

SERGIO FERNANDO ZAVARIZE

**PERFIL CRIATIVO E QUALIDADE DE VIDA:
IMPLICAÇÕES EM INDIVÍDUOS COM
DOR LOMBAR CRÔNICA**

PUC – CAMPINAS

2011

SERGIO FERNANDO ZAVARIZE

**PERFIL CRIATIVO E QUALIDADE DE VIDA:
IMPLICAÇÕES EM INDIVÍDUOS COM
DOR LOMBAR CRÔNICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia do Centro de Ciências
da Vida - PUC-Campinas, como requisito para a
obtenção do título de Doutor em Psicologia como
Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Solange Muglia Wechsler.

PUC – CAMPINAS

2011

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t152.1824 Zavarize, Sergio Fernando.
Z39p Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em indivíduos com dor lombar crônica / Sergio Fernando Zavarize. - Campinas: PUC – Campinas, 2011.
125p.

Orientadora: Solange Múglia Wechsler.
Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

1. Dor - Aspectos psicológicos. 2. Dor lombar. 3. Criatividade. 4. Qualidade de vida. 5. Saúde pública. I. Wechsler, Solange Múglia. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t152.1824

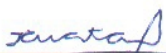
SERGIO FERNANDO ZAVARIZE

**PERFIL CRIATIVO E QUALIDADE DE VIDA:
IMPLICAÇÕES EM INDIVÍDUOS COM
DOR LOMBAR CRÔNICA**

BANCA EXAMINADORA



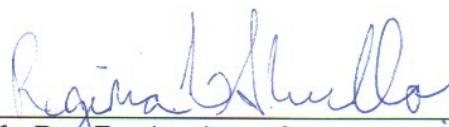
Presidente: Profa Dra Solange Muglia Wechsler



Profa Dra Tatiana de Cássia Nakano



Profa Dra Isabel Cristina Dib Bariani



Profa Dra Regina Lara Silveira Mello



Profa Dra Zula Garcia Giglio

PUC – CAMPINAS

2011

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS.....	iii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
RESUMEN.....	ix
AGRADECIMENTOS.....	x
JUSTIFICATIVA.....	xiv
APRESENTAÇÃO.....	xviii
CAPÍTULO 1.....	01
1.1 DOR LOMBAR – CONCEITUAÇÃO E ABRANGÊNCIA	01
1.2 CLASSIFICAÇÃO DA DOR	04
1.3 ANATOMIA DA COLUNA LOMBAR	06
1.4 EPIDEMIOLOGIA DA DOR LOMBAR	08
CAPÍTULO 2	14
2.1 QUALIDADE DE VIDA E SUAS IMPLICAÇÕES	14
2.2 QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	18
CAPÍTULO 3	26
3.1 CRIATIVIDADE - CONCEITUAÇÃO	26
3.2 CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS CRIATIVAS	31

3.4 CRIATIVIDADE NA SUPERAÇÃO DA DOR LOMBAR CRÔNICA.....	40
OBJETIVOS.....	42
OBJETIVO GERAL.....	42
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
MÉTODO.....	43
PARTICIPANTES.....	43
INSTRUMENTOS.....	45
PROCEDIMENTOS.....	48
RESULTADOS.....	51
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	76
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	91
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra de acordo com o sexo	43
Tabela 2 - Descrição da amostra por sexo e faixa etária	44
Tabela 3 - Média dos resultados da Escala E.V.A. de acordo com o sexo e com a amostra geral	51
Tabela 4 - Média dos resultados da Escala E.V.A. por faixa etária	53
Tabela 5 - Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com o sexo	54
Tabela 6 - Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com a Faixa Etária	55
Tabela 7 - Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com a categorização de E.V.A.	56
Tabela 8 - Análise Multivariada de Variância nos Domínios de Qualidade de Vida de acordo com o sexo, idade e E.V.A.	57
Tabela 9 - Médias e Desvio Padrão nos fatores de Criatividade de acordo com o Sexo	62
Tabela 10 - Médias e Desvio Padrão para os fatores de Criatividade de acordo com a Faixa Etária	63
Tabela 11 - Médias e Desvio Padrão dos fatores de Criatividade de acordo com a categorização de E.V.A.	64
Tabela 12 - Análise Multivariada de Variância nos Fatores de Criatividade de acordo com sexo, idade e E.V.A.	65

Tabela 13 - Médias nas atividades de lazer, estratégias de alívio da dor e de distração da dor	71
Tabela 14 - Correlação entre os resultados dos Fatores de Criatividade e os valores gerais do instrumento de Qualidade de Vida	72
Tabela 15 - Correlação de Pearson entre os fatores da Escala do Perfil Criativo os domínios do instrumento de Qualidade de Vida	74
Tabela 16 - Correlação de Pearson entre atividades de lazer, estratégias de alívio da dor, estratégias de distração da dor e total do Perfil Criativo	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Coluna Lombar: vértebras e discos intervertebrais	06
Figura 2 – Histograma dos resultados de E.V.A. com a curva normal	51
Figura 3 – Distribuição dos resultados da escala E.V.A. por sexo	52
Figura 4 – Distribuição dos resultados da escala E.V.A. por faixa etária	53
Figura 5 – Médias de acordo com as faixas etárias para os sexos em relação ao domínio 1 – Físico	58
Figura 6 – Médias no domínio 1 – físico para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.	59
Figura 7 – Médias no domínio 2 – Psicológico para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.	59
Figura 8 – Médias no domínio 3 – Social para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.	60
Figura 9 – Médias no domínio 4 – Ambiental para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.	61
Figura 10 – Médias no domínio geral para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.	61
Figura 11 – Médias do fator Individualismo de acordo com o sexo	66
Figura 12 – Médias dos resultados para os sexos do fator Ousadia de acordo com a faixa etária	66
Figura 13 – Médias dos resultados para os sexos do fator Tradicionalismo de acordo com a faixa etária	67

Figura 14 – Médias dos resultados para os sexos do fator Individualismo de acordo com a faixa etária	68
Figura 15 – Médias dos resultados para os sexos do fator Intuição de acordo com a faixa etária	68
Figura 16 – Médias dos resultados para os sexos do fator Tradicionalismo de acordo com a categorização de E.V.A.	69
Figura 17 – Médias dos resultados para os sexos do fator Individualismo de acordo com a categorização de E.V.A.	70
Figura 18 – Gráfico das médias nas atividades de lazer, estratégias de alívio da dor e estratégias para distração da dor acordo com o sexo	72

Zavarize, S. F. (2011). Perfil Criativo e Qualidade de Vida: implicações em indivíduos com dor lombar crônica. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Vida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.

RESUMO

A dor lombar é considerada um importante problema de saúde pública que afeta 70% a 80% da população adulta e a lombalgia, quando crônica, compromete a qualidade de vida em vários níveis. O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da criatividade na qualidade de vida em portadores de dor lombar crônica. A amostra foi composta por 158 participantes, consistindo em 105 mulheres e 53 homens, de 30 a 88 anos de idade, com dor lombar crônica, selecionados mediante diagnóstico médico de Osteoartrose Lombar e inscritos em cinco clínicas especializadas do interior paulista. Os instrumentos utilizados foram: a) Escala do Perfil Criativo, composta por adjetivos descritores da personalidade criativa e que avalia cinco fatores: Ousadia, Tradicionalismo, Individualismo, Intuição e Prudência; b) Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Whoqol-bref*, composto por um domínio geral e quatro específicos: físico, psicológico, social e meio ambiente; c) Escala Visual Analógica (E.V.A.) a qual permite uma auto-avaliação da intensidade da dor em nível de 0 a 10. d) Questionário Complementar elaborado pelo autor, composto por quatro perguntas sobre lazer, estratégias de alívio e de distração da dor. Os resultados obtidos pela Análise da Variância Multivariada (MANOVA) apresentaram, para a qualidade de vida, diferenças significativas no domínio físico para idade e nos domínios físico, psicológico, social, ambiental e geral para a dor (E.V.A.). Para os fatores de criatividade, foram encontradas diferenças significativas no fator Individualismo para idade, sexo e dor; Tradicionalismo para idade e dor; Ousadia e Intuição para idade. Ao serem comparadas as atividades de lazer, estratégias de alívio da dor, distração da dor e total do perfil criativo, encontrou-se correlações significativamente positivas entre o lazer, estratégias de alívio, distração da dor e total do perfil criativo. Entre as estratégias de alívio e distração da dor, as correlações foram significativamente negativas. Comparando-se, ainda, os fatores do perfil criativo com os domínios de qualidade de vida, foram encontradas correlações significativamente positivas entre o fator Ousadia com os domínios psicológico e social e do fator Intuição com o físico e ambiental. O fator Individualismo apresentou correlações significativamente negativas com os domínios psicológico, social, ambiental e geral. Conclui-se, portanto, que o perfil criativo tem implicações importantes na qualidade de vida de indivíduos com dor lombar crônica.

Palavras-chave: dor, criatividade, osteoartrose, lombalgia.

Zavarize, S. F. (2011). Creative Profile and Quality of Life: implications for persons with chronic low back pain. Doctoral Tesis. Center of Life Sciences, Catholic University of Campinas. Campinas, SP.

ABSTRACT

The low back pain is considered an important public health problem and affects 70% to 80% of the adult population. When chronic, it undertakes the quality of life on many levels. The objective of this study is to evaluate the effects of the creative profile of the quality of life in patients with chronic low back pain. The research has been composed for 158 participants, 105 women and 53 men, between 30 and 80 years old, with chronic low back pain, selected by a medical diagnosis of Lumbar Osteoarthritis and registered for treatment in specialized clinics in the state of São Paulo. The instruments used were: a) Scale's creative profile, composed of descriptors adjectives of the creative personality which evaluates five factors: Daring, Traditionalism, Individualism, Intuition and Prudence; b) Assessment Instrument for Quality of Life of the World Health Organization (WHO) - The World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL-bref - composed of on general domain and four specific: physical, psychological, social and environmental; c) Visual Analogue Scale (VAS), that self-assess the intensity of pain with scores ranging from zero to ten. d) Supplementary Questionnaire, prepared by the author, consisting of four questions about leisure, strategies of relief and distraction from pain. The results obtained by Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) showed, for the quality of life, significant differences on the physical domain for age and in the physical, psychological, social, environmental and general pain (VAS). For the factors of creativity, were found significant differences on Individualism factor for age, sex and pain; Traditionalism for age and pain, Daring and Intuition for age. When we compare the leisure activities, strategies for pain relief, distraction from pain and full creative profile, we found significant positive correlations between leisure, relief strategies, distraction from pain and full of creative profile. Among strategies for relief and distraction from pain, correlations were significantly negative. Comparing, also, the factors of the creative profile with the domains of quality of life, we found significant positive correlations between the factor Daring with the psychological and social factors and Intuition with the physical and environmental. Individualism factor were correlated significantly negative with psychological, social, environmental and general. We conclude that the creative profile has important implications on quality of life of individuals with chronic low back pain.

Keywords: pain, creativity, osteoarthritis, low back.

Zavarize, S. F. (2011). Perfil Creativo y Calidad de Vida: implicaciones en individuos con dolor lumbar crónica. Tesis de Doctorado. Centro de Ciencias de la Vida de la Pontificia Universidad Católica de Campinas. Campinas, SP.

RESUMEN

El dolor lumbar es considerado un importante problema de salud pública que afecta a un 70% a 80% de la población adulta y la lumbalgia, cuando crónica, compromete la calidad de vida en varios niveles. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos del perfil del individuo creativo en la calidad de vida en portadores de dolor lumbar crónica. La muestra fue compuesta por 158 participantes, 105 mujeres y 53 hombres, entre 30 y 80 años de edad, con dolor lumbar crónica, seleccionados debido a diagnóstico médico de Osteoartrosis Lumbar y matriculados en cinco hospitales de tratamiento especializados en el interior de São Paulo. Las herramientas utilizadas fueron: a) Gama del Perfil Creativo, compuesta por adjetivos descriptores de la personalidad creativa y que evalúan cinco factores: Audacia, Tradicionalismo, Individualismo, Intuición y Prudencia; b) Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (OMS) - *The World Health Organization Quality of Life Assessment – bref – Whoqol-bref* – compuesto por un dominio general y cuatro dominios específicos: físico, psicológico, social y medio-ambiente; c) Gama Visual Analógica (E.V.A.) que evalúa la intensidad del dolor a través de resultados que varían de cero a diez. d) Cuestionario Complementar, elaborado por el autor, compuesto por cuatro preguntas sobre ocio, estrategias de alivio y de distracción del dolor. Los resultados obtenidos por la Análisis Multivariante de Varianza (MANOVA) presentaron, para la calidad de vida, diferencias significativas en el dominio físico para edad e en los dominios físico, psicológico, ambiental y general para dolor (E.V.A.). Para los factores de creatividad, fueron encontradas diferencias significativas en el factor Individualismo para edad, sexo y dolor; Tradicionalismo para edad y dolor; Audacia e Intuición para edad. Al comparar, por medio de la Correlación de Pearson, las actividades de ocio, estrategias de alivio del dolor, distracción del dolor y total del perfil creativo, fueron encontradas correlaciones significativamente positivas entre ocio, estrategias de alivio del dolor, distracción del dolor y total del perfil creativo. Entre las estrategias de alivio del dolor, distracción del dolor, las correlaciones fueron significativamente negativas. Comparando, aún, los factores del perfil creativo con los dominios de calidad de vida, se encontró correlaciones significativamente positivas entre el factor Audacia con los dominios psicológico y social e del factor Intuición con el físico y ambiental. El factor Individualismo presentó correlaciones significativamente negativas con los dominios psicológico, social, ambiental y general. Así, se llega a la conclusión de que el perfil creativo tiene implicaciones importantes en la calidad de vida de individuos con dolor lumbar crónica.

Palabras clave: dolor, creatividad, osteoartrosis, lumbalgia.

Agradecimentos

O momento de gratidão certamente é o melhor momento, pois lembrar de todas as pessoas que fizeram parte desse longo processo de descoberta e crescimento, é uma tarefa, no mínimo, prazerosa.

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Professora Doutora Solange M. Wechsler, pela determinação, entusiasmo e sabedoria com que olha para o mundo.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro a este trabalho.

Aos colegas de doutorado Adriana, Eliana, Gildene, Marcelo, Maria Ângela, Suzana e Walquíria, pelo companheirismo e amizade em todos os momentos.

Ainda, lembro-me com carinho das Professoras Silvana Blascovi e Tatiana Nakano, que colaboraram para a banca de qualificação e em tantas outras oportunidades.

Agradeço a todas as funcionárias da secretaria de Pós-Graduação da PUC-Campinas (CCV) que, com sua paciência e amizade, sempre se fizeram presentes.

Aos meus amigos, colegas de profissão e professores que participaram de minha vida durante esses quatro anos, dividindo tanto as aflições como as alegrias.

Aos diretores, médicos e funcionários das clínicas e instituições que participaram da pesquisa.

Às fisioterapeutas e funcionárias da clínica Fisio Terapêutica Zavarize, pelo profissionalismo e dedicação ao paciente com dor crônica.

Aos meus pais Izidoro e Marize, pelo incentivo à busca do conhecimento.

Aos meus filhos Lucas e Vitor, pela paciência pelos tantos e tantos finais de semana de trabalho.

À minha esposa e companheira Rosângela, pelo amor e incondicional parceria em todos os momentos.

A todos os participantes que contribuíram para a concretização desse estudo, repartindo conosco sua vida, sua dor e seu olhar para si.

E, por fim, a Deus, por ter nos dado uma fagulha da Sua luz ao depositar no homem a maravilhosa dádiva da criatividade.

Quem Morre?

*Morre lentamente quem não viaja,
quem não lê, quem não ouve música,
quem não encontra graça em si mesmo.
Morre lentamente quem destrói o seu amor-próprio,
quem não se deixa ajudar.
Morre lentamente quem se transforma em escravo do hábito,
repetindo todos os dias os mesmos trajetos,
quem não muda de marca,
não se arrisca a vestir uma nova cor
ou não conversa com quem não conhece.
Morre lentamente quem evita uma paixão,
quem prefere o negro sobre o branco
e os pontos sobre os "is"
em detrimento de um redemoinho de emoções
justamente as que resgatam o brilho dos olhos,
Sorrisos dos bocejos, corações aos tropeços e sentimentos.
Morre lentamente quem não vira a mesa quando está infeliz,
quem não arrisca o certo pelo incerto para ir atrás de um sonho,
quem não se permite pelo menos uma vez na vida fugir dos conselhos
sensatos.
Morre lentamente, quem passa os dias queixando-se
da sua má sorte ou da chuva incessante.
Morre lentamente, quem abandona um projeto antes de iniciá-lo,
não pergunta sobre um assunto que desconhece
ou não responde quando lhe indagam sobre algo que sabe.
Evitemos a morte em doses suaves,
recordando sempre que estar vivo
exige um esforço muito maior que o simples fato de respirar.
Somente a perseverança fará com que conquistemos um estágio esplêndido de
felicidade.*

Pablo Neruda

*A dor é inevitável.
O sofrimento é opcional.*

Carlos Drummond de Andrade

JUSTIFICATIVA

A dor lombar é considerada uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades industrializadas, afetando 70% a 80% da população adulta em algum momento da vida (Deyo, Cherkin, Conrad & Volinn, 1991). Configura-se como uma das razões mais comuns para aposentadoria por incapacidade total ou parcial (Nachemson, 1999). Estes fatores têm provocado variados temas de pesquisa na área e, portanto, geram a necessidade cada vez maior de investigações, referentes à qualidade de vida e ao perfil dos indivíduos acometidos pela doença.

A qualidade de vida dos indivíduos com dor lombar crônica pode ser afetada de diversas formas e sob diferentes aspectos. O relacionamento familiar, funções relacionadas ao trabalho, atividades físicas, desempenho sexual, vida social, qualidade do sono e auto-estima podem estar, diretamente, envolvidos com o problema.

A criatividade por sua vez, pode contribuir como um instrumento legítimo no auxílio às questões relacionadas à dor lombar, tais como a adaptação física, emocional, cognitiva e social frente a uma realidade complexa e aflitiva que a dor crônica pode oferecer. Questões subjetivas e de personalidade estão diretamente envolvidas neste processo, assim como a sintomatologia da dor, que é capaz de adquirir dimensões variadas de indivíduo para indivíduo.

O processo criativo está ligado à ação, à tendência individual de se movimentar no mundo de maneira própria, inovadora e produtiva, podendo ser capaz de transformar o cotidiano do sujeito. A pessoa criativa tende a buscar

alternativas para todas as situações e problemas, independente do grau de dificuldade.

Ao estudar a dor crônica na coluna, observa-se que além de trazer incapacidade, o que afeta grande parcela da população, frequentemente se estende para a terceira idade, lembrando que, no Brasil, a faixa etária acima dos sessenta anos vem aumentando substancialmente em número, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Na clínica de tratamento de dor, percebe-se as diferentes dimensões que os sintomas adquirem para cada pessoa, além das diversas estratégias utilizadas para o seu enfrentamento, fato este que, conseqüentemente, influencia de forma singular no cotidiano do indivíduo – trabalho, família e relacionamentos sociais.

O tratamento Fisioterapêutico, ainda que dentro de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes carece de instrumentos que possibilitem a obtenção de melhores resultados na utilização de práticas terapêuticas, tanto de avaliação quanto de intervenção. Assim, pesquisar a criatividade em indivíduos com dor crônica assume uma importância fundamental quando reúne profissionais de diversas áreas e que tentam melhor compreender suas facetas.

A maneira de se relacionar com a dor e com as limitações impostas pela doença é, geralmente, vivenciada e percebida de forma distinta pelos sujeitos. O fato de ser criativo pode alterar perspectivas em relação à *qualidade de vida*, modificando o significado da doença, de forma a minimizar ou neutralizar os efeitos da dor crônica.

A dor lombar é considerada um problema importante de saúde pública e é uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho, além de causar a incapacidade permanente em uma população economicamente ativa. Constitui a segunda causa de procura pela assistência médica em doenças crônicas nos Estados Unidos, (Andersson, 1991; Andersson, 1995; Boden, Davis, Dina, & Patronas, 1990; Hart, Deyo, & Cherkin, 1995).

Desde que cursava a graduação em Fisioterapia, nosso interesse se voltava para área do tratamento da dor e da postura corporal, não apenas pelos aspectos fisiológicos, motores, nutricionais ou neurológicos envolvidos, mas, também, pelas questões emocionais que emergem em consequência destas alterações.

Durante o curso de graduação, participamos na colaboração de um trabalho de mestrado, no qual foram avaliadas crianças de escolas públicas (ensino fundamental), com o propósito de detectar alterações posturais para fins de prevenção e estudo. Desde então, iniciamos uma observação mais aprofundada da multiplicidade de fatores sociais e emocionais ligados aos aspectos posturais e de qualidade de vida.

No Mestrado, quando se procedeu a elaboração de uma escala de qualidade postural para pré-adolescentes, pudemos observar com maior propriedade as condições relacionadas às alterações da postura, especialmente, quando o indivíduo apresenta algum tipo de dor.

Atualmente, participando de uma equipe multidisciplinar em tratamento de dor crônica, percebemos uma grande necessidade de se integrar estudos que possibilitem ampliar as observações sobre as relações que a dor mantém com os aspectos físicos, motores, emocionais ou ainda cognitivos.

Estas percepções têm aumentado o interesse em resgatar questões vividas na prática e trazê-las para a academia, com o intuito de ampliar conhecimentos sobre o assunto e contribuir com novas pesquisas. À medida que se reúne teoria e prática, torna-se possível entender melhor a abrangência e integralidade do ser humano.

Esta pesquisa se justifica, principalmente, por apresentar subsídios que podem colaborar como forma de auxílio e intervenção junto ao problema crônico da dor lombar, que assume importância cada vez maior na sociedade.

Utilizamos neste trabalho um tema pouco explorado, cujos resultados poderão auxiliar psicólogos, fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais e outros especialistas, a criarem e estimularem novas formas de atuação junto à população de pacientes com dor lombar crônica. Pretendemos, também, apresentar os benefícios da criatividade para a qualidade de vida de pacientes com diferentes níveis de dor lombar.

APRESENTAÇÃO

Estudar as peculiaridades da dor é uma tarefa instigante e, desde a época da graduação, houve a fascinação pelo assunto. Os aspectos fisiológicos da dor e a relação com a subjetividade do indivíduo sempre motivaram um aprofundamento crescente neste campo.

O elo entre criatividade e saúde ainda é muito frágil e, como a abrangência do construto é extensa, muitos estudos se voltam principalmente para a área da educação e corporativa, ficando a saúde e a qualidade de vida, de certa forma, esquecidas para a grande maioria das pesquisas. Existe certo interesse pela criatividade voltada ao cuidado com o doente nas pesquisas de enfermagem, mas permanece um vasto campo a ser revelado no âmbito da saúde de maneira mais abrangente, focalizando o doente.

A proposta deste estudo foi aprofundar-se na questão da interação entre criatividade, qualidade de vida e dor lombar crônica, associando seus possíveis impactos na vida pessoal.

O Capítulo 1 apresenta temas relacionados à dor lombar, classificação, anatomia da coluna lombar e sua epidemiologia; classificações da dor, se aguda ou crônica e suas causas; apontar-se-ão locais e as estruturas que são acometidas da coluna lombar nos quadros dolorosos e a importância epidemiológica, considerando-se a incidência nas diversas populações.

As dores lombares, de uma maneira geral, atingem níveis considerados epidêmicos para a população mundial (Deyo, 1998). Especificamente, a dor lombalgia crônica, devido à grande incidência na população em geral e pela

importância para a saúde, qualidade de vida e bem-estar do indivíduo, faz jus ao grande número de trabalhos encontrados na Literatura.

O Capítulo 2 esclarece questões ligadas à qualidade de vida e bem-estar; conceito e características do construto e seus domínios e, também, tratará dos aspectos da qualidade de vida voltada para a saúde, a importância desta abordagem e de sua avaliação.

Acredita-se que a dor crônica atue de maneira contundente sobre a qualidade de vida. Os longos prazos de permanência da dor estão associados ao decréscimo cada vez maior de seus indicadores. Portanto, avaliar a qualidade de vida, torna-se uma necessidade, já que vem a auxiliar no prognóstico da doença e da mesma forma, medir o impacto que a dor tem sobre o indivíduo (Mason, Skevington & Osborn, 2008).

Segundo Falcão (2006), a qualidade de vida no portador de lombalgia crônica e sua incapacidade funcional estão correlacionadas e são influenciadas principalmente, pela intensidade da dor e dos sintomas depressivos. Nos Estados Unidos, a Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação, a Agência para Políticas de Saúde e a Sociedade Americana de Dor, têm sugerido avaliações psicológicas como parte do tratamento de síndromes dolorosas, justificando a necessidade de produzir mais conhecimentos sobre a etiologia das dores lombares, repercussões emocionais e de qualidade de vida (Cruz & Sarda Junior, 2003).

A criatividade e as principais características das pessoas criativas estão ilustradas no Capítulo 3, onde são articulados os aspectos do construto e definições, a fim de se entender melhor os traços mais marcantes da pessoa criativa e como estes atuam no indivíduo.

Segundo Wechsler (2008) a criatividade é um processo no qual existem interações das características de personalidade, habilidades cognitivas e elementos do ambiente, que facilitam ao indivíduo a alcançar as descobertas criativas. Isto propõe à pessoa um vasto campo de possibilidades em sua vida, que irão desde a resolução de problemas simples à capacidade de lidar com adversidades.

Vários autores contribuíram de forma expressiva com o estudo e apontam para algumas características comuns às pessoas criativas, podendo ser destacadas: fluência e flexibilidade de idéias, originalidade, sensibilidade, fantasia e imaginação, inconformismo, independência de julgamentos, abertura a novas experiências, uso elevado de analogias e combinações incomuns, ideias elaboradas e enriquecidas, preferência por situações de risco, alta motivação e curiosidade, humor, impulsividade e espontaneidade, confiança em si mesmo ou auto-conceito positivo e sentido de destino criativo (Mackinnon, 1965; Torrance, 1966; Barron, 1969; Sternberg, 1988; Csikszentmihalyi, 1988; Alencar, 1998; Alencar & Fleith, 2003; Lubart, 2007; Wechsler, 1999; 2006; 2008).

Após a fundamentação teórica, estão expostos os objetivos, seguidos da metodologia e dos resultados. Finalizando apresenta-se a discussão e as conclusões da pesquisa.

Espera-se, por meio deste trabalho, ter encontrado associações importantes entre a criatividade e a qualidade de vida de portadores de dor crônica na coluna, contribuindo assim, com novas perspectivas de tratamento e intervenção junto a um problema que apresenta proporções epidêmicas na população em geral.

CAPÍTULO 1

1.1 Dor Lombar - Conceituação e Abrangência

A dor lombar, igualmente conhecida como Lombalgia, é um sintoma que frequentemente acomete a população adulta, o que gera várias discussões a respeito das possíveis causas e fisiopatologias, principalmente no que se refere aos limites entre uma situação de saúde ou de doença, de uma degeneração anormal ou envelhecimento fisiológico, o que dificulta a compreensão da patologia e dos planos de tratamento.

Entretanto, as alterações anormais observadas nos exames nem sempre constituem as verdadeiras causas, porque a necessidade de se obter resultados rápidos na terapêutica utilizada pode levar a iatrogenias, isto é, complicações decorrentes da intervenção do profissional médico ou da saúde, das quais resultam consequências prejudiciais para o indivíduo (Lin, Teixeira, Kaziyama, Lepski & Stump, 2006).

De modo amplo, a dor lombar é uma das principais causas de ausência ao trabalho e da instalação de incapacidade permanente em uma população economicamente ativa. Além disso, constitui a segunda causa de procura pela assistência médica em doenças crônicas nos Estados Unidos e, por estas razões, é considerada um sério problema para a saúde pública (Andersson, 1991; Andersson, 1995; Boden, Davis, Dina & Patronas, 1990; Hart, Deyo & Cherkin, 1995).

Geralmente, todas as categorias de dor, com ou sem rigidez, que se localizam na região inferior das costas, entre o último arco costal e a prega

glútea, recebem a denominação de Lombalgia. Já a lombociatalgia é o termo utilizado quando a dor irradia-se para as nádegas e para um ou ambos os membros inferiores, acompanhando o trajeto do nervo ciático (1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias, 2000; Greve & AmatuZZi, 2003; Cossermelli, 2000).

Por ser uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades industrializadas, a Lombalgia afeta entre 70% e 80% da população adulta em algum momento da vida (Deyo, Cherkin, Conrad & Volinn, 1991), tendo predileção por adultos jovens, em fase economicamente ativa (Cecin, Molinar, Lopes, Morickochi, Freire & Bichuetti, 1991; De Vitta, 1996) e é uma das razões mais comuns para aposentadoria por incapacidade total ou parcial (Nachemson, 1999).

Entretanto, algumas condições específicas podem levar à Lombalgia, como problemas congênitos, causas degenerativas, processos inflamatórios, infecções, tumores e questões mecânicos-posturais. Há, ainda, a Lombalgia mecânico-postural – também denominada Lombalgia inespecífica – que representa grande parte da incidência das dores na coluna referidas pela população. Isso se dá porque, geralmente, um desequilíbrio entre a carga funcional, que seria o esforço requerido para atividades do trabalho e da vida diária, e a capacidade funcional, que é o potencial de execução para estas atividades (Cailliet, 2001; Deyo, Battie, Beurskens, Bombardier, Croft, Koes, Malmivaara, Roland, Von Korff & Waddell, 1998).

As alterações mecânicos-posturais também são apontadas causas de dor lombar baixa (Dueker, Richie, Knox, & Rose, 1994; Esola, McClure, Fitzgerald, & Siegler, 1996; Gajdosik, 2001; Rissanen, Alaranta, Sainio,

Hamoken, 1994). Assim, a sobrecarga é considerada uma das fontes conhecidas de lesão lombar imediata. Outra é a fadiga mecânica secundária a movimentos repetitivos ou mesmo a manutenção de uma postura estática incorreta. Somando-se a estes fatores, incluem-se alguns aspectos psicossociais, como o estresse, a rotina e a insatisfação com o ambiente de trabalho (Cheren, 1992; Simm, 1988; Brown, Wells, Trottier, Bonneau, & Ferris, 1998).

Para os pesquisadores Greve e Amatuzzi (2003), a Lombalgia decorre, geralmente, de um conjunto de causas que envolvem fatores sociais, comportamentais (sedentarismo, tabagismo) e atividades ocupacionais. Outro agente muito influenciador é a insatisfação no trabalho.

Ainda, sinais vegetativos como distúrbios do sono, alterações no apetite e irritabilidade, podem estar presentes no quadro apresentado. Frequentemente, a dor lombar é reforçada ou perpetuada por fatores sociais e psicológicos (Deyo, Rainville & Kent, 1992) o que a faz ser considerada um grande problema em saúde pública, visto que pode comprometer a qualidade de vida de grande parcela da população.

Do ponto de vista de Yamamura, Kaziyama, e Yamamura, (2001), todos os fatores constitucionais, individuais, posturais e ocupacionais exercem influência na ocorrência das Lombalgias. Em relação às causas ocupacionais, destacam-se as sobrecargas na coluna lombar, geradas pelo levantamento de peso excessivo, deslocamento de objetos pesados, permanência sentado por longos períodos de tempo e submetimento a estímulos vibratórios por longos períodos. Da mesma forma, fatores individuais como a altura, o ganho de peso, a obesidade, a postura incorreta, o déficit de força dos músculos abdominais e

espinhais e a falta de condicionamento físico são fatores de risco para o aparecimento de dor.

1.2 Classificação da Dor

A classificação dos tipos de dor lombar pode ser organizada de acordo com a duração. As Lombalgias agudas apresentam início súbito e duração inferior a seis semanas, enquanto as Lombalgias subagudas têm duração de 6 a 12 semanas e as Lombalgias crônicas apresentam período maior do que 12 semanas (Deyo, 1991; Iamamura, Kaziyama, & Iamamura, 2001).

Em um quadro complexo, a Lombalgia crônica, segundo Cossermelli (2000), caracteriza-se por uma síndrome incapacitante e por dor, que perdura após o terceiro mês, a contar do primeiro episódio de dor aguda, além da gradativa instalação da incapacidade, muitas vezes tendo início impreciso, com períodos de melhora e piora.

Apesar das características multifatoriais das Lombalgias (as quais podem ser classificadas em mecânicas e não-mecânicas), problemas nos discos intervertebrais têm sido apontados como alguns dos principais pontos relacionados às dores nas costas (Adams, Dolan, & Hutton, 1986). Além disso, nota-se que a dor lombar é apontada por Cossermelli (2000) como responsável por cerca de 30% das queixas reumáticas, de modo que a degeneração dos discos intervertebrais é a causa mais frequente disso, especialmente, nos dois últimos discos lombares (entre a quarta e quinta vértebra lombar e entre a quinta lombar e a primeira sacral, denominadas, L4 – L5 e L5 – S1).

Já as Lombalgias de causas mecânicas ou mecânico-degenerativas resultam de alterações estruturais, biomecânicas, vasculares ou combinação, tendo relação direta com a eficiência da Unidade Funcional Espinal, compreendida como a menor unidade de movimento do segmento lombar e que dependem da integridade do disco intervertebral (1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias, 2000). Neste quadro específico, a tendência natural é que, com o envelhecimento, ocorra uma diminuição da integridade do disco intervertebral e progressiva desidratação. Em relação às Lombalgias não-mecânicas são ocasionadas por outros fatores, como fraturas, artrite, tumores no local e outros tipos de afecções geradores de dor lombar.

Portanto, segundo Silva, Fassa e Valle (2004), a dor lombar crônica pode ser causada por diversas condições clínicas e está, frequentemente, associada a um conjunto de fatores, destacando-se os sociodemográficos (como idade avançada, sexo feminino e baixa escolaridade); comportamentais (tabagismo); nutricionais (elevado índice de massa corpórea); de condições de trabalho (movimentos repetitivos, trabalho físico pesado e posturas viciosas). Além disso, de acordo com Jansen, Morgenstern e Burdorf (2004), cargas físicas nas atividades laborais, como manuseio de materiais, rotação, movimentos forçados, inclinação e ato de levantar frequente, também são importantes fatores de risco.

Além disso, uma associação dos fatores físicos e ocupacionais, com baixo nível socioeconômico, e os hábitos inadequados do estilo de vida, como obesidade e tabagismo, foi recentemente destacada em estudo sobre a prevalência da Lombalgia, onde ainda, se encontrou maior prevalência de dor lombar em mulheres (Bener, El-Rufaie, Siyam, Abuzeid, Toth & Lovasz, 2004).

1.3 Anatomia da Coluna Lombar

Uma noção importante a se agregar à questão, é a anatomia da coluna lombar, a qual é composta por 33 vértebras, que se distribuem em quatro curvaturas fisiológicas que dão equilíbrio, movimento e força à coluna. Assim sendo, a coluna se divide, anatomicamente, em sete vértebras cervicais (formando uma curvatura convexa para frente, chamada lordose cervical); doze vértebras torácicas (formando uma curvatura convexa posterior, denominada cifose torácica ou dorsal); cinco vértebras lombares (que constituem uma curvatura convexa anterior, denominada lordose lombar), cinco vértebras fundidas do sacro e quatro a cinco vértebras fundidas do cóccix, formando a curvatura sacrococcígea (Goss, 1998 & Hamill; Knutzen, 1999).

O desenvolvimento da curvatura lombar, ou lordose, acontece durante a infância, em resposta ao apoio do peso corporal, e é influenciado pelo posicionamento da pelve e dos membros inferiores.

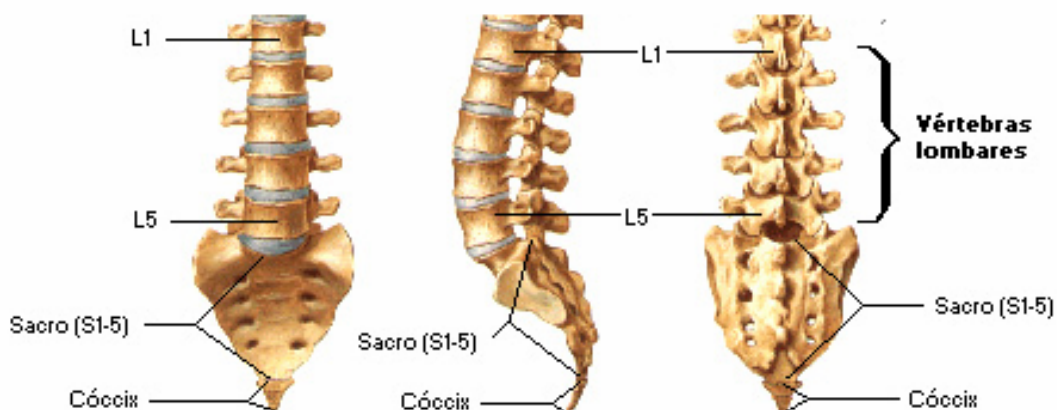


Figura 1. Coluna Lombar: vértebras e discos intervertebrais nas vistas frontal, lateral e posterior (Netter, 2000).

Os locais em que termina uma curvatura e começa a outra são, em regra, os pontos de maior grau de mobilidade e, em função disto, estão mais

sujeitos ao sofrimento de lesões. Tais pontos são denominados regiões cervico-torácica, tóraco-lombar e lombossacral. Conseqüentemente, apenas 24 das 33 vértebras são móveis, isto é, flexíveis, sendo as cervicais e as lombares aquelas que possuem maior mobilidade. Na região do tórax, as vértebras estão unidas a 12 pares de costelas e constituem a caixa torácica, o que limita os movimentos. Pela própria disposição, cada vértebra sustenta o peso de todas as partes do corpo, situadas acima da mesma e, assim, as vértebras lombares são as maiores, porque precisam sustentar maior carga (Goss, 1998).

Na fase fetal de desenvolvimento, o corpo fica em posição de flexão e a coluna se apresenta em forma de “C”, isto é, em Cifose. Nas primeiras semanas após o nascimento, a criança consegue levantar a cabeça, utilizando a musculatura do pescoço, permitindo a formação da curvatura cervical ou lordose. Aos nove meses, a musculatura antigravitacional da região lombar começa a dar forma à região lombo-sacral, a qual só se definirá aos dois anos de idade, com o desenvolvimento ósseo das vértebras. A curvatura torácica – ou Cifose dorsal – é considerada primária, pois surge no período fetal. Já as da região cervical e lombar, as lordoses, são chamadas de secundárias ou adquiridas, por serem moldadas pelos músculos, na fase pós-natal (Santos, 2000).

Portanto, já no indivíduo adulto, as curvaturas com a mesma disposição da coluna embrionária são denominadas primárias e as de direção oposta – isto é, com ângulo posterior – são secundárias (cervical e lombar), as quais são extremamente móveis em relação às primárias (torácica e sacral); das curvaturas cervicais, torácica e lombar, é a torácica que possui menos

mobilidade, enquanto que o sacro, formado de vértebras soldadas, não apresenta qualquer movimento entre os seus segmentos (Goss, 1998).

No alinhamento da postura em pé e estática, uma linha vertical de gravidade (imaginária) deveria passar, imediatamente, anterior ao ouvido externo, pela articulação do ombro ao nível do acrômio, na face anterior da coluna dorsal, na articulação coxofemural ao nível do trocânter, pelo nível médio da articulação do joelho e na articulação do tornozelo ao nível do maléolo lateral (Brito Junior, 2001).

Em contrapartida, o centro de gravidade se localiza ligeiramente atrás e abaixo do umbigo, favorecendo o peso do corpo a se projetar para frente, desenvolvendo a contração dos músculos posturais ou antigravitacionais. Além destes, os músculos do abdômen e quadril também são importantes para a manutenção da postura, de acordo com Borges e Ximenes (2001).

Portanto, para um equilíbrio perfeito, menor esforço muscular e, conseqüentemente, maior bem-estar da coluna, a postura necessita de uma harmonia entre a cabeça alinhada e centrada, a coluna vertebral e suas curvaturas fisiológicas normais, os membros superiores, a cintura escapular, os membros inferiores e a cintura pélvica, o que proporciona a estabilização necessária para o desempenho de tarefas com eficácia (Santos, 2000; Zavarize & Wechsler, 2007).

1.4 Epidemiologia da Dor Lombar

Observa-se que a ocorrência de dor lombar crônica é crescente na população, talvez em função de novos hábitos, da maior expectativa de vida,

do prolongamento da sobrevivência dos doentes com afecções clínicas graves, das atividades de vida diária e da ergonomia, que é uma disciplina voltada para a interação entre o corpo e os outros objetos, como mobílias, máquinas, ferramentas e aparelhos. A presença intensa da dor pode, ainda, ser exacerbada em função do reconhecimento pelos profissionais de saúde de novas condições de dor e da aplicação de novos conceitos que traduzam seu significado (Mailis & Papagapiou, 1993).

Essa situação se dá porque várias barreiras teóricas e metodológicas dificultam a investigação epidemiológica da dor. Grande parte das dificuldades é fundamentada na natureza complexa e na subjetividade de expressão do quadro, de acordo com Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini e Merskey (1990). Há de se considerar, também, a grande diversidade com que o problema se apresenta e os fatores causais, bem como variações sazonais que ocorrem durante o ano e a ausência de critérios de classificação das afecções álgicas.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o diagnóstico das afecções, geralmente, é fundamentado na ocorrência de um processo com evolução conhecida e possível causa. A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) classifica mais de 600 condições álgicas, compreendendo 36 dolorosas generalizadas, 66 síndromes acometendo a cabeça e a região cervical, 35 os membros superiores, 154 a região da coluna vertebral cervical e dorsal, 136 a região lombar, sacral, coccígea espinal e radicular, 85 o tronco e 18 membros inferiores.

Diante de todos esses dados, a dificuldade nos estudos epidemiológicos é a intensa variação do critério temporal para classificar a dor como aguda ou crônica. Segundo o Comitê de Taxonomia da IASP, são três categorias de dor:

durando menos de um mês, durante um a seis meses ou perdurando por mais de seis meses (Merskey, & Bogduk, 1994). Ainda, alguns autores admitem que a dor seja crônica quando apresenta duração superior a um, três ou seis meses, existindo, também, a dificuldade de se classificar condições álgicas, recorrentes de curta duração e de se determinar o conceito exato de incapacidade gerada pela condição dolorosa (Anderson, Ejlertsson, Leden, & Rosenberg, 1993; Brattberg, Parker, & Thorslund, 1996; Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1990).

Dessa maneira, a prevalência elevada dos casos de Lombalgia é reconhecida em vários países e existem estudos que demonstram uma tendência a aumentar. Aproximadamente, de 60 a 80% da população são acometidos pelo episódio de Lombalgia durante a vida. Na Suíça, a prevalência da doença foi avaliada entre 20 e 29% nos homens e entre 31 e 39% nas mulheres. Já no Reino Unido, a prevalência é de 59%, com predomínio de faixa etária de 45 a 59 anos, sendo a principal causa de faltas ao trabalho. Nos Estados Unidos da América, a Lombalgia é a segunda causa mais frequente das consultas médicas e a quinta causa de internação hospitalar (Ponte, 2005). Observou-se ainda, que mais de 26 milhões de pessoas, entre 20 e 64 anos de idade, sofrem com frequência de dores lombares na coluna, sendo a responsável por 3 a 6% da incapacidade ao trabalho, anualmente (Rome, 2007).

Entretanto, a Lombalgia aguda, com duração de aproximadamente duas semanas, ocorre em cerca de 30 a 60% dos indivíduos nos Estados Unidos no período de um ano e o aumento da prevalência cresce, com o avanço da faixa etária. Estudos norte-americanos apontam para 175 milhões de dias

ausentados do trabalho a cada ano (Lin, Teixeira, Kaziyama, Lepski, & Stump, 2006).

Já no Brasil, os números não são diferentes do resto do mundo. Segundo Teixeira (1999), aproximadamente 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados em razão da dor lombar, e pelo menos 70% da população sofrerá uma ocorrência de dor durante a vida.

A etiologia da dor lombar crônica, segundo Silva, Fassa e Vale (2004), pode decorrer por conta de doenças inflamatórias, degenerativas, alterações congênitas, hipotonia muscular, predisposição reumática, neoplasias, degeneração dos discos intervertebrais, dentre outras. Por outro lado, muitas vezes a dor lombar crônica não provém de doenças específicas, mas sim de um conjunto de causas. Dentre algumas, encontram-se os fatores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, condições econômicas); comportamentais (o fumo e baixa atividade física); atividades cotidianas (postura inadequada, trabalho físico pesado, vibração, movimentos repetitivos) e outros, como obesidade e morbidades psicológicas.

Poucos estudos foram localizados no Brasil e, devido a isso, não existem dados muito específicos ou detalhados da prevalência de dor lombar ou de dor lombar crônica no país (Silva, Fassa, & Vale, 2004).

Segundo Fishbain, Rosomoff, Cutler e Rosomoff (1995), existe uma predominância no sexo feminino, principalmente, após os 60 anos de idade. Ainda, há uma estreita relação entre a Lombalgia e atividade ocupacional que ocorre por períodos prolongados, em situações como movimentos repetitivos, esforços excessivos e postura inadequada.

Vários estudos epidemiológicos têm abordado o tema da dor lombar, mas ainda são poucos os que se referem à dor lombar crônica, especificamente, (Valat, Goupille, Rozenberg, Urbinelli, & Allaert, 2000; Lee, Helewa, Goldsmith, Smythe, & Stitt, 2001). Além disso, grande parte dos artigos se refere a grupos populacionais específicos, principalmente relacionados às atividades laborais (apesar de tais artigos apresentarem divergências na definição).

Portanto, os fatores de risco para a Lombalgia estão associados a questões posturais, ocupacionais e constitucionais. Em relação aos fatores posturais, observa-se que o uso inadequado de posturas incorretas, por longos períodos de tempo, associados ao trabalho, vida escolar e ao lazer, podem interferir na qualidade postural do indivíduo, podendo levar a alterações e deformidades, fatores geradores de dor (Zavarize, & Wechsler, 2007).

Segundo Lin, Teixeira, Kaziyama, Lepski, e Stump (2006), tais fatores ocupacionais se destacam em função das sobrecargas impostas à coluna. De acordo com os autores, os principais fatores constitucionais são obesidade, estatura fora dos padrões de normalidade, frouxidão ligamentar, fraqueza muscular dentre outros. Além destas questões, os hábitos de vida diária como o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, uso de drogas, história de Lombalgia pregressa e fatores psicossociais (como ansiedade, depressão e hipocondria) influenciam de forma significativa os indicadores de falta de sucesso na evolução do quadro clínico (Andersson, 1991).

Apontadas as questões como etiologia, epidemiologia, fatores de risco e questões emocionais relacionadas à dor lombar crônica, faz-se necessário avaliar as questões relativas à qualidade de vida dos indivíduos que sofrem do

problema. Por meio deste construto, torna-se possível a obtenção de dados importantes, tanto em relação às estratégias de tratamento, como em relação à evolução do quadro clínico, sendo possível avaliar tanto a saúde como a doença, além de medir o impacto que a dor crônica pode causar na vida de quem a possui.

CAPÍTULO 2

2.1 Qualidade de Vida e suas Implicações

Como visto anteriormente, as causas da dor lombar, em grande parte dos casos, estão relacionadas aos aspectos que influenciam a vida de quem convive com ela, ou seja, parece haver uma ligação estreita entre a doença e a qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito que abrange uma diversidade de fatores e representações subjetivas, refletindo conhecimentos, experiências e valores socioculturais de indivíduos ou de determinadas comunidades. Ou seja, o momento histórico, a classe social e a estrutura cultural a qual pertencem os indivíduos, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000).

A respeito do construto de qualidade de vida, existe concordância entre pesquisadores, embora não haja uma definição concreta dos conceitos. Entretanto, as dimensões abrangem os seguintes aspectos: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. Conforme estudos da Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é entendida como a *“percepção do indivíduo sobre a vida, no contexto da cultura, sistemas e valores ou, ainda, expectativas, padrões e preocupações, relativas os seus objetivos”* (WHOQOL Group, 1995).

Seis domínios principais podem ser incluídos nessa definição de qualidade de vida: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e vida espiritual. Conceitos estes, os quais estão relacionados a várias dimensões que se referem a traços

de personalidade, questões ambientais e auto-estima e, da mesma forma, a uma cadeia de aspectos variados: o estado emocional, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002). Desta forma, o estilo de vida, a satisfação no trabalho, as atividades de vida diária e o ambiente no qual se vive têm relação direta com a qualidade de vida (Velarde & Avila, 2002; Bowling, Gabriel, Dykes, Dowding, Evans, Fleissig, Banister & Sutton, 2003).

Para Pimentel (2006), o domínio físico da qualidade de vida é facilmente observável, pois se refere à capacidade do indivíduo de realizar as atividades diárias; enquanto, no domínio social, refere-se à capacidade de se relacionar com a família, amigos, colegas de trabalho, etc. Também, é observável que o domínio psicológico incorpora questões do bem-estar emocional e mental, as quais são associadas de maneira oposta à depressão, ao stress, à ansiedade, à raiva, ao medo, dentre outros fatores. E todos estes fatores dependem da percepção individual de cada um, de crenças, experiências, sentimentos e expectativas.

Segundo Post e Noreau (2005), a comunidade científica tende a reconhecer a existência de duas principais conceituações de qualidade de vida. A primeira é a abordagem objetiva, baseada em características que podem ser medidas, concretamente, por um avaliador. A segunda, a abordagem subjetiva, apontaria para as características emocionais do indivíduo ou mesmo suas capacidades cognitivas. A congruência destes dois aspectos vai ao encontro das expectativas do sujeito, em relação às suas realizações na vida.

Claramente, as questões subjetivas são essenciais para a avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou de um grupo. Assim sendo, os resultados apontados em indicadores sociais não seriam capazes de defini-la, já que as pessoas reagem de maneiras diferentes em relação às circunstâncias semelhantes (Diener & Suh, 1997).

Entretanto, o conceito de bem-estar subjetivo não significa, necessariamente, saúde psicológica. É apenas um aspecto do bem-estar psicológico, sendo necessário, mas não suficiente para que a pessoa sinta-se bem (Albuquerque & Troccoli, 2004).

Assim, o conceito de qualidade de vida e bem estar subjetivo estão associados, muitas vezes, a parâmetros como riqueza, felicidade, independência, saúde. Como exemplo, pode-se citar a questão da situação econômica, que não leva necessariamente à percepção de uma vida com qualidade. Dessa forma, os parâmetros de qualidade de vida, sendo meramente subjetivos, não se relacionam apenas com as questões previamente abordadas, mas, acima de tudo, com a satisfação própria.

Stephoe, Wardle e Marmot (2005), apresentam uma interessante explicação para a relação entre bem-estar subjetivo, saúde e longevidade. Tal relação se situaria no fato de que o afeto positivo estaria relacionado aos perfis favoráveis de funcionamento nos vários sistemas biológicos, tornando possível a redução do risco do desenvolvimento de doenças. Esta teoria concorda com os trabalhos de Ashby, Isen e Turken (1999), que se apóiam em estudos fisiológicos da emoção positiva, em que o efeito estaria associado à liberação de Dopamina, neurotransmissor que facilitaria o desvio da atenção e a seleção para diferentes perspectivas no indivíduo. Diante disso, novas alternativas são

especialmente importantes para se refazer objetivos e formular metas em relação à vida, ocupando-se de forma produtiva e mais voltada ao bem-estar e à realização própria.

De acordo com Passareli e Silva (2007), estudos afirmam que pessoas felizes participam mais de atividades em grupo, têm mais amigos e permanecem casadas por um maior período de tempo, fatores estes, que indicam uma maior habilidade para contatos sociais. Assim, existem correlações entre as pessoas com o bem-estar elevado e o fato de terem mais e melhores relações sociais do que o oposto.

Relações sociais positivas também se mostram necessárias para elevar o nível de bem-estar e, além disso, existem diferentes dados que sugerem que o bem-estar leva ao desenvolvimento de boas relações sociais. Outros estudos têm apontado correlações nas quais as pessoas casadas apresentam uma melhor saúde física e psicológica, além de viverem mais, em relação às pessoas solteiras (Seligman, 2004; Diener & Seligman, 2004).

Segundo Pimentel (2006), o conceito de bem estar subjetivo e qualidade de vida global diferem-se do de qualidade de vida ligado à saúde. Para a pessoa saudável, a noção de qualidade de vida refere-se a questões como lazer, riqueza, autonomia, liberdade, enfim, tudo o que torna o cotidiano melhor e mais agradável. Dessa maneira, para o conceito de qualidade de vida voltado à saúde, a questão principal seria a percepção do indivíduo doente sobre suas capacidades em quatro parâmetros importantes: o bem-estar psicológico, o bem-estar físico e as atividades cotidianas, as relações sociais e os sintomas da doença.

2.2 Qualidade de Vida, Saúde e Instrumentos de Medida

O conceito qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos modelos sociais que têm influenciado tanto as práticas, quanto as políticas voltadas à saúde nos últimos anos.

Acerca de sua origem, existem evidências de que o termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura médica nos anos de 1930, segundo Costa Neto (2002), que realizou um levantamento de estudos que objetivava a definição e a avaliação desse conceito. Trabalhando na publicação intitulada *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, publicada em 1998, o mesmo autor identificou 446 instrumentos, no período de cerca de setenta anos. No entanto, mais de 70,0% do total aparecem na literatura apenas a partir dos anos 1980.

Os estudos da qualidade de vida voltada à saúde, segundo Santos (2007), apresentam resultados de interesse do indivíduo doente, contrastando com as avaliações fisiológicas utilizadas nos modelos que estão focalizados na doença. Também oferecem informações baseadas em sinais e sintomas clínicos, os quais são de pouco interesse na vida prática do indivíduo. Estas informações, do ponto de vista fisiológico, se relacionam de maneira muito pouco significativa em relação à capacidade funcional e bem-estar, que são áreas de maior interesse para os próprios indivíduos, assim como para familiares ou cuidadores. Desta forma, à medida que o construto qualidade de vida se afasta do pensamento médico tradicional, voltado para resultados meramente clínicos, acrescenta informações relevantes no que diz respeito à saúde e à doença. Ou seja, mais do que uma descrição sobre o estado de

saúde do indivíduo, é uma avaliação minuciosa a respeito de como ele percebe e reage à situação, bem como sobre outros aspectos de sua vida como um todo.

Tais fatores relacionados ao processo de saúde e doença são multifatoriais e, geralmente, complexos. Desta forma, estas questões compreendem uma extensão dos aspectos relacionados às questões econômicas, socioculturais, estilos de vida e experiência pessoal. Os novos modelos apontam para um incentivo à melhoria da qualidade de vida – desde as práticas assistenciais até as políticas públicas – para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Ainda, existe o interesse na avaliação da qualidade de vida pelas práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, cujos resultados servem de indicador tanto para o tratamento como para o grau de acometimento de determinada doença. Mensura-se, ainda, o impacto que a doença pode causar na vida do indivíduo (Seidl & Zannon, 2004).

A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) surgiu do termo em inglês *Health-related Quality of Life* (HRQL), construto que foi criado para diferenciar-se do conceito geral de qualidade de vida. Para área da saúde, os aspectos da qualidade de vida são influenciados pela ocorrência de doenças (Fayers e Machin, 2000). As duas expressões têm significados similares e concordam com determinados conceitos, como a percepção da saúde, funções sociais, psicológicas ou físicas, bem como os prejuízos a elas relacionados (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

A Oncologia foi uma das primeiras áreas da Medicina que abordou a questão da qualidade de vida ligada à saúde, em função de que a maioria dos

tipos de câncer provocam importantes situações de deterioração física e emocional e, também, por que um grande número dos resultados terapêuticos apresenta alto índice de insucesso (Pimentel, 2006).

Nesse quadro, a determinação da qualidade de vida ligada à saúde é formada pela análise de vários aspectos, que devem fazer parte da avaliação do sujeito e que precisa ser capaz de prever o impacto da doença na vida do indivíduo. Os indicadores são multidimensionais, o que permite inúmeras condições de avaliação em que os indivíduos com a mesma patologia possam apresentar diferentes níveis de saúde e de bem estar físico e emocional. As medidas de avaliação vêm sendo, basicamente, desempenhadas por meio de questionários, que têm por finalidade transformar conceitos subjetivos em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados (Ciconelli, 2003). Resnik e Dobrykowski (2005) afirmam que os questionários de qualidade de vida relatam, na maioria, as experiências pessoais do sujeito, ou seja, atividades que conseguem desempenhar habitualmente, com qual frequência e o nível de dificuldade apresentado.

Em decorrência dos progressos sociais, políticos, econômicos e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na ciência médica, tais índices de qualidade de vida e de saúde têm melhorado nas últimas décadas de forma contínua e sustentada na maioria dos países. Pesquisas de alguns autores e relatórios sobre a saúde mundial e da região das Américas são conclusivos neste tema e, em função destes aspectos, a expectativa de vida cresceu. Na América Latina, que era de 50 anos antes da Segunda Guerra Mundial, passou para 67 anos em 1990 e 69 anos em 1995 (OPAS, 1998; WHO, 1998; Buss, 2000).

Esse interesse crescente pelo construto qualidade de vida pode ser exemplificado por indicadores de produção de conhecimento, junto com o empenho de pesquisadores para o intercâmbio de conhecimentos. Deve-se, portanto, realçar o surgimento da revista periódica *Quality of Life Research*, editada desde o início dos anos de 1990 pela *International Society for Quality of Life Research* (<http://www.isoqol.org>), a qual apresenta trabalhos científicos sobre qualidade de vida nas diversas áreas (Seidl & Zannon, 2004).

Deve-se frisar que a qualidade de vida pode ser avaliada por meio de instrumentos objetivos e é reconhecida como importante área do conhecimento científico, principalmente para a área da saúde. Isto se deve ao fato de que os conceitos de saúde e qualidade de vida se inserem no âmbito da satisfação e bem-estar físico, psíquico, social e cultural (Santos, 2007). Alguns instrumentos de medida são mencionados como os mais utilizados, internacionalmente, sendo o primeiro SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 Items*), aplicável a diversos tipos de doenças e composto de questões gerais, que incluem o funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o enquadramento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade e as percepções da saúde geral. Foi adaptado e validado para o português, por Ciconelli (1997), sendo aplicado a pacientes portadores de artrite reumatóide, avaliando, desta forma, a qualidade de vida relacionada à saúde.

Diante dessa situação, a Organização Mundial de Saúde resolveu desenvolver, por meio do seu grupo de qualidade de vida, o instrumento *The World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL) composto por 100 itens, cuja versão em português foi traduzida e validada por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para avaliar

qualidade de vida em uma perspectiva transcultural (Vido & Fernandes, 2007). Devido à necessidade de instrumentos de rápida aplicação, principalmente para a área da saúde, sobreveio o desenvolvimento do *The World Health Organization Quality of Life Assessment - brief (WHOQOL-brief)* formado por 26 questões, dividido em um domínio geral e quatro domínios específicos: físico, psicológico, social e meio ambiente, traduzido e validado para o Brasil (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 2000).

De acordo com Santos (2007), os instrumentos de avaliação da qualidade de vida desenvolveram-se para as mais diversas aplicações e finalidades. Alguns apresentam enfoques mais gerais, podendo ser utilizados em vários grupos e são capazes de detectar os efeitos da doença e também os resultados do tratamento em domínios distintos, além de permitirem a comparação dos resultados em diferentes amostras. Os mais genéricos são utilizados para acessar um leque de áreas diversas e aplicáveis em uma variedade de condições de saúde e nas doenças. Não sendo instrumentos específicos, podem ser utilizados para avaliações gerais em pesquisa na saúde. Exemplos destes instrumentos são *Sickness Impact Profile* (Bergner, Bobbit, Kressel, Pollard, Gilson & Morris, 1976), *The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*, *The EuroQoL Instrument* (EuroQoL, 1990) e *Medical Outcomes Study 36-Item short form* (Ware & Sherbourne, 1992).

Em relação ao Brasil especificamente, são encontrados trabalhos sobre qualidade de vida em diferentes especialidades da área da saúde, como em Oncologia, Psiquiatria, Oftalmologia, Ginecologia e Neurologia. Relacionando a Lombalgia com a qualidade de vida, a produção no Brasil se mostrou ainda

deficiente (Zavarize & Wechsler, 2009). Na Psicologia, podemos citar a elaboração de Inventário de qualidade de vida por Lipp e Rocha (1994), utilizado em pesquisa e intervenção voltadas ao stress.

Além do exposto até aqui, ao se fazer referência à qualidade de vida, deve-se voltar à questão do bem estar subjetivo (BES), o qual, segundo Albuquerque e Troccoli (2004), representa o estudo científico da felicidade, suas causas, fatores que contribuem e ou que a prejudicam. O termo felicidade expressa os componentes afetivos característicos do bem estar subjetivo. A qualidade de vida também pode ser compreendida desta forma, embora abranja, além dos aspectos citados, questões ocupacionais. Assim sendo, o bem estar subjetivo estaria mais direcionado à felicidade pessoal. Já a qualidade de vida, estaria relacionada às questões práticas do cotidiano, embora, na literatura médica, o termo parece ter significados múltiplos, focando os mais diferentes aspectos (Gill & Feinstein, 1994).

Além de qualidade de vida, expressões como condições de saúde e funcionamento social, têm sido usadas como sinônimos. A definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para avaliação, mas é possível relacioná-la com a saúde e seu estado subjetivo. Estes devem ser considerados como conceitos similares, focados para avaliação subjetiva do paciente e, da mesma forma, ligados ao impacto sobre a capacidade emocional e física (Gill & Feinstein, 1994).

Entretanto, a qualidade de vida não inclui somente fatores relacionados à saúde – tais como bem-estar físico, funcional, emocional e mental – mas, também, elementos que não estão relacionados à saúde, como trabalho,

família, amigos e circunstâncias da vida cotidiana, mas que, indiretamente, fazem parte do mesmo construto.

Para Mason, Skevington e Osborn (2008), acredita-se que a dor crônica tem um forte impacto sobre a qualidade de vida e, outro fator importante é que quanto maior a duração da dor, pior o seu índice. Desta forma, a dor pode alterar a maioria dos domínios que engloba o construto, estando apenas o domínio dos aspectos de crença, religião e espiritualidade como exceção (Linton, Bradley, Jensen, Spangforth, & Sundell, L., 1989).

Outra questão que pode influenciar na qualidade de vida é a propensão de aceitação da doença ou propriamente, da dor por parte do indivíduo, a qual contribui, de uma maneira geral, para explicar a independência nas atividades cotidianas, segundo Mason, Mathias e Skevington (2008).

Segundo Tengan, Okada e Teixeira (2006), o psiquismo humano, assim como fatores culturais e experienciais, influencia de maneira importante a percepção dolorosa e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Este significado também muda em relação à cultura de determinado grupo social ou raça. Antes, achava-se que a dor estaria relacionada a lesões apenas dos tecidos, ao passo que hoje se aponta para outros fatores, como a dor psicossomática, as causalgias (em forma de queimação, que persiste após a lesão nervosa traumática periférica), dores em membro fantasma e dor espontânea (sem causa aparente ou de origem central). Existem, da mesma forma, os casos em que a lesão está presente, mas a dor não aparece.

Ainda segundo esses autores, vários tipos de intervenção vêm sendo utilizadas para a melhora da qualidade de vida e, conseqüentemente, para o tratamento da dor. A partir deste viés, surgiram as Técnicas de Relaxamento,

Arteterapia, Musicoterapia, Terapia Cognitivo-comportamental, Psicoterapias, Terapia Familiar, Hipnose, Programas multidisciplinares de tratamento, dentre outros.

Sierpina e Cole (2004) desenvolveram um programa de atividades voltadas ao incentivo da criatividade em idosos, inclusive com casos de demência, no qual se observou melhora na saúde de maneira geral, demonstrando, dessa forma, a possibilidade de evolução positiva da qualidade de vida por meio do estímulo da criatividade em todas as fases da vida, incluindo os últimos anos.

De acordo com Cukierman e Figueiró (2006), os componentes emocionais envolvidos no processo de dor crônica, podem expressar-se de maneira mais significativa que os componentes sensitivos. Emoções e valores simbólicos influenciam a percepção da dor, descaracterizando a proporcionalidade entre estímulo doloroso e a dor percebida pelo indivíduo. Depressão, ansiedade e estresse, associados à mudança de tônus muscular e fatores hormonais, acarretam fadiga e, conseqüentemente, aumento do quadro doloroso.

Por fim, é plausível afirmar, que ao abranger os aspectos relacionados à qualidade de vida, pode-se abordar questões relativas à criatividade do indivíduo, por conta do seu caráter multidimensional, associando inteligência, personalidade, conhecimento e ambiente social (Sternberg & Lubart, 1991, 1993, 1995, 1996). O processo criativo pode, ainda, ser vislumbrado como um instrumento de transformação.

CAPÍTULO 3

3.1 Criatividade - Conceituação

Ao levar em consideração a importante relação entre a criatividade e a qualidade de vida, é imprescindível notar que as contribuições que uma traz para a outra podem facilitar a elaboração de novas opções e alternativas de adaptação ao cotidiano, promovendo a resolução de problemas relacionados à doença, além de proporcionar uma possível melhora nas ações no dia-a-dia, seja no ambiente familiar, na escola ou no trabalho.

A criatividade é fundamental em vários contextos e, particularmente, nas situações de risco, pois permite que tais situações sejam entendidas como um desafio a ser vencido. As situações de dor crônica (assim como a lombar) constituem, certamente, um desafio. E como enfrentá-las? Antes de abordar a questão particular da criatividade na superação da dor, é importante apresentar algumas considerações sobre o seu conceito.

Discorrer sobre criatividade é uma tarefa fascinante, porque discursa sobre um construto que apresenta ao indivíduo peculiaridades de pensamento e de produção divergente, além de originalidade, flexibilidade, fluência de idéias, originalidade, sensibilidade e fantasia. Pode-se, dessa forma, aprofundar em um espaço que, para o indivíduo criativo, significa a capacidade ou o desejo de transformar o mundo e de trabalhar a habilidade de disseminar ao ambiente, novas propostas por meio de perspectivas inovadoras. Traz um olhar semelhante ao da criança que, curiosa, é capaz de fantasiar com fascínio a realidade que a cerca. Um olhar com a nítida certeza de um destino criador,

um algo novo em um velho mundo. É, a exemplo de Mozart, Leonardo da Vinci e Einstein, contemplar a esperança de dias melhores.

Alguns autores dedicaram, expressivamente, seus trabalhos sobre o tema da criatividade, dentre os quais podemos citar Guilford (1950), que no século XX abordou a criatividade como parte da inteligência; Torrance (1966, 1987, 1992, 1995, 1996), que propôs a sua independência de construto e desenvolveu testes formidáveis; Sternberg (1991, 1997), que se aprofundou nas questões da personalidade criativa; Wechsler (1987, 1999, 2001, 2006, 2008) que, em sua produção recente, abraçando os trabalhos de Torrance, elaborou instrumentos originais para a avaliação deste construto em nosso país, incrementando sua importância na área psicológica e educacional. Além destes, temos ainda outros autores, dentre eles Mackinnon (1965), Stein (1974), Kneller (1978), Lubart (1999, 2007), Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi (1988), Mitjans Martinez (1997), Alencar (1987, 1998), Fleith (1994, 2000).

O interesse da Psicologia pelo estudo sobre criatividade teve como marco o discurso de Guilford, ao assumir a presidência da *American Psychological Association*, circunstância em que o autor apresentou a necessidade de maiores estudos sobre as características da pessoa criativa, como o pensamento divergente, a fluência, a flexibilidade, a originalidade, a abertura a novas experiências e a sensibilidade (Alencar, 1996).

Assim, a relevância do construto e seu significado para diversas áreas como psicologia, educação, corporativismo, no campo das artes, da ciência e das pesquisas em bem estar, gerou um aumento gradativo nas investigações, conforme se observa nos trabalhos de Beghetto, Plucker e MaKinster (2001), El-Murad e West (2004), Nakano (2005), Zanella e Titon, (2005), dentre outros.

O educador Paul Torrance (1966), aproximando-se dos mesmos atributos cognitivos apresentados por Guilford, aprofundou-se na construção de testes para avaliar a criatividade. Nos primeiros trabalhos, Torrance direcionou esforços para a avaliação da criatividade verbal e figurativa, utilizando-se dos atributos fluência, flexibilidade, originalidade e elaboração. Dessa forma, sua contribuição para a ampliação do conceito foi imensa.

Já em relação à teoria de Kneller (1978), destaca-se que o processo criativo segue determinadas etapas, tais como apreensão, preparação, incubação, iluminação e verificação. Inicialmente, o indivíduo deve encontrar o problema; na segunda etapa, procura conhecer todos os aspectos relacionados ao problema e propõe soluções e, depois, se inicia a fase de incubação, quando as idéias ficarão “germinando” por um tempo variável.

Com o avanço das pesquisas, Torrance elaborou investigações sistemáticas sobre outros indicadores, que estariam avaliando não só os aspectos cognitivos da criatividade, como também os emocionais, colaborando de forma expressiva para o desenvolvimento neste campo. Os novos indicadores propostos foram a presença de emoção, fantasia, combinações de ideias, perspectiva interna, humor, movimento, resistência ao fechamento, perspectiva incomum, riqueza de imagens, colorido de imagens e títulos expressivos (Torrance, 1966; 1996; Torrance & Ball, 1980; 1981).

Na teoria da criatividade, proposta por Sternberg (1988; 1991), o comportamento criativo é resultado da convergência de seis fatores distintos e inter-relacionados, que são descritos como atributos necessários para a expressão do indivíduo criativo. São eles a inteligência, a personalidade, os estilos intelectuais, o conhecimento, a motivação e o contexto ambiental. E,

embora a restrição seja mais a atributos internos, também considerou que um modelo completo deste fenômeno deveria incluir o ambiente neste processo (Sternberg, 1988; Sternberg, 1991; Sternberg & Lubart, 1991; 1993; 1995; 1996).

Dessa forma, a associação e a inter-relação de diversos fatores – incluindo-se aqui o contexto ambiental – passam a ganhar força em uma abordagem sistêmica da criatividade. Segundo Csikszentmihalyi (1988, 1997) ela resulta da interação entre o indivíduo e o contexto sociocultural, em um processo sistêmico, em que a pessoa que cria também interage com a audiência para a produção final do processo de criação. Os sistemas sociais teriam, assim, um papel crucial no desenvolvimento da habilidade criativa.

Na visão de Gardner (1996), a criatividade permeia uma interação entre várias dimensões, não apenas na idéia, no processo ou na habilidade, nem apenas no domínio da sua prática. Ou seja, a análise da criatividade deve ocorrer ao nível multidisciplinar, para melhor entendimento do fenômeno em todas as suas formas. Para o autor, o sujeito não pode ser criativo em um plano abstrato puro e descontextualizado, sendo a sua expressão criativa sempre evidenciada por meio de disciplinas ou áreas específicas de conhecimento, as quais estão ligadas à personalidade de cada ser.

Estas áreas específicas, segundo Mitjans Martinez (1997), tanto o afeto, como a cognição, expressam-se na criatividade e a unidade destes dois elementos seria, para a autora, uma condição indispensável para o processo criativo. Portanto, o processo criativo é elaborado pelo indivíduo, que se utiliza de suas capacidades, integrando-as ao nível da personalidade.

Assim, os estilos de pensamento, valores, motivações pessoais e características de personalidade influenciam a criatividade em suas formas de expressão, mas fatores socioculturais, como normas e valores da sociedade, também podem afetar de maneira positiva ou negativa o aparecimento, o reconhecimento e o seu cultivo (Alencar & Fleith, 2003).

Wechsler (2006), ao estudar estilos de pensar e criar constatou que há uma grande variedade de modelos que tentam explicá-los, o que demonstra a importância deste tema em relação à maneira de entender melhor a pessoa criativa, o processo de criação, a produção criativa e, também, as relações interpessoais. Conclui-se que, ao considerar os estilos ou tendências de pensamento e comportamento, pode-se levar ao espaço das diferenças individuais, assim como da integração necessária entre a cognição e a personalidade, nas diversas formas da expressão criativa.

Fiorati e Saeki (2006) concordam que a criatividade não deve ser entendida como um dom adquirido por pessoas dotadas de alguma habilidade especial e destacada, pois é uma condição presente na experiência humana e ligada, intrinsecamente, ao modo de vida, na qual a pessoa pode perceber a sua existência com significado e operar como agente de criação, invenção e transformação do seu cotidiano. Assim, deve-se perceber a criatividade como um processo indissociável da condição de criação prática e efetiva, além da reprodução existencial do desenvolvimento humano.

Concluindo, a criatividade pode ser entendida como um processo no qual existem interações das habilidades cognitivas, características de personalidade e elementos ambientais que facilitam o sujeito a alcançar as descobertas criativas (Wechsler, 2008).

3.2 Características das Pessoas Criativas

Conhecer e identificar as características criativas, segundo Stein (1974), tem favorecido o desenvolvimento de programas que visam estimular a criatividade do indivíduo e desenvolver as características de personalidade que estão presentes nas pessoas com alto índice criativo. Isto permite a descoberta e, conseqüentemente, a eliminação das barreiras que impedem a expressão da criatividade, aumentando suas possibilidades de manifestação. Assim, torna-se necessário conhecer as características de personalidade, que devem ser incentivadas, desde cedo, como forma de facilitar o seu desenvolvimento (Kneller, 1978).

Diversos autores descreveram as características dos indivíduos criativos, sendo frequente a exposição de algumas comuns a várias teorias, como independência de julgamento, maior tolerância à complexidade, energia elevada, abertura aos impulsos e às fantasias, alto grau de originalidade, intuição, espontaneidade (Barron, 1969).

Ainda em busca dessas características, Alencar (1998) desenvolveu um estudo que investigou os traços de personalidade de pessoas criativas. Examinou 29 cientistas brasileiros considerados criativos e encontrou características como persistência e dedicação ao trabalho, entusiasmo, independência, iniciativa, imaginação e responsabilidade. Estes dados confirmaram algumas características encontradas em estudos anteriores.

Alencar e Fleith (2003) fazem referência ao Instituto de Avaliação de Pesquisa da Personalidade, criado em 1949 na Universidade da Califórnia,

com o objetivo de desenvolver e utilizar técnicas psicológicas para os estudos de pessoas proeminentes.

Já os trabalhos de MacKinnon (1965), ao contrário dos trabalhos baseados em dados biográficos de um indivíduo, observaram certos traços de personalidade que caracterizavam um grupo de arquitetos criativos, os quais se destacaram intuição, flexibilidade cognitiva, percepção de si próprio como uma pessoa responsável, dedicação ao trabalho e persistência, pensamento independente, menor interesse aos pequenos detalhes e maior aos significados e implicações, grande tolerância à ambiguidade, espontaneidade, maior abertura às experiências e interesses não convencionais.

Segundo Lubart (2007), seis traços apresentam relações significativas com características da pessoa criativa. O primeiro é a perseverança, que aponta para uma atitude de esforço e persistência diante da realização de uma tarefa; o segundo é a tolerância à ambiguidade, que caracteriza a pessoa criativa com alto nível de aceitação a situações ambíguas; o terceiro é a abertura para novas experiências, o que faz estas pessoas não se fecharem diante de novas situações; o quarto é o individualismo, que aponta para características de independência de opiniões; o quinto é a tomada de risco, em que as idéias criativas vão de encontro com as idéias mais difundidas e, o sexto e, último, citado pelo autor é o psicotismo, que se refere às relações do indivíduo com a realidade que o cerca.

A pesquisadora Wechsler (2008) selecionou estudos de diversos autores sobre características da pessoa criativa, dentre os quais estavam Lewis-Terman com trabalhos datados de 1947, Anne Roe em 1952, Barron em 1955, Mackinnon em 1964 dentre outros. Estes estudos indicaram diversas

características que foram elencadas pela autora por estarem frequentemente presentes em pessoas criativas, como:

fluência e flexibilidade de idéias; pensamento original e inovador; alta sensibilidade externa e interna; fantasia e imaginação; inconformismo; independência de julgamentos; abertura a novas experiências; uso elevado de analogias e combinações incomuns; idéias elaboradas e enriquecidas; preferência por situações de risco; alta motivação e curiosidade; elevado senso de humor; impulsividade e espontaneidade; confiança em si mesmo ou auto-conceito positivo e sentido de destino criativo (Wechsler, 2008, p. 58).

Dentre as citadas, a fluência é a que corresponde à capacidade de gerar um grande número de idéias e soluções para a resolução de um mesmo problema ou tarefa. Segundo Wechsler (1999), a fluência e sua importância para o pensamento criativo foi enfatizada por Osborn, em 1953, que desenvolveu a técnica denominada *Brainstorm*, a qual pode, também, ser conhecida por “tempestade de idéias” e indica que quanto maior o número de idéias produzidas, maiores as chances de se obter soluções criativas para resolução de problemas. Desta forma, a quantidade leva à qualidade, já que boas idéias podem aparecer dentre as inúmeras que surgem.

Outra característica das pessoas criativas é a flexibilidade, que implica a capacidade de mudança de significado na interpretação ou na realização de determinada tarefa, ou seja, uma mudança na direção do pensamento. A flexibilidade implica em romper padrões de pensamento, observando o problema nos mais diversos ângulos e aspectos (Alencar, 1996; Alencar & Fleith, 2003).

Além disso, pessoas criativas apresentam, também, o aspecto da originalidade que, segundo Torrance (1992; 1995), pode ser considerado como uma das principais características criativas, pois é capaz de criar ideias incomuns, quebrar padrões habituais de pensar, gerar habilidade para estabelecer conexões distantes e indiretas dentro de um grupo de pessoas, utilizar-se de conceitos e situações de modo incomum. Idéias originais não são estatisticamente frequentes, embora alguns pesquisadores prefiram usar o termo ideia única ao invés de original. Dessa maneira, os testes de criatividade mostram que a originalidade tem uma forte correlação com a fluência e, para estes autores, a originalidade é capaz de desenvolver soluções alternativas para determinados problemas (Torrance, & Safter, 2005).

Outro traço de expressão da criatividade é a sensibilidade que, segundo Reis (2001), diz respeito a uma habilidade em ver deficiências e imperfeições para uma tarefa que, para a maioria das pessoas, não apresenta problemas aparentes. Esta alta sensibilidade se manifesta tanto de forma externa quanto interna, isto é, facilita o reconhecimento de deficiências tanto nas tarefas ou problemas observados externamente, quanto em si próprio. Interagem e adaptam-se melhor ao ambiente, promovendo a resolução de problemas (Feldhussen, 1995). A alta sensibilidade pode induzir o homem, ou o gênero masculino, a interesses de atividades mais comuns ao sexo feminino (Barron, 1969). Portanto, a pessoa criativa, está livre de preconceitos ou regras impostas pela sociedade e cultura, facilitando, assim, sua expressão criativa.

A pessoa criativa apresenta elaboração e enriquecimento de ideias, acontecendo também com imagens, característica esta capaz de dar forma, acabamento e aceitação a uma determinada tarefa. Segundo Wechsler (2008),

a forma de elaboração que mais se utiliza em literatura é por meio de adjetivos, os quais seriam capazes de descrever e detalhar melhor ideias e situações. Para Silva (1999), a pessoa criativa dá importância ao belo, é detalhista e procura harmonizar seu trabalho ou tarefa. Esta característica não é privilégio do artista, mas aplica-se à pessoa criativa em qualquer área que ela possa atuar, seja no trabalho, na educação, na pesquisa e, porque não, em sua vida cotidiana.

Existe ainda, a fantasia e a imaginação que fazem parte deste elenco de recursos das pessoas criativas. Pode-se citar Albert Einstein (apud Simões, 1986) quando diz: *“A imaginação é mais importante que o conhecimento. O conhecimento é limitado. A imaginação envolve o mundo.”*

A fantasia é muito comum na criança, mas acaba sendo reprimida pela sociedade à medida que cresce e absorve os métodos educacionais de aprendizagem ou, ainda, aspectos limitantes que possa encontrar no próprio ambiente familiar. Segundo Alencar e Fleith (2003), Torrance havia observado que o fato de uma criança ser muito criativa não fazia com que obrigatoriamente fosse também um adulto criativo. À medida que se impõem à criança pressões sócio-culturais como comportamentos estereotipados que se relacionam a atitudes e até a sexualidade, diminuem as possibilidades de desenvolvimento de sua criatividade. Torrance e Safter (2005) afirmam que a autobiografia de pessoas altamente criativas atesta que a fantasia em experiências na infância a partir da literatura infantil contribuiu fortemente para desenvolver seu potencial criativo.

A impulsividade associada à espontaneidade está particularmente presente nas pessoas criativas, o que, de acordo com Wechsler (2008), gera

uma facilidade de agir, seguindo o impulso inicial de maneira natural e muitas vezes incomum, determinando certa leveza no ato criativo, denotando, também, autoconfiança e uma dose de humor.

O humor, como característica da pessoa criativa, pode gerar ideias diferentes e inovadoras em vários campos de atuação. É o lado espontâneo e brincalhão do indivíduo que o faz criar pelo prazer e diversão, podendo ser considerado um fator de motivação pessoal. É uma característica de incongruência, ambivalência, alívio ou relaxamento, configuração, surpresa e de economia de sentimentos. Assim, o humor pode ser trabalhado dentro de um determinado ambiente, com intuito de estimular e favorecer a criatividade (Wechsler, 2008). Em pesquisa realizada por Alencar (1987) sobre avaliação dos traços de personalidade em crianças de 3ª e 4ª séries, a autora constatou que o humor é uma das características mais desejadas pelas crianças, principalmente para os meninos.

Sternberg (1997) relata que, ao enfrentar situações de risco, a pessoa criativa percebe maneiras diferentes de solucionar problemas ou descobrir ideias. Essas pessoas se interessam pela tomada de riscos como desafio, embora tenham confiança na possibilidade de sucesso ao final de determinada tarefa ou solução de problema.

De acordo com Isaksen e Lauer (1998) o desafio, dinamismo, liberdade, confiança e abertura, tempo para amadurecer ideias, jogo e humor, conflitos, apoio de ideias, debate e, ainda, a tomada de riscos, se encontram entre as dimensões pessoais mais relevantes para a expressão da criatividade. A abertura, a independência, a intuição, a preferência pela complexidade, a tolerância à ambiguidade, o impulso para encontrar padrões ou significados, o

locus de controle interno e a disponibilidade para correr riscos, constituem outras dimensões referidas como relevantes para o processo criativo (Getzels & Csikszentmihalyi, 1975). Segundo Bahia (2008), a criatividade está voltada para a capacidade de superação e a tomada de riscos faz parte de seu aspecto positivo, embora para a maioria das pessoas possa ter uma conotação negativa.

Outra característica da pessoa criativa é o inconformismo, que deve se apresentar de forma saudável e construtiva, não se satisfazendo com a realidade que a cerca, mas buscando novas idéias para melhorar o mundo. Isto pode ser chamado de sentido de destino criativo (Wechsler, 2008). Em pesquisa realizada por Mundim e Wechsler (2007) com gerentes organizacionais e subordinados, observou-se que o inconformismo inovador foi um estilo relevante para os gerentes, conferindo-lhes originalidade e preferência por situações de risco.

O inconformismo, portanto, está relacionado com a autoconfiança e, de certa forma, com a certeza interna de que pode fazer a diferença, quer seja dentro de uma comunidade específica ou mesmo para a sociedade de maneira geral. Para isto, a pessoa criativa apresenta independência de julgamento, embora não se utilize disto para chamar atenção a si própria, e sim para valorizar suas idéias e pensamentos (Wechsler, 1987; Reis, 2001; Wechsler, 2008).

A curiosidade se apresenta como uma característica marcante da pessoa criativa, pois vai de encontro com a conformidade, gerando o inconformismo e a motivação às descobertas. Gardner (1996) e Csikszentmihalyi (1997) consideravam a pessoa criativa com alto grau de

curiosidade, isto é, acima da maioria das pessoas. Este fato pode proporcionar uma maior riqueza de detalhes, tanto para o mundo à sua volta, quanto para o seu cotidiano. Para Wechsler (2008), a curiosidade funciona como uma mola propulsora capaz de gerar motivação e coragem, para se arriscar em novas tarefas.

A pessoa criativa também se destaca por sua capacidade de se adaptar às diferentes situações e de se ajustar ao ambiente com o que ela tem de disponível, estando aberta a todo e qualquer tipo de mudança e, conseqüentemente, às novas experiências (Csikszentmihalyi, 1997).

Diante de todas as características descritas até o momento, torna-se premente enunciar dois outros aspectos um tanto quanto relevantes para a pessoa criativa, quer seja estimulando esses traços ou determinando uma postura otimista em relação ao problema a ser solucionado. São eles a emoção positiva e a motivação. A emoção tem um papel importante para a criatividade e, segundo Lubart (2007), apenas as emoções positivas favorecem o desempenho criativo, ao contrário dos estados emocionais neutros ou negativos. A emoção positiva pode influenciar, aumentando a atenção sobre o problema ou tarefa, o que proporciona uma maior geração de ideias. Para Ashby, Isen e Turken (1999), os quais se apoiam em estudos fisiológicos da emoção positiva, o seu efeito estaria relacionado à secreção e liberação do neurotransmissor dopamina, o qual facilitaria o desvio da atenção e da seleção para diferentes perspectivas no plano cognitivo. As emoções positivas estão relacionadas com o bem estar subjetivo e implicam em felicidade e, partindo desse pressuposto, o indivíduo feliz é mais criativo.

O trabalho realizado por Sandra e Ethan (2006), apóia a investigação do envolvimento da emoção no processo criativo, estudo que testou a hipótese de que a fantasia de brincar, em crianças, estaria relacionada ao pensamento divergente e de memórias de afeto (emocionais). Quarenta e seis crianças de primeiro e segundo grau foram testadas por meio do instrumento *Affect in Play Scale* e um questionário. As conclusões apontaram que o afeto positivo nas brincadeiras e jogos foi significativamente relacionado com a quantidade de opções geradas e com a originalidade. O afeto negativo foi relacionado de forma significativamente negativa com todos os critérios de criatividade.

A motivação é um aspecto relevante para o estudo da criatividade e que, segundo Alencar e Fleith (2003), está relacionada a um impulso para a realização e a um desejo de descoberta, o que leva a pessoa criativa à dedicação e à perseverança a uma tarefa com prazer e satisfação. Já Amabile (1996), destaca diferenças e contrasta a motivação intrínseca da extrínseca, concluindo que a primeira pode levar ao aprofundamento em um determinado estudo ou tarefa, muitas vezes arriscando-se na produção de novos conceitos e ideias.

Segundo Lubart (2007), assim como Amabile (1996), a motivação intrínseca induz a um nível mais elevado de criatividade do que a motivação extrínseca, embora esta também, de certa forma, possa estimulá-la. No caso da motivação extrínseca, a pessoa se preocupa menos com a tarefa ou com o problema, pois o foco está voltado para a recompensa externa oferecida pelo ambiente. Em contrapartida, a motivação intrínseca refere-se aos estímulos e desejos internos, que empurram para a realização de uma tarefa, levando assim à satisfação pessoal.

3.4 Criatividade na Superação da Dor Lombar Crônica

Diante de todas as questões levantadas, chegou-se a uma questão importante: quais seriam os efeitos da criatividade na melhoria da qualidade de vida em indivíduos portadores de dor lombar crônica? Indivíduos criativos conseguiriam superar, minimizar, ou ainda, neutralizar os efeitos da dor? Se o conseguem, como o fazem?

A experiência na prática clínica como Fisioterapeuta induziu a levantar a hipótese de que indivíduos criativos buscam meios de superação de seus problemas crônicos e, de alguma maneira, conseguem neutralizá-los ou esquecê-los, se não em todos, mas pelo menos em alguns momentos de suas vidas. Como observou-se em diversos relatos e pesquisas sobre criatividade, atividades ocupacionais diversas que levam os indivíduos a utilizarem suas próprias capacidades e a criatividade, são capazes de melhorar não só o estado psicológico dos pacientes e sua auto-estima, mas ainda levar à própria superação de suas dificuldades particulares. Outro dado importante se refere a pessoas com declarado senso de humor que, de modo espontâneo e brincalhão, conseguem minimizar os efeitos de seus problemas, características muitas vezes presentes nas pessoas criativas.

Por fim, foi frequente observar, por meio de uma longa experiência com pacientes portadores de dor lombar crônica, os mais variados tipos de comportamentos. Alguns pacientes se entregam à dor e vivem restritos aos limites que ela lhes impõe. Outros, que entendemos serem os mais criativos, tentam adaptar suas vidas a esses limites por meio de diferentes estratégias. Dessa forma, este estudo pretendeu investigar mais a fundo a relação

criatividade, qualidade de vida e dor lombar, já que, diante das discussões feitas até aqui, observou-se que as pessoas criativas podem ter maiores possibilidades de adaptação e reorganização de suas vidas, buscando uma melhora da qualidade de vida dentro dos limites que a dor lhes apresenta. Portanto, tais estratégias de adaptação seriam capazes de proporcionar uma mudança ou redução nos efeitos negativos ocasionados pela dor lombar crônica.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar as implicações da criatividade na qualidade de vida em portadores de dor lombar crônica.

Objetivos Específicos

1. Avaliar o perfil criativo de indivíduos com dor lombar crônica.
2. Avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com dor lombar crônica.
3. Avaliar a percepção de dor lombar crônica entre homens e mulheres.
4. Comparar as diferenças da qualidade de vida e perfil criativo entre faixas etárias e sexos.
5. Comparar os níveis de dor lombar com a percepção de qualidade de vida e com o perfil criativo.
6. Avaliar e comparar as atividades de lazer e estratégias de alívio e distração da dor.
7. Comparar os fatores do perfil criativo e os domínios de qualidade de vida.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 158 indivíduos portadores de dor lombar crônica, de ambos os sexos, consistindo em 105 mulheres e 53 homens, de 30 a 88 anos de idade. Foram selecionados mediante diagnóstico médico de Osteoartrose Lombar e estavam inscritos para tratamento em três clínicas privadas e duas da rede pública, todas especializadas no tratamento de dor, localizadas nas cidades de Mogi Mirim, Mogi Guaçu e Jaguariúna, do interior do estado de São Paulo. A exclusão dos participantes ocorreu de forma livre, pelo não consentimento do sujeito em participar da pesquisa. Outras situações como gestação ou patologias conjuntas como pós-operatórios, hérnias de disco, tumores de coluna e problemas de ordem neurológica foram, da mesma forma, excluídos da pesquisa. Todos também puderam desistir a qualquer momento que solicitassem.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra de acordo com o sexo.

Tabela 1.
Descrição da amostra de acordo com o sexo.

Participantes	N	%
Feminino	105	66,5
Masculino	53	33,5
Total	158	100,0

Em relação às idades de acordo com o sexo, observou-se uma média mais elevada para o sexo feminino de 55,21 anos (D.P. = 12,38). Já no sexo masculino, a média de idade foi de 53,87 anos (D.P. = 12,99). Dessa forma, a média de idade geral da amostra foi de 54,54 (D.P. = 12,56).

A Tabela 2 apresenta a amostra dos participantes da pesquisa em função do sexo e faixa etária.

Tabela 2.
Descrição da amostra por sexo e faixa etária.

Sexo	Faixa Etária	N	%
Feminino	30 a 54	52	49,5
	55 ou mais	53	50,5
	Total	105	100,0
Masculino	30 a 54	27	50,9
	55 ou mais	26	49,1
	Total	53	100,0

Os dados da Tabela 2 mostram uma distribuição das faixas etárias de 30 a 54 anos de idade e de 55 anos ou mais, considerando-se o sexo. Esta categorização apresentou equilíbrio no número de participantes, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino.

Instrumentos

1. **Escala do Perfil Criativo**, que se utiliza de Adjetivos Contextualizados para a Avaliação da Pessoa Criativa, elaborada por Reis em 2001 e validada em 2005 (Reis, 2001; 2005), contendo 72 itens compostos de adjetivos descritores da personalidade criativa, extraídos na literatura nacional e internacional, sobre as características da pessoa criativa. Este instrumento agrega, pela análise fatorial, cinco perfis de criatividade, denominados fatores: Ousadia, Tradicionalismo, Individualismo, Intuição e Prudência. A escala configura-se no formato do tipo Likert de seis pontos, na qual o participante assinala uma opção dentre as seis possibilidades de resposta – Discordo Totalmente, DT; Discordo, D; Discordo Parcialmente, DP; Concordo Parcialmente, CP; Concordo, C; Concordo Totalmente, CT. (Vide Anexo I).

O fator Ousadia está relacionado a características como fluência, flexibilidade, originalidade, alta sensibilidade externa e interna, espontaneidade, humor, motivação, curiosidade, inconformismo, abertura a novas experiências, situação de risco e confiança em si mesmo. Características estas, positivas para a Criatividade. Este fator representa características voltadas à confiança na própria capacidade, na busca de autonomia e motivação por mudança.

O fator Tradicionalismo indica características negativas para a criatividade, como evitar riscos, insegurança em dar opiniões, evitar discutir ideias, seguir padrões predeterminados.

O Individualismo relaciona-se ao egoísmo, preocupação com necessidades pessoais, falta de humanitarismo, dificuldade em aceitar ideias diferentes das suas e preferência em trabalhar sozinho. Condições estas, opostas às características criativas.

O fator Intuição aponta para a facilidade em fantasiar, brincar com ideias, desenvolver atividades com prazer e emoção. Apresenta itens ligados a alta sensibilidade interna, a fantasia, a imaginação, a impulsividade, os quais descrevem positivamente a pessoa criativa.

A Prudência se revela por atenção nos processos de resolução de problemas, atribuindo detalhes, planejando e organizando informações. Características da mesma forma, presentes da personalidade criativa (Reis, 2005).

2. **Escala Visual Analógica (E.V.A.)**, avalia a percepção de intensidade da dor. Consiste de uma linha reta de 10 centímetros de comprimento, desprovida de números, cujo extremo esquerdo aponta para a “ausência de dor” e o extremo direito para a “pior dor possível” (Melzack & Katz, 1994). Assim, o paciente é instruído para se auto-avaliar assinalando o ponto que indique a intensidade da sua dor (a representação da dor lombar na vida do participante). Os valores variam de zero a dez e são obtidos medindo-se o ponto indicado com a utilização de uma régua (vide Anexo III).
3. **Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-brief)**, da Organização Mundial de Saúde (OMS) - *The World Health Organization Quality of Life Assessment – brief – Whoqol-brief*. Composto por 26 questões, de modo que duas são questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das facetas que compõem o instrumento,

divididas em quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. Este instrumento foi traduzido e validado para o Brasil por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000). Consiste em uma escala tipo Likert de cinco itens onde o participante aponta uma opção entre cinco possibilidades: 1 equivale a Nada / Nunca; 2 equivale a Muito Pouco / Algumas Vezes; 3 equivale a Médio / Frequentemente; 4 equivale a Muito / Muito Frequentemente; 5 equivale a Completamente / Sempre (vide Anexo II). O domínio físico refere-se à dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso. O domínio psicológico refere-se a sentimentos positivos, sentimentos negativos, pensar, aprender, memória, concentração, auto-estima, aparência (imagem corporal). Já o domínio social indica para as relações pessoais, apoio (suporte) social, atividade sexual. O domínio ambiental refere-se à segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, como disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, clima), transporte.

4. **Questionário Complementar**, desenvolvido pelo pesquisador com quatro questões, que incluem perguntas sobre a frequência de atividades de lazer, condições de melhora e piora dos quadros de dor, se o participante utiliza de estratégias para aliviar ou para esquecer a dor (vide Anexo IV). As questões utilizadas neste instrumento foram: O que você faz nas horas vagas ou finais de semana como lazer? Em quais condições você sente que sua dor melhora? Em quais condições você sente que sua dor piora? Você utiliza alguma(s) estratégia(s) para aliviar ou esquecer a dor? Qual (is)?

Procedimentos

Depois de aprovada a pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Protocolo 852/09), foi enviada Carta de Autorização para Diretores das Clínicas Especializadas em Tratamento de dor e/ou de coluna (vide Anexo V).

Em seguida à autorização dos diretores das Clínicas envolvidas no projeto, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sua anuência em participar da pesquisa (vide Anexo VI).

Assim, os participantes foram informados sobre os aspectos importantes abordados pela pesquisa, relacionados à prevenção e tratamento da dor crônica, à qualidade de vida, ao potencial criativo das pessoas e, ainda, sobre anonimato e a devolutiva dos resultados. Foi orientado que a sua opção em participar ou não da pesquisa de forma alguma viria a interferir no resultado final do seu tratamento. Em seguida, foram realizados os procedimentos de avaliação da Dor, da Qualidade de Vida, do Perfil Criativo e preenchimento do Questionário Complementar, por meio dos instrumentos citados.

Os encontros foram previamente agendados e realizados em sala separada, na clínica onde o participante estava inscrito para tratamento. Cada sujeito preencheu os testes de próprio punho, sozinho ou em grupos, sob acompanhamento e orientação do pesquisador, que teve o auxílio de três fisioterapeutas especializadas em tratamento de coluna e de dor crônica. O tempo destinado para as avaliações e testes foi de aproximadamente uma hora.

Para as respostas do Questionário Complementar voltadas para o lazer, foram classificadas questões sobre: assistir TV, passear, ler, visitar aos filhos ou amigos, ir ao cinema etc.; (vide Anexo VII).

Já para as estratégias de alívio da dor, foram descritas situações sobre: tomar medicação, fazer repouso, usar compressas quentes, corrigir a postura, fazer alongamentos etc; (vide Anexo VIII). No caso das estratégias de distração ou esquecimento da dor, foram classificadas as atitudes como distrair-se pensando em outras coisas, conversar, caminhar, ir à igreja, ler, fazer trabalhos manuais (bordar, fazer tricô, artesanato) etc; (vide Anexo IX). As respostas ficaram em aberto para o número de atividades realizadas e os participantes foram orientados a colocarem todas as práticas que realizassem.

Os resultados da Escala Visual Analógica (E.V.A), para avaliação da percepção dolorosa, foram classificados em dois níveis, a partir da distribuição da amostra. A média foi de 7,08 e mediana 7,50. Estes valores altos ocorreram em função de que as avaliações ocorreram no momento da primeira consulta, isto é, os pacientes não haviam iniciado o tratamento. Portanto, a categorização da dor foi determinada em função da média dos resultados: nível 1 de dor para os participantes que apresentaram escore de zero a sete (inclusive) e nível 2, para os resultados que estavam acima de sete até dez.

Foram, da mesma forma, categorizadas as faixas etárias de 30 a 54 anos e acima dos 54 anos, o que dividiu proporcionalmente o número de participantes.

A partir da categorização da dor lombar e da faixa etária em dois níveis na amostra, estes resultados foram relacionados para as análises estatísticas com os dados da Escala do Perfil Criativo – Ousadia, Tradicionalismo,

Individualismo, Intuição e Prudência. Do mesmo modo, foram considerados os resultados do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, *Whoqol-brief* em cada domínio – físico, psicológico, social, meio ambiente e geral. Foram ainda utilizados os dados colhidos por meio do Questionário Complementar referentes ao lazer, às estratégias de alívio e de distração da dor.

Para as análises estatísticas, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Science* (SPSS), versão 18 para Windows. Procederam-se, então, as análises dos dados, utilizando-se a Análise da Variância Multivariada (MANOVA) para comparar as diferenças de sexo, idade e níveis de dor (E.V.A.), com os domínios de qualidade de vida e fatores (perfis) de criatividade. Sexo foi considerada variável fixa; idade e E.V.A. covariáveis, sendo os domínios de qualidade de vida e fatores do perfil criativo as variáveis dependentes. Além disso, foi utilizada a correlação de Pearson para investigar as relações entre os fatores do Perfil Criativo e os domínios de Qualidade de Vida e, ainda, para as relações entre as estratégias de lazer, alívio e distração da dor com o perfil criativo.

RESULTADOS

A percepção da dor, avaliada por meio da Escala Visual Analógica (E.V.A.), em relação ao sexo, indicou que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de dor que o sexo masculino, como ilustra a Tabela 3.

Tabela 3.
Média dos resultados da Escala E.V.A. de acordo com o sexo e com a amostra geral.

Sexo	N	EVA	Desvio Padrão
Feminino	105	7,42	2,09
Masculino	53	6,40	2,64
Geral	158	7,08	2,33

Observa-se que o sexo feminino apresentou média de 7,42 pontos para a percepção da dor, enquanto no masculino os valores foram de 6,40. Portanto, a média geral da amostra foi de 7,08.

A seguir, a Figura 2 apresenta o histograma dos resultados gerais de E.V.A. com a curva normal.

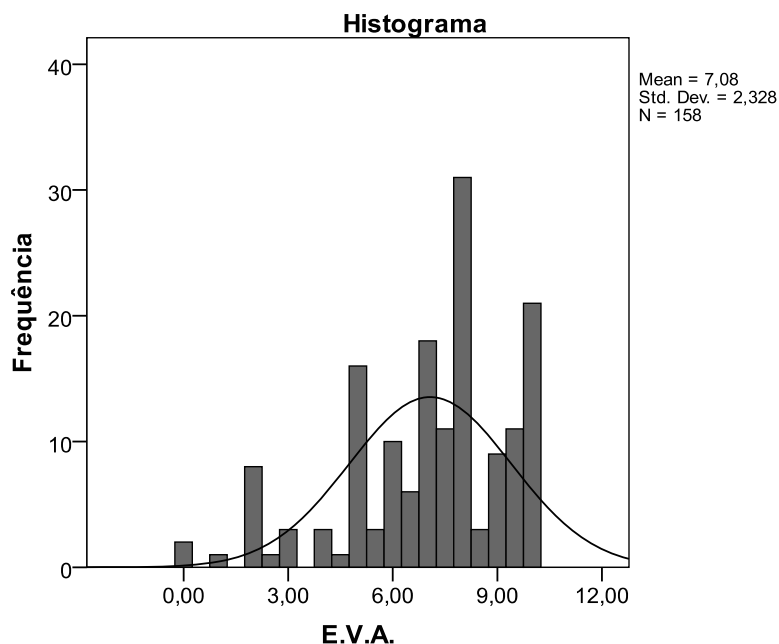


Figura 2. Histograma dos resultados de E.V.A. com a curva normal.

A Figura 2 exibe a distribuição dos resultados de E.V.A. para o total da amostra, o que aponta para uma curva normal mais para a direita.

Ainda ilustrando os resultados da escala E.V.A., a Figura 3 exibe a distribuição de E.V.A. em relação ao sexo, por meio do gráfico tipo *boxplot* que representa as concentrações do conjunto de dados, tendo como base na mediana, quartil inferior e quartil superior.

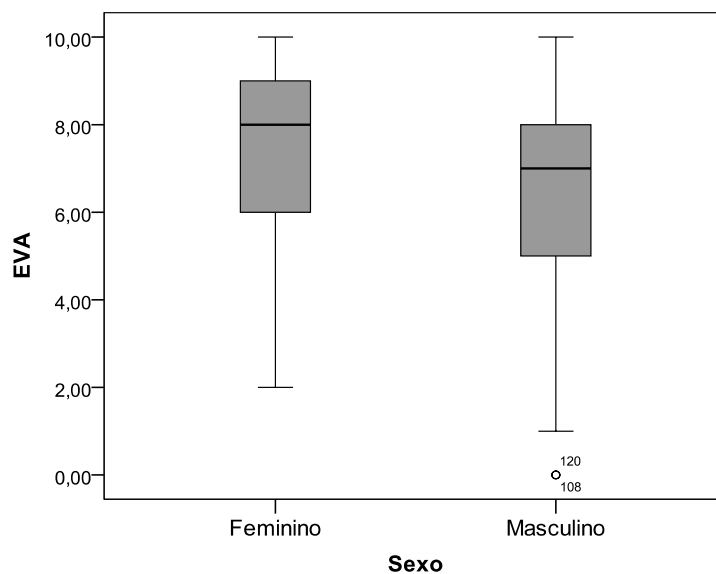


Figura 3. Distribuição dos resultados da escala E.V.A. por sexo.

Com base nos resultados apresentados na Figura 3, observou-se a mediana de valor 8,0 para o sexo feminino e 7,0 para o masculino, com uma distribuição dos valores, da mesma forma, mais elevados para o sexo feminino. A moda (resultado mais frequente) teve os valores iguais aos da média (7,0).

A Tabela 4 apresenta a média dos resultados de EVA de acordo com a faixa etária, categorizada em dois níveis: de 30 a 54 anos de idade e acima dos 54 anos.

Tabela 4.

Média dos resultados da Escala E.V.A. por faixa etária.

Faixa Etária	N	EVA	Desvio Padrão
30 a 54 anos	79	6,87	2,31
55 anos ou mais	79	7,29	2,34
Geral	158	7,08	2,33

Os resultados ilustrados na Tabela 4 indicam um nível médio de dor de 6,87 para a faixa etária de 30 a 54 anos e de 7,29 para indivíduos com mais de 54 anos de idade, o que mostra um aumento nos índices de dor para faixa etária mais elevada.

A Figura 4 exibe os resultados da escala E.V.A. por faixa etária por meio do gráfico tipo *boxplot*.

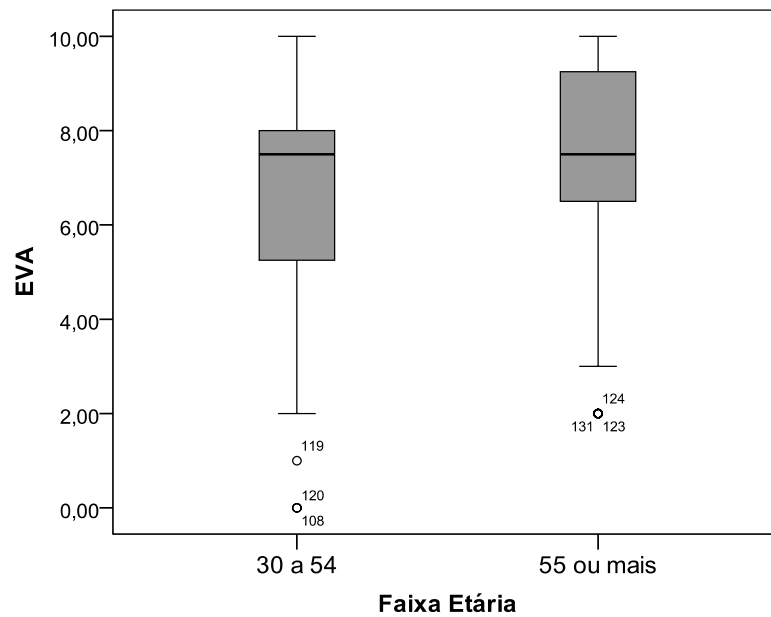


Figura 4. Distribuição dos resultados da escala E.V.A. por faixa etária.

Por meio da Figura 4, pôde-se observar a mediana de valor 7,5 para ambas as faixas etárias, embora a distribuição dos valores tenha se apresentado, da mesma forma, mais elevada para a faixa etária acima dos 54 anos. Vale ressaltar que a moda (valor mais frequente) foi de 8,0 para a faixa etária de 30 a 54 anos e de 10,0 para acima de 54 anos de idade. Estes resultados mostram que a distribuição nos valores de E.V.A. são mais elevados para a faixa etária acima dos 54 anos de idade.

A Tabela 5 apresenta as médias e desvio padrão nos domínios de Qualidade de Vida em relação ao sexo.

Tabela 5.

Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com o sexo.

Sexo	Domínios	Média	NQ	Desvio Padrão
Feminino	Domínio1 Físico	19,085	7	5,129
	Domínio2 Psicológico	19,600	6	4,404
	Domínio3 Social	10,362	3	2,595
	Domínio4 Ambiental	24,962	8	5,849
	Domínio Geral	5,971	2	1,566
Masculino	Domínio1 Físico	20,528	7	5,191
	Domínio2 Psicológico	20,830	6	3,725
	Domínio3 Social	10,698	3	1,996
	Domínio4 Ambiental	24,755	8	4,497
	Domínio Geral	6,377	2	1,608

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Os resultados da Tabela 5 mostram que o masculino apresentou médias ligeiramente mais elevadas na Qualidade de Vida para todos os domínios, com exceção do Ambiental.

A Tabela 6 apresenta as médias e desvio padrão nos domínios de Qualidade de Vida para a faixa etária de 30 a 54 anos de idade e de 55 anos ou mais.

Tabela 6.

Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com a Faixa Etária.

Faixa etária	Domínios	Média	NQ	Desvio Padrão
30 a 54 anos	Domínio1 Físico	19,025	7	4,844
	Domínio2 Psicológico	19,899	6	3,892
	Domínio3 Social	10,722	3	2,124
	Domínio4 Ambiental	24,899	8	5,047
	Domínio Geral	6,215	2	1,499
55 anos ou mais	Domínio1 Físico	20,114	7	5,470
	Domínio2 Psicológico	20,127	6	4,541
	Domínio3 Social	10,228	3	2,655
	Domínio4 Ambiental	24,886	8	5,800
	Domínio Geral	6,000	2	1,672

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Observou-se na Tabela 6 que, para os participantes com faixa etária acima de 54 anos de idade, que as médias foram mais elevadas para o domínio físico e psicológico e ligeiramente mais baixas para o domínio social, ambiental e geral de Qualidade de Vida, quando comparados com participantes de 30 a 54 anos.

A Tabela 7 exhibe as médias e desvio padrão nos domínios de Qualidade de Vida para a categorização de E.V.A. nos valores de zero a sete inclusive e para valores maiores que sete a dez.

Tabela 7.

Médias e Desvio Padrão nos domínios de Qualidade de Vida de acordo com a categorização de E.V.A.

EVA	Domínios	Média	NQ	Desvio Padrão
Valores de 0 a 7	Domínio1 Físico	22,319	7	4,006
	Domínio2 Psicológico	21,417	6	3,240
	Domínio3 Social	11,278	3	1,840
	Domínio4 Ambiental	27,069	8	4,397
	Domínio Geral	6,694	2	1,440
Valores maiores que 7 até 10	Domínio1 Físico	17,267	7	4,936
	Domínio2 Psicológico	18,837	6	4,584
	Domínio3 Social	9,802	3	2,625
	Domínio4 Ambiental	23,070	8	5,543
	Domínio Geral	5,616	2	1,543

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Os resultados da Tabela 7 indicam uma redução nas médias de Qualidade de Vida para todos os domínios quando os resultados de E.V.A. foram maiores que sete a dez – nível 2 de dor. Estes dados apontam para a dor crônica como fator de incapacitação, gerando consequências para os domínios físicos, psicológicos, sociais e em relação ao meio ambiente desses indivíduos.

A análise multivariada pelo método *Pillai's Trace* apresentou resultados significativos para E.V.A. ($F = 17,240$; $p \leq 0,001$) em relação aos domínios de Qualidade de Vida.

A Tabela 8 ilustra os resultados da Análise Multivariada de Variância (MANOVA) nos testes entre os sujeitos para cada domínio do instrumento de Qualidade de Vida.

Tabela 8.
Análise Multivariada de Variância nos Domínios de Qualidade de Vida de acordo com o sexo, idade e E.V.A.

Domínios de Qualidade de Vida	Valores de F		
	Sexo	Idade	EVA
Domínio1 Físico	0,100	6,350**	75,034***
Domínio2 Psicológico	0,899	0,176	16,920***
Domínio 3 Social	0,000	0,647	14,426***
Domínio 4 Ambiental	1,922	0,778	32,648***
Domínio 5 Global	0,149	0,000	36,933***

Nota. ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

A Tabela 8 indicou relação significativa entre idade e Qualidade de Vida para o domínio físico. Já os resultados de E.V.A. se relacionaram significativamente com todos os domínios do construto.

A seguir, serão apresentados os gráficos dos resultados significativos, demonstrados por meio da análise Multivariada da Variância.

A Figura 5 mostra os resultados nas médias para homens e mulheres de acordo com a faixa etária para o domínio 1 – Físico. Optou-se por separar

a amostra de acordo com o sexo, com a finalidade de fazer comparações dos resultados entre os gêneros.

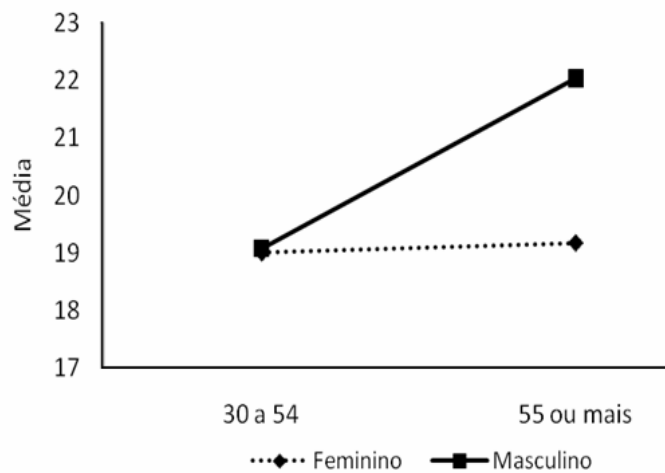


Figura 5. Médias de acordo com as faixas etárias para os sexos em relação ao domínio 1 – Físico.

A Figura 5 aponta para o aumento na Qualidade de Vida para o domínio físico em ambos os sexos, embora no masculino esse aumento seja maior.

A Figura 6 ilustra os resultados nas médias para homens e mulheres no domínio 1 – Físico, de acordo com a categorização de E.V.A. de zero a sete e acima de sete até dez.

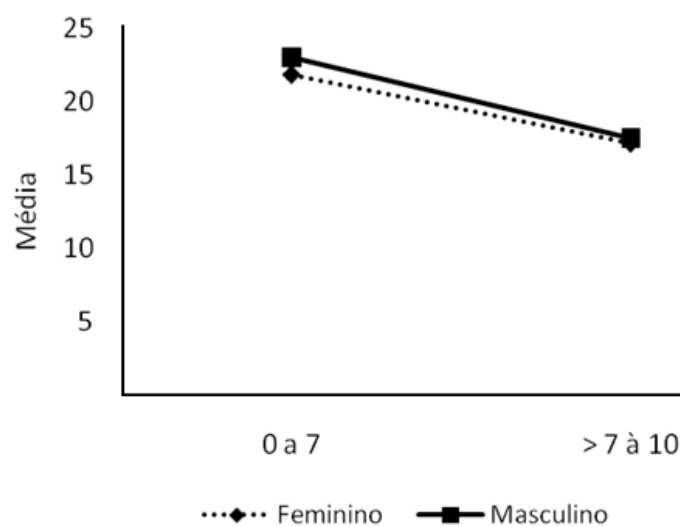


Figura 6. Médias no domínio 1 – físico para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.

A Figura 6 apontou para o decréscimo da Qualidade de Vida no domínio físico para ambos os sexos, quando os valores de E.V.A. estavam no nível 2 – maiores que sete até dez.

Já a Figura 7 ilustra os resultados nas médias para os sexos no domínio 2 – Psicológico de acordo com a categorização de E.V.A.

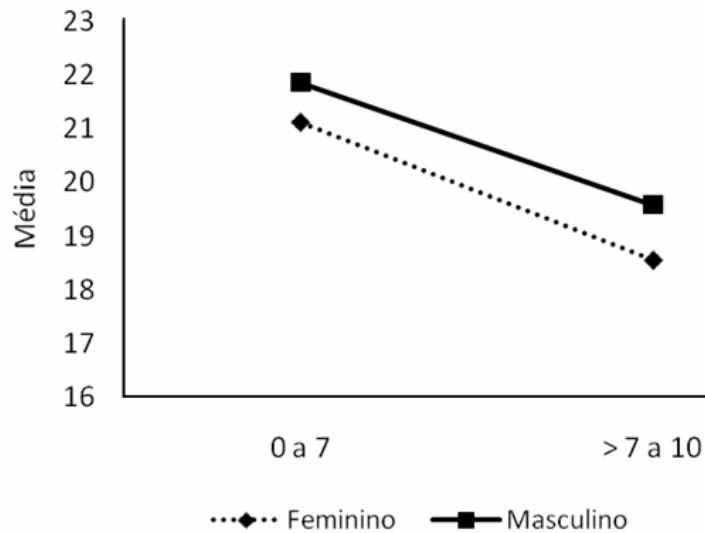


Figura 7. Médias no domínio 2 – Psicológico para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.

Os resultados apresentados na Figura 7 demonstram o decréscimo na Qualidade de Vida para o domínio psicológico para ambos os sexos. Os valores do sexo masculino se apresentaram mais altos nos dois níveis de caracterização de E.V.A.

A figura 8 mostra os resultados nas médias para os sexos no domínio 3 – Social de acordo com a categorização de E.V.A.

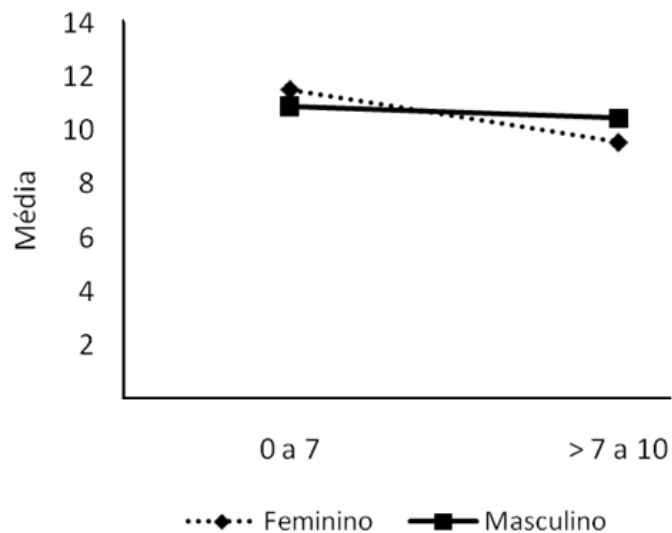


Figura 8. Médias no domínio 3 – Social para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.

Por meio da figura 8, pôde-se observar que houve decréscimo em ambos os sexos e uma queda maior na pontuação para o feminino no domínio social, quando a E.V.A. esteve com pontuação maior que sete até dez – nível 2 de dor.

A Figura 9 apresenta os resultados nas médias para os sexos no domínio 4 – Ambiental (meio ambiente) de acordo com a categorização de E.V.A.

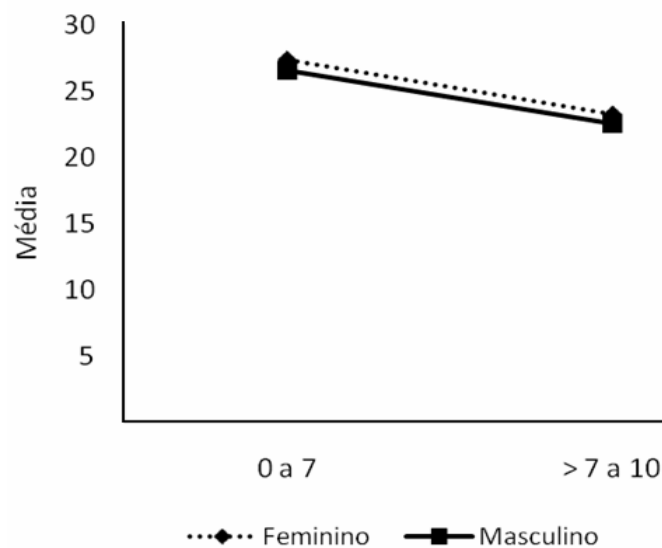


Figura 9. Médias no domínio 4 – Ambiental para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.

A Figura 9 apresentou a queda nos resultados em ambos os sexos para o domínio ambiental de Qualidade de Vida quando a E.V.A. esteve maior que sete até dez.

A Figura 10 mostra os resultados nas médias para os sexos no domínio geral (global) de acordo com a categorização de E.V.A.

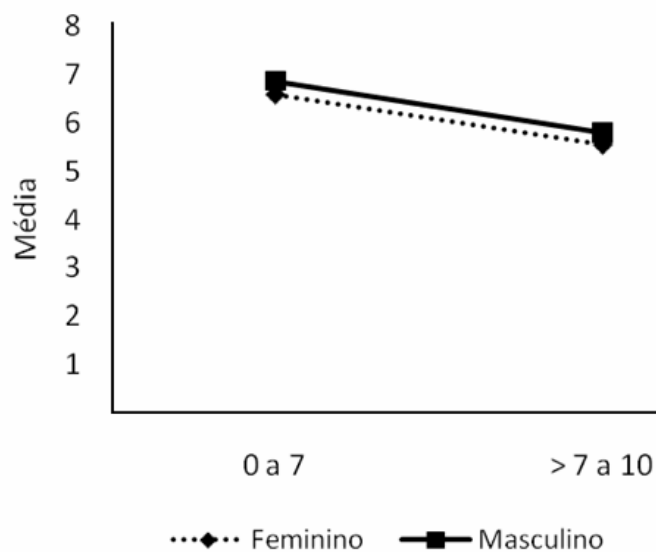


Figura 10. Médias no domínio geral para os sexos de acordo com a categorização de E.V.A.

Da mesma forma, a Figura 10 exibiu o decréscimo dos resultados em ambos os sexos para o domínio geral quando a E.V.A. esteve maior que sete até dez – nível 2 de dor.

A Tabela 9 apresenta as médias e desvio padrão nos fatores de Criatividade de acordo com o sexo.

Tabela 9.

Médias e Desvio Padrão nos fatores de Criatividade de acordo com o Sexo.

Sexo	Fatores de Criatividade	Média	NQ	Desvio Padrão
Feminino	Fator1 Ousadia	112,095	26	16,982
	Fator2 Tradicionalismo	48,895	15	9,355
	Fator3 Individualismo	39,048	15	8,621
	Fator4 Intuição	28,962	08	5,841
	Fator5 Prudência	25,609	06	4,124
Masculino	Fator1 Ousadia	111,925	26	15,743
	Fator2 Tradicionalismo	48,566	15	8,484
	Fator3 Individualismo	41,604	15	10,186
	Fator4 Intuição	29,076	08	4,871
	Fator5 Prudência	24,792	06	4,680

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Assim, o sexo masculino apresenta-se com valores médios mais elevados para o fator Individualismo e Intuição, enquanto o sexo feminino, resultados ligeiramente mais elevados no fator Prudência, Tradicionalismo e Ousadia.

A Tabela 10 expõe as médias e desvio padrão por faixa etária para os fatores de Criatividade na amostra geral.

Tabela 10.

Médias e Desvio Padrão para os fatores de Criatividade de acordo com a Faixa Etária.

Faixa etária	Fatores de Criatividade	Média	NQ	Desvio Padrão
30 a 54 anos	Fator1 Ousadia	115,076	26	15,962
	Fator2 Tradicionalismo	50,987	15	9,208
	Fator3 Individualismo	37,646	15	9,078
	Fator4 Intuição	30,139	08	5,841
	Fator5 Prudência	25,342	06	4,272
55 anos ou mais	Fator1 Ousadia	109,000	26	16,622
	Fator2 Tradicionalismo	46,582	15	8,374
	Fator3 Individualismo	41,911	15	18,875
	Fator4 Intuição	27,861	08	4,956
	Fator5 Prudência	25,329	06	4,396

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Os resultados das médias apresentados na Tabela 10 indicam médias mais elevadas na faixa etária de 30 a 54 anos de idade para os fatores Ousadia, Tradicionalismo, Intuição e Prudência, e valores mais baixos para Individualismo.

A Tabela 11 exibe as médias e desvio padrão dos fatores de criatividade para a categorização de E.V.A. para valores de zero a sete e maiores que sete até dez. Como descrito anteriormente, os índices de dor foram classificados a partir da distribuição da amostra, que apresentou média de 7,08 e mediana

7,50 para a escala E.V.A. Optou-se, então, pela categorização de E.V.A. em dois níveis em função da média (ver Figura 2 e Figura 3).

Tabela 11.

Médias e Desvio Padrão dos fatores de Criatividade de acordo com a categorização de E.V.A.

EVA	Fatores de Criatividade	Média	NQ	Desvio Padrão
Valores de 0 a 7	Fator1 Ousadia	113,722	26	15,922
	Fator2 Tradicionalismo	50,181	15	9,4903
	Fator3 Individualismo	38,261	15	8,746
	Fator4 Intuição	29,389	08	6,0481
	Fator5 Prudência	25,625	06	4,012
Valores maiores que 7 até 10	Fator1 Ousadia	110,628	26	16,980
	Fator2 Tradicionalismo	47,616	15	8,538
	Fator3 Individualismo	41,070	15	9,421
	Fator4 Intuição	28,674	08	5,047
	Fator5 Prudência	25,093	06	4,573

Nota. NQ refere-se ao número de questões.

Os fatores Ousadia e Tradicionalismo, Intuição e Prudência apresentaram médias mais elevadas quando E.V.A. esteve entre zero a sete, isto é, para o índice mais baixo de dor – nível 1 (Tabela 11). Já o Individualismo, apresentou médias mais elevadas quando E.V.A. esteve entre zero a sete.

Já a análise multivariada pelo método *Pillai's Trace* apresentou resultados significativos para Idade ($F = 7,113$; $p \leq 0,001$) e para E.V.A. ($F = 3,347$; $p \leq 0,01$;) com os fatores de Criatividade.

A Tabela 12 mostra os resultados da Análise Multivariada de Variância (MANOVA) nos testes entre os sujeitos para cada fator de Criatividade.

Tabela 12.

Análise Multivariada de Variância nos Fatores de Criatividade de acordo com sexo, idade e E.V.A.

Fatores de Criatividade	Valores de F		
	Sexo	Idade	EVA
Fator1 Ousadia	0,150	7,511**	0,838
Fator2 Tradicionalismo	0,960	20,820***	6,423**
Fator3 Individualismo	5,321*	17,996***	8,671**
Fator4 Intuição	0,140	4,594*	3,512
Fator5 Prudência	1,537	0,067	0,421

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

A Tabela 12 apresentou os resultados da análise multivariada da variância (MANOVA) entre sujeitos dos fatores de Criatividade para o sexo, idade e E.V.A., indicando efeitos significativos para o fator Individualismo em relação ao sexo; Ousadia, Tradicionalismo, Individualismo e Intuição em relação à idade. Da mesma forma, Tradicionalismo e Individualismo obtiveram resultados significativos em relação à dor. Vale ressaltar que os fatores Tradicionalismo e Individualismo são contrários à personalidade criativa.

A seguir, serão apresentados os gráficos dos resultados significativos demonstrados por meio da análise Multivariada da Variância.

A Figura 11 apresenta os resultados nas médias para o fator Individualismo de acordo com o sexo.

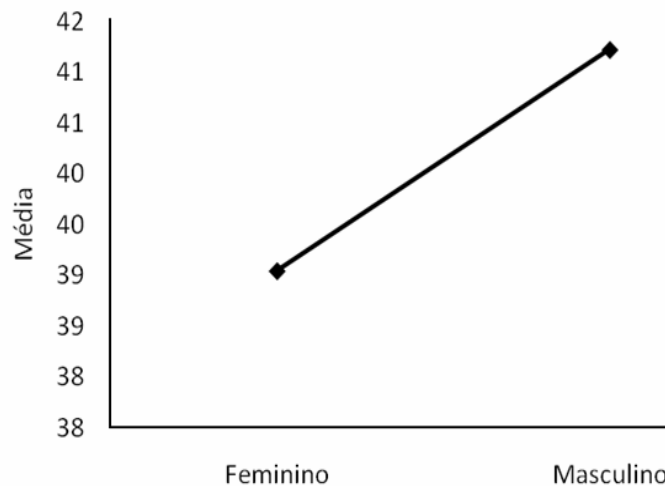


Figura 11. Médias do fator Individualismo de acordo com o sexo.

A Figura 10 apresentou resultados mais elevados das médias para o sexo masculino no fator Individualismo em relação ao feminino.

A Figura 11 mostra os resultados nas médias para os sexos no fator Ousadia de acordo com a faixa etária.

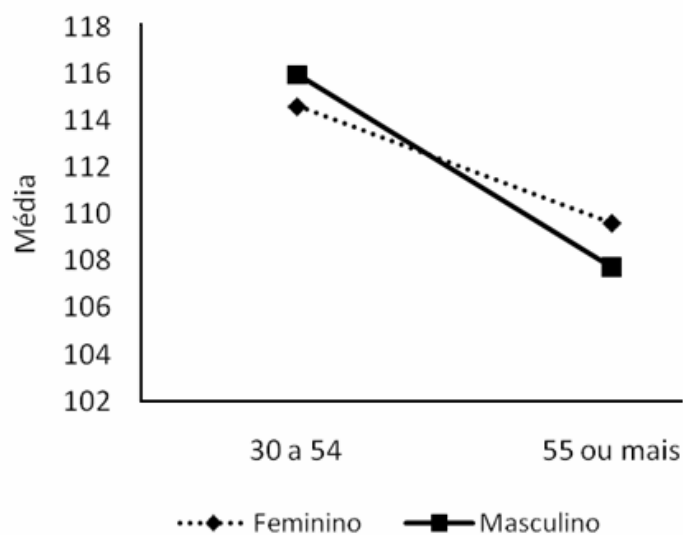


Figura 12. Médias dos resultados para os sexos do fator Ousadia de acordo com a faixa etária.

A Figura 12 apresentou uma diminuição para ambos os sexos nas médias do fator Ousadia para a faixa etária mais alta – acima de 54 anos de idade, com uma queda mais acentuada para o sexo masculino.

A Figura 13 apresenta os resultados nas médias para os sexos no fator Tradicionalismo de acordo com a faixa etária.

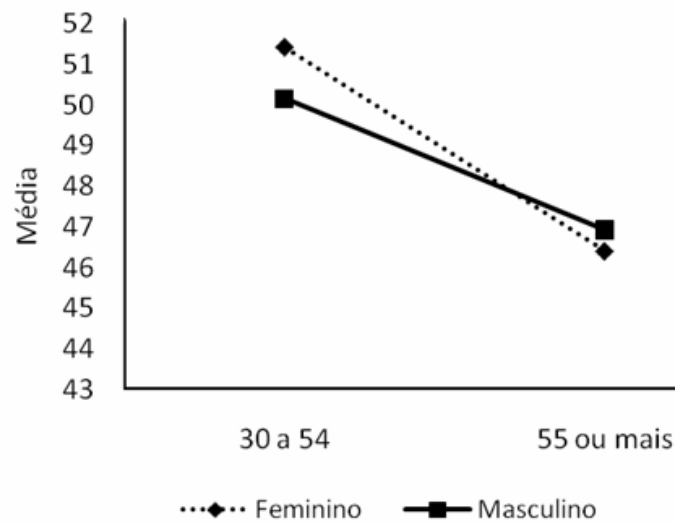


Figura 13. Médias dos resultados para os sexos do fator Tradicionalismo de acordo com a faixa etária.

Da mesma forma, a Figura 12 apresentou uma diminuição para ambos os sexos nas médias do fator Tradicionalismo para a faixa etária mais alta. A queda foi mais acentuada para o sexo feminino.

Já a Figura 13, apresenta os resultados nas médias para os sexos no fator Individualismo de acordo com a faixa etária.

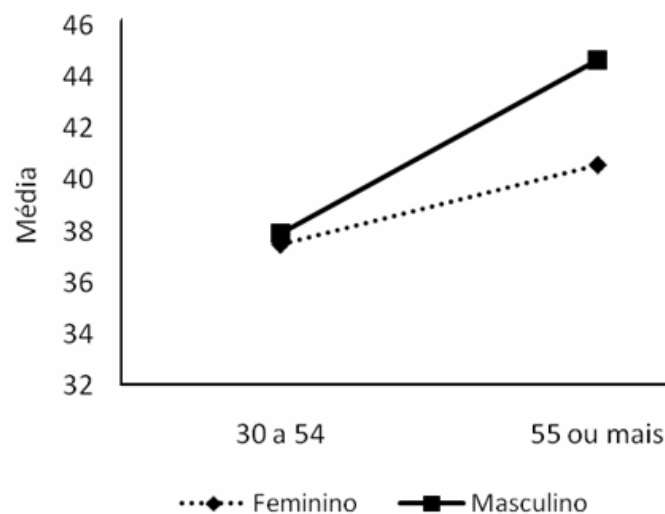


Figura 14. Médias dos resultados para os sexos do fator Individualismo de acordo com a faixa etária.

A Figura 14 apresentou o oposto dos resultados anteriores: houve um aumento para ambos os sexos nas médias do fator Individualismo para a faixa etária mais alta. É importante observar que o aumento foi mais acentuado para o sexo masculino e o fator Individualismo.

A Figura 15 exibe os resultados nas médias para os sexos no fator Intuição de acordo com a faixa etária.

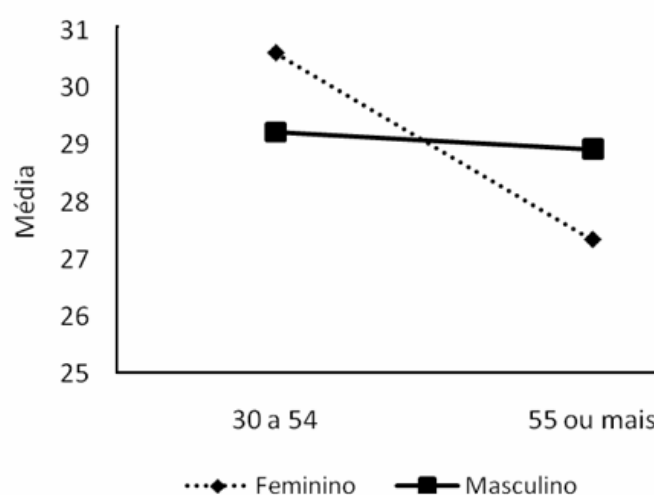


Figura 15. Médias dos resultados para os sexos do fator Intuição de acordo com a faixa etária.

Os resultados apresentados na figura 15 indicaram uma diminuição nas médias do fator Intuição para a faixa etária mais alta, isto é, acima de 54 anos de idade. Houve um maior decréscimo no fator Intuição para o sexo feminino.

Para os resultados de E.V.A., isto é, em relação à dor, a Figura 16 apresenta as médias para os sexos no fator Tradicionalismo de acordo com a categorização de E.V.A.

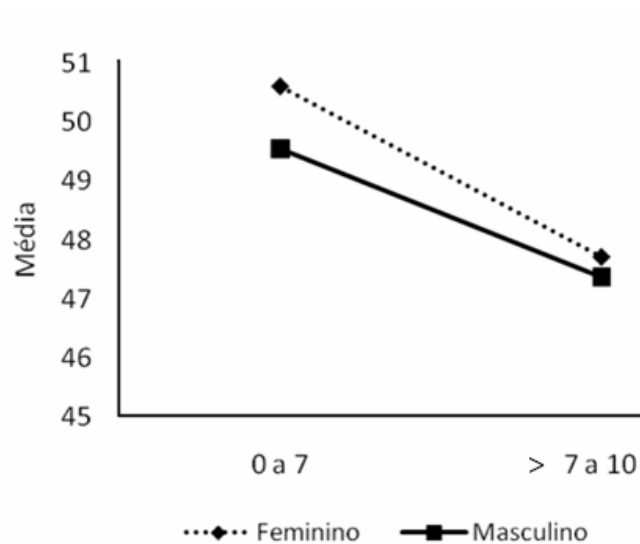


Figura 16. Médias dos resultados para os sexos do fator Tradicionalismo de acordo com a categorização de E.V.A.

A Figura 16 mostrou que houve uma diminuição das médias para ambos os sexos no fator Tradicionalismo quando os valores de E.V.A. ficaram maiores que sete até dez.

A Figura 17 apresenta os resultados das médias para os sexos no fator Individualismo de acordo com a categorização de E.V.A.

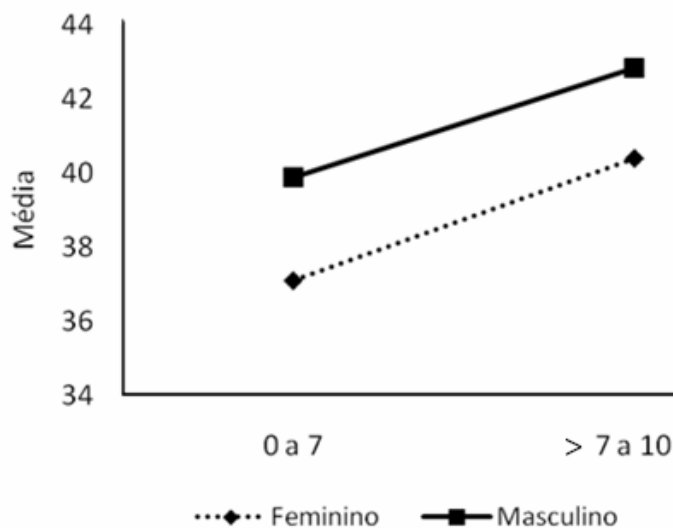


Figura 17. Médias dos resultados para os sexos do fator Individualismo de acordo com a categorização de E.V.A.

Segundo a Figura 17, e contrariando os resultados dos outros fatores, houve um aumento das médias para ambos os sexos no fator Individualismo quando os valores de E.V.A. ficaram maiores que sete até dez. Vale ressaltar que as médias para o Individualismo se apresentaram, da mesma forma, mais elevadas para o sexo masculino.

Quanto aos dados que se referiram à frequência na utilização de estratégias para alívio da dor, observaram-se como procedimentos mais utilizados pelos participantes: tomar medicação (F = 61), fazer repouso (F = 23), uso de compressas quentes (F = 14), corrigir a postura (F = 12), fazer alongamentos (F = 11), fazer exercícios (F = 7), massagem (F = 7); dentre outros (vide Anexo VIII).

Nas respostas relacionadas à distração da dor, os participantes muitas vezes se confundiram com atividades de lazer, o que se repetiu nas respostas. Encontraram-se como respostas mais frequentes: distrair-se pensando em outras coisas (F = 12), conversar (F = 12), fazer caminhada (F = 11), ouvir música (F = 7), assistir televisão (F = 7), ir à igreja (F = 6), passear (F = 5), ler (F = 4), dentre outras (vide Anexo IX).

Para as atividades de lazer, observaram-se como mais frequentes as seguintes atividades: assistir televisão (F = 27), passear (F = 18), ler (F = 14), ficar com a família (F = 13), visitar amigos (F = 12), ir à igreja (F = 12), visitar familiares (F = 11); dentre outras (vide Anexo VII).

Os resultados variaram entre zero (nenhuma atividade) e quatro pontos (quatro tipos de atividades para cada item).

A Tabela 13 ilustra as médias nas atividades de lazer, estratégias de alívio da dor e estratégias para distração da dor de acordo com o sexo.

Tabela 13

Médias nas atividades de lazer, estratégias de alívio da dor e de distração da dor.

Sexo	Lazer	Alívio	Distração da dor
Feminino	1,590	1,057	0,848
Masculino	1,358	1,000	0,509

Os resultados da Tabela 13 mostraram que o sexo feminino apresentou maior frequência de estratégias de lazer e de distração da dor em relação ao masculino.

A Figura 18 exibe as médias das frequências nas atividades de lazer, nas estratégias de alívio da dor e nas estratégias para distração da dor, de acordo com o sexo.

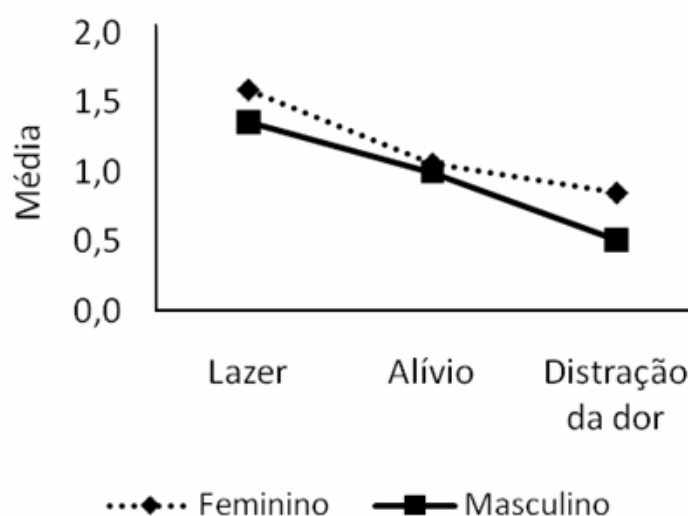


Figura 18. Gráfico das médias nas atividades de lazer, estratégias de alívio da dor e estratégias para distração da dor acordo com o sexo.

Quando se buscou a correlação de Pearson entre os fatores de Criatividade e os dados brutos do instrumento de Qualidade de Vida, Whoqol- Abreviado, deparou-se com os resultados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14.

Correlação entre os resultados dos Fatores de Criatividade e os valores gerais do instrumento de Qualidade de Vida.

	Total QV	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Total QV	-					
Fator 1						
Ousadia	0,242**	-				
Fator 2						
Tradicionalismo	0,098	0,177*	-			
Fator 3						
Individualismo	-0,311**	-0,332**	-0,382**	-		
Fator 4						
Intuição	0,175*	0,319**	0,160*	-0,026	-	
Fator 5						
Prudência	-0,033	0,127	-0,166*	-0,029	-0,020	-

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Legenda: Total QV = total de Qualidade de Vida; Fator 1 = Ousadia; Fator 2 = Tradicionalismo; Fator 3 = Individualismo; Fator 4 = Intuição; Fator 5 = Prudência.

Os fatores 1 e 4, Ousadia e Intuição, respectivamente, apresentaram correlação significativamente positiva com os valores gerais de Qualidade de Vida, enquanto o fator 3, Individualismo, mostrou correlação significativamente negativa com a Qualidade de vida. Os fatores Tradicionalismo e Prudência não apresentaram correlação significativa (Tabela 14).

A Tabela 15 apresenta as correlações entre os fatores de Criatividade e os Domínios de Qualidade de Vida.

Tabela 15.

Correlação de Pearson entre os fatores da Escala do Perfil Criativo e os domínios do instrumento de Qualidade de Vida.

	Fator	Fator	Fator	Fator	Fator	Domínio	Domínio	Domínio	Domínio	Domínio
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	Geral
Fator 1 Ousadia										
Fator 2 Tradicionalismo	0,177*									
Fator 3 Individualismo	-0,332**	-0,382**								
Fator 4 Intuição	0,319**	0,160*	-0,026							
Fator 5 Prudência	0,127	-0,166*	-0,029	-0,020						
Domínio 1 Físico	0,155	0,033	-0,156	0,202*	0,002					
Domínio 2 Psicológico	0,313**	0,133	-0,341**	0,076	-0,046	0,628**				
Domínio 3 Social	0,202*	0,050	-0,158*	0,078	-0,045	0,398**	0,490**			
Domínio 4 Ambiental	0,140	0,093	-0,315**	0,162*	-0,031	0,562**	0,559**	0,369**		
Domínio Geral	0,078	0,088	-0,191*	0,140	0,037	0,612**	0,560**	0,363**	0,541**	

Nota. *p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001.

Os resultados da Tabela 15 mostraram correlações significativamente positivas entre o fator Ousadia e os domínios Psicológico e Social. O fator Individualismo apresentou correlações significativamente negativas com os domínios Psicológico, Social, Ambiental e Geral. Já o fator Intuição mostrou correlações significativamente positivas com o domínio Físico e Ambiental. Os fatores Tradicionalismo e Prudência, não apresentaram correlação significativa com os domínios de Qualidade de Vida.

A Tabela 16 aponta as correlações entre as atividades de lazer, estratégias de alívio da dor, estratégias de distração da dor e os resultados gerais (total) do Perfil Criativo.

Tabela 16.

Correlação de Pearson entre atividades de lazer, estratégias de alívio da dor, estratégias de distração da dor e o total do Perfil Criativo.

	Lazer	Estratégia de Alívio	Distração da Dor	Total Perfil Criativo
Lazer	-			
Estratégia de Alívio	0,218**	-		
Distração da Dor	0,177*	-0,357**	-	
Total Perfil Criativo	0,295**	0,031	0,123	-

Nota. *p≤0,05; **p≤0,01

A Tabela 16 apresentou correlações significativamente positivas entre o lazer, as estratégias de alívio da dor, as estratégias de distração da dor e o total do Perfil Criativo. Já as estratégias de alívio se relacionam significativamente de forma negativa com as estratégias de distração da dor.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo investigar as implicações do perfil da pessoa criativa em sua qualidade de vida, para indivíduos com dor lombar crônica. A dor lombar aflige a maior parte da população mundial e cerca de 60 a 80% das pessoas são acometidas por episódios de Lombalgia durante a vida (Teixeira, 1999; Ponte, 2005; Lin, Teixeira, Kaziyama, Lepski, & Stump, 2006; Rome, 2007). Assim, por conta do alto índice de acometimento e consequente morbidade física e/ou psicológica desses indivíduos, se faz necessária a avaliação da qualidade de vida com a utilização de instrumentos. Torna-se possível, por meio da utilização desses construtos, avaliar os impactos da dor lombar crônica na vida do sujeito. Consequentemente, este procedimento pode trazer informações minuciosas sobre a saúde do indivíduo e de como ele reage ao problema da dor lombar crônica.

Por sua vez, avaliar o Perfil Criativo torna-se, da mesma forma, importante do ponto de vista que a pessoa criativa parece ter maiores possibilidades de adaptação e reorganização de sua vida, buscando uma melhora da qualidade de vida dentro dos limites que a doença pode oferecer. Os atributos encontrados na pessoa criativa têm a capacidade de propiciar uma maior facilidade na resolução de problemas, assim como maior habilidade para lidar com situações adversas.

Na presente pesquisa, a porcentagem dos participantes que procuraram o tratamento para a dor lombar crônica foi bem maior para o sexo feminino, correspondendo a 66,5% da amostra, contra 33,5% para o sexo masculino. Este índice foi bastante elevado e concorda com a literatura, já que diversos

autores apontam para a maior incidência da dor lombar para o sexo feminino (Silva, Fassa & Valle, 2004; Almeida, Sá, Silva, Baptista, Matos & Lessa, 2008; Ponte, 2005; Fishbain, Rosomoff, Cutler & Rosomoff, 1995).

De acordo com Barros, César, Carandina e Torre (2006) a prevalência de doenças crônicas no Brasil é maior para o sexo feminino. Além disso, entre doze doenças pesquisadas e considerando-se todas as faixas etárias, as mais prevalentes foram doenças de coluna, a hipertensão, a artrite, a depressão, a asma e as doenças do coração, a maioria também mais prevalente entre as mulheres, com exceção, apenas, da tuberculose e da cirrose.

Do mesmo modo, estudos recentes apontam que a dor crônica manifesta-se com maior incidência e ainda é mais intensa no sexo feminino. As mulheres também estão mais propensas a experimentar várias situações dolorosas, o que pode levar a um maior esforço mental de superação e um consequente aumento do risco de invalidez.

Para Kelly (2010), as mulheres tendem a focar os aspectos emocionais da dor, enquanto os homens tendem a se concentrar nas sensações físicas vivenciadas. Assim, quando as mulheres se concentram nos aspectos emocionais da dor, podem ter uma percepção mais exacerbada, possivelmente porque as sensações associadas à dor são emocionalmente muito negativas.

Ainda, o significado da dor para homens e mulheres pode ainda ser influenciado por questões culturais e sociais que acabam por permitir à mulher uma expressão ou manifestação mais aberta ou aceita da dor, enquanto se encoraja os homens a subvalorizá-la. Para o homem, a segurança diante da dor pode representar, de certa forma, sua virilidade. Portanto, essas questões podem e devem ser consideradas como favorecedoras tanto da forma de

expressão, como da queixa de dor entre as mulheres (Unruh, 1996; Kreling, Cruz & Pimenta, 2006).

Portanto, as mulheres parecem perceber o evento da dor com maior importância que o homem, uma vez que as diversidades de tarefas realizadas por elas, resultantes de educação e atenção com os filhos, administração do lar, cuidado com parentes idosos e emprego fora de casa, dentre outras, são razões para a mulher considerar a dor em uma concepção mais ameaçadora. Embora o envolvimento do homem com crianças e responsabilidades da casa venha aumentando gradualmente, o trabalho fora de casa é ainda dominante do sexo masculino (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006). O homem ainda tem mais autonomia e liberdade de atuação, diferentemente da mulher que, além de tantos outros papéis, tem a função de cuidar. Dessa forma, o importante significado da dor na vida das mulheres provavelmente as faz lembrar-se dos sintomas com mais facilidade e frequência do que os homens, sugerindo assim, que elas busquem diversas estratégias de enfrentamento como lazer e distração. Portanto, o papel social do homem permanece, ainda, bastante diferente do da mulher.

Observou-se, ainda, que além do fato de que o sexo feminino tenha apresentado maior incidência de dor lombar crônica e, da mesma forma, tenha procurado os serviços de tratamento (clínicas especializadas) em maior número, ele ainda, obteve índices mais elevados de percepção dolorosa que o sexo masculino. De uma maneira geral, os índices algícos encontrados na amostra foram bastante elevados para ambos os sexos, o que se justifica pelo fato da aplicação do instrumento de avaliação da dor ter ocorrido no momento

da primeira consulta ou avaliação, isto é, quando nenhum tratamento havia sido iniciado.

Os resultados mostraram que o domínio físico de qualidade de vida estava relacionado estatisticamente pela idade e pela dor (E.V.A.). Vale lembrar que o domínio físico refere-se a questões como dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso. Com o aumento na idade, há um conseqüente decréscimo nas condições físicas, principalmente em indivíduos portadores de problemas em coluna, o que justificaria esses resultados.

O fato de que o domínio físico tenha se relacionado com a idade e a dor, aponta para o fato de que a osteoartrose lombar por ser uma doença crônico-degenerativa, tem a tendência de se agravar com o avanço da idade refletindo fisicamente na qualidade de vida. Mais ainda, fatores como limitação funcional e inatividade física contribuem de forma importante para a piora do quadro clínico. De acordo com as pesquisas de Fishbain, Rosomoff, Cutler e Rosomoff (1995) a dor é maior em indivíduos mais velhos e deve-se levar em consideração que a dor no indivíduo idoso é uma das queixas mais comuns nos consultórios médicos (Gomes, 2006). Além disso, estudos de Crook, Rideout e Browne (1984) demonstraram que indivíduos com mais de 60 anos queixam-se duas vezes mais que indivíduos com menos de 60 anos de idade.

Para Castellón e Pino (2003), a qualidade de vida subjetiva é melhor avaliada por homens idosos do que pelas mulheres idosas, isto talvez, porque o envelhecimento possa ser percebido de maneira mais negativa pela mulher. De acordo com Avis, Assmann, Kravitz, Ganz, & Ory (2004), que estudaram a qualidade de vida em mulheres idosas, o esquecimento pelos familiares e o sentimento de que mulheres mais velhas são menos atraentes foram

associados à pior qualidade de vida. Além disso, encontraram que a atividade física, o estresse, a percepção e aceitação em relação ao envelhecimento estavam fortemente associados à qualidade de vida nas mulheres.

Nos indivíduos idosos, a qualidade de vida parece ainda, ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a velhice, podendo, de forma subjetiva, variar entre extremos, como muito boa e muito ruim. Portanto, a qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada pessoa faz das situações e está intimamente relacionada à percepção dos acontecimentos e da própria condição de vida. A perda funcional em decorrência da dor lombar crônica pode ter graus de importância físicas, psicológicas e sociais diferentes para cada indivíduo (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore, Cecon, 2006).

Observou-se, ainda nos resultados apresentados aqui, que todos os domínios de qualidade de vida foram afetados pela dor. Este fato, apontou para a dor como um agente importante de incapacitação e limitação funcional, afetando os domínios físicos, psicológicos, sociais e em relação ao meio ambiente. Torna-se relevante salientar, no tocante à dor crônica, que a Qualidade de Vida é influenciada diretamente pela duração e intensidade da mesma (Cherkin, Deyo, Street & Barlow, 1996).

Dessa maneira, a dor está entre os fatores mais importantes e capazes de causar impacto negativo para a qualidade de vida, principalmente dos indivíduos das faixas etárias mais elevadas, já que causa limitação de suas atividades, aumenta o risco para o estresse e para o isolamento social. Entretanto, a mensuração exata da experiência dolorosa pode contribuir para que, por meio de intervenções e tratamentos, esse impacto seja minimizado,

evitando sofrimento desnecessário destes indivíduos (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

Mason, Mathias e Skevington (2008) concluíram que a qualidade de vida está associada de forma positiva com a aceitação da dor. Do mesmo modo, constataram que relatos de dor mais baixos estavam associados à melhor qualidade de vida e menor incapacidade física. Portanto, a cronicidade da dor pode ter um enorme impacto na qualidade de vida, e quanto maior a duração da dor, pior o seu nível de avaliação, comprometendo a maioria dos domínios do construto (Linton, Bradley, Jensen, Spangforth, & Sundell, 1989; Mason, Skevington & Osborn, 2008).

Em relação aos resultados do perfil criativo, encontrou-se efeitos significativos no fator Individualismo para idade, sexo e dor, no fator Tradicionalismo para idade e dor, nos fatores Ousadia e Intuição para idade. É importante lembrar que os fatores Individualismo e Tradicionalismo são contrários às características criativas, o que teve implicações importantes nesses resultados.

Segundo a literatura, não se pode afirmar que existam diferenças entre sexos na criatividade, pois não há consenso entre os achados. Inclusive, vários trabalhos apontam para resultados opostos entre os sexos: as mulheres aparecem, algumas vezes, com as habilidades sociais mais desenvolvidas, enquanto os homens destacam-se, por exemplo, na matemática. Portanto, não se pode concluir que as habilidades alusivas a cada sexo possam influenciar a capacidade criativa do indivíduo (Barron & Harrington, 1981).

Procurando responder a esta questão de gênero, a variável sexo não se mostrou significativa em pesquisa realizada por Wechsler, Siqueira, Reis e

colaboradores (2000), a qual averiguou a criatividade verbal em estudantes adolescentes. Ainda, em outro estudo que aborda esta questão das diferenças de gênero na criatividade, desenvolvido por Reis (2005), foi observado que o sexo masculino apresentou médias mais elevadas em três grandes áreas do conhecimento (biológicas, humanas e exatas) em relação à Ousadia, enquanto o feminino exibiu maiores médias para o Tradicionalismo na área de exatas.

Portanto, os resultados encontrados na presente pesquisa apontaram influência de sexo apenas no fator Individualismo. As relações observadas entre perfil criativo e a idade, mostrou resultados significativos para os fatores Ousadia, Tradicionalismo Individualismo e Intuição. É importante lembrar que, em casos de pacientes com dor crônica, o aumento da idade e tempo de ocorrência dos eventos leva a uma redução nos reforços positivos disponíveis, ocasionando o desânimo e a depressão. Portanto, o fato dos escores das médias da criatividade terem se apresentado mais baixos na faixa etária mais elevada pode se justificar pela própria cronicidade da doença, que induz ao tempo prolongado da dor, a fatores físicos incapacitantes, ao estresse e à tendência à depressão. Este fato pode levar o indivíduo a perceber-se de forma negativa, generalizando os seus pensamentos depressivos e determinando uma alta morbidade psicológica nestes quadros (Menegatti, Amorim, & Avi, 2005; Ferreira, 2009).

Para os resultados dos fatores como Ousadia, Intuição e Prudência, que são característicos da pessoa criativa, estes não apresentaram, pela Análise da Variância Multivariada, efeitos significativos em relação à dor. Já os fatores Tradicionalismo e Individualismo, que contemplam características contrárias à criatividade, estes sim, apresentaram efeitos significativos para a dor. Este fato

pode estar relacionado ao sentido de que as pessoas criativas percebem a dor de maneira diferente ou ainda menos intensa. Portanto, estes resultados parecem indicar uma melhor maneira, por parte das pessoas criativas, de lidarem com o problema de forma a amenizar seus efeitos em relação às pessoas com características opostas à criatividade.

Outro ponto que poderia ser discutido seria que os níveis de dor mais elevados favoreceriam uma queda no potencial criativo, o que é menos provável. Isto porque, as pessoas criativas preferem situações de risco, vêem a tomada de risco como desafio criativo capaz de oferecer maneiras diferentes de solucionar problemas e a capacidade de superação em situações adversas faz parte do seu aspecto positivo (Sternberg, 1997; Getzels & Csikszentmihalyi, 1975; Isaksen & Lauer, 1998; Mundim & Wechsler, 2007; Bahia, 2008).

Ao se comparar os fatores do Perfil Criativo com resultados gerais de Qualidade de Vida, notou-se que os fatores Ousadia e Intuição apresentaram correlações significativamente positivas, enquanto o fator Individualismo mostrou correlação significativamente negativa. Já os fatores Tradicionalismo e Prudência não apresentaram correlações significativas com o total de qualidade de vida, embora demonstrassem certas tendências. É importante ressaltar que Ousadia e Intuição se caracterizam por apresentar características marcantes da pessoa criativa e o Individualismo, atributos opostos à criatividade, mostrando assim, implicações relevantes entre os construtos.

Os participantes desta pesquisa apresentaram atividades de lazer em grande número, como alternativas para lidar com o problema da dor lombar crônica. Estratégias de alívio da dor foram da mesma forma frequentes, além

de estratégias de distração da dor. O sexo feminino apresentou maior frequência de estratégias de lazer e de distração da dor que o masculino.

Vale lembrar que as respostas do Questionário Complementar voltadas para o lazer, referiram-se a atividades como: assistir TV, passear, ler, visitar aos filhos ou amigos etc. Para as estratégias de alívio da dor foram descritas situações como: tomar medicação, fazer repouso, usar compressas quentes, corrigir a postura, dentre outras. Já para as estratégias de distração da dor, obtiveram-se respostas como: distrair-se pensando em outras coisas, conversar, caminhar, ir à igreja, ler. As estratégias de lazer muito se assemelharam, ou ainda, se confundiram, para os participantes, com as estratégias de esquecimento da dor. Houve associações positivas entre o lazer e as estratégias de alívio da dor, estratégias de distração da dor e os resultados gerais (total) do Perfil Criativo.

Quando se discorre sobre o lazer e estratégias de distração, é importante salientar que este tipo de comportamento tende a aproximar o sujeito de experiências positivas, o que leva à distração, esquecimento momentâneo e mudança de paradigma em relação à doença. Csikszentmihalyi (2002) identificou momentos em que o indivíduo se sente no completo controle das suas ações. Esses momentos, geralmente raros e caracterizados por um profundo sentimento de euforia e de satisfação, permanecem na memória individual como situações ideais ou experiências ótimas (*optimal experiences*). Essa experiência ótima é qualquer situação que proporcione ao indivíduo uma sensação de controle e integração, acrescentando sentido à vida, muito própria da atividade criativa e que poderia atuar como elemento capaz de lidar de forma favorável com o problema da dor lombar.

Por outro lado, os resultados desse trabalho apontaram que as estratégias de alívio se associaram negativamente com as estratégias de distração da dor. Este fato mostrou que, na amostra estudada, quando o indivíduo optou para o alívio por meio do uso de medicações, compressas, repouso etc., ele não se utilizou ou se aproveitou muito pouco de estratégias para esquecer a dor. Portanto, as estratégias de esquecimento ou distração da dor estariam opostas, em frequência, com as estratégias de alívio.

Dessa maneira, ao se considerar a opção do participante pelo alívio ou distração da dor, foi possível concluir que, ao se adotar comportamentos que buscaram um alívio, os indivíduos acabam voltando-se mais para os sintomas e para a doença em si. Em contrapartida, a opção pelas atividades de lazer e distração da dor é mais própria do indivíduo criativo, porque este, não desprezando a doença, procura novas formas de solucionar o problema da dor lombar crônica, ou ainda, de se relacionar de forma positiva com a mesma. Seria a busca do controle da situação ou mesmo da “experiência ótima”, descrita por Csikszentmihalyi (2002).

Estes atributos de enfrentamento e/ou resiliência podem ser encontrados na literatura com a denominação de *coping*. A auto-regulação da dor e o seu impacto na vida dos indivíduos dependem das maneiras encontradas por elas para lidarem e se ajustarem de forma a diminuir a dor e o desconforto (McIntyre, Pereira, Sores, Gouveia, & Silva, 1999). Esse tipo de enfrentamento se manifesta por meio de atitudes tomadas e podem ser classificadas como estratégias de *coping*, das quais fazem parte várias formas de distração, pensamentos positivos acerca da diminuição da dor, da procura de informação

e da resolução dos problemas, ou estratégias de alívio que incluam o descanso, a tomada de medicação, o relaxamento etc.

Entretanto, torna-se importante salientar que nem todas as estratégias de *coping* usadas são adaptativas e vice-versa. Existem as estratégias de *coping* ativas, em que a pessoa se esforça para continuar a funcionar, apesar da dor. Essas podem utilizar técnicas de distração que estariam associadas a um funcionamento adaptativo. Existem, ainda, as estratégias de *coping* passivas, como depender de outras pessoas para ter ajuda no controle da dor, ou a restrição das atividades. Estas últimas se relacionam com maiores índices de dor (Turk & Flor, 1999; Ferreira, 2009).

Em pesquisa realizada por Greaves e Farbus (2006), que mediram o efeito de um programa de criatividade e atividades sociais na qualidade de vida de idosos com depressão e isolamento, puderam constatar que, após o programa, houve melhora da auto-confiança, desenvolvimento de identidade positiva, maior engajamento em redes sociais e conseqüente melhora na qualidade de vida. Ainda em outro estudo em que se empregou atividades criativas e de lazer com homens e mulheres que estavam afastados por longo tempo do trabalho por motivos de doença, também se obteve resultados positivos.

Assim, várias atividades foram desenvolvidas, como caminhadas, exercícios físicos, jardinagem, música, pintura, dentre outros. Cerca de dois terços dos participantes relataram ter melhorado o seu estado geral e sua qualidade de vida pela oportunidade de utilizar as próprias capacidades e a criatividade. Isto é, a atividade criativa exerceu um papel significativo no aumento da autoeficácia e autoestima (Batt-Rawden & Tellnes, 2005).

No tocante aos resultados dos construtos do Perfil Criativo e de Qualidade de Vida, a correlação de Pearson mostrou diversas analogias existentes entre eles. Comparando-se os fatores do perfil criativo com os domínios de qualidade de vida, foram encontradas correlações significativamente positivas entre o fator Ousadia com os domínios psicológico e social e do fator Intuição com o físico e ambiental. Já o fator Individualismo apresentou correlações significativamente negativas com os domínios psicológico, social, ambiental e geral.

Os fatores Ousadia e Intuição apresentaram diversas características marcantes da personalidade criativa. Ousadia está relacionado a características como fluência, flexibilidade, originalidade, alta sensibilidade externa e interna, espontaneidade, humor, motivação, curiosidade, inconformismo, abertura a novas experiências, situação de risco e confiança em si mesmo. Já a Intuição facilidade em fantasiar, brincar com ideias, desenvolver atividades com prazer e emoção (Reis, 2005). O fator Prudência, embora fosse composto de características importantes da personalidade criativa, não apresentou resultados significativos com a qualidade de vida, provavelmente, por ser o fator mais fraco do instrumento, apresentando apenas seis itens.

Dessa forma, as relações entre a Ousadia e o Psicológico e Social na amostra podem estar influenciando positivamente as relações com a qualidade de vida para o enfrentamento da patologia, influenciando os aspectos emocionais e, ainda, o âmbito social. É válido ressaltar que o fator Ousadia está ligado à confiança em si próprio e na própria capacidade, motivação para mudança e abertura a novas experiências, dentre outros.

Já a pessoa intuitiva é sonhadora, tem facilidade de fantasiar, é impulsiva (Reis, 2005). Estas características podem influenciar de maneira positiva o domínio físico e o ambiente em que vive. Por serem pessoas de alta sensibilidade interna, gostam de novas ideias e desenvolvem atividades que tragam prazer e emoção. Este fato pode ser capaz de proporcionar inovação e mudanças positivas para o seu ambiente ou mesmo em relação à maneira como o percebe, refletindo, da mesma forma, positivamente para o aspecto físico.

Evidentemente, torna-se relevante observar a importância da mente questionadora e resiliente no enfrentamento à dor lombar crônica, isto é, aquela mente que constantemente resiste e busca a superação de situações adversas. Vale lembrar que o conceito de resiliência originou-se da física e está associado à capacidade de um determinado material suportar uma tensão sem que se deforme de maneira permanente. No âmbito pessoal, esse termo é utilizado para significar a habilidade pessoal de superação diante de períodos de dificuldades de qualquer tipo, em que se incluem as doenças crônicas (Yunes e Szymanski, 2001; Bragotto, 2009). Portanto, a criatividade deve ser inserida como fator importante no processo de superação de adversidades e pode-se apontar a flexibilidade mental como capacidade fundamental para solução de problemas dos mais diversos (Flach, 1991; Bragotto, 2009). Por sua vez, as características criativas encontradas nos fatores como Ousadia e Intuição podem ser capazes de oferecer ao indivíduo subsídios necessários para o enfrentamento do problema da dor lombar crônica e provável competência para uma atuação resiliente.

Em contrapartida, as conexões significativamente negativas entre o Individualismo e os domínios Psicológico, Social, Ambiental e Geral podem estar influenciando os resultados de forma antagônica. O fator Individualismo aponta para características como egoísmo, preocupação com necessidades pessoais, falta de humanitarismo, dificuldade em aceitar ideias diferentes das suas e preferência em trabalhar sozinho. Quando o indivíduo se fecha para o seu problema, a possibilidade de sucesso ou de adaptação durante a evolução da doença se torna mais difícil. No tocante a este estudo, o sexo masculino apresentou, nas médias, resultados mais elevados para o fator Individualismo do que as mulheres. Em pesquisa realizada em Portugal, constatou-se que a Lombalgia é mais frequente em viúvos e divorciados, isto é, em pessoas com hábitos de vida solitários (Ponte, 2005).

Concluindo, dos cinco fatores da Escala do Perfil Criativo, três apontaram para atributos criativos e dois para características opostas à criatividade. Destes cinco, três fatores se relacionaram significativamente com a qualidade de vida: Ousadia, Individualismo e Intuição. E, embora os fatores Tradicionalismo e Prudência não tenham apresentado resultados significativos, indicaram tendências com a qualidade de vida e futuros estudos poderão investigar melhor esta questão.

Esses resultados devem favorecer a elaboração de novas formas de tratamento e intervenção. Um modelo a ser sugerido para a inclusão da criatividade nesse contexto, seria a partir de uma atuação interdisciplinar onde, ao mesmo tempo em que se desenvolvessem os tratamentos clínicos convencionais, se estimulasse o desenvolvimento de atividades criativas, laborais (ocupacionais) e de expressão corporal (corporeidade).

Um exemplo interessante de espaço para o desenvolvimento da criatividade seriam as oficinas, que possibilitam a representação e expressão da arte e do corpo, por onde, por meio do material simbólico, pode-se explorar os materiais e conteúdos psíquicos dos participantes. As oficinas devem ser caracterizadas como espaços de elaboração da experiência pessoal e coletiva através do uso de recursos expressivos como movimento corporal, expressão plástica e de linguagem (Pereira, Cesarini & Bilbao, 2009).

A concepção do desenvolvimento de oficinas de diversas atividades tem o intuito de ampliar as relações sociais e aumentar a capacidade para a elaboração de tarefas proporcionando o ganho de autonomia. Esta seria uma alternativa conveniente para o indivíduo portador de dor crônica e poderia existir dentro dos espaços das próprias clínicas de tratamento de dor e de Fisioterapia.

Estes processos de intervenção, a exemplo do que já acontece em áreas como a terapia ocupacional e saúde mental, viriam favorecer a promoção da saúde, mudando o foco de atuação junto ao paciente, contribuindo para a prática da Fisioterapia e outras especialidades, diferentemente do modelo atual encontrado nos serviços de saúde. Por sua vez, isto seria capaz de proporcionar uma mudança de paradigmas no tratamento da dor crônica, determinando por meio da estimulação da criatividade e da autonomia, a promoção da saúde em toda a integralidade do ser humano.

Os resultados apresentados neste trabalho concordam com a hipótese de que o perfil criativo tem implicações importantes para a qualidade de vida e, conseqüentemente, para a saúde de indivíduos portadores de dor lombar crônica.

Limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas

Este estudo não levou em consideração o nível educacional, cognitivo e sócio-econômico dos participantes e, para futuros estudos, seria interessante acrescentar essas variáveis com o intuito de aprofundar os conhecimentos na área.

A Escala do Perfil Criativo pode ter influenciado os resultados dos fatores que não se relacionaram, que foram Tradicionalismo e Prudência. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos com a finalidade de se ampliar o instrumento, possivelmente, agregando novos itens aos fatores onde não se encontraram resultados significativos.

Propõe-se da mesma forma, que se elaborem novas propostas de tratamento e intervenção, a partir das implicações encontradas entre criatividade e qualidade de vida. Outros trabalhos deverão, ainda, continuar a investigações aqui iniciadas.

Além disso, estudos com grupos controle devem ser recomendados para o avanço das pesquisas neste campo. Para isto, torna-se necessário o desenvolvimento de trabalhos onde se elaborem procedimentos que incluam exercícios e práticas de atividades criativas para um grupo experimental de participantes com dor crônica, com a finalidade de se comparar os resultados com um grupo controle no decorrer de um determinado tempo.

Por outro lado, recomenda-se ainda, que novas formas de mensurar a dor sejam desenvolvidas, com o propósito de avaliação e prognóstico para estes pacientes e, da mesma forma, para que se possa compreender melhor o processo crônico doloroso e sua subjetividade.

A ampliação das amostras e o estudo de outras patologias crônicas devem ser considerados para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- 1º Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias. Sociedade Brasileira de Reumatologia, Comitê de Coluna Vertebral. São Paulo; 2000.
- Adams, M. A., Dolan, P., & Hutton, W. C. (1986). The stages of disc degeneration as revealed by discograms. *The Journal of Bone and Joint Surgery, 68-B*, 36-41.
- Albuquerque, A. R., & Troccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20* (2), 153-164.
- Alencar, E. M. L. S. (1987). Efeitos de um programa de treinamento de criatividade nas habilidades de pensamento criativo de professores e alunos do ensino de primeiro grau. *Interamerican Journal of Psychology, 21*, 56-71.
- Alencar, E. M. L. S. (1996). A medida de criatividade. In: L. Pasquali (Ed.), *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 305-318). Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. Universidade de Brasília: INEP.
- Alencar, E. M. L. S. (1998). Personality traits of Brazilian creative scientists. *Gifted and Talented International, 13*, 14-18.
- Alencar, E. M. L. S., & Fleith, D. S. (2003). *Criatividade: múltiplas perspectivas*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Almeida, I.C.G.B., Sá, K.N., Silva, M., Batista, A., Matos, M.A., & Lessa, I. (2008). Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia, 43*(3), 96-102.
- Amabile, T.M. (1996). *Creativity in the context*. Boulder, CO: Westview Press.

- Anderson, H. I., Ejlertsson G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically define general population: study of diferences in age, gender, social class and pain localization. *Clinic Pain*, 9, 174-182.
- Andersson, G. B. J. (1991). Epidemiology of spinal disorders. In: J. W. Frymoyer. *The Adult Spine: Principles and practice* (pp 107-146). New York: Raven Press.
- Andersson, G. B. J. (1995). Epidemiology. In: J. N. Weinstein, B. L. Rydevik, & V. K. H. Sonntag. *Essentials of the spine* (pp 1-10). New York: Raven Press.
- Andrade, F.A., Pereira, L.V., & Sousa, F.A.E.F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271-276.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuro-psychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
- Avis, N. E., Assmann, S. F., Kravitz, H. M., Ganz, P. A., & Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13(5), 933-946.
- Bahia, S. (2008). Criatividade e universidade entrecruzam-se? *Sisifo. Revista de Ciências da Educação*, 7, 51-62.
- Barron, F.(1969). *Creative person and creative process*. Nova York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barron, F., & Harrington, D.M. (1981). Creativity intelligence and personality. *Annual Review of Psychology*, 32, 439-476.

- Barros, M. B. A., Cesar, C. L. G., Carandina, L., & Torre, G. D. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência e saúde coletiva*, 11(4), 911-926.
- Batt-Rawden, K. B., & Tellnes, G. (2005). Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participants' health, quality of life and function. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28 (2), 175-180.
- Beghetto, R. A., Plucker, J. A., & MaKinster, J.G. (2001). Who studies creativity and how do we know?. *Creativity Research Journal*, 13 (3/4), 351-357.
- Bener, A., El-Rufaie, O. F., Siyam, A., Abuzeid, M. S. O., Toth, F., & Lovasz, G. (2004). Epidemiology of low back pain in the United Arab Emirates. *APLAR Journal of Rheumatology*, 7, 189-195.
- Bergner, M., Bobbit, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Gilson, B. S., & Morris J. R. (1976). The sickness impact profile: Conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6, 393-415.
- Boden, S. D., Davis, D. O., Dina, T. S., Patronas, N. J., & Wiesel, S. W. (1990). Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 72, 403-408.
- Borges, C. A., & Ximenes, A. C. (2001). Noções de anatomia e fisiologia. In: C. C. Porto, *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65

- and over. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Bragotto, D. (2009). Inovação existencial: entre adversidades e oportunidades criativas. In: Giglio, Z. G., Wechsler, S. M., & Bragotto, D. (Eds.), *Da Criatividade à Inovação* (pp 71-83). Campinas: Papirus.
- Brattberg, G., Parker, M. G., & Thorslund, M. (1996). The prevalence of pain amongst the oldest old in Sweden. *Pain*, 67, 29-34.
- Brito Júnior, C. A. (2001). Alterações posturais. In: Lianza, S. *Medicina de Reabilitação* (pp. 181-196). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brown, J. J., Wells, A., Trottier, A. J., Bonneau, J., & Ferris, B. (1998). Back pain in a large Canadian police force. *Spine*, 23 (7), 821-827.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Cailliet, R. (2001). *Síndrome da dor Lombar*. Porto Alegre: Artmed.
- Castellón, A., & Pino, S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 188-192.
- Cecin, H. A., Molinar, M. H. C., Lopes, M. A. B., Morickochi, M., Freire, M., & Bichuetti, J. A. N. (1991). Dor lombar e trabalho: um estudo sobre a prevalência de lombalgia e lombociatalgia em diferentes grupos ocupacionais. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 31, 50-56.
- Cherkin, D. C., Deyo, R. A., Street, J. H., & Barlow, W. (1996). Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients' own criteria. *Spine*, 21(24), 2900-2907.

- Cheren, A. J. (1992). A Coluna vertebral dos trabalhadores: alterações da coluna relacionadas com o trabalho. *Revista Brasileira de Reabilitação*, 31, 17-25.
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)"*. Tese de Doutorado, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.
- Ciconelli, R. M. (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43 (2), 09-13.
- Cossermelli, W. (2000). *Terapêutica em reumatologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Costa Neto, S. B. (2002). Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Crook, J., Rideout, E., & Browne, G. (1984). The prevalence of pain in a general population. *Pain*, 18, 299-314.
- Cruz, R. M., Sardá Junior, J. J. (2003). Diagnóstico de Aspectos Emocionais Associados à Lombalgia e à Lombociática. *Avaliação Psicológica*, 1, 29-33.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: Harper Perennial.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir*. Lisboa: Relógio d'Água.

- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. (1988). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cukierman, J. G., & Figueiró, J. A. B. (2006). Saúde Mental e Síndrome Dolorosa Miofascial. In: M. J. Teixeira, Lin T. Y., & H. H. S. Kaziyama, (Eds), *Dor – Síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética* (pp. 553-556). São Paulo: Roca.
- De Vitta, A. (1996). A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação com a idade e o sexo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 1, 67-72.
- Deyo, R. A. (1988). Measuring the Functional Status of Patients with Low-Back Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69, 1044-1053.
- Deyo, R. A. (1991). Non-operative treatment of low back disorders. Differentiating useful from useless therapy. In: J. W. Frymoyer (Eds.), *The adult spine: principles and practice* (pp. 1567-1580). New York: Raven Press.
- Deyo, R. A., Battie, M., Beurskens, A. J., Bombardier, C., Croft, P., Koes, B., Malmivaara, A., Roland, M., Von Korff, M., & Waddell G. (1998). Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*, 23 (18), 2003-2013.
- Deyo, R. A., Cherkin, D., Conrad, D., & Volinn E. (1991). Cost, Controversy, Crisis – Low-Back-Pain and the Health of the Public. *Annual Review of Public Health*, 12, 141-156.
- Deyo, R. A., Rainville, J., & Kent, D. L. (1992). What can the history and physical examination tell us about low back pain? *Journal of the American Medical Association*, 268 (6), 760-765.

- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Dueker, A. J., Ritchie, S. M., Knox, T. J., & Rose, S. J. (1994). Isokinetic trunk testing and employment. *Journal of Occupational Medicine*, 36 (1), 42-48.
- El-Murad, J., & West, D.C. (2004). The definition and measurement of creativity: what do we know?. *Journal of Advertising Research*, 44 (2), 188-201.
- Esola, M. A., McClure, P. W., Fitzgerald, G. K., & Siegler, S. (1996). Analysis of lumbar spine and hip motion during forward bending in subjects with and without a history of low back pain. *Spine*, 21 (1), 71-78.
- EuroQoL group (1990). A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. New York: Chichester.
- Feldhussen, J. F. (1995). Creativity: a knowledge base, metacognitive skills and personality factors. *The Journal of Creative Behavior*, 29 (4), 255-268.
- Ferreira, M.S.M. (2009). *Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: Um estudo com doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupunctura*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho. Braga, Portugal.
- Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2006). O acompanhamento terapêutico: criatividade no cotidiano. *Psychê*, 18, 81-90.

- Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B., & Rosomoff, R. S. (1995). Secondary gain concept: a review of the scientific evidence. *The Clinical journal of pain, 11* (1), 6-21.
- Flach, F. (1991). *Resiliência: A arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E.,Vieira, G., Santos, L.,& Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública, 34* (2), 178-183. Obtido em 02 de Maio, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>.
- Fleith, D. S. (1994). Treinamento e estimulação da criatividade no contexto educacional. In: E. M. L. S. Alencar & A. M. R. Virgolim (Eds.) *Criatividade: Expressão e Desenvolvimento* (pp. 113-141). Petrópolis: Vozes.
- Fleith, D. S. (2000). Teacher's and student's perceptions of creativity in the classroom environment. *Roeper Review Bloomfield Hills, 22*, 148-153.
- Gajdosik, R. L. (2001). Letters to the Editor: Was hamstrings muscle stiffness measured? *Archives Physical Medicine Rehabilitation, 82*, 1004.
- Gardner, H. (1996). *Mentes que Criam: uma anatomia da criatividade observada através das vidas de Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham e Gandhi*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Getzels, J. W., & Csikszentmihalyi, M.(1975). From problem solving to problem finding. In: I. A. Taylor e J. W. Getzels (eds.). *Perspectives in creativity* (pp. 90-116).Chicago: Aldine Publishing.

- Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272 (8), 619-626.
- Gomes, J. C. P. (2006). Dor no Idoso. In: M. J. Teixeira, Lin T. Y., & H. H. S. Kaziyama, (Eds.), *Dor – Síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética* (pp. 409-414). São Paulo: Roca.
- Goss, C. .M. (1998). *Anatomia de Gray*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society of Health*, 126 (3), 134-142.
- Greve, J. M. A., & Amatuzzi, M. M. (2003). *Medicina de reabilitação nas lombalgias crônicas*. São Paulo: Roca.
- Guilford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444-454.
- Hamill, J., & Knutzen, k. M. (1999). *Bases Biomecânicas do Movimento Humano*. São Paulo: Manole.
- Hart, G. L., Deyo, R. A., Cherkin, D. C. (1995). Physician office visits for low back pain – frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a US national survey. *Spine*, 20, 11-19.
- Iamamura, S. T., kaziyama, H. H. S., & Iamamura, M. (2001). Lombalgia. *Revista de Medicina*, 80 (2), 375-390.
- Isaksen, S. G. & Lauer, K. J. (1998). Relationship between cognitive style and social culture. *European Journal of Personality*, 12, 187-198.
- Jansen, J. P., Morgenstern, H., Burdorf, A. (2004). Dose-response relations between occupational exposures to physical and psychosocial factors

- and the risk of low back pain. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 972-979.
- Kelly, J. (2010). *All Pain Is Not the Same: Psychologist Discusses Gender Differences in Chronic Pain*. Obtido em 20 de novembro, 2010. Disponível em: <http://www.apa.org/news/press/releases/2010/08/gender-pain-differences.aspx>.
- Kneller, G. F. (1978). *Arte e ciência da criatividade*. São Paulo: IBRASA.
- Kreling, M.C.G.D., Cruz, D.A.L.M., & Pimenta, C.A.M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513.
- Lee, P., Helewa, A., Goldsmith, C. H., Smythe, H. A., & Stitt, L. W. (2001). Low back pain: prevalence and risk factors in an industrial setting. *Journal of Rheumatology*, 28,346-351.
- Lin, T. Y., Teixeira, M. J., Kaziyama, H. H. S., Lepski, G., & Stump, P. (2006). Lombalgias. In: M. J. Teixeira, Lin T. Y., & H. H. S. Kaziyama, (Eds.), *Dor – Síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética* (pp. 269-290). São Paulo: Roca.
- Linton, S. J., Bradley, L. A., Jensen, I., Spangforth, E., & Sundell, L. (1989). The secondary prevention of low back pain: a controlled study with follow up. *Pain*, 36, 197-207.
- Lipp, M. N., & Rocha, J. C. (1994). *Estresse, hipertensão e qualidade de vida*. Campinas: Papirus.
- Lubart, T. I. (1999). Creativity across cultures. In: R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of creativity* (pp. 339-350). New York: Cambridge University Press.

- Lubart, T. I. (2007). *Psicologia da Criatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- MacKinnon, D. W. (1965). Personality and the realization of creative potential. *American Psychologist*, 20, 273-281.
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti-Luchini S., & Merskey H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey. *Pain*, 43, 293-300.
- Mailis, A., & Papagapiou, M. (1993). Profile of patients admitted to the pain facility of a university affiliated acute care hospital. *Pain Clinic*, 6, 71-82.
- Mason, V. L., Mathias, B.M., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *Clinical Journal of Pain*, 24 (1), 22-29.
- Mason, V.L., Skevington, S. M., & Osborn, M. (2008). A measure for quality of life assessment in chronic pain: preliminary properties of the WHOQOL-pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 32 (2), 162-173.
- McIntyre, T., Pereira, M. G., Soares, V., Gouveia, J., & Silva, S.(1999). *Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação*. Universidade do Minho.
- Menegatti, C.L., Amorim, C., & Avi, G. D. S. (2005). Abordagem comportamental à queixa de dor. In, H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre, (Eds). *Sobre Comportamento e Cognição, Expondo a Variabilidade*, (pp. 169-174.). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Melzack, R., Katz, J. (1994). Pain measurement in persons. In: P. D. Wall, R. Melzack, (eds.). *Textbook of pain* (pp. 337-356). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 07-18.
- Mitjáns Martínez, A. (1997). *Criatividade, Personalidade e educação*. Campinas: Papirus.
- Mundim, M. C. B.; & Wechsler, S. M. (2007). Estilos de pensar e criar em gerentes Organizacionais e subordinados. *Boletim de Psicologia*, 57, (126), 15-32.
- Nachemson, A. (1999). Back pain: delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 473-490.
- Nakano, T. C. (2005). Pesquisa em criatividade: análise da produção científica do banco de teses da Capes (1996-2001). In: G.P. Witter (Org.). *Metaciência e Psicologia* (pp. 35-48).
- Netter, F. H. (2000). *Atlas de Anatomia Humana*. Porto Alegre: Artmed.
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde (1998). *La Salud en las Américas*. Washington: OPAS.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 513-517.
- Pereira, A. C., Cesarini, M. M., & Bilbao, G. (2009). Oficina de criatividade com pais de crianças deficientes. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 15(2), 169-178.
- Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.C.L., Sampaio, R.F., Priore, S.E., & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios

- físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida em Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sócio-demográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.
- Post, M., & Noreau, L. (2005). Quality of Life After Spinal Cord Injury. *Journal of Neurological Physical Therapy*, 29 (3), 139-146.
- Reis, C. L. (2001). *Escala de adjetivos contextualizados para avaliação da pessoa criativa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Reis, C. L. (2005). *Escala de Perfil Criativo Profissional: validade e precisão de instrumento*. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Resnik, L., & Dobrykowski, E. (2005). Outcomes measurement for patients with low back pain. *Orthopaedic Nursing*, 24 (1), 14- 24.
- Rissanen, A., Alaranta, H., Sainio, P., & Harnoken, H. (1994). Isokinetic and non-dinamometric tests in low back pain patients related to pain and disability index. *Spine*, 19 (17), 1963-1967.
- Rome, J. (2007). *Guia da Clínica Mayo sobre dor crônica: conselhos práticos para se viver uma vida mais ativa*. Rio de Janeiro: Anima.
- Sandra, W. R., & Ethan, D. S. (2006). Affect in Fantasy Play, Emotion in Memories, and Divergent Thinking. *Creativity Research Journal*, 18 (3), 347-354.**

- Santos, A. S. (2007). *Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Santos, C. C. (2000). Avaliação postural. In: B. Molinari (Eds.), *Avaliação médica e física para atletas e praticantes de atividades físicas* (pp. 117-130). São Paulo: Roca.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida na comunidade: aplicação da escala Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Seidl, E. M. F.; & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, (2), 580-588.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sierpina, M., & Cole, T. R. (2004). Stimulating creativity in all elders: a continuum of interventions. *Care Management Journals*, 5 (3), 175-182.
- Silva, M. C., Fassa, A. G., & Valle, N. C. J. (2004). Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 377-385.
- Silva, M. F. M. (1999). *Definição e avaliação da criatividade: contributos da abordagem cognitiva*. Tese de Doutorado, Universidade do Minho. Braga, Portugal.

- Simm, K. T. A. (1988). Estudo da relação entre a acentuação da lordose lombar e condição muscular abdominal, dorso-lombar e glútea. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 2 (3), 14-18.
- Simões, J. G. (1986). *O pensamento vivo de Einstein*. São Paulo: Martin Claret.
- Stein, M. I. (1974). *Stimulating creativity*. Group procedures. New York: Academic Press.
- Stephoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(18), 6508-6512.
- Sternberg, R. J. (1988). *The nature of creativity. Contemporary psychological perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1991). *A theory of creativity*. Trabalho apresentado no XIV School Psychology Association Colloquium. Braga, Portugal.
- Sternberg, R. J. (1997). *Thinking styles*. United States: Cambridge Press.
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1991). An investment theory of creativity and its development. *Human Development*, 34, 1-31.
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1993). Creative giftedness: a multivariate investment approach. *Gifted Child Quarterly*, 37 (3), 7-15.
- Sternberg, R. J. & Lubart, T. I. (1995). *Defying the crowd. Cultivating creativity in a culture of conformity*. New York: The Free Press.
- Sternberg, R. J. & Lubart, T. I. (1996). Investing in creativity. *American Psychologist*, 51, 677-688.
- Teixeira, M. J. (1999). Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: M. M. M. J. Carvalho (org.) *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 77-85). São Paulo: Summus.

- Tengan, S. K., Okada, M., & Teixeira, M. J. (2006). Tratamento Psicológico da Dor. In: M. J. Teixeira, Lin T. Y., & H. H. S. Kaziyama, (Eds), *Dor – Síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética* (pp. 557-570). São Paulo: Roca.
- The WHOQoL group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1410.
- Torrance, E. P. (1966). *Torrance tests of creative thinking*. New Jersey: Personnel Press.
- Torrance, E. P. (1987). Teaching for creativity. In S. G. Isaksen (Ed.), *Frontiers of creativity research. Beyond the basics* (pp. 189-215). Buffalo: Bearly.
- Torrance, E. P. (1992). The beyonders in a thirty year longitudinal study of creative achievement. *Roeper Review*, 15, 131-134.
- Torrance, E. P. (1995). *Why fly? A philosophy of creativity*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Torrance, E. P. (1996). *Cumulative bibliography on the Torrance Test of Creative Thinking*. Athens: Georgia Studies of Creative Behavior.
- Torrance, E. P., & Ball, O. (1980). *Fourth revision: stream/ined scoring and norms for figural form A. ITCT*. Athens: Georgia Studies of Creative Behavior.
- Torrance, E. P., & Ball, O. (1981). *Torrance Tests of Creative Thinking. Streamlined manual figural A and B*. Benseville, Illinois: Scholastic Testing Service.
- Torrance, E. P., & Safter, H. T. (2005). *Making the creative leap beyond...* New York: Creative Education Foundation Press.

- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In: R. J. Gatchel, & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 18–34). New York: Guilford Press.
- Unruh, A.M. (1996). Review article. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-67.
- Valat, J. P., Goupille, P., Rozenberg, S., Urbinelli, R., & Allaert, F. (2000). Acute low back pain: predictive index of chronicity from a cohort of 2.487 subjects. *Spine*, 67, 456-461.
- Velarde, J. E., & Avila, F.C. (2002). Methods for quality of life assessment. *Salud Pública*, 44(4), 349-361.
- Vido, M. B., & Fernandes, R. A. Q. (2007). Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6 (2), 1-15. Obtido em 18 de abril, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.870/197>.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Wechsler, S. M. (1987). Efeitos do treinamento de criatividade em crianças bem-dotadas e regulares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 4, 95-110.
- Wechsler, S. M. (1999). Avaliação da criatividade: um enfoque multidimensional. In: S.M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Orgs.). *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional* (pp. 231-259). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Wechsler, S. M. (2001). Criatividade na cultura brasileira: uma década de estudos. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 6, 215-227.
- Wechsler, S. M. (2006). Estilos de pensar e criar: impacto nas áreas educacional e profissional. *Psicodebate*, 7, 207-218.
- Wechsler, S. M. (2008). *Criatividade: descobrindo e encorajando*. Campinas: Imprensa Digital do Brasil.
- Wechsler, S. M., Siqueira, L. G. G., Reis, C. L., Costa, A. C. G., Nakano, T. C., Kodama, M. C., & Merlin, M. S. (2000). *Determinantes da criatividade verbal em adolescentes* (Resumos). Anais do V Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional. Itajaí, SC.
- WHO – World Health Organization (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All*. Genebra: WHO.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Teveres, J. (Eds), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.
- Zanella, A. V. & Titon, A. P. (2005). Análise da produção científica sobre criatividade em programas brasileiros de pós-graduação em psicologia (1994-2001). *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 305-316.
- Zavarize, S. F., Wechsler, S. M. (2007). Avaliação da qualidade postural em pré-adolescentes: construção e validação de escala. *Fisioterapia Brasil*, 8 (4):243-248.
- Zavarize, S. F., Wechsler, S. M. (2009). Lombalgia e Qualidade de Vida: estudo da Produção Científica no Brasil. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 10, 269-277.

Anexo II

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DA SAÚDE - GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida.

Por favor, responda a todas as questões.

Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem insatisfeito nem satisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário?

.....

.....

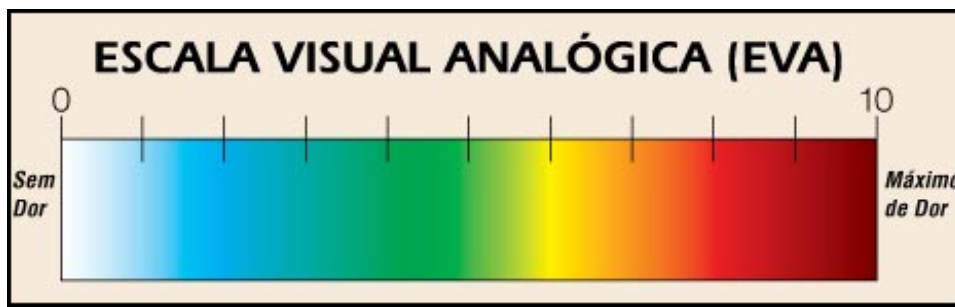
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo III

Aponte na ilustração abaixo qual o seu nível de **dor Lombar** de zero a dez.

Zero (0) significa **ausência total de dor** e dez (10) o nível de **dor máxima** suportável.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – E. V. A.



Anexo IV

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Data da Aplicação: ____ / ____ / ____

Iniciais: _____ Idade: _____ anos Sexo: _____

1. O que você faz nas horas vagas ou finais de semana como lazer?

2. Em quais condições você sente que sua dor melhora?

3. Em quais condições você sente que sua dor piora?

4. Você utiliza alguma(s) estratégia(s) para “aliviar” ou para “esquecer” a dor?

Qual(is)?

Anexo V

Prezado(a) Diretor(a)

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar os efeitos do perfil criativo do paciente em sua qualidade de vida, para portadores de dor lombar crônica. Pretendemos assim, conseguir desenvolver estratégias que permitam auxiliar no tratamento deste problema.

A pesquisa envolve pacientes com diagnóstico de Osteoartrose Lombar, apresentando dor lombar crônica e que estejam inscritos para início de tratamento nesta clínica. Os participantes deverão preencher uma escala de 72 itens sobre o perfil criativo do participante, um questionário de qualidade de vida com 26 itens, um questionário aberto com quatro perguntas e uma escala de avaliação da dor com um item. As perguntas se referem à capacidade funcional, modo de agir e autoconceito do participante em diferentes situações na sua vida diária não envolvendo qualquer risco físico ou psicológico.

A participação dos pacientes é voluntária, não existindo nenhuma penalidade caso não queiram participar. Os participantes também poderão se recusar a completar as tarefas, mesmo que já tenham iniciado. Salientamos que será guardado o anonimato das respostas em qualquer comunicação.

Por se tratar de uma pesquisa não serão fornecidos resultados individuais. Entretanto, poderemos oferecer uma explicação geral sobre os resultados encontrados na amostra estudada para os profissionais envolvidos e para os participantes.

Esta pesquisa somente será iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas.

Neste sentido, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa nesta clínica. Caso aceite, por favor, queira preencher a ficha abaixo.

Atenciosamente,

Sergio Fernando Zavarize
Pesquisador
Telefone de contato: (19) 3806-4978
e-mail: sergio.zavarize@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-Campinas
Telefone de Contato: (19) 3343-6777

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo a participação desta clínica.

Nome da Clínica:

Nome do Diretor:

Assinatura do Diretor:

Local e data:

Anexo VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar os efeitos da criatividade na qualidade de vida em portadores de dor lombar crônica. Pretendemos assim conseguir desenvolver estratégias que permitam auxiliar na prevenção e tratamento deste problema.

Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para responder uma escala de 72 itens sobre o perfil criativo, um questionário de qualidade de vida com 26 itens, uma escala de avaliação da dor com um item e um questionário com quatro perguntas. As perguntas se referem à sua capacidade física, seu modo de agir e sua auto-avaliação em diferentes situações na sua vida diária não envolvendo qualquer risco físico ou psicológico. Salientamos que será guardado o anonimato de suas respostas em qualquer comunicação pública.

A sua participação é voluntária podendo ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum dano ou prejuízo. Por se tratar de uma pesquisa, não serão fornecidos resultados individuais. Entretanto, poderemos oferecer uma explicação sobre os resultados gerais encontrados neste estudo.

Este termo está elaborado em duas vias de igual teor, sendo uma para o pesquisador e outra para o participante da pesquisa. Caso aceite participar, por favor, queira preencher a ficha abaixo.

Atenciosamente,

Sergio Fernando Zavarize
Pesquisador
Telefone de contato: (19) 3806-4978
e-mail: sergio.zavarize@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da PUC-Campinas
Telefone de Contato: (19) 3343-6777

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e concordar em participar da mesma:

Nome:

Assinatura:

Local e data:

Anexo VII

Tabela das frequências de atividades de Lazer.

Atividades de Lazer	N
Assiste televisão	27
Passeia	18
Leitura	14
Fica com a família	13
Visita amigos	12
Vai à igreja	12
Visita a família	11
Viaja	9
Assiste filmes	8
Fica com os netos	8
Descansa / repousa	8
Faz caminhadas	6
Pescaria	6
Vai ao sítio	6
Sai com amigos	6
Passeia com os filhos / família	5
Vai ao clube	4
Visita os filhos	4
Brinca com animais estimação	3
Joga baralho	3
Faz tricô	3
Vai ao cinema	3
Assiste futebol	2

Faz bordados	2
Procura conversar	2
Dança	2
Faz doces e bolos	2
Ouve música	2
Pratica corrida	2
Pinta telas	2
Vai ao shopping	2
Brinca com filhos	2
Estuda a bíblia	2
Anda a cavalo	1
Anda de moto	1
Canta	1
Churrasco com família	1
Conserta coisas	1
Cozinha	1
Cuida das plantas	1
Escreve	1
Faz artesanato	1
Faz atividades domésticas	1
Faz atividades manuais	1
Faz chochê	1
Faz exercícios	1
Faz natação	1
Fica na internet	1
Joga bingo	1
Joga futebol	1

Ouve jogo de futebol	1
Recebe visitas	1
Reúne amigos	1
Se diverte com amigos e família	1
Toca violão	1
Vai a lanchonetes	1
Vai à pizzaria	1
Vai a restaurantes	1
Vai ao mercado	1

Anexo VIII

Tabela das frequências de Estratégias de Alívio da Dor.

Estratégias de Alívio da Dor	N
Toma medicação	61
Repousa	23
Faz compressas quentes	14
Corrige a postura	12
Faz alongamentos	11
Faz exercícios	7
Massagem	7
Faz ginástica	4
Faz relaxamento	4
Caminha	3
Faz fisioterapia	3
Faz acupuntura	2
Toma analgésicos	2
Faz pequenos movimentos	2
Vai à academia	1
Passa álcool gel	1
Toma banho quente	1
Deita na posição de lado	1
Evita fazer exercícios	1
Faz hidrogenástica	1
Faz hidromassagem	1

Passa por infiltração (médico)	1
Faz ioga	1
Eleva os membros inferiores	1
Vai ao pronto socorro	1
Toma remédios caseiros	1
Coloca remédios no local (pomada)	1
Faz RPG	1

Anexo IX

Tabela das frequências das atividades de distração da dor.

Estratégias de distração da dor	N
Se distrai pensando em outras coisas	12
Conversar	12
Caminhada	11
Ouvir Música	7
Assiste TV	7
Ir à Igreja	6
Passear	5
Leitura	4
Assiste filmes	4
Oração / rezar	3
Viajar	3
Bordar	3
Fazer Crochê	3
Escrever	2
Artesanato	2
Visitar amigos	2
Pescar	2
Jardinagem	2
Trabalhar	2
Brincar com crianças	2

Fazer Tricô	1
Ir ao cinema	1
Assistir novela	1
Jogos de mesa	1
Pintar	1
Posicionar o corpo	1
Assistir jogos na TV	1
Faz remédios caseiros	1
Faz trabalhos domésticos	1
Meditação	1
Tomar café	1
Ler a Bíblia	1
Ficar com a família	1
Tenta extravasar	1
Andar de bicicleta	1
Cantar	1
Se afasta de lugares cheios	1
Dançar	1
