da Incapacidade por Lombalgia e da espiritualidade, com o teste t de Student, não revelou alterações significativas. Contudo, Fillingim et al. (2009) numa revisão da literatura verificaram uma maior prevalência de lombalgia na mulher. Esta prevalência na mulher não se acompanha de um maior risco de passar a uma situação de lombalgia crónica. Dado que os grupos de Controlo e com Incapacidade por Lombalgia não tinham diferenças em relação ao género e que por sua vez os géneros não se distinguiam em função da Incapacidade por Lombalgia ou da Espiritualidade investigámos a existência de diferenças a nível da Espiritualidade entre os dois grupos.

Na análise dos resultados verificou-se através do teste t de Student uma diferença significativa entre os dois grupos a nível da Espiritualidade Global e da dimensão da Aceitação do Inexplicável. Embora a diferença a nível das dimensões da Aceitação do Inexplicável e da Unidade com o Universo não fosse significativa entre os dois grupos o Grupo com Incapacidade por Lombalgia apresentou sempre níveis mais elevados de Espiritualidade Global e de todas as suas dimensões.

A perspectiva de Cloninger (2007) para o construto da espiritualidade inclui a procura de algo para além da existência humana gerador de uma sensação de ligação com o universo e com a força unificadora de toda a vida. Nesta perspectiva a espiritualidade é

necessariamente inconsciente dirigindo a pessoa para fora de si mesmo e conduzindo-o à transcendência. A Unidade com o Universo e a Aceitação do Inexplicável associadas a uma esperança e a uma necessidade de viver geram um referencial de significados promotores da saúde.

A diferença na espiritualidade entre os dois grupos vai ao encontro da literatura científica. Wright (2005) considera que as doenças graves levam as pessoas a valorizar as suas crenças espirituais em busca de conforto e de um significado para a vida. Rippentrop (2005) verificou numa amostra com 122 pacientes com dor crónica uma relação directa entre a gravidade do estado de saúde, a espiritualidade e a religião. Contudo, não encontrou uma relação directa entre a intensidade da dor e os níveis de religião e de espiritualidade. Segundo Baetz e Bowen (2008) a doença e a dor podem aumentar os níveis de espiritualidade.

Síntese – A diferença encontrada entre o grupo de Controlo e o Grupo com Incapacidade por Lombalgia é estatisticamente significativa pelo que se confirma a hipótese formulada existindo um reforço da Espiritualidade no grupo com Incapacidade por Lombalgia. Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura científica em que a doença pode fortalecer a Espiritualidade.

2ª Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia acompanha-se de uma alteração das Estratégias de *Coping*.

Verificou-se que todas as dimensões das Estratégias de *Coping*, à excepção do *Coping* de Controlo, estavam mais desenvolvidas no grupo com lombalgia, o que indica que estas estratégias podem estar a ser usadas como forma de lidar com a incapacidade induzida pela lombalgia. As diferenças foram de magnitude reduzida mas significativas, indicando diferenças fiáveis ao nível do *Coping* de Suporte social, do *Coping* de

Retraimento e do *Coping* de Recusa. O predomínio de diferenças ao nível das estratégias de *Coping* Negativo, onde se salientam as características defensivas através do retraimento e da recusa, assinala uma ruptura com a situação causadora de stress (Pronost & Tap, 1996). Desta forma, poder-se-á afirmar que os estudantes ao manterem-se activos, através da frequência das aulas, recusam aceitar o estatuto de doença e agem como se a Incapacidade por Lombalgia não existisse. Por outro lado, a diferença observada ao nível do *Coping* Positivo centra-se na adaptação através do suporte social, uma vez que de entre as diferentes dimensões do *Coping* Positivo – *Coping* de Controlo, *Coping* de Distracção Social e o Suporte Social – apenas a última distinguia significativamente os dois grupos. O facto de se tratar de estudantes sugere que possam estar a beneficiar do suporte dos Colegas e restantes elementos envolvidos no processo educativo. O *Coping* Positivo leva a pessoa a acreditar que, embora leve tempo, a lombalgia vai desaparecer e conseqüentemente vai haver uma melhoria. A aparente contradição de o grupo com Incapacidade por Lombalgia ter níveis elevados de *Coping* Negativo e Positivo pode justificar-se devido ao facto de ao recorrerem em simultâneo ao Suporte Social para se manterem activos e à Recusa em aceitarem as limitações da doença. A Recusa implica a negação do problema agindo como se o problema não tivesse surgido.

É tradicional distinguir o *coping* traço do *coping* estado. Lazarus (1993) considera que o *Coping* estado é um processo em adaptação constante ao contrário do *Coping* traço. Consideramos que o grupo com Incapacidade por Lombalgia evidencia um *Coping* estado que lhe permite uma adaptação constante às dificuldades geradas pela incapacidade.

É necessário salientar que o grupo estudado não é representativo de todas as pessoas com lombalgias porque só inclui indivíduos que continuam activos apesar da incapacidade. As pessoas que ficam acamados ou que não saem de casa terão provavelmente níveis de *Coping* mais baixos.

Síntese – Confirma-se a hipótese formulada de que existem diferenças nas Estratégias de *Coping* entre o grupo saudável e o grupo com Incapacidade por Lombalgia, socorrendo-se este último do *Coping* de Suporte Social e do *Coping* de Recusa para se manter activo.

3ª Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia não se acompanha de uma alteração dos Valores Humanos.

Verificou-se que as diferenças a nível dos Valores Humanos entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por Lombalgia eram, na sua quase totalidade, não significativas. O Investimento Intelectual e Autocontrolo foi a única dimensão da escala de Valores Humanos que apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos; trata-se de uma diferença de magnitude reduzida e que favorece o grupo com Incapacidade por Lombalgia. Esta dimensão relaciona-se com a assertividade e autoconfiança

Os Valores Humanos começam a organizar-se num sistema relativamente estável desde uma idade muito precoce (Andrade et al., 2008). Por isso ocupam uma posição central na organização da pessoa em sociedade, servindo como padrões que orientam as escolhas. Esta estabilidade dos Valores leva a que se mantenham relativamente intactos não sofrendo alterações em espaços curtos de tempo (Fernandes e Almeida, 2008). Portanto, não se espera que a Incapacidade por Lombalgia possa alterar os Valores Humanos. Verificou-se que só duas das dimensões dos Valores Humanos apresentavam uma correlação significativa com a Incapacidade por Lombalgia; o Investimento Intelectual e Autocontrolo e o Investimento Noético.

Embora os resultados sugiram que os Valores Humanos do indivíduo não se alterem perante a Incapacidade por Lombalgia, podemos especular sobre a razão para

observar uma associação entre Lombalgia e as dimensões axiológicas Investimento Intelectual e Autocontrolo e Investimento Noético. Tratando-se de um grupo de estudantes em actividade quotidiana, podemos considerar que os Valores em questão, estando ligados à auto-confiança, à auto-satisfação e busca do sentido da vida, terão assumido um papel relevante na opção dos participantes em continuar a sua actividade mesmo apesar da incomodidade trazida pela lombalgia.

Segundo Hessen (2001) a teoria dos valores inclui a ética, a estética e a religião, o que pode justificar a correlação significativa dos valores humanos com a espiritualidade. Baetz et al. (2006) estudaram os valores espirituais e verificaram uma correlação entre níveis elevados de valores espirituais e doença psiquiátrica. Esta associação não significa a adopção de valores espirituais conduza à doença psiquiátrica mas poderá dever-se a uma tentativa de usar a espiritualidade como um refúgio para a doença.

Síntese – As diferenças a nível dos Valores Humanos entre o grupo de Controlo e o grupo com Incapacidade por Lombalgia foram pouco significativas. O Investimento Intelectual e Autocontrolo, relacionado com a assertividade e autoconfiança, foi a única dimensão que distinguiu de forma estatisticamente fiável os dois grupos. Consideramos que se confirmou a hipótese de a Incapacidade por Lombalgia não conduzir a uma alteração dos Valores Humanos.

4ª Hipótese: A Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade.

Confirmou-se uma correlação entre a Incapacidade por Lombalgia a Espiritualidade Global e duas das suas dimensões no grupo com Incapacidade por Lombalgia. A correlação mais forte foi entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo que atingiu o valor de 0,31. Não se verificou correlação significativa entre a Incapacidade

por Lombalgia e a Capacidade de Abstracção. Vários estudos apontam para correlações entre doença e espiritualidade (Hummer et al., 1999; Miller et al., 2003; Powell et al., 2003; Ironson et al., 2006; Baetz et al., 2008). Segundo Rippentrop et al. (2005) a dor crónica pode levar a um desenvolvimento da espiritualidade e da religiosidade. Por sua vez este crescimento da espiritualidade ou da religiosidade pode influenciar a percepção da dor atenuando-a. A Espiritualidade pode surgir reforçada na Incapacidade por Lombalgia através de um recurso interno que favorece a aceitação da Incapacidade e que ao mesmo tempo contribui para a recuperação (Marques, 2003). Baetz et al. (2006) não verificaram uma correlação entre espiritualidade e doença crónica mas, concluíram que a prática religiosa se acompanhava de uma melhor qualidade em termos de saúde. O facto de os dados recolhidos não terem uma evolução temporal não permite ter a certeza sobre a direcção da causalidade.

Síntese – Confirmou-se a hipótese formulada de que a Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade o que está de acordo com a literatura científica mais recente. Contudo os dados recolhidos não permitem confirmar a direcção da causalidade.

5ª Hipótese: As Estratégias de *Coping* correlacionam-se com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade.

Na análise dos resultados verificou-se que o *Coping* Total e o *Coping* Positivo se correlacionavam com a Incapacidade por Lombalgia enquanto o *Coping* Negativo não apresentava correlação significativa. O *Coping* de Recusa e o *Coping* de Retraimento, dimensões do *Coping* Negativo, também não se correlacionam com a Incapacidade por Lombalgia. Das dimensões do *Coping* Positivo que incluem o *Coping* de Controlo, o *Coping* de Suporte Social e o *Coping* de Distracção Social apenas este último não se

correlaciona com a incapacidade por Lombalgia. O *Coping* de Suporte Social foi a dimensão das Estratégias de *Coping* com a correlação mais significativa com a Incapacidade por Lombalgia. Segundo Tap et al. (2005) o *Coping* de Suporte Social resulta da conjugação dos campos comportamental, cognitivo e afectivo. O campo comportamental envolve os processos pelos quais se prepara e gere a acção, o campo cognitivo trata as informações provenientes do acontecimento em função da situação, e o campo afectivo inclui em simultâneo as reacções emocionais e os sentimentos que permitem legitimar os actos e as aspirações. Esta forma de *coping* caracteriza-se pelo desejo de ajuda, de compreensão e de conforto podendo envolver a procura de um trabalho colectivo.

Em relação às correlações entre as Estratégias de *Coping* e a Espiritualidade verifica-se que a dimensão a nível das Estratégias de *Coping* com a correlação mais elevada é o *Coping* de Suporte Social enquanto a nível da Espiritualidade é a Unidade com o Universo. Pargament et al. (1998) consideram que a religião e a espiritualidade fazem parte das estratégias de *coping* perante a doença. Abraido-Lanza et al. (2004) e Bussing et al. (2009) estudaram a espiritualidade como estratégia de *coping* em doentes com dor crónica. Segundo Watchholtz et al. (2007) as estratégias de *coping* espiritual podem funcionar através de uma sensação de paz e segurança com redução da ansiedade.

O Suporte Social surgiu neste estudo como a estratégia de *coping* que apresenta a maior correlação com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade. Moos e Billings (1982) consideram que o Suporte Social é uma das características mais estáveis dentro das estratégias de *coping* de uma pessoa. Segundo Ribeiro (1999) a percepção de suporte social elevado tem efeitos protectores e amortecedores da doença física e mental, contribuindo também para a sua recuperação. Magaya et al. (2005) consideram o suporte social como um dos factores psicossociais mais importantes na relação saúde doença

facilitando os esforços para lidar com o stresse. Para além da importância atribuída ao *coping* de suporte social por diversos autores Baetz e Bowen (2008) consideram que as estratégias de *coping* podem ser trabalhadas com benefício nos doentes com dor crónica.

Síntese – Confirmou-se que as Estratégias de *Coping* se correlacionam com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade. O *Coping* de Suporte Social surgiu como a dimensão das Estratégias de *Coping* com a correlação mais significativa a nível da Incapacidade por Lombalgia e da Espiritualidade.

6ª Hipótese: As Estratégias de *Coping* têm uma acção mediadora na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como um conjunto de comportamentos de base cognitiva, em mudança constante, que se destinam a responder a exigências internas ou externas que excedem os recursos da pessoa. Este conceito de *coping* adapta-se bem ao conceito de mediador definido por Hombeck (1997) onde a variável mediadora se transforma em função da variável independente. Folkman e Lazarus (1988) estudaram o *coping* como variável mediadora a nível da emoção. Contudo, o *coping* também pode ser tratado como uma variável moderadora dependendo do enquadramento teórico em causa (Lewis e Kiewer, 1996).

Verificou-se que o *Coping* de Suporte Social se correlaciona com a Incapacidade por Lombalgia e com a Unidade com o Universo cumprindo os critérios iniciais para a ser avaliado como mediador (Baron e Kenny, 1986). Através da regressão múltipla efectuada verificou-se que havia uma redução correlação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo com a introdução do *Coping* de Suporte Social. Neste caso o teste de Sobel confirmou que a mediação parcial induzida pelo *Coping* de Suporte Social era estatisticamente significativa dando força à hipótese de o Suporte Social se modificar

face à incapacidade por lombalgia de forma a reforçar a Espiritualidade. O *Coping* de Controlo, o *Coping* Positivo e o *Coping* Total evidenciaram uma acção mediador parcial mais fraca que a do *Coping* de Suporte Social. Ribeiro (1998) no estudo conservador de adaptação ao contexto português do *Ways of Coping Questionnaire* salientou a importância do Suporte Social como a estratégia de *coping* mais utilizada pelas pessoas. Dentro das estratégias de *coping* o Suporte Social tem sido abordado como um mediador a nível nos estudos em saúde (Rutter e Quine, 1996). Na mesma linha de investigação Daaleman e Frey (2004) e Williams e Sternthal (2007) consideram que o Suporte Social, ou a integração numa comunidade são mediadores associados à espiritualidade e à incapacidade por lombalgia. Oman e Thoresen (2002) apontam várias explicações para o efeito positivo, a nível da saúde, causado pela espiritualidade e que passam por: uma melhoria do suporte social, comportamentos mais saudáveis e estados psicológicos mais favoráveis que actuam sobre os mecanismos neuroimunológicos.

Síntese - Confirmou-se que o *Coping* de Suporte Social apresenta um efeito mediador parcial na relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo contribuindo para o fortalecimento da Espiritualidade. A importância assumida pelo *Coping* de Suporte Social neste estudo vai ao encontro da literatura científica onde assume um papel dominante nas estratégias de *Coping* que fazem face à doença.

7ª Hipótese – Os Valores Humanos são moderadores da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade.

A relação entre a doença e a espiritualidade é reconhecida em termos científicos e na presente investigação já se tinha verificado que a Incapacidade por Lombalgia é preditora da Espiritualidade. Os Valores Humanos determinam a forma como a pessoa

avalia o sofrimento e a incapacidade. Pretendemos analisar se existe uma relação de moderação entre a variável Incapacidade por Lombalgia e a variável Unidade com o Universo. A variável moderadora deve ser imune às alterações da variável independente, conduzindo a níveis diferentes de Unidade com o Universo. Embora não seja obrigatório que o moderador se correlacione com as variáveis independente e dependente, verificou-se que os Valores Humanos apresentam correlações com a Incapacidade por Lombalgia e com a Espiritualidade. Contudo, as correlações dos Valores Humanos são mais fracas com a Incapacidade por Lombalgia do que com a Espiritualidade. Testou-se a moderação das várias dimensões dos Valores Humanos em primeiro lugar na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo não se tendo verificado moderação a nível de nenhuma das dimensões. De seguida testou-se o efeito moderador dos Valores Humanos na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e o *Coping* de Suporte Social e também não se verificou qualquer moderação. Por último testou-se a moderação dos Valores Humanos a nível da relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo tendo-se verificado que Dimensão Existencial era a que melhor desempenhava a função de moderação. Segundo Nunes (2011) a Dimensão Existencial analisa os referenciais da pessoa quanto à sua forma de estar no mundo. Uma pessoa com níveis elevados na Dimensão Existencial dá importância ao poder pessoal, à integridade e à manutenção das normas. De facto o Existencialismo, tal como foi definido por Sartre, implica que a existência precede a essência e que as escolhas do homem são livres mas causadores de angústia (Sartre, 2004). Contudo ao existencialismo ateu de Sartre pode contrapor-se o existencialismo cristão de Kierkegaard com a valorização da fé cristã como meio de salvação (Vattimo et al, 2002). Os valores humanos e a religião interferem nos mecanismos de *coping* e as crenças religiosas podem ajudar a aceitar a doença desempenhando um duplo papel ao permitir estratégias de *coping* mais eficazes e um

fortalecimento da espiritualidade (Baider, 2001). Contudo, a dimensão Existencial ao interagir com as estratégias de *Coping* de Suporte Social leva a um enfraquecimento da Espiritualidade com uma redução da Unidade com o Universo. Parece haver um antagonismo entre a valorização da dimensão Existencial, com características individuais, e a dimensão de Suporte Social com características colectivas, quando se trata de fortalecer a espiritualidade em especial no diz respeito à Unidade com o Universo.

Síntese – Confirmou-se que a Dimensão Existencial, uma das dimensões dos Valores Humanos, apresenta uma acção moderadora na relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo. Esta moderação traduz-se num enfraquecimento da relação do *Coping* de Suporte Social com a Espiritualidade. Embora a dimensão Existencial se correlacione com a Unidade com o Universo a interacção da dimensão Existencial com o *Coping* de Suporte Social contraria o desenvolvimento da Espiritualidade.

8ª Hipótese – As Estratégias de *Coping* e os Valores Humanos explicam a relação entre Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade

Nas hipóteses anteriores verificou-se que as Estratégias de *Coping* através do *Coping* de Suporte Social exerciam um efeito mediador na relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Unidade com o Universo uma das dimensões da Espiritualidade. Por outro lado os Valores Humanos através da Dimensão existencial têm uma acção moderadora sobre a relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Unidade com o Universo. À relação de mediação exercida pelo *Coping* de Suporte Social junta-se a moderação da Dimensão Existencial a nível da relação do *Coping* de Suporte Social com a Unidade com o Universo configurando-se uma relação de mediação moderada (Baron e Kenny, 1986). O *Coping* de Suporte Social contribui para o fortalecimento da Espiritualidade em particular

na sua dimensão de Unidade com o Universo. Pelo contrário a Dimensão Existencial dos Valores ao interagir com o mediador *Coping* de Suporte Social enfraquece a Unidade com o Universo. O conceito de mediador parcial implica que a variável mediadora explica parte da relação entre as variáveis dependente e independente. Neste caso o *Coping* de Suporte Social explica de forma parcial como é que a Incapacidade por Lombalgia se transforma em Unidade com o Universo. A moderação associada exercida pela Dimensão Existencial leva a uma interacção que se acompanha de uma correlação negativa com a Unidade com o Universo levando ao seu enfraquecimento.

Síntese – Confirmou-se que existe uma mediação moderada a nível da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade em que o *Coping* de Suporte Social explica parte da Espiritualidade, induzida pela Incapacidade por Lombalgia, e a Dimensão Existencial contraria o fortalecimento da Unidade com o Universo.

3. Conclusão da discussão das hipóteses de investigação

A maior parte das investigações na área da Psicologia da Saúde que têm estudado a espiritualidade e a religiosidade analisam a importância destas variáveis na manutenção da saúde através do estudo de populações normalmente saudáveis e idosas. Koenig et al. (1999), McCulough et al. (2000), Miller et al. (2003) e Powell et al. (2003) verificaram uma redução da taxa de mortalidade nas pessoas que assistiam a Serviços Religiosos. Nesta investigação seguimos uma linha inversa que procura compreender o desenvolvimento da espiritualidade como reacção à doença (Ironson et al., 2006; Denney et al., 2010). Os dados recolhidos apontam para aquilo que tem vindo a ser escrito, cada vez com mais frequência, e que é a importância da Espiritualidade na saúde.

Partimos da hipótese de que a Espiritualidade era diferente nas pessoas com e sem Incapacidade por Lombalgia. Na nossa prática clínica temos verificado que o modelo biomédico não explica de forma satisfatória a evolução da pessoa com lombalgia, pelo que a interferência de variáveis psicológicas nesse processo seria altamente provável. Através do presente estudo confirmou-se existir uma diferença a nível da espiritualidade nas pessoas com e sem incapacidade por lombalgia, apresentando os participantes com incapacidade níveis mais elevados de espiritualidade. Observou-se ainda uma correlação positiva entre o grau de Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade. Estes dados vão ao encontro do defendido pelo modelo biopsicossocioespiritual (Sulmasy, 2002; Wachholtz, 2007). Contudo, o presente estudo não permite comprovar uma relação de causalidade entre o aparecimento da Incapacidade por Lombalgia e o aumento da Espiritualidade. Um estudo longitudinal com observações seriadas, em vez de uma única observação transversal, poderá contribuir para confirmar a direcção da relação que se estabelece entre estas variáveis. Por outro lado, um estudo longitudinal permitiria ainda

seguir a evolução das pessoas e perceber se a o incremento de espiritualidade se acompanhava de benefícios, retroagindo assim sobre a lombalgia. Iroson e colaboradores (2006) confirmaram, através de um estudo longitudinal, não só um aumento da Espiritualidade em cerca de 45% dos doentes após o diagnóstico de HIV como um melhor prognóstico naqueles em que a Espiritualidade tinha sido reforçada.

A comparação entre os grupos com Incapacidade por Lombalgia e de Controlo mostrou que os Valores Humanos são relativamente estáveis entre as duas populações mas que as Estratégias de *Coping* diferem, apresentando valores médios sistematicamente mais elevados no grupo com Incapacidade por Lombalgia. A análise do eventual papel mediador e moderador destas variáveis ajudou a compreender a relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade. Assim, o *Coping* de Suporte Social, um dos factores psicossociais mais importantes na relação entre saúde e doença, surgiu como um mediador parcial e a Dimensão Existencial como um moderador, configurando um modelo de mediação moderada. Estes achados vão ao encontro da literatura científica, embora não estivessem descritos de uma forma directa na pessoa com lombalgia. Esperamos que a clarificação da relação entre a Incapacidade por Lombalgia e a Espiritualidade, através da especificação de mecanismos de mediação que envolvem estratégias de *Coping* e de mecanismos de moderação que envolvem os Valores, venha a ter implicações futuras no acompanhamento da pessoa com Incapacidade por Lombalgia.

O facto de a amostra de participantes com incapacidade por lombalgia corresponder a pessoas que mantêm uma actividade quotidiana levanta a hipótese de os maiores níveis de Espiritualidade aí observados poderem contribuir para o seu bem-estar. Partindo deste princípio, os profissionais de saúde que apoiam estas pessoas deveriam criar condições que promovessem o reforço da vertente espiritual. Para o fazerem têm de estar alertados para a importância da espiritualidade e não terem medo de a abordar com o receio de ofender os

pacientes. O facto de o *Coping* de Suporte Social surgir como um mediador parcial da relação da Incapacidade por Lombalgia com a Espiritualidade sugere que esta dimensão deve ser fortalecida nestas pessoas. Contudo, a importância do *Coping* de Suporte Social parece depender da Dimensão Existencial dos Valores; esta dimensão que valoriza as características individuais, considerando que a existência precede a essência, vai enfraquecer a relação entre o *Coping* de Suporte Social e a Espiritualidade, pelo que nas pessoas que aderem aos valores existencialistas a adopção de estratégias de suporte social para lidar com a incapacidade por lombalgia não acarreta um aumento da espiritualidade.

Pode perguntar-se como é que se pode levar os pacientes a tirar partido dos benefícios da espiritualidade. Para esse efeito é necessário desenvolver um modelo que estabeleça as relações entre Espiritualidade e Saúde e que permita delinear as intervenções apropriadas. Até lá é preciso apoiar a Espiritualidade dos pacientes através de órgãos especializados como os serviços pastorais, salvaguardando as crenças dos doentes e dos profissionais ligados à saúde.

Uma das limitações desta investigação prende-se com a constituição do grupo com Incapacidade por Lombalgia e do grupo de Controlo. Embora cerca de 400 pessoas seja um número de participantes significativo trata-se de uma população universitária que pode não ser representativa da população em geral. O motivo da escolha da população universitária deveu-se ao facto de se pretender uma população homogénea aquando da comparação dos grupos no que diz respeito à Espiritualidade, aos Valores Humanos e às Estratégias de *Coping*. Por outro lado, considerámos que as escalas da Espiritualidade e de *Coping* envolvem conceitos que obrigam a um certo desenvolvimento cultural. No entanto, a generalização das conclusões deste estudo fica necessariamente limitada pela escolaridade elevada dos participantes. Outra limitação do estudo resulta da recolha da informação se ter efectuado num único momento, impedindo assim uma perspectiva dinâmica

relativamente às variações da Espiritualidade ao longo do tempo, ao longo da evolução da lombalgia. A inclusão no estudo de uma série de outras variáveis associadas à Espiritualidade em contexto de saúde, tais como a Crença Religiosa, o Bem-estar, a Depressão e o Stresse poderia ter ajudado a esclarecer outros aspectos da manifestação da Espiritualidade em pessoas com incapacidade por lombalgia.

O aumento da esperança de vida e os avanços nas técnicas de diagnóstico e de tratamento tem levado a uma escalada nos custos da saúde. A maioria dos países não está a conseguir suportar estes custos. Se a situação se mantiver, os cidadãos, mais tarde ou mais cedo, vão acabar por ter uma assistência de pior qualidade. A Psicologia da Saúde, ao usar uma metodologia mais centrada na pessoa e na prevenção do comportamento de risco e não nas altas tecnologias, pode vir a inverter o crescimento dos custos com a saúde. Por outro lado, o fortalecimento da Espiritualidade está associado ao Bem-estar, envolvendo baixos custos e podendo contribuir para que a doença seja melhor tolerada ou mesmo evitada. Pensamos que a Espiritualidade, nas próximas décadas, vai assumir uma importância cada vez maior como contraponto a uma sociedade cada vez mais materialista.

Procurou-se estabelecer uma investigação ligada a um problema prático – o tratamento da pessoa com lombalgia. Espera-se que a ligação estreita entre a nossa prática profissional e a investigação possa gerar um movimento cíclico em que a investigação gere uma melhor prática que por sua vez conduza a nova investigação.

Ao terminar esta discussão estamos convictos que embora haja um longo caminho a percorrer para explicar as relações entre a saúde, a religião e a espiritualidade, não o vamos abandonar e temos esperança de atrair outros investigadores para a área da Espiritualidade na Psicologia da Saúde. Esperamos ter contribuído dentro das nossas possibilidades ao apelo deixado por Larson et al. (1997) e repetido por Miller et al. (2003) para que se façam estudos nesta área.

O nosso grande objectivo é ajudar a pessoa que enfrenta a incapacidade e a dor a viver mais e melhor.

Considerações finais

Devemos confessar que começámos a investigação com certezas infundadas que rapidamente se transformaram num turbilhão de dúvidas ao contactar a realidade dos factos. Pelas mais variadas razões foi necessário um esforço para manter acesa a candeia que ia iluminando o caminho da investigação. Várias vezes foi preciso parar e reflectir para poder prosseguir em segurança. O diálogo frutuoso com os orientadores foi um incentivo e um apoio nestes momentos difíceis. Contudo, o desenrolar da investigação foi uma oportunidade para desenvolver uma importante revisão da literatura científica que nos permitiu analisar, avaliar, criticar e sistematizar, os conhecimentos que usamos no tratamento da pessoa com lombalgia. Em termos profissionais a investigação funcionou como uma lupa ao permitir ver com clareza aspectos da actividade assistencial que passavam despercebidos na rotina diária. Contudo a conjugação da actividade profissional, com o ensino e a investigação obriga a uma disciplina rigorosa na gestão do tempo.

Houve uma necessidade de cruzar conhecimentos multidisciplinares que envolveram grandes áreas como: a Psicologia, a Filosofia, a Estatística e a Medicina. Para além do trabalho teórico e do rigor científico a investigação estimulou a intuição e a imaginação para ultrapassar as dificuldades aparentemente insolúveis que foram surgindo.

Embora a minha formação de base seja baseada no modelo biomédico este sempre me pareceu insuficiente na abordagem dos problemas da coluna. O envolvimento com a Psicologia da Saúde levou-me a evoluir inicialmente para uma perspectiva biopsicossocial e posteriormente para um modelo biopsicossocioespiritual. A dor em geral e a lombalgia em particular dependem de factores biológicos mas os factores psicossocioespirituais são

muito importantes especialmente nas dores crónicas. Os limites da cirurgia à coluna e a importância destes factores não biológicos na recuperação do doente foram-se tornando cada vez mais claros ao longo da investigação.

Para muitos investigadores o estudo da religião e da espiritualidade não é científico e representa um retrocesso. Consideramos que a espiritualidade e a ciência são distintas mas esperamos que a espiritualidade se aproxime da ciência e que a ciência se torne metafísica para poderem cooperar para o bem da humanidade. Depositamos uma grande esperança na Psicologia para a construção da tão desejada ponte entre a ciência e a religião através das suas vertentes humanística e científica. A Psicologia da Religião pode permitir uma compreensão diferente da vida espiritual refrescando os antigos dogmas. Contudo a religião existe e continuará a existir independentemente da compreensão dos seus mecanismos e dos estudos que se possam vir a ser feitos.

O facto de desenvolvermos uma investigação na área da Psicologia da Saúde tendo uma formação de base médica mostra a mudança dos tempos e a importância que tem vindo a ser conferida à multidisciplinaridade. Não duvido que com esta investigação aprendemos muito, mas também surgiram muitas perguntas que aguardam uma resposta. Esperamos que com o desenrolar do tempo e com trabalho que essas respostas vão surgindo.

O estudo da espiritualidade no âmbito da Psicologia da Saúde é um processo complexo devido às suas características dinâmicas e multidimensionais mas é também um campo fascinante ao transcender a natureza humana.

Bibliografia

Bibliografia

- Abel, O., Porée, J. (2010). *Vocabulário de P. Ricoeur*. Coimbra: Edições Minerva Coimbra.
- Abitbol, J.J., Hong, S, Khan, S., Wang, J.C. (2010). Dynamic MRI of the Spine. In Szpalski, M. et al, (eds) *Surgery for low back pain (39-46)*. London: Springer.
- Abraido-Lanza, A. F., Vasquez, E., Echeverria, S. E. (2004). En las manos de dios [In God's hands]: Religious and other forms of *coping* among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 91-102.
- Aiken, L.S., West, S.G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park; CA: Sage.
- Almeida, L.B. (2004). *O sortilégio de Pandora*. Portugal: Gradiva.
- Almeida, L.B. (2005). *Do cérebro de Lenine à proteína suicida*. Portugal: Gradiva.
- Almeida-Matos, M., Santos-Gusmão, M. (2008). Valor diagnóstico da ressonância magnética na avaliação da dor lombar. *Rev. Salud Pública*, 10 (1):105-11.
- Ambrósio, G. (2004). Religião. In Legora, C.C., Lamarque, L., Sabbadini, S., (Eds). *Christos enciclopédia do cristianismo (pp, 765-766)*. Lisboa: Verbo.
- Anastasi, A., Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Anderson, D.G., Vaccaro, A.R. (2007). *Decision making in spinal care*. New York: Thieme.
- Andersson, G.B. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet.*, 354(9178): 581-585.
- Andersson, G. (2008). Chronic pain and praying to a higher power: Useful or useless? *Journal of Religious Health*, 47: 176-187.

-
- Andrade, M.W., Camino, C., Dias M.G. (2008). O desenvolvimento de valores humanos dos cinco aos 14 anos de idade: Um estudo exploratório. *Interna. J. Psychol.* 42(1):19-27.
- Angerami, V.A. (2002). *Novos rumos na psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Antunes, A., Estanqueiro, A., Vidigal, M. (2000). *Dicionário breve de filosofia*. Lisboa: Editorial Presença.
- APA Task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research patterns, problems and potentials. *American Psychologist*, 31:263-274.
- Apkarian, A.V., Sosa, Y., Krauss, B.R. et al. (2004). Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. *Pain* 108:129 –136.
- Apkarian, A.V., Sosa, Y., Sonty, S. (2004a). Chronic Back Pain Is Associated with Decreased Prefrontal and Thalamic Gray Matter Density. *The Journal of Neuroscience*; 24(46):10410 –10415.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psic., Saúde e Doenças*, 1(1):101-112.
- Aris, A. (2002). *A medicina na pintura*. Lisboa: Chaves Fereira – Publicações , S.A.
- Aristóteles (2009). *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Atlas Editora.
- Baetz, M., Bowen, R., Jones, G. (2006). How Spiritual Values and Worship Attendance Relate to Psychiatric Disorders in the Canadian Population. *Can J Psychiatry*, 51: 10, 654-661.
- Baetz, M., Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: associations with religion and spirituality. *Pain Res Manag*, 13(5): 383-386.

-
- Baider, L., Holland, J.C., Russak, S.M., De-Nour, A.K. (2001). The system of belief inventory (SBI-15): a validation study in Israel. *Psycho-oncology* 10: 534-540.
- Bancroft, A. (1991). *As origens do sagrado*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Baron, R.M., Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological reaserch: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6): 1173-1182.
- Bender, C. (2003). *Heaven's kitchen: living religion at God's Love We Deliver*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B., Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19: 787-805.
- Bigos, S.J. (1986). Back injuries in industry: a retrospective study (III). Employee related factors. *Spine*, 11: 252-256.
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability, a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4): 219-231.
- Blais, M. (1980). *L'échelle des valeurs humaines*. Montréal: Les Éditions Fides.
- Bleicher, J. (1980). *Hermêutica contemporânea*. Lisboa: Edições 70.
- Bond, T.G., Fox, C.M. (2007). *Applying the Rasch model: fundamental measurements in the human sciences*. New York: Routleddge.
- Borges, L.O., Argolo, J.C., Baker, M.C. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(1): 34-43.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2:576-582.

-
- Brandão, J.L. (2002). *Introdução à Epistemologia. Conhecimento, Verdade e História*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Brawer, P.A., Handal, P.J., Anthony N. Fabricatore, A.N. (2002). Training and Education in Religion/Spirituality Within APA-Accredited Clinical Psychology Programs, *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2): 203-206.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – *Coping* or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10:1-18.
- Brunori, A., De Caro, G.M., Giuffrè, R. (1998). Surgery of lumbar disk hernia: historical perspective. *Ann Ital Chir*, 69(3):285-93.
- Brybaert, M., Rastle, K. (2009). *Historical and conceptual issues in psychology*. London: Pearson Education.
- Budin, W.C. (2001). Birth and Death: Opportunities for Self-Transcendence. *J Perinat Educ*, 10(2): 38–42.
- Burket, W. (2001). *A criação do sagrado*. Lisboa: Edições 70.
- Burns, J.W. (2006). Arousal of Negative Emotions and Symptom-Specific Reactivity in Chronic Low Back Pain Patients. *Emotion*, 6(2):309-319.
- Burton, A.K., Clarke, R.D., McClune, T.D., Tillotson, K.M. (1996). The natural history of low back pain in adolescents. *Spine*, 20:2323-8.
- Burton, A.K. (2005). How to prevent low back pain. *Best Practice e Research Clinical Rheumatology*, 19(4): 541–555.
- Byrne, B.M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. London: Routledge.
- Cabral, M.V., Vala, J. (2001). *Atitudes sociais dos portugueses*. Lisboa: Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

-
- Calzani, G. (2004). Dor. In Legora, C.C., Lamarque, L., Sabbadini, S., (Eds). *Christos enciclopédia do cristianismo* (pp, 289-291). Lisboa: Verbo.
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Carver, C. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1): 92-100.
- Choratto, R.M., Stabile, S.R. (2003). Incidência de lombalgia entre pacientes encaminhados em 2001 a uma instituição privada de saúde para tratamento fisioterápico. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(2): 99-106.
- Citrini, T. (2004). Sagrado. In Legora, C.C., Lamarque, L., Sabbadini, S., (Eds). *Christos enciclopédia do cristianismo* (pp, 87-788). Lisboa: Verbo.
- Cloninger CR. (2004). *Feeling Good: The Science of Well Being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C.R. (2007). Spirituality and the science of feeling good. *South. Med. J.* 100(7):740-743.
- Collins, L. M., Graham, J. W., Flaherty, B. P. (1998). An alternative framework for defining mediation. *Multivariate Behavioral Research*, 33: 295–313.
- Correia, C.J. (1998). Sobre a fé. In Rebelo, J.(Eds). *O regresso do sagrado* (pp, 119-126). Lisboa: Livros e Leituras.
- Cremaschi, L. (2004). Espiritualidade. In Legora, C.C., Lamarque, L., Sabbadini, S., (Eds). *Christos enciclopédia do cristianismo* (pp, 331-332). Lisboa:Verbo.
- Daaleman, T.P., Frey, B.B., Wallace, D., Studenski, S.A. (2002). The spirituality index of well-being: development and testing of a new measure. *J Fam Pract.*;51:952.
- Davidson, M. (2009). Rasch analysis of 24, 18, and 11 item versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire. *Qual Life Res* 18:473-481.

-
- Davis, K.G., Heaney, C.A. (2000). The relationship between psychosocial work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. *Clin Biomech*, 15(6): 389-406.
- De Vet, H.C., Heymans, M.W., Dunn, K.M. (2002). Episodes of low back pain: a proposal for uniform definitions to be used in research. *Spine*, 27(21):2409-16.
- Delius, C., Gatzemeier, M., Sertcan, D., Wünscher, K. (2001). *História da Filosofia, da antiguidade aos dias de hoje*. Colónia: Könnemann.
- Derrida, J. (2004). *Sob palavra. Instantâneos filosóficos*. Lisboa: Fim de século.
- Denney, R., Aten J. D., Leavell, A.K.. (2011). Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. *Mental Health, Religion e Culture*, 14(4): 371-391.
- Devereux, J.J., Buckle, P.W., Vlachonikolis, J.G. (1999). Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: an epidemiological approach. *Occup Environ Med*, 56:343–353.
- Deyo R.A., Diehl, A.K., (1983). Measuring physical and psychosocial function in patients with low back pain. *Spine*, 8: 635-642.
- Deyo, R.A., Diehl, A.K., (1986). Patient satisfaction with medical care for low-back pain. *Spine*, 11(1):28-30.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registos sistemáticos da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donelson, E. (1999). Psychology of religion and adolescents in the United States: Past to present. *Journal of Adolescence*, 22:187-204.
- Druss, B. (2002). The most expensive medical conditions in America. *Health Affairs*, 21(4): 105-11.

-
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E., Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychol*, 11: 79–87.
- Durkheim, E. (2000). *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ehrlich, G.E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the Woeld Health Organization*, 81(9):671-676.
- Einstein, A. (2005). *Como vejo a ciência a religião e o mundo*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Einstein, A. (1950). *Out of my later years*. New York: Philosophical Library.
- Elfering, A., Semmer, N.K., Schade, V., Grund, S. e Boos, N. (2002) Supportive Colleague, Unsupportive Supervisor: The Role of Provider-Specific Constellations of Social Support at Work in the Development of Low Back Pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2):130-140.
- Eliade, M. (1969). *O mito do eterno retorno*. Lisboa: Edições 70.
- Eliade, M. (1992). *Tratado da história das religiões*. Porto: Edições Asa.
- Eliade, M. (1999). *O sagrado e o profano*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Embretson, S.E. (2006). The continued search for nonarbitrary metrics in psychology. *American Psychology*, 61(1):50-55.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–136.
- Epping-Jordan, J.E., Wahlgren, D.R., Williams, R. A., Pruitt, S.D., Slater, M.A., Patterson, T.L., Grant, I., Webster, J.S. e Atkinson, J.H. (1998). Transition to chronic pain in men with low back pain: predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms. *Health Psychology*, 17(5), 421-427.

-
- Erasmus, A.C., Boshoff, E., Rousseau, G. (2001). Consumer decision-making models with the discipline of consumer science : a critical approach. *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences*, 29, 82-90.
- Esparbès, S., Sordes-Ader, F., e Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de *coping*, in Les stratégies de *coping* (pp. 89 -107). Journées du Labo PCS 93. St Criq (Actes).
- Fairbank, J.C., Davies, J.B., Mboat, J.C., O'Brien, J.P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physioterapy*, 66:271-273.
- Fawzy, F.I., Cousins, N., Fawzy, N.W., Kenney, M.F., Elashoff, R., Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in methods of *coping* and affective disturbance. *Arch. Gen, Psychiatry*, 47:720-735.
- Feher, S., Maly, R.C. (1999). *Coping* with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-oncology*, 8: 408-416.
- Feldman, D. E., Shrier, I., Rossignol, M. and Abenhaim L. (2001). Risk Factors for the Development of Low Back Pain in Adolescence. *Am. J. Epidemiol*, 154(1): 30 - 36.
- Ferreira, M.L. (2006). Michel Henry, leitor da modernidade. In Martins, F., Cardoso, A. (Eds) *A felicidade na fenomenologia da vida (pp,17-30)*. Lisboa: Centro de filosofia da Universidade de Lisboa.
- Fetzer , J.E. (2003). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Michigan: Fetzer Institute.
- Feuerstein, M., Beattie, P. (1995). Behavioural factors affecting pain and disability in low back pain: Mechanisms and assessment. *Physical therapy*, 75(4):23-36.
- Fillingim, R.B., King, C.D., Ribeiro-Dasiva, M.C., Rahim-Williams, B., e Riley, JL, (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J. Pain*, 10(5): 447-485.

-
- Fischer, G., Tarquinio, C. (2010). *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fitzpatrick, B. (2007). *The national cultural values survey*. Virginia: Culture and Media Institute.
- Fleck, M.P., Borges, Z.N., Bolognesi, G., Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo da espiritualidade e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública*, 37(4): 446-455.
- Fleck, M.P., Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev. Psiq. Clin.*, 34(1): 146-149.
- Folkman, S., e Lazarus, R. S. (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1988). *Coping* as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54:466-475.
- Folkman, S. (2011). Stresse, health, and *Coping*: an overview. In Folkman, S. (Ed). *The Oxford handbook of stresse, health and coping (pp, 3-14)*. New York: Oxford University Pres.
- Frankl, V. E. (1993). *A presença ignorada de Deus*. Rio Janeiro: Vozes.
- Frazier, P.A, Barron, K.E., Tix, A.P. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1):115-134.
- Freitag, B. (1991). *Piaget e a filosofia*. São Paulo: Editora da UNESP.
- Freitas, L.B. (2002). Piaget e a consciência moral: um Kantismo evolutivo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(2), 303-308.
- Fritz, J.M. e George, S.Z. (2002). Identifying psychosocial variables in patients with acute work-related low back pain: the importance of fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*, 82(10):973-983.

-
- Gambra, R. (1993). *História da filosofia*. Lisboa: Planeta Editora.
- Gazzaniga, M.S., e Heatherton T. F., (2003). *Psychological science: the mind, brain, and behavior*. New York: Norton.
- Giorgi, A., Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa : Fim de Século.
- Glover-Graf, N. M., Marini, I., Baker, J., Buck, T. (2007). Religious and spiritual beliefs and practices of persons with chronic pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(1), 21-33.
- Godinho, H. (2006). *Sartre e alguns contos de Vergílio Ferreira*. *Phainomenon*, 12:53-58.
- Goldberg, G. M., Kerns, R. D., e Rosenberg, R. (1993). Pain-relevant support as a buffer from depression among chronic pain patients low in instrumental activity. *The Clinical Journal of Pain*, 9: 34-40.
- Gonzaga, L., Gonzaga, S. (2001). *Religião on-line*. Portugal: Edições Centro Atlântico.
- Goodwin, C.J. (2008). *Research in Psychology*. Methods and design. USA: Wiley.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiologia*. Loures: Lusodidacta.
- Graça, N. M. (2000). *Formas de sagrado e profano na tradição popular*. Lisboa: Colibri.
- Greening, T. (2008). Abraham Maslow: A Brief Reminiscence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(4): 443-444.
- Grof, S. (2007). *A psicologia do futuro*. Porto: Via Óptima.
- Haldeman, S.D., William H. Kirkaldy-Willis, W.H., Bernard, T.N. (2002). *An Atlas of back pain*. London: The Parthenon Publishing Group.
- Hall, H., McIntosh, G. Boyle, C. (2009). Effectiveness of low back pain classification system. *The Spine Journal*; 9:648-657.
- Harmon, D., Barrtt, J., Loughnane, F., Finucane, B., Shorten, G. (2011). *Peripheral nerve blocks e peri-operative pain relief*. USA: Elsevier.

-
- Henry, M. (1990). *Phénoménologie Matérielle*. Paris: PUF.
- Hessen, J. (2001). *Filosofia dos valores*. Coimbra: Almedina.
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K.O., Manniche, C. (2006). The course of low back pain from adolescence to adulthood: eightyyear follow-up of 9,600 twins. *Spine*, 31:468-472
- Heymans, M.W., van Tulder, M.W., Esmail R, Bombardier, C., Koes, B.W. (2004). *Back schools for non-specific low back pain* (Cochrane Review). Chichester: Wiley.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., Mccullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the theory of social behaviour*, 30:1; 51-77.
- Hill, P.C., Pargament, K.I. (2003) Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*. 58(1): 64–74.
- Hipólito, J. Voirol, M. (1998). O relaxamento centrado no cliente no tratamento do síndrome do cólon irritável. *Revista de estudos Rogerianos*, 2: 7-15.
- Hoffman, B.M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K. e Kerns, R.D. (2007). Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Health Psychology*, 26(1):1-9.
- Hoffman, E. (2008). Abraham Maslow: A Biographer's Reflection. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(4): 439-443.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward terminological, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:599-610.
- Hoogendoorn, W.E., Bongers, P.M., de Vet, H.C., Houtman, I.L., Ariens, G.A., van Mechelen, W., Bouter, L.M. (2001). Psychosocial work characteristics and

- psychological strain in relation to low-back pain. *Scand J Work Environ. Health*, 27(4):258-267.
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 24(6):769-81.
- Hüppe, A., Müller, K., Raspe, H. (2006) Is the occurrence of back pain in Germany decreasing? Two regional postal surveys a decade apart. *European Journal of Public Health*, 17(3): 318–322.
- Hummer, R.A., Rodgers, R.G., Nam, C.B., Ellison, C.G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, 36(2): 273-285.
- Husserl, E. (1950). *Ideés directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*. Paris: Gallimard.
- Husserl, E. (1989). *A ideia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Husserl, E. (2005). *Sínteses activas. A partir da lição “Lógica transcendental” de 1920/21*. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa.
- Isaacson, W. (2007). *Einstein. A sua vida e o universo*. Portugal: Casa das Letras.
- Inwood, M. (2002). *Dicionário de Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ironson, G., Stuetzle, R., Fletcher, M.A., (2006). An Increase in Religiousness/Spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *J Gen Intern Med*, 21: S62–68.
- James, W. (2001). *Les formes multiples de l'expérience religieuse*. Paris: Éditions Exergue.
- Jammer, M. (1999). *Einstein and religion*. New Jersey: Princeton University Press.
- Jesus, S.N. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (Ed). *Perspectivas em Psicologia da Saúde (pp, 81-98)*. Coimbra: Quarteto.

-
- Jesus, S.N. (2009). *Foto-Pintura e Poesia. Escrever com a luz e com as palavras*. Loulé: Edição do autor.
- Jowett, J. (2004). *The Life of Timon of Athens*. Oxford: Oxford University Press.
- Joyce-Moniz, L., Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: Edições Asa.
- Jung, C.G. (1995). *Psicologia e religião*. Rio de Janeiro: Petropolis.
- Júnior, A.G.C., Mahfoud, M. (2001). As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e interrelações na obra de Viktor Frankl. *Psicol. USP*, 12 (2): 95-130.
- Keefe, F.J., Dolan, E. (1986). Pain behavior and pain coping strategies in low back and myofascial pain dysfunction syndrome patients. *Pain*, 24:49-56.
- Keefe, F. J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D. S., Drew, J., Gibson, J., Pargament, K. (2001). Living with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *The Journal of Pain*, 2: 101-110.
- Kelkel, A.L., Schérer, R. (1982). *Husserl*. Lisboa: Edições 70.
- Kendall, N.A., Linton, S.J., Main, C.J. (1997). *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss*. New Zealand: Accident Rehabilitation e Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee.
- Kettenmann, A. (2006). *Frida Kahlo 1907-1954. Dor e paixão*. Alemanha: Taschen.
- King, R. (2005). Mysticism and spirituality. In Hinnells, J.R. (Eds) *The Routledge companion to the study of religion* (pp, 306-322). London: Routledge.
- Kirk, K.M., Eaves, L.J., Martin, N.G. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin research*, 2: 81-87.

-
- Koenig, H.G. (2000). Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *JAMA*; 284(13):1709.
- Koenig, H.C., Hays, J.C., Larson, D.B. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3968 older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54:370-376.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., Larson DB. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2007). *Spirituality in patient care*. Philadelphia: Templeton foundation press.
- Kopec, J.A., Esdaile, J.M. (1995). Functional disability scales for back pain. *Spine*, 20:1943-1949.
- Kopec, J.A., Esdaile, J.M., Abrachamowick, M. (1995a). The Quebec back pain disability scale. *Measurement properties*, 20: 341-352.
- Kraemer, J. (2009). *Intervertebral disk diseases*. Germany: Georg Thieme Verlag.
- Kucukdeveci, A.A., Tennant, A., Elhan, A.H., Niyazoglu, H. (2001). Validation of the Turkish version of the Roland-Morris Disability Questionnaire for use in low back pain. *Spine*, 26(24): 2738-43.
- Küng, H. (2004). *Religiões do mundo: em busca de pontos comuns*. Brasil: Versus Editora.
- Lacey, H. (2003). Existe uma distinção relevante entre valores cognitivos e sociais? *Cienciae Studia*, 2:121-49.
- Lago-Rizzardi, C.D., Teixeira, M.J., Siqueira, S.R. (2010) Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 34(4):483-487.
- Larsen, S.J., Leboeuf-Yde, C. (2006). *Coping and Back Problems: A Prospective Observational Study of Danish Military Recruits*. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 29(8): 619-625.

-
- Larson, D.B., Swyers, J.P., Mccullough, M.E. (1997). *Scientific research on spirituality and health: a consensus report*. Rockville: National Institute for Health care Research.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stresse Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., e Gruen, R. (1985). Stresse adaptational outcomes, the problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40 (7):770-779.
- Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K.O., (1998). At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine*, 15;23(2):228-34.
- Lee, B., Newberg, A.N. (2005). Religion and health: a review and critical analysis. *Zygon*, 40(2): 443-449.
- Levinas, E. (2003). *Deus a morte e o tempo*. Coimbra: Almedina.
- Levinas, E. (2005). O tempo e o outro. *Phainomenon*, 11:149-190.
- Levine, L.L. (2000). *Spiritual medicine*. California: Frog.
- Linton, S. J., (2000) A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain. *Spine*, 25(9):1148-1156.
- Linton, S. J., Hellsing, A., Bryngelsson, I. (2000a) Psychosocial and functional risk factors in the early stages of back pain: effects on moderate pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(4):291-304.
- Linton, S.J., Ryberg, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*, 90:83-90.

-
- Lopes, G. (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.
- Lourenço, M.O. (2002). *Psicologia do desenvolvimento moral*. Coimbra: Almedina.
- Luciano, D. A. (2002). *Encyclopiédie de la philosophie*. France: La Pochotèque .
- Magaya, L., Asner-Self, K., Schreiber, J. (2005). Stresse and *coping* strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 75:661-671.
- Maier, S.F., e Watkins, L.R. (2000). The immune system as a sensory system: Implications for psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 98-102.
- Main, J.C. (2005). Early psychological interventions for low back pain in primary care. *BMJ*, 331:88.
- Maniadakis, N., Gray, A. (2000). The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, 84:95-103.
- Manek, N.J., Mac Greggor, A.J. (2005). Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol*, 17:134-140.
- Mannion, A.F., Doland, P., Adamas, M.A., (1996) Psychological questionnaires: Do abnormal scores precede or follow first-time back pain ? *Spine*, 21(22):2603-2611.
- Marini, I., Glover-Graft, N.M. (2011). Religiosity and Spirituality Among Persons With Spinal Cord Injury: Attitudes, Beliefs, and Practices. *Rehabilitation Counseling Bulletin* , 54: 82-92.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marques, L.C., Sarriera, J.C., Dell’Aglío, D.D. (2009). Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica*; 8(2): 179-186.

-
- Marques, L.F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos Porto-Alegrenses. *Psicologia Ciencia e Prof.issão*, 23(2): 56-65.
- Marras, W.S. (2000). Occupational low back disorder causation and control. *Ergonomics*, 43(7), 880-902.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. e Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Maslow, A.H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.
- Maslow, A.H. (1994). *Religions, values and peak-experiences*. USA: Penguin Books.
- Maslow, A. H. (1995). *Introdução à Psicologia do Ser*. Rio de Janeiro: Prentice Hall.
- Maslow, A .H. (2002). *The psychology of science*. Chapel Hill: Maurice Bassett Publishing.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35:807-17.
- Matheus, C. (2002). *Max Scheler e a gênese axiológica do conhecimento*. São Paulo: Margem, 16, 13-27.
- Matthews, D. A., McCullough,M.E., Larson,D.B., Koenig,H.G., Swyers,J.P, Milano, M.G. (1998). Religious Commitment and Health Status. A Review of the Research and Implications for Family Medicine. *Arch Fam Med*, 7:118-124.
- McClelland, G. H., e Judd, C. M. (1993). Statistical difficulties of detecting interactions and moderator effects. *Psychological Bulletin*, 114, 376-390.
- McCullough, M.E., Hovt, W.L., Larson, D.B., Koenig, H.G., Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*, 19(3):211-22.
- McDowell, I., (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

-
- Mello, L.G. (2002). *Antropologia cultural – iniciação, teoria e temas*. Petrópolis: Vozes.
- Mendes, A.C., (2002). *Stresse e imunidade*. Formasau: Coimbra.
- Meneses, R.,F., (2006). Espiritualidade na óptica da Psicologia da Saúde. In Leal, I. (Ed). *Perspectivas em Psicologia da Saúde (pp, 203-231)*. Coimbra: Quarteto.
- Mesquita, R. (2005). *Dicionário crítico de filosofia*. Lisboa: Plátano Editora.
- Miller, J.S., Pinnington, M.A., Stanley, I.M. (1999). The early stages of low back pain: a pilot study of patient diaries as a source of data. *Family Practice*, 16, 395-401.
- Miller, W.R., Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*, 58(1): 24 –35.
- Million, R., Haavik, N.K., Jayson, M.I., Baker, R.D. (1982). Evaluation of low back pain and assessment of lumbar corsets with and without back supports. *Ann Rheum Dis*, 40:449-454.
- Mixter, W., Barr, J. (1934). Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *N Eng J Med*, 211:210-214.
- Modic, M.T., Obuchowski, N.A., Ross, J.S. et al. (2005). Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology*, 237:597–604.
- Monteiro, J. A., Toscano, M. T., Maurício, C. D. (1998). Síndromes canulares do membro inferior. *Boletim Clínico dos Hospitais Civis de Lisboa*, 52: 173-76.
- Monteiro, J. (2002). Spinal infection. In Lindsay, K.W. (Eds) *European Training Course Book (pp.17-19)*. Rome: EANS.
- Monteiro, J.M., Calado, C.J., Toscano, M.T., Trabulo, A.S. (2003). *Neurocirurgia cérebro e religião*. Comunicação apresentada na XVI Reunião da Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia. Braga, 22 a 24 de Maio de 2003.

-
- Monteiro, J.M. (2006). *Cérebro e religião*. Comunicação apresentada nas Conferências do Departamento de Psicologia e Sociologia da UAL. Lisboa, 26 de Janeiro de 2006.
- Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., Hipólito, J. (2010). Questionário de incapacidade de Roland Morris: adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Acta Med Port*, 23(5):761-766.
- Moos, R.H., Billings, A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger e S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp, 213-230). New York: The Free Press.
- Moreira, J.M. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H.G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL-SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". *Social Sciences and Medicine*, 83:843-845.
- Morris, P., Inglehart, R. (2004). *Sacred and secular*. UK: Cambridge University Press.
- Mourão, J.A. (1998). Sobre a distinção entre sagrado e religioso. In Rebelo, J. (Eds). *O regresso do sagrado* (pp, 27-40). Lisboa: Livros e leituras.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J. e Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 76:1225-1235.
- Natário, M.C., Teixeira, A.B., Epifânio, R. (2010). *O movimento fenomenológico em Portugal e no Brasil*. Portugal: Zéfiro.
- Netto, S.M., Moreira-Almeida, A. (2010). Metodologia de pesquisa para estudos em espiritualidade e saúde. In Santana, S.F. (Ed) *Arte de Cuidar: Saúde, Espiritualidade e Educação* (pp, 182-196). São Paulo: Editora Comenius.
- Newberg A., D'Aquili, E. e Rause V. (2002). *Why God won't go away*. New York: Ballantine Books.

-
- Nietzsche, F. (2000). *Assim falou Zaratustra – um livro para todos e para ninguém*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Nietzsche, F. (2002). *A genealogia da moral*. Mem Martins: Europa América.
- Norman, G.R., Streiner, D.L. (2008). *Biostatistics the bare essentials*. Hamilton: BC Decker Inc.
- Nunes, M. O. (1999). Uma Abordagem sobre a relação de ajuda. *Revista de Estudos Rogerianos*, 3: 59-64.
- Nunes, M. O. (2001). *Drogues, valeurs et communautés*. Tese de doutoramento – U.F.R.: Université Toulouse-Le-Mirail.
- Nunes, M.O. (2011). *Escala de Valores de O. Nunes: Manual*. Lisboa : EDIUAL.
- Nusbaum, L., Natour, J., Ferraz, M.B., Goldenberg, J. (2001). Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*, 34(2) 203-210.
- O'Brien, J., Palmer, M. (2007). *The Atlas of religion*. UK: Earthscan.
- O'Brien, M.E. (1999). *Spirituality in Nursing – Standing on Holy Ground*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Otto, R. (2005). *O Sagrado*. Lisboa: Edições 70.
- Pais-Ribeiro, J., Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4: 491-502.
- Pais- Ribeir, J., Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1):3-15.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual*. UK: Mc Graw-Hill.

-
- Pallant, J., Tenant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: An example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 46:1-18.
- Palmer, K.T., Walsh, K., Bendall, H., Cooper, C., Coggon, D. (2000). Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. *BMJ*, 320(7249): 1577-1578.
- Panzini, R.G., Bandeira, D.R. (2005). Escala de *coping* religioso (Escala CRE): elaboração e validação do construto. *Psicologia em estudo, Maringá*, 10(3):507-516.
- Panzini, R.G., Rocha, N.S., Bandeira, D.R., Fleck, M.P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq Clín*, 34(1):105-115.
- Papageorgiou, A.C., Macfarlane G .J.. MD, Thomas, E. (1997). Psychosocial factors in the workplace - do they predict new episodes of low back pain?: Evidence from the South Manchester back pain study. *Spine*, 22(10):1137-1142.
- Pappas, N. (1997). *A república de Platão*. Lisboa: Edições 70.
- Park, C.L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Behav Med*, 30:319–328.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pargament, K.L., Koenig, H.G., Perez, L.M. (2000). The many methods of religious *coping* : Development and initial validation of RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4): 519-543.
- Paúl, C., Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pellauer, D. (2009). *Compreender Ricoeur*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pengel , L.H., Herbert R.D., Maher, C.G., Refshauge. (2003). Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*, 327: 323.

-
- Penna, A.G. (2006). *Os filósofos e os psicólogos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Pereira, A. (2006) Stresse e doença. Contributo da psicologia da saúde na última década. In Leal, I. (Eds) *Perspectivas em psicologia da saúde (pp. 145-167)*. Quarteto, Coimbra.
- Perez, F.G., Garcia, M.F. (1996). *Escalas de valoración funcional*. In Mayordomo, J.L., Garcia, M.T., (Eds) *Dolor Lumbar (pp, 195-232)*. Madrid: Grupo Aula Medica.
- Pestana, J.P., Estevens, D., Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. “*Cons-Ciências*”, 3:125-158.
- Petersen¹, T., Olsen¹, S., Laslett, M. (2003). Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 50: 85-94.
- Piaget, J. (1992). *Sagesse et illusions de la philosophie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pincus, T., Vlaeyen, A., Kendall, N. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine*, 27(5):133-8.
- Pinto, C., Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de medicina*, 21(2):47-53.
- Pointillart, V. (2009). *Abord clinique des affections du rachis*. Paris: Springer.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários, sua relação com características sociodemográficas. *Rev Port Clin Geral*, 21:259-67.
- Porto, J.B. e Tamaayo, A. (2003). Escala de valores relativos ao trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 2:145-152.
- Poujol, J., Duval-Poujol, V. (2003). *Les 10 clés de la vie spirituelle*. France: Empreinte Temps Présent.
- Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol*, 58(1): 36-52.

-
- Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behaviour Research Methods, Instruments, and Computers*, 36: 717-731.
- Preacher, J.K., Derek D. Rucker, D.D., Hayes, A.F. (2007). Addressing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, and Prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42(1):185–227.
- Pronost, A.M., e Tap, P. (1996). La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de *coping*. *Psychologie Française*, 41(2): 165-172.
- Puchalski, C.M. (2002). Spirituality and end-of-life care: A time for listening and caring. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2): 281-294.
- Quartilho, M.J. (2001). Dor Crónica, Aspectos psicológicos Sociais e Culturais. Sociedade Portuguesa de Reumatologia, *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26:255-262.
- Queirós, P.J. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau.
- Rana, D., Upton, D. (2009). *Psychology for nurses*. England: Perason Education Limited.
- Rego, A.C. (2008). O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*, 1(2):199-204.
- Reimão, C. (2006). Fenomenologia e imaginação em J.-P. Sartre. *Lusíada, Psicologia*, 1; (3/4). 285-305.
- Resweber, J. L (2002). *A filosofia dos valores*. Coimbra: Almedina.
- Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3: 547-558.
- Ribeiro, J.L., Santos, C. (2001). Estudo conservador da adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto Portugueses. *Análise Psicológica*, 4:491-502.

-
- Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Rippentrop, A. E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation psychology*, 50(3):78-284.
- Rogers, C.R., Wallen, J.L. (2000). *Manual de counselling*. Lisboa: GAFT.
- Roland, M., Morris, R. (1983) *Study of natural history of low back pain*. PartII: development of guidelines for trials of treatment in primary care. *Spine*, 8:145-150.
- Rosa, M.J., Chitas, P. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Rose, B.M., Holmbeck, G.N., Coakley, R.M., Franks, E.A. (2004) Mediator and Moderator effects in developmental and behavioral pediatric. *Research Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(1): 58-67.
- Rozenberg, S. (2008). Chronic low back pain: definition and treatment. *Rev Prat*, 58(3): 265-72.
- Russell, S.R., Yarhouse, M.A. (2006). Training in religion/spirituality within APA-accredited psychology predoctoral internships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4): 430-436.
- Ruth, A., Rodrigues, D. (1999). *Deus, o demónio e o homem: o fenómeno Igreja Universal do Reino de Deus*. Lisboa: Colibri.
- Rutter, D., Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11:5-22.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F. Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. Brasil: McGrawHill.
- Sartre, J.P. (1983). *L'imagination*. Paris: P.U.F.

-
- Sartre, J.P., Ferreira, V. (2004). *O existencialismo é um humanismo*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- Schneiderman, N., Ironson, G., Siegel, S. (2005). Stresse and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Ann Rev Clin Psychol*, 1:607–628.
- Schwartz, S.H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values. *Journal of Social Issues*, 4: 19-45.
- Schwartz, S. H. e Bardi, A. (2001). Value hierarchies across cultures: Taking a similarities perspective. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 32: 268-290.
- Schwob, M. (1997). *Dor*. Instituto Piaget: Lisboa.
- Schumacker, R.E., Lomax, R.G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schott, R.L. (1992). Abraham Maslow, humanistic psychology, and organization leadership: a Jungian perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, 32: 106–120.
- Scruton, R. (2010). Breve história da filosofia. Lisboa: Guerra e Paz, Editores S.A.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Selye, H. (1974). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Sérgio, M. (1994). *Motricidade humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Shaw, J.B., Fields, M.W., Thacker, J.W., Fisher, C.D. (1993). The availability of personal and external *coping* resources: their impact on job stress and employee attitudes during organisational restructuring. *Work and Stress*, 7;3:229-246.
- Shaw, C., Mccooll, E., e Bond, S. (2003). The relationship of perceived control to outcomes in older women undergoing surgery for fractured neck of femur. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1): 117-123.
- Sheldrake, P. (2007). *A brief history of spirituality*. USA: Blackwell publishing.
- Simões, M., Descamps, M., Alfillé, L., Nicolescu, B. (1997). *O que é o transpessoal?*. Lisboa: Editora Temática.

-
- Skevington, S. (1998). Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*, 76: 395-406.
- Slater, A.M., Doctor, J.N., Pruitt, S.D., Atkinson, J.H. (1997). The clinical significance of behavioural treatment for chronic low back pain: an evaluation of effectiveness. *Pain*, 71: 257-263.
- Smith, A. (1983). *Riqueza das Nações*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp, 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sousa, C., Mesquita, C., Sousa, A. (2012). Dor Lombar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Um estudo de Prevalência. *Ifisionline*, 2(2):16-24.
- Sousa, J.A. (2010). *Vergílio Ferreira e a filosofia da sua obra literária*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Speed, C. (2004). ABC of rheumatology: low back pain. *BMJ*, 328:1119-1121.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C. et al. (2005). *Work-related musculoskeletal disorders. Guide and tools for modified work*. Quebec : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Stratford, P.W., Binkley, J.M. (1997). Measurement Properties of the RM-18. A Modified Version of the Roland-Morris Disability Scale. *Spine*, 22 (20): 2416-2421.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42:24-33.
- Szpalski, M., Gunzburg, R., Rydevik, B.L. (2010). *Surgery for Low Back Pain*. Berlin: Springer Verlag.
- Tabanick, B.G., Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Allyn and Bacon: Boston.

-
- Tamayo, A., Porto, J.B. (2009). Validação do Questionário de Perfis de Valores (QPV) no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25;(3): 369-376.
- Tap, P., Costa, E.S., Alves, M.N. (2005). Escala Toulousiana de *Coping* (ETC): Estudo de adaptação à população Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1):47-56.
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Lewis B.P., Gruenwald, T. L., Gurung, R.A.R., Updegraff, J.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females : Tens-and- befriend not fight or flight. *Psychological Review*, 107: 411-429.
- Thomas, E., Silman, A.J., Croft, P.R., Papageorgiou, A.C., Jayson, M.I.V., Macfarlane, G.J. (1999). Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ*, 318: 1662-1667.
- Tix, A.P., Frazier, P.A, (1998). The use of religious *coping* during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *J Consult Clin Psychol*, 66(2):411-422.
- Tix, A.P., Frazier, P.A, (2005). Mediation and moderation of the relationship between intrinsic religiousness and mentalhealth. *Pers Soc Psychol Bull*, 31(3): 295-306.
- Tsevat, J., Sherman, S.N., McElwee, J.A., et al. (1999). The will to live among HIV infected patients. *Ann Intern Med*, 131:194–8.
- Tsevat, J. (2006). Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Gen Intern Med*. 21: S1–S2.
- Turk D. C., Okifuji, A. (2002) Psychological Factors in Chronic Pain, Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3):678-690.
- Underwood, L.G. (2003). *Daily Spiritual Experiences*. In Fetzer Institute, (Eds), *Measurement of religiousness, spirituality for use in health research. A report of a national working group (pp, 11-18)*. Michigan: Fetzer Institute.

- Usarski, F. (2004). Os enganos sobre o sagrado – uma síntese da crítica ao ramo "clássico" da fenomenologia da religião e seus conceitos-chave. *Revista de Estudos da Religião*, 4(4):73-95.
- Vaccaro, A.M., Bono, C..M. (2007). *Minimally Invasive Spine Surgery*. New York: Informa Healthcare.
- Van Rijn, J.C., Klemetso, N., Reitsma, J.B. (2005). Observer variation in the evaluation of lumbar herniated discs and root compression: spiral CT compared with MRI. *The British Journal of Radiology*, 79: 372–377.
- van Tulder, M., Koes, B., Bombardier, C. (2002). Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 16:761-75.
- Vattimo, G., Ferraris, M., Marconi, D. (2002). *Encyclopédie de la Philosophie*. Paris: La Pochothèque.
- Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioural Medicine*, 30, 311-318.
- Waddell, G. (1999). *The back pain revolution*. New York: Churchill Livingstone.
- Wall, P. (2002). *Dor a ciência do sofrimento*. Porto: Âmbar.
- Walsh, D.A., Radcliffe, J.C. (2002) Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97 (1-2):23-31.
- Wang, Y., Videman, T., Niemeläinen, R., Battié, M.C. (2011). Quantitative Measures of Modic Changes in Lumbar Spine Magnetic Resonance Imaging: Intra- and Inter-rater Reliability. *Spine*, 36(15):1236-1243.
- Ware, J.E., Snow, K.K, Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *Sf-36 health survey. Manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute.
- Waxman, R., Tennant, A., Helliwell, P. (1998). Community survey of factors associated with consultation for low back pain. *BMJ*, 317(7172):1564-7.

-
- Weber, M. (2006). *Sociologia das religiões*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Weber, M. (1930). *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Wegener, D., e Fabrigar, L. (2000). Analysis and design for nonexperimental data addressing causal and noncausal hypothesis. In H. T. Reis e C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 412-450). New York: Cambridge University Press.
- WHO (1948). *Official Records of the World Health Organization*. Geneva: Switzerland
- WHO (2002). *WHOQOL-SRPB field-test instrument*. Geneva: Switzerland.
- Williams, D.R., Sternthal, M.J. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *MJA*, 186(10): 47–50.
- Wilson, J.J., Gil, K.M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review*, 16(6): 573-597.
- Wolfreys, J. (2009). *Compreender Derrida*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Wothke, W. (2006). *An Introduction to Structural Equation Modeling Course Notes*. USA: SAS Institute Inc.
- Wright, L.M. (2005). *Espiritualidade sofrimento e doença*. Coimbra: Ariadne.
- Wu, M., Adams, R. (2007). *Applying the Rasch model to psycho-social measurement: A practical approach*. Melbourne: Educational Measurement Solutions.
- Wu, A.E., Zumbo, B.D. (2008). Understanding and using mediators and moderators. *Soc Indic Res*, 87:367–392.
- Zhao, X., Lynch, J.G., Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation. *Journal of Consumer Research*, 37: 197-206.

- Zeki, S. (2009) *Splendors and miseries of the brain: love, creativity, and the quest for human happiness*. Malden: USA.
- Zingales, L. (2004). In God we trust. *La Recherche. Hors de série: Dieux et les sciences*. (14), 56-57.
- Zborowski, M.(1998).Cultural Variation in the Inference of Pain. *Journal of Cross-Cultural Psychology Morse and Morse*, 19:232-242.
- Zohar, D. (1997). *Rewiring the corporate brain: Using the New Science to Rethink How We Structure and Lead Organizations*. San Francicso: Berrett-Koehler Publishers.
- Zohar, D., Marshall, I. (2004). *Inteligência espiritual*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Zohar, D., Marshall, I. (2004a). *Spiritual Capital: Wealth We Can Live*. San Francicso: Berrett-Koehler Publishers.

Anexos

Os anexos incluem o Questionário de Incapacidade de Roland Morris, a Escala de espiritualidade, a Escala de Valores de Odete Nunes, a Escala Toulousina de *Coping* e o consentimento informado.

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS

Questionário de incapacidade de Roland-Morris

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

- 1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
- 2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
- 3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
- 4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
- 5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
- 6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
- 7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
- 8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
- 9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.
- 10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas
- 11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
- 12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
- 13. As minhas costas estão quase sempre a doer.
- 14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
- 15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
- 16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.

- ___17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
- ___19. Por causa da dor nas minhas costa, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
- ___20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
- ___21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
- ___22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
- ___23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
- ___24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas

ESCALA DE ESPIRITUALIDADE

Escala de espiritualidade

As seguintes afirmações destinam-se a avaliar o seu grau de espiritualidade. Após a leitura de cada afirmação coloque uma cruz no seu início se estiver de acordo.

- ___1. Sinto-me frequentemente tão ligado às pessoas que me rodeiam ao ponto de parecer que nada nos separa.
- ___2. Geralmente tomo atitudes para proteger os animais e as plantas da extinção.
- ___3. Fico fascinado pelas coisas da vida que não se podem explicar cientificamente.
- ___4. Frequentemente tenho flashes de compreensão quando estou relaxado.
- ___5. Por vezes sinto-me tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um só ser vivo.
- ___6. Parece que tenho um “sexto sentido” que por vezes me permite prever o futuro.
- ___7. Por vezes senti que fazia parte de algo sem limites no tempo e no espaço.
- ___8. Chamam-me por vezes cabeça no ar porque envolvo-me tanto no que estou a fazer que me esqueço de tudo o resto.
- ___9. Frequentemente sinto um forte sentimento de unidade com tudo o que me rodeia.
- ___10. Mesmo depois de pensar em algo durante muito tempo, eu aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que nas razões lógicas.
- ___11. Sinto frequentemente uma forte ligação espiritual e emocional com as pessoas que me rodeiam.
- ___12. Com frequência quando me concentro em algo perco a noção da passagem do tempo.
- ___13. Eu tenho feito sacrifícios pessoais para tentar tornar o mundo melhor, tentando evitar a guerra, a pobreza e a injustiça.
- ___14. Sinto-me feliz e excitado porque passei por experiências que clarificaram o meu papel na vida.
- ___15. Eu acredito que já tive percepções extra-sensoriais.
- ___16. Tive momentos de grande alegria nos quais subitamente senti uma ligação a tudo o que existe.

___18. Eu gosto tanto de ver o florir das plantas na Primavera como de encontrar um velho amigo.

___19. Com frequência as pessoas acham que ando noutra mundo porque não ligo às coisas à minhas volta.

___20. Acredito em milagres.

ESCALA DE VALORES DE ODETE NUNES

Escala de valores de Odete Nunes

Seguidamente irá encontrar uma lista de valores. Considerando 1 (nada significativo) e 5 (muito significativo) assinale (com uma cruz) cada um dos valores de acordo com a importância que lhe atribui. Tente responder a todos os itens, com sinceridade. Não existem respostas certas nem erradas, uma vez que cada pessoa dá importância a valores diferentes. Não existe tempo limite para terminar a prova.

Valor	Escala				
1. Sensualidade	1	2	3	4	5
2. Beleza	1	2	3	4	5
3. Seriedade	1	2	3	4	5
4. Sinceridade	1	2	3	4	5
5. Profissão	1	2	3	4	5
6. Profissionalismo	1	2	3	4	5
7. Rigor	1	2	3	4	5
8. Direito	1	2	3	4	5
9. Perdão	1	2	3	4	5
10. Redenção	1	2	3	4	5
11. Educação	1	2	3	4	5
12. Verdade	1	2	3	4	5
13. Compreensão	1	2	3	4	5
14. Crença	1	2	3	4	5
15. Honra	1	2	3	4	5
16. Reconciliação	1	2	3	4	5
17. Isenção	1	2	3	4	5
18. Consciência	1	2	3	4	5
19. Auto-domínio	1	2	3	4	5
20. Paz	1	2	3	4	5
21. Carinho	1	2	3	4	5
22. Empatia	1	2	3	4	5
23. Estabilidade	1	2	3	4	5
24. Concentração	1	2	3	4	5
25. Conversão	1	2	3	4	5
26. Vaidade	1	2	3	4	5
27. Meditação	1	2	3	4	5
28. Progresso	1	2	3	4	5
29. Família	1	2	3	4	5
30. Altruísmo	1	2	3	4	5
31. Liberdade	1	2	3	4	5
32. Esperança	1	2	3	4	5

33. Dignidade	1	2	3	4	5
34. Alegria	1	2	3	4	5
35. Dom	1	2	3	4	5
36. Espiritualidade	1	2	3	4	5
37. Comunhão	1	2	3	4	5
38. Bondade	1	2	3	4	5
39. Serenidade	1	2	3	4	5
40. Lealdade	1	2	3	4	5
41. Trabalho	1	2	3	4	5
42. Sabedoria	1	2	3	4	5
43. Fidelidade	1	2	3	4	5
44. Diálogo	1	2	3	4	5
45. Vida	1	2	3	4	5
46. Honestidade	1	2	3	4	5
47. Caridade	1	2	3	4	5
48. Compaixão	1	2	3	4	5
49. Tenacidade	1	2	3	4	5
50. Conhecimento	1	2	3	4	5
51. Aliança	1	2	3	4	5
52. Sedução	1	2	3	4	5
53. Ternura	1	2	3	4	5
54. Afectividade	1	2	3	4	5
55. Saúde	1	2	3	4	5
56. Indulgência	1	2	3	4	5
57. Amor	1	2	3	4	5
58. Santidade	1	2	3	4	5
59. Respeito	1	2	3	4	5
60. Fé	1	2	3	4	5

ESCALA TOULOUSIANA DE *COPING*

Escala Toulousiana de *coping*

Vai encontrar cinco números que indicam em que medida utiliza a afirmação proposta: 1 (nunca), 2 (não frequentemente), 3 (às vezes), 4 (frequentemente) e 5 (muito frequentemente). Tendo em mente um problema que enfrentou responda a todas as afirmações. Marque o número que corresponde, com um círculo ou cruz à medida em que utiliza a afirmação. Considere que não existem respostas certas ou erradas.

1. Enfrento a situação	1	2	3	4	5
2. Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos, etc.)	1	2	3	4	5
3. Procuo comer algo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
4. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	2	3	4	5
5. Tento não pensar no problema	1	2	3	4	5
6. Peço a Deus para me ajudar	1	2	3	4	5
7. Evito encontrar-me com pessoas	1	2	3	4	5
8. Aceito o problema se ele for inevitável	1	2	3	4	5
9. Tento não entrar em pânico	1	2	3	4	5
10. Mudo a minha forma de viver	1	2	3	4	5
11. Faço um plano de acção e tento aplicá-lo	1	2	3	4	5
12. É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a uma situação difícil	1	2	3	4	5
13. Não penso nos problemas quando eles se colocam	1	2	3	4	5
14. Recuso-me a admitir o problema	1	2	3	4	5
15. Sinto agressividade face a outrem	1	2	3	4	5
16. Faço qualquer coisa mais agradável	1	2	3	4	5
17. Analiso a situação para melhor a compreender	1	2	3	4	5
18. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos o que sinto	1	2	3	4	5
19. Ataco o problema de frente	1	2	3	4	5
20. Discuto o problema com os meus pais	1	2	3	4	5
21. Esqueço os meus problemas tomando medicamentos	1	2	3	4	5
22. Procuo actividades colectivas	1	2	3	4	5
23. Refugio-me no imaginário ou no sonho	1	2	3	4	5
24. Procuo encontrar uma filosofia de vida para enfrentar a situação	1	2	3	4	5
25. Acontece-me não fazer o que tinha decidido	1	2	3	4	5
26. Aprendo a viver com o problema	1	2	3	4	5
27. Controlo as minhas emoções	1	2	3	4	5
28. Mudo o meu comportamento	1	2	3	4	5
29. Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o	1	2	3	4	5

alcançar					
30. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3	4	5
31. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	1	2	3	4	5
32. Reajo como se o problema não existisse	1	2	3	4	5
33. Sinto-me culpado	1	2	3	4	5
34. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso	1	2	3	4	5
35. Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação	1	2	3	4	5
36. Procuo a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade	1	2	3	4	5
37. Vou directamente ao problema	1	2	3	4	5
38. Pergunto às pessoas que tiveram uma situação similar, que tipo de resposta deram	1	2	3	4	5
39. Tomo drogas ou fumo para acalmar a minha angústia	1	2	3	4	5
40. Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado	1	2	3	4	5
41. Procuo a todo o custo pensar noutra coisa	1	2	3	4	5
42. Brinco com a situação em que me encontro	1	2	3	4	5
43. Afasto-me dos outros	1	2	3	4	5
44. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	2	3	4	5
45. Guardo para mim os meus sentimentos	1	2	3	4	5
46. Modifico as minhas acções em função do problema	1	2	3	4	5
47. Defino objectivos a alcançar	1	2	3	4	5
48. As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem	1	2	3	4	5
49. Evito agir rapidamente	1	2	3	4	5
50. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3	4	5
51. Sinto-me invadido pelas minhas emoções	1	2	3	4	5
52. Centro-me noutras actividades para me distrair	1	2	3	4	5
53. Reflicto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1	2	3	4	5
54. Procuo a simpatia e o encorajamento dos outros	1	2	3	4	5

Consentimento Informado

Aceito participar de forma voluntária na investigação sobre “Espiritualidade, axiologia e *coping* na pessoa com lombalgia” através do preenchimento destes inquéritos.

Considero que fui devidamente informado sobre os objectivos da investigação, sobre a confidencialidade dos dados fornecidos e sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento.

Nome

Idade..... Sexo.....Data.....