



**Caracterização da experiência de dor de doentes seguidos na
Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Porto (CHP)
quanto à intensidade, variáveis psico-emocionais,
funcionamento neurocognitivo, qualidade de sono e perceção
de qualidade de vida**

Autor(a): Joana Mendes Moreira Aroso

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e
Neuropsicologia

Gandra, 2016

“Caracterização da experiência de dor de doentes seguidos na Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Porto (CHP) quanto à intensidade, variáveis psico-emocionais, funcionamento neurocognitivo, qualidade de sono e perceção de qualidade de vida”

"Characterization of the pain experienced by patients seen in the Chronic Pain Unit of the Hospital Centre of Oporto (CHP), according to intensity, psycho-emotional variables, neurocognitive functioning, quality of sleep and perception of quality of life"

Autor(es):

Joana Aroso ¹, Margarida Branco², Sara Mendes Moreira^{2,3}, Luís Monteiro⁴, Bruno Peixoto^{4,5}

- 1- CESPU, *Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências da Saúde*. Gandra/
Portugal

Morada: R. Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra

Email: joanaaroso@hotmail.com
- 2- Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto
- 3- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto/Portugal
- 4- CESPU, Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra/Portugal
- 5- NeuroGen Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS).
Porto/Portugal

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, 2016

Índice

Introdução	1
Artigo para submeter à Revista Ata Médica Portuguesa	2 - 20
Anexo: Normas de Publicação da Ata Médica Portuguesa	

Introdução

Este estudo está subordinado ao tema Dor Crónica e foi realizado no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N). Esta tese consiste num artigo para submissão à revista Ata Médica Portuguesa e teve como objetivo caracterizar a intensidade da dor, variáveis psico-emocionais (ansiedade, depressão, alexitimia), funcionamento cognitivo, qualidade de sono e qualidade de vida dos utentes da consulta da Unidade da dor do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

A dor crónica está presente em mais de 30% dos portugueses e acarreta prejuízos de ordem física, psicológica, comportamental e social que conduzem a um declínio significativo na qualidade de vida. Constituindo uma prioridade do Plano Nacional de Saúde, a dor crónica representa um desafio para os profissionais de saúde dada a multicausalidade e elevada comorbilidade com perturbações de foro psiquiátrico como a depressão, alexitimia e ansiedade clinicamente significativa. Torna-se fundamental a identificação e a compreensão dos fatores neuropsicológicos e emocionais e do papel que estes desempenham no processo de dor.

“Caracterização da experiência de dor de doentes seguidos na Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Porto (CHP) quanto à intensidade, variáveis psico-emocionais, funcionamento neurocognitivo, qualidade de sono e perceção de qualidade de vida”

Resumo:

Introdução:

A dor crónica afeta atualmente mais de 30% da população portuguesa. Com gastos elevados para a saúde pública e intervenções terapêuticas consideradas pouco eficazes pelos doentes, a dor é uma prioridade do Plano Nacional da Saúde. Existe uma elevada comorbilidade entre dor crónica e perturbações de foro psico-emocional e psiquiátrico.

Este estudo teve como objetivo caracterizar os níveis de dor, ansiedade, depressão, alexitimia, funcionamento cognitivo, qualidade de sono e qualidade de vida dos utentes da consulta da unidade da dor do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Materiais e métodos:

Foram avaliados 65 utentes da consulta externa da Dor do Centro Hospitalar do Porto, de ambos os sexos (74,4% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 23 e os 90 anos (M=59,17 anos). A todos os participantes foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20), Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e Instrumento abreviado da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Breef).

Resultados e Discussão:

Os resultados obtidos mostram que os níveis médios de depressão e ansiedade da amostra são clinicamente significativos. Mais de metade da amostra de doentes recorre a farmacologia indutora de sono.

Verificamos que o tipo de rendimento económico, o tipo de atividade e situação profissional, bem como o diagnóstico clínico apresentado interferem também significativamente nas variáveis intensidade da dor, alexitimia, qualidade do sono, ansiedade, depressão e distress emocional. Doentes com fibromialgia evidenciam níveis significativamente mais elevados de alexitimia, ansiedade e depressão do que doentes com dor oncológica.

Concluimos que os fatores sociodemográficos, emocionais e cognitivos desempenham um papel importante na regulação da dor crónica.

Palavras Chave: Ansiedade, Depressão, Alexitimia, Dor crónica, Distress Emocional, Avaliação da dor.

"Characterization of the pain experienced by patients seen in the Chronic Pain Unit of the Hospital Centre of Oporto (CHP), according to intensity, psycho-emotional variables, neurocognitive functioning, quality of sleep and perception of quality of life"

Abstract:

Introduction:

Chronic pain currently affects more than 30% of the Portuguese population. With high costs to public health and clinic interventions considered ineffective by patients, pain has become a priority for the National Health Plan. There is a high comorbidity between chronic pain and psycho-emotional and psychiatric disorders.

This study aimed at characterizing the levels of pain, anxiety, depression, alexithymia, cognitive functioning, quality of sleep and the quality of life of the patients consulted at the pain unit of the Hospital Centre of Oporto.

Materials and methods:

65 patients of the external consultation of the pain unit of the Hospital Centre of Oporto were evaluated, from both genders (74.4% of which female), aged between 23 and 90 (M=59.17 years). The following instruments were applied to all the participants: the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), the Montreal Cognitive Assessment (MOCA), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the abbreviated World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Bref).

Results and discussion:

The results obtained show that the average levels of depression and anxiety of the sample group are clinically significant. More than half of the patients of the sample group use sleep inducing pharmacology.

The type of economic income, the type of activity and professional status, as well as the clinical diagnosis presented were found to interfere significantly in the variables of pain intensity, alexithymia, sleep quality, anxiety, depression and emotional distress.

Patients suffering from fibromyalgia show significantly higher levels of alexithymia, anxiety and depression than patients with oncological pain.

As a result, it is concluded that the social, demographic, emotional and cognitive factors play an important role in the control of chronic pain.

Keywords: Anxiety, Depression, Alexithymia, Chronic pain, Emotional Distress, Pain assessment.

Introdução

Atualmente, afastado o conceito de dor absolutamente sensitivo, é aceite que a dor é subjetiva e abraça componentes neuro-fisiológicos, bioquímicos, intelectuais, psico-emocionais, sociais e comportamentais. Segundo a *International Association for Study of Pain* (IASP), “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão”.^{1,2}

O estudo realizado sobre a prevalência da dor crónica apresentado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, em 2010, concluiu que 31% da população portuguesa sofre de dor crónica ^{3,4}. Os elevados custos para a saúde pública, representados por cerca de 500 milhões de dias de trabalho perdidos por ano na Europa,⁵ assim como a dificuldade em implementar uma intervenção eficaz e satisfatória para o doente, fazem dela uma prioridade no Plano de Saúde Pública. ^{3,4}

A multicausalidade e a comorbilidade com diversas perturbações, sobretudo de carácter psico-emocional, aumentam a dificuldade diagnóstica e fazem com que os doentes sintam a sua dor pouco compreendida e pouco responsiva às intervenções terapêuticas utilizadas. ^{5,6}

A dor crónica pode afetar significativamente a qualidade de vida dos doentes, estando associada a perturbações da personalidade, do sono, fadiga e comprometimento cognitivo, nomeadamente ao nível da concentração e memória. ^{5,6} Existem diferentes perturbações emocionais e ou psiquiátricas em que a dor crónica pode estar presente, entre elas ansiedade, depressão, transtornos da personalidade e alexitimia.^{5,6,7} Esta última tem sido considerada como uma variável com um papel importante no desenvolvimento e manutenção da dor crónica.^{8,9} A alexitimia caracteriza-se pela dificuldade do indivíduo em identificar e comunicar verbalmente os próprios estados emocionais subjetivos, assim como pelo predomínio do pensamento operatório.^{8,9,10} Este tipo de pensamento é caracterizado pela focalização nos acontecimentos do ambiente externo e nos sintomas corporais, sem dimensão afetiva, emoções, fantasias e experiências interiores. Alguns autores sugerem que a alexitimia não constitui apenas um traço disfuncional de personalidade mas pode ser consequência de uma perturbação afetiva, como resultado de experiências traumáticas ou comprometimento da vinculação precoce.¹¹ Alguns estudos associam positivamente a

alexitimia com a intensidade da dor e com a presença de dor crónica na população. Esta associação é, no entanto, mediada por sintomas de ansiedade e depressão.¹²

A depressão na dor crónica pode ser o resultado de fatores neurobiológicos associados ao processo de dor ou ser causada por atribuições negativas do paciente face à dor.^{12,13} Pode, por si só, contribuir para a experiência de dor, promovendo uma maior sensibilidade à dor aguda ou crónica.^{12,13} Os sentimentos positivos ou negativos podem aumentar ou diminuir a intensidade da dor, que por sua vez contribui também para aumentar os níveis de ansiedade.¹⁴ A ansiedade é responsável pela sensibilização à dor e aos seus efeitos negativos. Aliás, com a dor crónica, muitos indivíduos podem permanecer num estado de antecipação da dor, causando um aumento de tensão muscular, o que conseqüentemente leva a um aumento de sensibilidade nociceptiva.^{14,15}

As alterações cognitivas são também frequentes na dor crónica.^{16,17,18} A dor, por si só, pode causar alterações cognitivas em diferentes tipos de doentes com dor crónica, nomeadamente ao nível dos padrões atencionais e tomada de decisão.^{13,14} Há uma relação direta entre atenção, memória imediata e atividade de neurónios do córtex pré-frontal, já que as mesmas redes neurais usadas para muitas funções cognitivas são também usadas para funções nociceptivas. Sensações corporais como a dor podem levar o indivíduo a um estado de hipervigilância e assim declinar a atenção de outras tarefas cognitivas.¹⁸ As dificuldades cognitivas podem também surgir associadas a perturbações de sono.^{19,20} Alguns estudos sugerem que 50 a 80% de doentes com dor crónica apresentam distúrbio de sono.^{21,22} Pacientes com dor crónica possuem má qualidade de sono, caracterizada por eficiência, latência e duração inferiores à população em geral.^{23,24,25}

É um facto aceite na literatura que dor crónica provoca uma diminuição na qualidade de vida. No entanto, a qualidade de vida é um constructo altamente subjetivo, pessoal e multidimensional, onde se entrecruzam aspetos físicos, psicológicos e sociais, assim como é diferente a valorização que cada indivíduo atribui a cada uma destas dimensões.²⁶ A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”²⁷. Quando um indivíduo é portador de dor crónica não tem apenas um

quadro clínico patológico, mas sim um conjunto de variáveis como a idade, o sexo ou a capacidade de adaptação à sua realidade após o problema. Ocorrem mudanças e perdas de ordem física, ocupacional, cognitiva, social, financeira e por vezes na aparência individual.^{28,29}

O presente estudo tem como objetivos caracterizar a experiência de dor quanto: à intensidade, sintomatologia psico-emocional (ansiedade, depressão, alexitimia) funcionamento neurocognitivo, qualidade de sono e percepção da qualidade de vida dos doentes com dor crónica da consulta externa da Unidade de Dor do CHP.

Adicionalmente, pretende-se determinar a relação das variáveis psico-emocionais, neurocognitivas e percepção de qualidade de vida no contexto da dor.

Materiais e Métodos

A amostra é constituída por 65 utentes da consulta externa do CHP, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 23 e os 90 anos, com uma média de idades de 59,17 anos e média de escolaridade de 6,26 anos. Excluíram-se participantes com as seguintes condições: alterações sensório-motoras não corrigidas, passíveis de interferirem na execução da avaliação e alterações neuropsiquiátricas reportadas na história clínica. Todos os doentes responderam a um questionário sociodemográfico constituído pelas seguintes variáveis: diagnóstico clínico e caracterização sociodemográfica (sexo, idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação e atividade profissional, fonte de rendimento, apoio social). Nas tabelas 1 e 2 apresentamos as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Foram utilizados os seguintes testes de avaliação:

A Escala Numérica, uma escala validada internacionalmente, de fácil utilização e adaptabilidade. Com boas características psicométricas é usada para mensurar a intensidade da dor em intervalos de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável.^{30, 31} A *Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS 20) é a que melhores propriedades psicométricas apresenta na avaliação da alexitimia.^{32,33} É um instrumento de auto-avaliação composto por 20 Itens e que integra 3 áreas: dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da

emoção (DIS), dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (DDS) e estilo de pensamento orientado para o exterior (POE). A pontuação global resulta da soma de todos os itens e os resultados podem variar entre 20 e 100 pontos, permitindo categorizar os sujeitos como *Não Alexitímicos* (TAS Global ≤ 51), *Zona Limite* (TAS Global entre 52 e ≤ 60) e *Alexitímicos* (TAS Global ≥ 61).^{32,33,34}

Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA), um instrumento de avaliação breve de disfunção cognitiva, frequentemente utilizado para avaliar a disfunção cognitiva ligeira. Permite a distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal, adultos com défice cognitivo, assim como avaliação de estádios intermédios de défice cognitivo, nomeadamente do Déficit Cognitivo Ligeiro e da Demência ligeira e moderada.³⁵ Avalia diferentes domínios cognitivos: funções executivas, capacidade visuo-espacial, memória, atenção, concentração, memória de trabalho, linguagem, nomeação, cálculo e orientação temporal e espacial. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que pontuações iguais ou superiores a 26 são consideradas normativas.³⁶

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, que tem como objetivo avaliar, de forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia e ou sob tratamento ambulatorio. É constituída por 14 itens, sendo 7 orientados para a avaliação da depressão e 7 para a ansiedade, com resposta tipo *Likert* de 0 a 4, num máximo de 21 pontos cada uma. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaithe recomendados para ambas as subescalas: pontuações entre 0 e 8 são consideradas não tradutoras de ansiedade/depressão e pontuações ≥ 9 traduzem ansiedade/depressão.^{37,38,39} A pontuação global da HADS, constituída pelas duas subescalas, oferece-nos o nível de *distress* emocional, cujo ponto de corte é de 15.⁴⁰

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, que avalia os componentes qualitativos e quantitativos que caracterizam a qualidade de sono em relação ao último mês. É constituído por 19 questões agrupadas em sete componentes avaliados numa escala de 0 a 3: qualidade subjetiva de sono, latência e duração do sono, eficiência habitual de sono, existência de disfunção diurna, perturbação de sono e utilização de farmacologia indutora de sono. A pontuação global do teste varia entre 0 e 21, sendo que resultados superiores a cinco traduzem má qualidade de sono (dificuldades

severas em pelo menos dois componentes ou dificuldades moderadas em pelo menos três componentes).^{41,42}

Instrumento abreviado da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Breef), um questionário que valoriza a percepção individual da pessoa relativamente à qualidade de vida em diversas situações. É constituído por vinte e seis questões. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral, a segunda, à satisfação com a própria saúde e as outras 24 questões são relativas a diferentes domínios, cada um deles constituído por diferentes componentes. As alternativas de resposta variam de um a cinco (de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, de “nada” a “completamente” e de “nada” a “extremamente”). Quanto maior for a pontuação obtida em cada domínio melhor é a qualidade de vida, sendo que é obtida uma pontuação geral relativa à qualidade de vida e uma pontuação para cada domínio específico. O domínio físico é relativo à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, funcionalidade e atividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico integra os sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagens, capacidades de memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, espiritualidade e crenças pessoais. O domínio ambiente explora o contexto, as relações e suporte sociais, apoio e atividade sexual. Os resultados são transformados numa escala de 0 a 100 onde pontuações maiores indicam maior qualidade de vida.^{43,44,45,46}

Para a realização do estudo consultamos a comissão de ética do CHP. A todos os participantes foi solicitado o consentimento informado. Os participantes foram recrutados e avaliados na consulta externa da unidade da Dor. Solicitamos o auto-preenchimento assistido em contexto de sala fechada. Os dados recolhidos foram anonimizados e colocados em base de dados que ficou guardada no CHP.

Para análise estatística utilizamos o programa informático IBM *Statistics* 23.

Foram utilizadas medidas de tendência central, dispersão e frequências, no sentido de caracterizar a amostra e de descrever os resultados obtidos na avaliação.

Para a análise do efeito de variáveis independentes nominais no desempenho das provas utilizamos os testes U de *Mann-Whitney* e de *Kruskal-Wallis (KW)*, consoante se

tratava de duas ou mais variáveis. As relações das variáveis independentes contínuas com os resultados nas provas foi estabelecida através de correlações *Spearman*. Resultados com $p < 0.05$ foram considerados significativos.

Resultados

Realizaram-se análises de frequência de variáveis sócio-demográficas e clínicas da amostra, cujos resultados descritivos se encontram nas tabelas 1 e 2, assim como dos resultados dos instrumentos de avaliação (ver tabela 3).

Posteriormente realizaram-se correlações entre as variáveis sócio-demográficas e os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos de avaliação.

Na amostra de 65 pacientes, 49 (74,4%) correspondem ao sexo feminino. Mais de metade da amostra (73,8%) reside no distrito do Porto, sendo os restantes 17 (26,2%) do distrito de Aveiro. A maioria dos participantes (69,2%), são casados. 29,2% apresentam antecedentes de acompanhamento psicológico, psiquiátrico ou de ambos. Apenas 4 participantes afirmam não conversar com ninguém sobre a sua doença, os restantes afirmam que conversam com familiares, amigos e ou médico. 44 participantes desempenham uma atividade profissional predominantemente física/pouco qualificada e 21 possuem uma atividade profissional de foro essencialmente intelectual. Quanto à situação profissional atual, 17 participantes estão reformados, 13 estão ativos profissionalmente, 12 beneficiam de pensão de invalidez, 7 estão desempregados e apenas 5 nunca trabalharam.

87,6% dos participantes estão medicados com psicofármacos, sendo que 54 doentes, ou seja, 83% da amostra, recorrem a farmacologia indutora de sono. 27 doentes (43%) estão medicados com antidepressivos e 19 (29,2%) estão a tomar ansiolíticos.

66,2% conhece o seu diagnóstico há mais de 25 meses, sendo que apenas 9,3% conhece o diagnóstico clínico há um ano ou menos.

24,6% dos doentes sofrem de dor pós trauma/pós cirúrgica com complicações, 16,9% têm fibromialgia, seguidos de dor musculoesquelética (13,8%) e dor neuropática (12,3%). 9,2% dos doentes padecem de dor visceral e o mesmo número tem dor

oncológica (pós tratamento cirúrgico ou radioterapia). 6,2% das entrevistadas tem dor pélvica ou outra dor ginecológica. A dor orofacial e a dor fantasma estão ambas representadas por 3,1% da amostra. Apenas um dos participantes tem polimielite. Relativamente à intensidade da dor sentida no momento da entrevista, mensurada pela escala métrica da dor (de 0 a 10), os participantes obtiveram uma média de 4,63. 38 participantes (58,4%) obtiveram uma média de 5 ou menos e 27 (41,6%) consideraram que a sua dor era de nível seis ou mais.

Os resultados no Moca foram em média de 22,03, abaixo de 26, valor considerado normativo, sendo que apenas 14 participantes obtiveram uma pontuação igual ou superior a 26.

Na Toronto a amostra de participantes obteve uma média de 59,09, considerada zona limite, muito próxima do valor clinicamente significativo (60). Note-se que 32 (49,1%) dos participantes apresentam pontuações acima dos 60. A avaliação das propriedades psicométricas da tradução portuguesa da TAS-20 demonstrou um nível médio normativo da TAS de 46,80³³, resultado significativamente inferior ao valor médio apresentados pela amostra. Na subescala DIS (dificuldade em identificar sentimentos) a média obtida foi de 22,22, claramente superior ao valor recomendado no estudo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (15,96)³². Relativamente aos outros domínios, os participantes apresentam também dificuldades em expressar os sentimentos, com uma pontuação média de de 14,75 (acima do valor médio normativo de 12,80). Contrariamente, no Pensamento orientado para o exterior, o resultado médio foi de 15,75, valor abaixo do valor médio normativo (16,67). Na HADS, a pontuação média da amostra foi de 33,20, significativamente superior a 15, valor mínimo considerado para existência de distress emocional. Na subescala da HADS relativa à Ansiedade, os pacientes apresentaram resultados médios de 15,86 e na subescala HADS relativa à Depressão, a amostra apresentou uma média de 17,29, ambas superiores ao ponto de corte de Zigmond e Snaith, recomendado para ambas as subescalas de ansiedade e depressão (≥ 9).

A amostra obteve o nível médio de 11,19 no PSQI global, significativamente superior a 5, valor a partir do qual se considera existir má qualidade de sono. A eficiência do sono

da amostra foi de 75,32%, valor abaixo do ponto de corte adotado para definir normalidade: 85%.⁴⁷ Apenas 8 pacientes (12,3%) não tomam psicofármacos. O uso de medicação para dormir foi a questão onde os participantes obtiveram pontuações médias mais elevadas, com 72,3% da amostra a referir o uso de farmacologia indutora de sono mais de 3 vezes por semana. Na faceta geral da WHOQOL Breef relativa à qualidade de vida de modo geral, a amostra obteve uma pontuação média de 49,6154, tendo sido no domínio Ambiente que os participantes apresentaram maior satisfação (57,6923). No domínio Psicológico a média obtida foi de 54,2308 seguido-se o domínio das Relações Sociais 53,3854. No que se refere aos antecedentes de acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico, não existem diferenças significativas nas provas. Já quanto ao estado civil, indivíduos casados apresentam resultados mais elevados, ou seja, estão mais satisfeitos, no domínio “Relações Sociais” do WHOQOL Breef do que os participantes divorciados (KW=11,63; p=.02).

O sexo dos participantes teve influência nas diferenças encontradas no domínio ambiente da WHOQOL, sendo que o sexo masculino evidencia níveis de satisfação mais elevados do que o sexo feminino (U= 257,000 p= 0,039). No que respeita à qualidade de sono, existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres relativamente à presença de disfunção diurna de sono, com os homens a apresentarem níveis mais elevados (U= 254,00 p=0.026).

Verifica-se que a idade está negativamente correlacionada com a escolaridade ($\rho = -0,355$, $p = 0,004$), e apresenta uma relação significativa com resultados obtidos nos testes de avaliação psicológica. Encontrou-se relação significativa entre a idade e desempenho intelectual, sendo que quanto maior a idade, piores são os resultados obtidos no MOCA ($\rho = -0,0439$; $p \leq 0,001$). Na Toronto DDS (dificuldade em descrever sentimentos aos outros), quanto maior a idade maior é a dificuldade sentida em expressar os sentimentos ($\rho = -0,264$, $p = 0,035$). Já na HADS Ansiedade, quanto mais velhos são os participantes, menores são os níveis de ansiedade apresentados ($\rho = -0,117$; $p = 0,05$). A duração do sono também tem uma relação inversa à idade ($\rho = -0,365$, $p = 0,33$). Verifica-se também que a escolaridade correlaciona-se positivamente com o domínio “Ambiente” ($\rho = 0,032$; $p = 0,267$) do WHOQOL Breef. Ou seja, quanto mais anos de escolaridade, mais satisfeitos estão os participantes neste domínio. A

intensidade da dor correlaciona-se de forma negativa com os domínios “Físico” ($\rho=-0,459$; $p<.001$), “Psicológico” ($\rho=-0,444$; $p<.001$), “Relações Sociais” ($\rho=-0,395$; $p=.001$), “Ambiente” ($\rho=-0,490$; $p<.001$) e “Faceta geral” ($\rho=-0,488$; $p<.001$) do WHOQOL Breef. Por outro lado, apresenta uma relação inversa com a idade ($\rho=-0,048$; $p=0,705$).

Relativamente ao apoio que os participantes recebem na doença, os que consideram não ter apoio apresentam níveis mais altos de depressão (KW =11,560; $p=.041$;) e de *distress* emocional (KW= 14,601; $p=.012$;) em comparação com os que afirmam ter apoio de familiares e ou amigos. No mesmo sentido, os pacientes que conversam sobre a sua doença com o médico e os familiares apresentam resultados superiores, maior satisfação, nos domínios “Psicológico” (KW=13,5; $p=.019$), “Relações Sociais” (KW=27,38; $p<.001$), “Ambiente” (KW=19,543; $p=.002$) e “Faceta Geral” (KW=14,27; $p=.014$).

Encontram-se diferenças significativas ao nível da Toronto POE (pensamento orientado para o exterior), com os participantes com atividade profissional do tipo predominantemente física a obterem resultados significativamente superiores em comparação com os indivíduos cuja profissão é predominantemente intelectual (U=598,500; $p=.003$);).

O mesmo se observa na qualidade subjetiva do sono (U=620,000 $p=.017$), distúrbios do sono (U=621,00; $p=.013$), disfunção diurna de sono (U=601,500; $p=.038$) e no total do PSQI (U= 601,50; $p=.035$).

Participantes com profissões predominantemente intelectuais surgem com resultados significativamente superiores nos domínios “Físico” (U=294; $p=.018$) e “Ambiente” (U=281,5; $p=.011$) do WHOQOL Breef. Relativamente à situação profissional atual, encontramos diferenças significativas na intensidade da dor (VAS), com os participantes ativos a apresentarem menor intensidade de dor e os pacientes que se encontram de baixa a apresentarem níveis mais altos de intensidade de dor (KW= 17,527; $p=.024$). Os participantes ativos profissionalmente apresentam melhor desempenho cognitivo (MOCA), enquanto os indivíduos que nunca trabalharam apresentam pior desempenho (KW= 13,191; $p=0,022$), comparativamente a outras situações profissionais. Os participantes de baixa e aqueles que nunca trabalharam

apresentam níveis mais altos de ansiedade (KW= 16,94; p=.006), de depressão (KW= 16,03; p=.007) e de *distress* emocional (KW= 17,527; p=.004). Os participantes que se encontram em atividade profissional são também os que apresentam resultados superiores no domínio “Ambiente” (KW=14,64; p=.012) do WHOQOL Breef.

Quanto à fonte de rendimento económico, os indivíduos dependentes financeiramente de terceiros apresentam menor qualidade de sono (KW=9,729; p=.045;) e mais distúrbios de sono (KW= 11,382; p=.023).

Relativamente à psicofarmacologia, os participantes que estão sob ação de Ansiolíticos e Antidepressivos são os que apresentam maior índice de funcionamento cognitivo no MOCA (KW= 13,38; p=.038). Os pacientes que tomam Ansiolíticos, Antidepressivos e Indutores de Sono apresentam níveis superiores de ansiedade (KW= 14,765; p=.022).

Relativamente ao diagnóstico clínico de dor, os pacientes diagnosticados com fibromialgia apresentam resultados superiores na Toronto DIS (KW= 19,395; p=.022;), na HADS (p=17,322; p=.044), na subescala HADS Ansiedade (p=20,205; p=.017) e no total do PSQI (p= 18,706; p=. 028), quando comparados com doentes com dor oncológica.

Pacientes com dor oncológica (pós-cirúrgica ou pós-radioterapia) em contraponto com os doentes com fibromialgia, apresentam níveis mais altos de satisfação no domínio “Psicológico” (KW=19,83; p=.019) do WHOQOL Breef.

Discussão

A contribuição do presente estudo foi melhorar a compreensão da relação das diversas variáveis psico-emocionais, neurocognitivas e qualidade de vida dos doentes com dor crónica, utentes da consulta da dor do CHP.

Nesta amostra de 65 pacientes, a maioria corresponde ao sexo feminino. Vários estudos indicam que a dor crónica é mais incidente no sexo feminino. Uma das explicações poderá residir na maior esperança média de vida das mulheres, quando comparada com a dos homens. Por outro lado, na mulher há uma maior incidência de

doenças degenerativas de índole músculo-esquelética, associadas muitas vezes à menopausa, como por exemplo a osteoporose.^{48,49,50} Alguns autores referem que, relativamente à dor, as mulheres relatam níveis mais elevados e zonas mais difusas, assim como maior incapacidade física associada do que os homens⁵⁰. A literatura também descreve que a dimensão psicológica da dor é distinta, com as mulheres a apresentarem maiores níveis de somatização e de depressão.⁵¹ Os participantes do sexo masculino apresentaram mais distúrbios de sono do que o sexo feminino, o que se pode dever a que um dos distúrbios de sono mais frequentes, apneia, seja mais prevalente no sexo masculino e em indivíduos com idade superior a 60 anos.⁵²

A média de idade da amostra foi de 59,17 anos. Esta observação é consistente com diversos estudos que apontam para uma maior prevalência de quadros de dor crónica na meia-idade.^{53,54}

Podemos admitir que a amostra apresenta elevados níveis de *distress* emocional, sintomatologia ansiosa e depressiva. Na HADS, todos os participantes obtiveram pontuações acima do ponto de corte. Nas subescalas HADS Ansiedade, e HADS Depressão, os participantes obtiveram também uma média clinicamente significativa. É evidenciado, em várias investigações, que doentes com dor crónica desenvolvem sintomas psicopatológicos reativos como depressão, ansiedade e stress, quer pela intensidade da dor, quer pelo impacto da dor na vida diária.⁵⁴ É descrita frequentemente a presença de dor crónica na ansiedade e na depressão e a coexistência de ambas na dor crónica.^{13,14,16,55} Pacientes com dor crónica apresentam frequentemente mais preocupação e tensão constante face à sua doença, que proporcionam níveis de ansiedade mais elevados do que na população sem dor.^{13,14,16} Níveis elevados de ansiedade estão associados a maior intensidade e perceção de dor. Situações indutoras de *stress* persistentes, como são o confronto com a doença e o tratamento (sobretudo se os doentes não tiveram clarificado o seu diagnóstico ou tratamento), podem provocar um aumento da tensão muscular, alterações do sistema nervoso autónomo e maior recetividade na perceção dos estímulos dolorosos, o que poderá contribuir para o aparecimento da dor crónica.^{56,57} A idade apresentou uma relação inversa com os níveis de ansiedade, facto consistente com a literatura que refere que pacientes mais velhos tendem a atribuir à dor uma consequência natural do processo de envelhecimento e mostram-se significativamente menos angustiados

emocionalmente quando comparados com os pacientes mais jovens.⁵⁸ O envelhecimento é também um fator importante na detioração cognitiva, pelo que se compreende que doentes com idade mais avançada possam apresentar menos capacidade cognitiva e conseqüentemente resultados mais baixos no MOCA.⁷³

A depressão é uma das respostas emocionais mais frequentemente associadas à dor.⁵⁹ Um estudo de 2012 refere a prevalência de 13% de depressão nos doentes portugueses com dor crónica.⁶⁰ A depressão e a dor crónica partilham muitos dos mecanismos inflamatórios, imunológicos e alterações a nível cerebral por processos neuroplásticos e morfológicos. Doentes com depressão, tal como os doentes com dor, possuem, frequentemente, um aumento das citocinas inflamatórias responsáveis pela ativação de vias inflamatórias a nível cerebral, que podem levar a alterações nos sistemas da serotonina e dopamina. Estas últimas estão envolvidas tanto no mecanismo da depressão como no mecanismo que leva à persistência da dor, estando na génese da díade dor/ depressão.^{61,62}

Os resultados na Escala de Alexitimia Toronto demonstraram que mais de 40% da amostra apresentou valores clinicamente significativos. Por outro lado, verificou-se que o valor médio mais alto apresentado nos domínios da escala é relativo à dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das emoções corporais. O único domínio em que a amostra apresentou resultados médios normativos é o pensamento orientado para o exterior, sendo que existem autores que relevam a possibilidade desta dimensão estar sujeita à influência da escolaridade, assim como a uma eventual diferença cultural na compreensão do conceito.³³ Os resultados desta investigação apoiam diversos estudos que indicam que a alexitimia está associada à prevalência de dor crónica. Doentes com dor crónica que também são alexitímicos apresentam maior intensidade de dor, mais sintomas de depressão e ansiedade e menor satisfação com qualidade de vida.^{34,64}

Quase todos os pacientes que constituem a amostra são medicados com psicofármacos, ansiolíticos, antidepressivos e indutores do sono, o que é consistente com a literatura. Na dor crónica, a intervenção farmacológica inclui frequentemente os psicofármacos^{65,66,67}, quer pela produção de analgesia, quer pelas suas qualidades neuropáticas e indutoras de sono. Insónia, cansaço, poucas horas de sono, maiores interrupções de sono, sono menos reparador, dificuldade em manter vigília são

algumas das queixas associadas a perturbação de sono presentes frequentemente em pacientes com dor crónica.^{67,68,69} Mais de 80% da amostra recorre a farmacologia indutora de sono. Parte dos participantes que referiram não tomar medicação no momento do estudo referiram já o ter feito anteriormente.

No MOCA, os participantes obtiveram um resultado médio abaixo do valor considerado normativo. Tal poderá dever-se, em primeira instância, ao baixo nível de escolaridade apresentado pelos participantes. Verificou-se que quanto maior a escolaridade, melhores foram os resultados apresentados no MOCA, o que se deve ao facto do MOCA apresentar tarefas de avaliação das funções executivas e possuir alguma exigência ao nível das aptidões linguísticas, sendo por isso adequado ao rastreio cognitivo da população com escolaridade mais elevada.^{35,36} Por outro lado, a dor desempenha um papel importante no comprometimento cognitivo, interferindo no normal funcionamento do processamento da informação, provocando défices na memória imediata e no mecanismo atencional. Existe também a possibilidade de alterações de memória e atenção nos pacientes com dor crónica como efeito secundário da medicação administrada para o controlo da dor.⁷²

Os resultados na Toronto indicaram que a alexitimia está mais presente em doentes com fibromialgia do que em doentes com dor oncológica. Por outro lado, surgiu também associada a maiores índices de ansiedade e *distress* emocional. Alguns estudos evidenciam diferenças significativas entre doentes com diferentes diagnósticos de dor crónica, sendo que a fibromialgia surge associada a maiores índices de alexitimia, coexistindo com sintomas de distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão.^{26,27} Fibromialgia, uma síndrome complexa, caracterizada por uma dor músculo-esquelética crónica duradoura e difusa, é derivada de causas não específicas, não inflamatórias, associadas a pontos específicos. Alguns estudos informam que pacientes com fibromialgia têm dificuldade específica em identificar as suas próprias emoções, maior número de queixas dolorosas, maior intensidade de dor e maior disfuncionalidade física.^{33,55} A Fibromialgia inclui diversas manifestações clínicas, nomeadamente a ansiedade e a depressão. Investigadores acreditam que a fisiopatologia da fibromialgia é devida a mecanismos anormais dos centros da dor.⁷³ Parece haver um grande número de processos do sistema nervoso central no cérebro

e na medula que acusam disfunção em pacientes com Fibromialgia.^{73,74} Na Fibromialgia existem baixos níveis de alguns dos neurotransmissores, nomeadamente serotonina, diminuída também significativamente em pacientes deprimidos⁷⁶. A serotonina tem efeitos inibitórios em diversas vias da dor e quando aumentada no cérebro leva a uma atenuação da sinalização da dor.⁷⁷ Na alexitimia existe, segundo alguns autores, uma falha na comunicação entre os dois hemisférios cerebrais provocada, sobretudo, pela diminuição de neurotransmissores específicos, o que relaciona esta perturbação emocional com a fibromialgia.⁷⁵

A intensidade da dor correlaciona-se negativamente com os diferentes domínios da escala de avaliação da qualidade de vida, o que seria expectável, dado que a incapacidade e redução de funcionalidade provocada pela intensidade da dor, assim como a presença de ansiedade e depressão que frequentemente coexistem com dor crónica, comprometem intensamente a qualidade de vida.²⁰

Os participantes ativos profissionalmente foram os que referiram sentir maior satisfação com a qualidade de vida. Pelo contrário, apresentaram maior intensidade de dor e piores níveis de qualidade de vida, os pacientes com pensão de invalidez, os que se encontravam de baixa e os desempregados. Tal poderá compreender-se já que os primeiros possuem maior grau de dependência ou incapacidade física evidentes, os segundos encontravam-se num período de crise e de sintomatologia mais descompensada e finalmente os últimos apresentaram também uma pior perceção da sua qualidade de vida motivada por fatores referenciados pelos mesmos, tais como a menor capacidade financeira, frustração e pouca realização.

A atividade profissional dos participantes no estudo é na sua maioria de índole física, associada a um nível socioeconómico baixo. Por outro lado, o nível de escolaridade, verificado é globalmente baixo e pouco qualificado, o que corrobora alguns estudos que associam dor crónica a baixo nível de escolaridade e baixo nível sócio-económico.^{76,77} A alexitimia também surge em alguns estudos associada a dor crónica a baixo rendimento económico, maior número de filhos e baixa escolaridade.⁷⁸ Estas conclusões permitem-nos compreender a relevância de estudar a influência dos fatores ambientais, económicos culturais e até de estimulação cognitiva nos doentes

com dor crónica. As intervenções na dor devem não só de avaliar a saúde física e o impacto da intensidade da dor, bem como a influência que as condições emocionais desempenham nas atividades diárias, sociais e profissionais do indivíduo.⁷⁹ Dada a elevada percentagem de pacientes com necessidade de toma diária de fármacos indutores do sono, parece importante uma avaliação do comportamento do sono em doentes com dor crónica. Além das repercussões que a má qualidade de sono acarreta para o funcionamento diário, emocional e cognitivo do doente, pode inclusivamente promover uma maior sensibilização à dor. Os elevados níveis obtidos nas escalas de ansiedade, depressão e alexitimia revelam que na dor crónica existe um comprometimento do ponto de vista psíquico, o que nos leva a acreditar na possibilidade da doença psiquiátrica interferir no controle adequado do quadro de dor. São vários os estudos que referem nomeadamente, que o tratamento da depressão tem impacto na evolução clínica da população com dor crónica, melhorando a sua saúde mental e reduzindo os efeitos da dor nesta população.⁶³ Torna-se, por isso, necessária mais investigação com avaliação diagnóstica dos pacientes. Deverão ser realizados estudos com uma maior dimensão da amostra para que possam ser compreendidos os efeitos individuais que cada uma das variáveis desempenham na regulação e manutenção da dor crónica.

Bibliografia

- 1- Pimenta CAM, Teixeira MJ. Dor no idoso. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000: p.373-87.
- 2- Gatchel RJ, Dersh J. Psychological to pain. The Guilford approaches management. New York Press. 2000: 30-51.
- 3- Romão J. Impacto Social da Dor. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). 2010.

- 4- Lopes JC, Saramago P, Romão J, Paiva MLM. A Dor crónica em Portugal. Pain Proposal. 2010: 8-9.
- 5- Phillips CJ. Economic burden of chronic pain. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 6; 2006: 591–601.
- 6- Gatchel R, Dersh J. Psychological to pain. The Guilford approaches management. New York Press. 2000: 30-51.
- 7- Soares M. Qualidade de Vida e Esclerose Múltipla. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto: 2002
- 8- Celikel FC, Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety sensivity in turkish depressive, anxiety and somatoform disorder outpatients. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2007; 11(2): 140-145.
- 9- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. Psychosomatics. 1991; 32 (2): 153-164.
- 10- Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. Assessment of alexithymia. In R. Bar-On, & J. D. Parker (Ed.), Handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass. 2000; 14: 301-319.
- 11- Montebanocci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N. Adult attachment style and alexithymia. Personality and Individual Differences; 2004; 36: 499 – 507.
- 12- Llorca GF, Muriel C, González-Tables MM, Diez MA. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2007; I: 26-35.
- 13- Bair MJ, Wu J, Damush TM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom Medicine. 2010: 890-897.
- 14- Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Poster LS, Keefe FJ. Pain and Emotion: A biopsychosocial review of recent research. J Clin Invest. 2011: 942-968.
- 15- Llorca GJ, Muriel C, González-Tables MM, Diez MA. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 1; 2007: 26-35
- 16- Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 21;2005:259-67

- 17- Pais-Vieira M, Lima D, Galhardo V. Sustained attention deficits in rats with chronic inflammatory pain. *Neuroscience Letters*. 2009; 1: 98-102
- 18- Berryman C, Stanton TR, Bowering KJ, et al. Evidence for working memory deficits in chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2013; 154: 1181–1196.
- 19- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle. IASP Press; 1994.
- 20- Müller MR, Guimaraes SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol*. 2007; 24(4): 519-28.
- 21- McCracken MM, Inerson GL. Disrupted Sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain Res Manag*. 2002: 75-79.
- 22- Pilowsky I, Crettend I, Townley M. Sleep Disturbance in Pain Clinic Patients. *Pain* 1985: 27-33.
- 23- Barrichello F, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Qualidade de sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(4).
- 24- Fonseca DC, Galdino DAA, Guimarães LHCT, Alves DAG. Avaliação da Qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. *Rev. Neurocienc*. 2010; 18 (3): 294,299.
- 25- Hawker GA, French MR, Waugh EJ, Gignac MAM, Cheung C, Murray ZYY. The Multidimensionality of Sleep Quality and its relationship to fatigue in older adults with painful osteoarthritis and Cartilage. 2010; 18: 1365-1371.
- 26- Vila VSC, Rossi LA. Quality of life from the perspective of revascularized patients during rehabilitation: an ethnographic study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(1): 7-14.
- 27- The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. Monograph on Quality of Life Assessment: cross-cultural issues. *Int J Emerg Ment Health*. 1994; 23(3): 24-56.
- 28- Gallani MCBJ, Colombo RCR, Alexandre NMC, Biajone AMB. Qualidade de vida em pacientes coronariopatas. *REBEn*. 2003; 56(1): 40-3.
- 29- Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.
- 30- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. 2003; 9.

- 31- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005; 14(7): 798-804.
- 32- N Praceres DA, Parker J, Taylor G. Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). 2000; 9(1).
- 33- Verissimo R. Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens — I: Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Med Port*. 14(5);2001.
- 34- Shibata M, Ninomiya T, Jensen M, et al. Alexithymia Is Associated with Greater Risk of Chronic Pain and Negative Affect and with Lower Life Satisfaction in a General Population: The Hisayama Study. 2014; 9.
- 35- Simões MR, Freitas S, Santana I, Firmino H, Martins C, Nasreddine Z, Vilar M. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2008.
- 36- Freitas S, Simões MR, Martins I, Vilar M, Santana I. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. 9(3). 2010.
- 37- Ribeiro JL, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltazar M. Validation Study of a Portuguese Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & medicine*. 2006; 12: 225-237.
- 38- Ibbotson T, Maguire P, Selby P., Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*. 1994; 30(1): 37-40.
- 39- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370.
- 40- Xavier P, Peixoto B. Emotional distress in Angolan patients with several types of tuberculosis. *Afr. Health Sci*. 2015; 15(2): 378-379.
- 41- Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Bernam SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 193-213.
- 42- Bertolazzi AN. Tradução e Adaptação Cultural e Validação de dois instrumentos de avaliação de qualidade do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.

- 43- Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões MR, et al. Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. REV PSIQUIATR CLIN. 2006; 27: 41-49.
- 44- Antonelli IR, Marra C, Salvigni BL, Petrone A, Gemma A, Selvagio D, et al. Does Cognitive dysfunction conform to a distinctive pattern in obstructive sleep apnea syndrome? JSleep Res. 2004; 13:79-86.
- 45- Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L. Avaliação Psicológica, Instrumentos Validados para a População Portuguesa.3; 2006.
- 46- Vieira G, Santos L, Pinzon V, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.
- 47- World Health Organization – Division of Mental Health Imsonia in General Practice Geneva: NHO. 1993.
- 48- Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clin Updates. 2003; 11 (2): 1-4.
- 49- Turner JA, Franklin G, Fulton Khoe D., Egan K, Wickizer TM., Lymp J. F., et al. Prediction of chronic disability in work related musculoskeletal disorders: a prospective population based study. BMC Musculoskeletal Disord. 2004
- 50- Whijoven H., De Vet H, Picavet S. Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in general population. Pain. 2006; 124 (1-2): 158-66.
- 51- Keefe, F., Lefebvre, J., Egert, J., Affleck, G., Sullivan, M., & Caldwell, D. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: The role of catastrophizing. Pain. 2000; 87: 325–334.
- 52- Davies RJO, Stradling JR. The epidemiology of sleep apnoea. Thorax 1996; 51: 65-70.
- 53- Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Banõs J. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). Pain. 1999; 83: 9-16.

- 54- Prieto V. El dolor crónico. Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta. Valencia: Promolibro. 1999.
- 55- Makimo S, Jensen MP, Arimura T, Anno K, et al. Alexithymia and chronic pain: The role of negative affectivity. *Clin J Pain*.2013; 29: 354-361.
- 56- Teng C, Humes E, Demetrio F. Depression and medical comorbidity. *REV PSIQUIATR CLIN*. 2005; 32(3): 149-159
- 57- Arnstein P, Caudill M, Mandle C, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*. 1999; 80(3): 483-491.
- 58- Linton S. Memory for chronic pain intensity: Correlates of accuracy. *Percept Mot Skills*. 1991; 72: 1091-1095.
- 59- Linton S, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain*. 2001; 90 (1-2): 83-90.
- 60- Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Clin. J. Pain*. 2012; 13(8): 773-783.
- 61- Marsden WN. Synaptic plasticity in depression: Molecular, cellular and functional correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2013; 43(0): 168-84.
- 62- Narasimhan M, Campbell N. A tale of two comorbidities: Understanding the neurobiology of depression and pain. *Indian J. Psychiatry*. 2010;52(2):127-30.
- 63- Berna C, Leknes S, Holmes EA, Edwards RR, Goodwin GM, Tracey I. Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biological psychiatry*. 2010; 67(11): 1083-1090.
- 64- Makino S, Jensen MP, Arimura T, Obata T, Anno K, et al. Alexithymia and chronic pain: the role of negative affectivity. *Clin J Pain*. 2013: 354–361.

- 65- Angelotti G, Tratamento da dor crónica. In B Rangé. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Porto Alegre: Artmed; 2008. p 535-545.
- 66- Arntz A, Dreesen L, Jong P. The influence of anxiety on pain: Attention and attributional mediators. *Pain*. 1994; 56: 307-314.
- 67- National Comprehensive Cancer Network. (NCCN) Clinical Practice Guideline in Oncology. Adult Cancer Pain. V.I. 2009.
- 68- Teixeira M. Fisiopatologia da Nocicepção e da Supressão da dor. JBA: Curitiba. 2001; 1(4): 329-334.
- 69- Clark MR. Pharmacological treatments for chronic non-malignant pain. *Int Rev Psychiatry*. 2000; 12: 148-156.
- 70- Fiels HL e Martin JB. Pain Pathophysiology and management. In Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17ª ed. McGrawHill. 2008: 71-76.
- 71- Dahl J, Wilson K, Luciano C, Hayes S. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Context Press. 2005.
- 72- Esteve MR, Ramírez C, López-Martínez AE. Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2001; 8: 119-127.
- 73- Ceko M, Bushnell MC, Gracely RH. Neurobiology underlying fibromyalgia symptoms. *Pain Res Treat* . 2012.
- 74- Bach M, Nutzinger BF. Alexithymia and somatization: Relationship to DSM IV-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*. 38; 1994: 529-538.
- 75- Arnold LM, Claw DJ, McCaberg BH. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86(5): 457-464.
- 76- Aleman A. Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends Cogn Sci*. 2005; 9: 553-555.

77- Bach M, Zwaan M, Ackard D, Nutsinger DO, Mitchell JE. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* .1994; 35: 239-243.

78- Oliveira MRLG. Alexitimia na algia pélvica crónica.[e-book] 2002 [consultado em 2016 Mar 15]. Disponível em: Biblioteca Digital da Unicamp.

79- Capela C, Loura R. Perturbação de Dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 2008; 1(5):30-45.

Tabela 1- Caraterização Sócio-Demográfica da Amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	49	75,4
Masculino	16	24,6
Distrito		
Porto	48	73,8
Aveiro	17	26,2
Estado civil		
Solteiro(a)	8	12,3
Casado(a)	45	69,2
União de facto	2	3,1
Divorciado(a)	4	6,2
Viúvo(a)	6	9,2
Atividade Profissional		
Profissional Ativo/Estudante	13	20
Reformado	17	26,2
Invalidez	12	18,5
Desempregado	7	10,8
Nunca trabalhou	5	7,7
Baixa	11	16,9
Fonte de Rendimento		
Bens /Rendimentos próprios	10	15,4
Atividade Profissional/Reforma	26	40
Dependência de outros	16	24,6
Assistência Social/Pensão de invalidez	13	20
Nível Sócioprofissional		
Colarinho Branco/Profissão Intelectual	21	32,3
Colarinho Azul/Profissão Física	44	67,7

Tabela 2- Caracterização Clínica da Amostra

<u>Variáveis</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Antecedentes		
Psicologia	3	4,6
Psiquiatria	13	20
Ambos	3	4,6
Nenhum	46	70,8
Psicofármacos		
Não	8	12,3
Sim	57	87,7
- Ansiolíticos	27	41,5
- Antidepressivos	20	30,7
- Para dormir	54	83
Com quem costuma conversar sobre a doença?		
Apenas com Médico	6	9,2
Apenas com Familiares	6	9,2
Familiares+Amigos+Médico	55	84,6
Ninguém	4	6,2
Diagnóstico		
1-3-meses	2	3,1
6-12 meses	4	6,2
12-24 meses	16	24,6
+25 meses	43	66,2
Tipo de diagnóstico		
Fibromialgia	11	16,9
Dor Neuropática/Neurológica	8	12,3
Dor Oncológica (pós radioterapia/cirurgia)	6	9,2
Dor pós cirúrgico com complicações/pós trauma	16	24,6
Dor membro fantasma	2	3,1
Dor pélvica/ginecológica	4	6,2
Dor crónica visceral/tumoral benigna	6	9,2
Dor orofacial	2	3,1
Polimielite	1	1,5

Tabela 3. Resultados descritivos dos testes de avaliação obtidos pela amostra

	M	SD	Range	Min-Máx
HADS	33,20	8,111	37	17-54
HADS Depressão	17,29	4,860	19	08-27
HADS Ansiedade	15,86	4,924	21	07-28
TAS 20	59,09	13,207	55	27-82
DIS	22,22	6,774	27	08-35
DDS	14,75	4,727	20	05-25
POE	15,75	4,434	17	14-31
Faceta Geral	49,6154	20,12767	100,00	0-100
Domínio Ambiente	57,6923	14,42752	71,88	18-75
Domínio Físico	46,0989	16,0555	10,71	96,43
Domínio Relações Sociais	53,3854	22,20827	0,00	91,67
Domínio Psicológico	54,2308	23,46055	4,17	158,33
MOCA	22,03	4,146	9	28
Escala Numérica da Dor	4,63	2,815	0	10
PSQI	11,1875	4,17428	2	20

Legenda:

HADS - Anxiety and Depression Scale; TAS 20 - Toronto Alexithymia Scale; DIS - Dificuldade em identificar sentimentos

DDS-Dificuldade em dizer/expressar sentimentos; POE - Pensamento orientado para o exterior; MOCA - Montreal Cognitive

Assessment; PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index

Anexos
