

Qualidade de Vida em Doentes com Dor Crónica

Virginia Lopes Rebelo

2010



Instituto Superior de Ciências
da Saúde do Norte

Virgínia Lopes Rebelo

**Qualidade de Vida
em doentes
com Dor Crónica**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau em Mestre em Psicologia da Dor, sob a orientação do Professor Doutor Ramiro Filipe Barbosa Veríssimo (Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).

AGRADECIMENTOS

Dedicatória

Pai, é à tua memória que continuo a dedicar todo o meu trabalho, sei que estou a concretizar-te mais um sonho, no meu percurso de vida. Após ter ultrapassado árduos momentos tais como a tua perda, é a ti Pai que dedico todo este trabalho em especial, e agradeço toda a força que me deste, mesmo não estando na nossa presença estarás sempre no meu coração. Obrigado!

O que a morte vem desposar
É o que é bom e belo da vida;
E a dor do gume ao passar
Não é menor que a já conhecida;
Tudo passa e corre no afundar
Em que a vida deixa a própria vida.

Contudo esperamos que este morrer
Seja ilusão só, a enganar;
Que o rio que ora passa a correr
Encontre, inda que longe um mar;
Que para além do frágil saber
Uma vida maior vá guardar.

Para sempre o que parece findar
E partir com o presente momento
E que talvez, para contrariar
O nosso mais subtil pensamento,
Conteúdo e forma se vão juntar
E viver, sem tempo, um *Eternamente*.

(Pessoa, 1906)

Agradecimentos

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me ajudaram nesta longa caminhada, nomeadamente na concretização desta Dissertação de Mestrado.

Agradeço especialmente à minha Mãe, pelo amor incondicional, pelo apoio, força e coragem que sempre me transmitiu.

Ao meu marido Nuno, pela sua compreensão (horas enfrente ao computador), dedicação e apoio nos momentos mais difíceis. Obrigado por estares sempre presente.

Agradeço aos meus irmãos, pelo apoio e compreensão que sempre me concederam.

Um agradecimento muito especial aos meus sobrinhos, pois em momentos que me sentia mais triste, vocês conseguiam dar-me muita alegria e vontade em continuar.

Ao Professor Doutor Ramiro Veríssimo, o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade e orientação prestada ao longo da realização deste trabalho.

À Dr.^a Sandra, um agradecimento muito especial pelo seu apoio, acolhimento e compreensão que sempre manifestou. Obrigado pela sua amizade.

Ao Dr. José Correia, enquanto coordenador da Unidade da Dor, que gentilmente me possibilitou a realização deste estudo.

Aos restantes elementos da equipa (médicos e enfermeiros), pela força e coragem transmitida.

Um agradecimento muito especial, a todos os doentes que voluntariamente aceitaram fazer parte da minha amostra, desde que salvaguardados os pré-requisitos

A todos,

O meu Eterno Obrigado.

ÍNDICE

I. Resumo	XIII
II. Introdução	1
II.1. Dor	2
a. Conceitos de base	2
b. Epidemiologia	10
c. Abordagem terapêutica	12
II.2. Personalidade	17
a. Considerações gerais	18
b. Dimensões	22
II.3. Psicopatologia	25
a. Ansiedade	29
b. Depressão	33
II.4. Qualidade de Vida	39
a. Antecedentes históricos	40
b. Avaliação de definições	41
c. Qualidade de Vida relativa à saúde.....	42
II.5. Objectivos	46
a. Modelo, hipóteses e desenho	47
III. Método	49
III.1. Participantes	50
a. Selecção amostral	50
III.2. Procedimentos	50
III.3. Medidas	50
III.4. Instrumentos	51
a. Dor	52
<i>McGill Pain Questionnaire</i>	
<i>Visual Analogue Scale</i>	
b. Personalidade	53
<i>Eysenck Personality Inventory</i>	
c. Psicopatologia: ansiedade e depressão	53
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	
d. Qualidade de Vida relativa à saúde	54
<i>The Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey</i>	
III.4. Análise dos dados	57

IV. Resultados	59
IV.1. Descrição geral da amostra	60
a. Diagnósticos	61
IV.2. Dimensões avaliadas	62
a. Dor	62
b. Personalidade	63
c. Psicopatologia	63
d. Qualidade de Vida (relativa à saúde)	64
IV.3. Estudo comparativo	65
a. Sexo /gênero)	65
IV.4. Estudo correlacional	68
a. Personalidade e dor	68
b. Psicopatologia e dor	69
c. Dor e Qualidade de Vida	70
d. Personalidade e Qualidade de Vida	74
e. Psicopatologia e Qualidade de Vida	75
f. Personalidade e Psicopatologia	77
V. Discussão e conclusões	78
VI. Referências bibliográficas	89
ANEXOS	111

RESUMO

I. Resumo

A dor é uma parte integrante da vida e tem a função de proteger a integridade física da pessoa. Contudo, ela pode ser incontrolável e, assim, capaz de comprometer a qualidade de vida. É vista como um sintoma primário que faz com que as pessoas procurem orientação médica, acreditando em patologia, sendo que, através do relato verbal, é possível verificar a presença ou ausência de uma patologia física. Por ser um sintoma complexo, individual e subjectivo, ela envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente (Pimenta & Teixeira, 1995).

Numa tentativa de contribuir para a clarificação do fenómeno da dor crónica, a psicologia tem tido um papel primordial, com um excelente campo de trabalho e de investigação, para poder desempenhar o seu papel de forma proveitosa para as pessoas com dor crónica e profissionais de saúde nesta área. Neste sentido, o que se pretende com esta investigação, vai na linha de orientação de outros estudos elaborados neste âmbito (Maestre, Zarazaga & Martínex, 2001; Pelechano, Matud & Miguel, 1994).

O presente estudo tem como objectivo geral caracterizar a população de doentes com dor crónica em acompanhamento na Unidade da Dor do Hospital de S. João – Porto, em termos de Qualidade de Vida. Assim, pretende-se especificamente avaliar de que forma a qualidade de vida destes doentes é modelada pela personalidade, por um lado, e pode variar, por outro, em função de uma psicopatologia – ansiedade, depressão – cuja expressão clínica possa requer intervenção especializada, e ainda da dor, uma vez controlada a influência de variáveis sócio-demográficas e da sua situação médica – diagnóstico e terapêutica actual. Incidiu sobre uma amostra de 155 doentes em tratamento na unidade supra-referida, dos quais 23,2% eram do sexo masculino e 76,8% do sexo feminino, pertencendo sobretudo ao grupo etário dos 30-49 anos e ao dos 50-69 anos. Para levar a cabo esta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: MPQ – *McGill Pain Questionnaire*, VAS – *Visual Analogue Scales* para quantificação da dor, EPI – *Eysenk Personality Inventory* para avaliação da personalidade, HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* para avaliação da psicopatologia e finalmente, para avaliação da *qualidade* de vida, SF-36 – *The Medical Outcomes Study Short- Form 36 Health Survey*. Recorreu-se ainda a uma entrevista estruturada elaborada com o propósito de recolher informação sócio-demográfica. Relativamente às análises efectuadas, através do teste estatístico de correlação de *Pearson* (r), foi possível encontrar uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a dimensão neuroticismo (EPI) e várias subescalas da avaliação da dor (MPQ), confirmando a hipótese 1 do estudo. Verificou-se também uma correlação negativa e estatisticamente

significativa entre a dimensão ansiedade (HADS) e algumas subescalas da avaliação da dor (MPQ); quanto à depressão verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre esta dimensão (HADS) e a subescala de intensidade da dor avaliativa (MPQ) e com a escala visual analógica (VAS); assim confirmando apenas em parte a hipótese 2. Em relação à avaliação da qualidade de vida (SF-36) verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre algumas subescalas do (SF-36) e a (VAS) e com as subescalas da avaliação da dor (MPQ), confirmando totalmente a hipótese 3. Quanto à dimensão neuroticismo (EPI), verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as subescalas do (SF-36); já em relação à dimensão extroversão (EPI) verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as subescalas (SF-36); permitindo assim os resultados obtidos confirmando a hipótese 4. No que respeita à 5ª hipótese deste trabalho, à dimensão ansiedade (HADS) verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as subescalas do (SF-36); mas já quanto à dimensão depressão, esta apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as subescalas do (SF-36), assim confirmando em parte a hipótese 5. Finalmente procedeu-se a uma análise correlacional entre a personalidade (EPI) e psicopatologia (HADS), verificando uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a dimensão neuroticismo (EPI) e a ansiedade (HADS), positiva e estatisticamente significativa entre a extroversão (EPI) e a dimensão ansiedade (HADS), e negativa com a de depressão (HADS), pelos resultados obtidos não confirmando a última hipótese. Resultados que se pretendem analisar no âmbito da discussão.

Abstract

Pain is an integral part of life and its function is to protect a person's physical integrity. However, it can be uncontrollable and may therefore compromise quality of life. It is seen as a primary symptom and one that makes people seek medical guidance, believing in pathology, since a verbal report can ascertain whether there is a physical pathology or not. As it is a complex, individual and subjective symptom, it involves sensitive, emotional and cultural aspects that can only be shared by means of the report of the person that feels it (Pimenta & Teixeira, 1995).

In an attempt to help clarify the phenomenon of chronic pain, psychology has played a fundamental role: it has an excellent field of study and research enabling it to perform its role and benefit both people with chronic pain and health professionals in this area. The purpose of this research is therefore to follow the guidance of other studies undertaken in this field (Maestre, Zarazaga & Martínex, 2001; Pelechano, Matud & Miguel, 1994).

The general aim of this study is to characterise the population of chronic pain sufferers undergoing treatment at the Pain Unit of the S. João Hospital in Oporto, in terms of Quality of Life. We therefore aim specifically to assess the way that the quality of life of these patients is shaped by two factors: firstly, by personality and secondly, how it varies depending on whether it is a psychopathology – anxiety, depression – which may require specialised, clinical intervention, on the pain, once the influence of socio-demographic variables has been controlled and on their medical situation – updated diagnosis and therapy. The study involved a sample of 155 patients undergoing treatment at the aforementioned unit, of whom 23.2% were male and 76.8% were female. The sample group fell predominantly into the 30-49 and 50-69 age categories. In order to carry out this research, the following instruments were used: MPQ – *McGill Pain Questionnaire*, VAS – *Visual Analogue Scales* to quantify the pain, EPI – *Eysenk Personality Inventory* to assess personality, HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* to assess the psychopathology and finally, SF-36 – *The Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey*, to assess the quality of life. A structured interview designed to collect socio-demographic information was also used. With regard to the analyses carried out by means of the *Pearson (r)* correlation statistic test, a positive and statistically significant correlation was found between the neuroticism dimension (EPI) and various sub-scales of pain assessment (MPQ), confirming hypothesis 1 of the study. A negative and statistically significant correlation was also seen between the anxiety dimension (HADS) and some sub-scales of pain assessment (MPQ). As for depression, a positive and statistically significant correlation was found between this dimension (HADS) and the sub-scale to evaluate pain

intensity (MPQ) and the visual analogue scale (VAS), thus only partly confirming hypothesis 2. In relation to the assessment of quality of life (SF-36), a negative and statistically significant correlation was found between some sub-scales of the (SF-36) and the (VAS) and the sub-scales of pain assessment (MPQ), totally confirming hypothesis 3. As for the neuroticism dimension (EPI), a negative and statistically significant correlation was found with the sub-scales of the (SF-36), while in regard to the extroversion dimension (EPI), a positive and statistically significant correlation was found with the sub-scales (SF-36), thus allowing the results obtained and confirming hypothesis 4. As for the 5th hypothesis of this work, the anxiety dimension (HADS), a positive and statistically significant correlation was found with the sub-scales of the (SF-36), while the depression dimension showed a negative and statistically significant correlation with the sub-scales of the (SF-36), thus partly confirming hypothesis 5. Finally, a correlational analysis was undertaken between personality (EPI) and psychopathology (HADS), showing a negative and statistically significant correlation between the neuroticism dimension (EPI) and anxiety (HADS), a positive and statistically significant correlation between extroversion (EPI) and the anxiety dimension (HADS), and a negative correlation with that of depression (HADS), so that the results obtained did not confirm the last hypothesis. We aim to analyse these results within the scope of this discussion.

INTRODUÇÃO

II. Introdução

II.1. Dor

a. Conceitos de base

A dor é o sintoma que mais frequentemente leva o doente a procurar a assistência médica (Bastos, 2005). Dado o seu impacto no funcionamento social e na qualidade de vida, a dor crónica é um grave problema de saúde pública, com repercussões sócio-económicas comparáveis às doenças cardiovasculares e oncológicas (Coelho et al, 2001; Salvetti & Mattos Pimenta, 2004).

Araújo-Soares e McIntyre (2000), referem-se à dor crónica como um fenómeno que envolve diversas dimensões, podendo afirmar-se que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhado por um grande sofrimento pessoal, acarretando elevadíssimos custos sócio-económicos.

Sendo a dor um sintoma tão antigo como a própria humanidade, é uma das experiências humanas mais importantes, pois quase toda a gente sente dor, em vários graus, todos os dias. Provavelmente devido ao seu carácter subjectivo, que tanto dificulta um enquadramento preciso, a dor foi historicamente compreendida e explicada de uma forma mítica, mística ou religiosa. Inseparáveis, dor e sofrimento eram socialmente tidos como castigos pela provocação da cólera dos deuses ou ira divina, ou ainda como martírios necessários para a purificação e a salvação da alma. O termo usado em língua inglesa para dor (*pain*), por exemplo, resulta do termo Grego *poine* e Latino *poena*, que significavam pena ou castigo. Tais conceitos de algum modo parecem ter-se fixado no imaginário colectivo, posto que existem até hoje pacientes que procuram saber o que fizeram de errado para merecer a sua doença, a sua dor; enquanto há outros que acreditam que, para crescer e amadurecer é necessário sofrer (Leite-Almeida & Almeida, 2006; Miceli, 2002).

Aristóteles definiu dor e prazer como “paixões da alma”, não considerando que ambos estivessem associados a um órgão específico de percepção. Esse conceito predominou até meados do século XIX, quando os fisiologistas passaram a estudar a dor em laboratório. Perante uma grande quantidade de evidências experimentais, a definição de dor reduziu-se ao aspecto biológico, limitado à dimensão de “fenómeno neurofisiológico decorrente da lesão tecidual”. Mas esse reducionismo biológico, herança da medicina de Galeno, mostrou limites

e no século XX, diversos estudiosos voltaram a considerar importante a componente emocional no estudo de dor, mas ainda de forma muito restrita (Leite-Almeida & Almeida, 2006; Riechelmann, 2001).

Definição

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (Internacional Association for the Study of Pain [IASP], 1979) define dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão (Armero et al., 2004; Coniam & Diamond, 2001; Miceli, 2002; Otermin, 2003a; Pérez, Barrón & Más, 1994; Manuila, Manuila & Lewalle, 2001; Suchdev, 2004). Para estes autores, a dor, tendo uma referência sensorial e uma explicação neurofisiológica, é uma experiência individual e subjectiva de mal-estar, com uma forte componente emocional, baseado no estado afectivo, experiências passadas com dor, estágio de desenvolvimento e uma grande variedade de outros factores de ordem pessoal, cultural e espiritual (Gameiro, 1999). Segundo Serrão (1995, cit. in Gameiro, 1999) a “dor neuronal é percebida na consciência cognitiva com um conteúdo psico-afectivo a que chamamos sofrimento” (pag. 31).

Outros autores (Marques, Rhoden & Siqueira, 2001) consideram que a avaliação da dor é uma experiência muito complexa, sendo a sua expressão condicionada pelo fenómeno subjectivo da mesma, e devendo a interpretação ser baseada em factores sensoriais, emocionais e culturais. A dificuldade em definir a dor resulta da heterogeneidade da experiência, de ser ela pessoal e de estar influenciada por uma grande diversidade de factores; fisiológicos, vivências passadas, educação e personalidade do indivíduo (Leite-Almeida & Almeida, 2006).

Armero et al. (2004) definem a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ser consequente a um estímulo virtual ou potencialmente lesivo aplicado aos nociceptores (dor somática), à lesão do sistema nervoso (dor neuropática), a fenómenos de natureza puramente psíquica (dor psicogénica) ou a uma associação desses mecanismos (dor mista). É essencialmente uma manifestação subjectiva, variando a sua apreciação de indivíduo para indivíduo. Dependendo da sua duração, pode ser classificada em aguda ou crónica.

Em qualquer uma das definições possíveis, é comum o termo “desagradável” para adjectivar a dor; o que denota o seu carácter subjectivo, abrangendo mecanismos fisiológicos, psicológicos e comportamentais; sendo que o seu experienciar sucessivo cria comportamentos de dor que envolvem pensamentos, valores culturais, e ganho secundário (Miceli, 2002). Desagradável para o ser humano, é tudo aquilo que gera tensão. Tensão é um conceito total manifestada na dimensão corporal (aumento do tónus muscular), que é inseparável da tensão manifestada pela dimensão psíquica (ansiedade, angustia). É um desequilíbrio da constância do meio interno, homeostase, daí decorrendo a activação de mecanismos de defesa, a fim de tentar retomar o equilíbrio perdido (Riechelmann, 2001).

Savetti e Mattos Pimenta (2004) definiram-na como:

A dor crónica é mais que um sintoma. A sua presença constante e duração prolongada, em geral, são muito perturbadoras. Acarretam alterações nas actividades físicas, no padrão do sono, na actividade sexual, na oscilação do humor, uma baixa da auto-estima, presença de pensamentos negativos, apreciação de desesperança da vida, altera as relações familiares, de trabalho e de lazer (pag. 136).

Em 1995, Renaud (cit. in Gameiro, 1999) referia que “a dor física nunca é somente física, ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se” (pag. 22). Hoje, passados 13 anos, o reflexo deste fenómeno é bem visível estatisticamente nas unidades de dor crónica do nosso país, nomeadamente nas unidades em que a prevalência das doenças é de origem benigna.

Neste sentido, a Circular Normativa da Direcção Geral Saúde ([DGS], 2001; 2003; 2008), divulga novo Programa Nacional de Controlo da Dor, reforçando a sua definição pela [IASP]. Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido numa declaração emitida no Parlamento Europeu em 2001 pela *European Federation of IASP Chapters* [EFIC].

Classificação dos tipos de dor

Quanto à cronologia

Enquanto a dor aguda se apresenta como um sinal ou sintoma que nos conduz ao diagnóstico de determinada doença — que uma vez tratada diminui ou faz cessar a dor —, a dor crónica perdura no tempo e torna-se, frequentemente, na doença em si mesma (Almeida & Leite-Almeida, 2006; Leite-Almeida & Almeida, 2006; Bastos, 2005).

Dor Aguda: é o resultado biológico de um estímulo nociceptivo aparente, como dano tecidular devido à doença ou trauma. A dor aguda tem função de alerta, agindo como principal mecanismo de defesa contra agressões nocivas com origem quer externa, quer interna ao corpo. Nos casos em que o controle do processo patológico não é satisfatório, a dor pode tornar-se crónica (Almeida & Leite-Almeida, 2006; Armero et al., 2004; Barros, 2004; Coniam & Diamond, 2001; Otermin, 2003a; Pérez, Barrón & Más, 1994; Petters-Asdourian, 2004; Ribeiro, 1998; Tavares, 2006a).

Dor Crónica: é um processo de doença. Pode estar associada à continuação da patologia ou pode persistir após a recuperação da doença ou lesão. Tal como ocorre na dor aguda, também a dor crónica devida a doença orgânica pode ser efectivamente curada ao ser tratada a alteração de base. No entanto, na maioria das vezes, não é bem localizada, pode ser contínua ou intermitente, tende a ser intensa, e com o passar do tempo, esta dor crónica acaba por não ter qualquer relação com o evento que deu origem à dor aguda inicial (Almeida & Leite-Almeida, 2006; Armero et al., 2004; Barros, 2004; Coniam & Diamond, 2001; Otermin, 2003a; Pérez, Barrón & Más, 1994; Petters-Asdourian, 2004; Ribeiro, 1998; Tavares, 2006a).

Quanto à patologia subjacente

A dor pode ainda ser considerada maligna ou benigna, em função da doença que está na sua base e o seu prognóstico relativamente à esperança de vida a curto ou longo prazo. A dor maligna está principalmente relacionada com o cancro e com a sida, doenças que a curto prazo atentam contra a vida dos doentes. A benigna está relacionada com outras doenças cuja sobrevida estimada é mais longa (Bastos, 2005; Ferrándiz & Catalã, 2003).

Quanto à etiopatogenia

A percepção e a resposta do corpo à dor, é denominada nocicepção, para qual o organismo possui um complexo sistema nervoso.

Dor nociceptiva: é aquela que vivenciamos a todo o instante. Depende da activação dos nociceptores por estímulos mecânicos, térmicos ou químicos nócicos, fenómeno este denominado por transdução e da transmissão dos impulsos aí gerados pelas vias, periféricas e centrais, intactas da dor (Armero et al., 2004; Coniam & Diamond, 2001; Lopes, 2003; Sapeta, 2007; Suchdev, 2004).

Dor neuropática: decorre da lesão do próprio sistema nervoso, periférico ou central, sendo as principais: nevralgias, polineuropatia, devido a amputação, a traumatismo raquimedular e por doença cerebrovascular (Armero et al., 2004; Coniam & Diamond, 2001; Goiburu, 2003; Lopes, 2003; Quintal, 2007; Suchdev, 2004; Wasco & Fausett, 2004).

Patofisiologia da dor

A partir da década de noventa começou a ficar claro que a modulação (controlo) da dor resultava de um balanço entre influências inibitórias e facilitatórias que resultavam respectivamente, em antinocicepção e em pronocicepção. No entanto, uma das principais teorias aceites ainda hoje, para explicar o fenómeno da dor, refere-se à Teoria do Portão de Controlo, desenvolvida por Melzack e Wall, na década de 1960, e presente nos manuais de fisiologia da dor. A introdução da Teoria de Melzack, a aceitação da influência de factores psicológicos e a percepção de que a dor é um processo biopsicológico complexo, permite uma melhor compreensão (Bastos, 2005; Salvetti & Mattos Pimenta, 2004; Suchdev, 2004).

No seguimento do modelo original da Teoria do Portão de Controlo, Melzack e Casey (1968, cit. in Goiburu, 2003), sistematizaram o fenómeno da dor em três categorias: Sensorial-discriminativo (1) cuja função é transmitir a estimulação nociva informando com precisão acerca da intensidade, localização, duração e qualidade da dor; Motivacional-afectiva (2) que caracteriza a dor como desagradável e aversiva, gerando a ocorrência de distintas respostas emocionais como medo e ansiedade, entre outras, motivando comportamentos para evitar os estímulos nocivos; e Cognitivo-avaliativo (3) que atribui um significado à dor em função das experiências anteriores, contexto sócio-ambiental em que se produz, valores culturais, crenças e pensamentos.

Este modelo permite que hoje, o estudo da dor crónica seja segundo uma perspectiva holística, estando na origem de muitas investigações, nomeadamente na que será apresentada neste trabalho.

Alguns dos Diagnósticos frequentes numa Unidade de Dor Crónica

- **Fibromialgia (patologia mais frequente neste estudo)**

A fibromialgia caracteriza-se pela ocorrência de dor generalizada e pontos dolorosos à palpação nos músculos, na ausência de anormalidades evidenciadas pelos exames

complementares. Associada à fadiga, cansaço persistente, rigidez generalizada. Esta patologia caracteriza-se por uma multiplicidade de sintomas, tais como cefaleias, dificuldades de memória/concentração, síndromes de cólon e bexiga irritável, dismenorreia, sensibilidade ao frio, parestesias, comportamento depressivo e ansioso, sono não reparador - os pacientes referem insónia, despertar de madrugada, debilidade e intolerância ao exercício físico. Deste modo afecta a esfera biológica, a psicológica e a social destes pacientes (Coniam & Diamond, 2001; Hernández-García, 2004; Jubran & Nicolau, 1999; Marques, Rhoden, Siqueira & João, 2001; Martinez, 1997; Paiva, 2003; Turk & Sherman, 2002; Villanueva et al., 2004; Wall, 1999; Zautra, Fasman, Parish & Davis, 2007;).

Há uma certa unanimidade nos estudos, no sentido de considerar que o processo de transmissão da dor se encontra alterado na fibromialgia. Neurotransmissores inibidores, como a serotonina, a norepinefrina e os opióides endógenos actuam como antinociceptivas. Nomeadamente a serotonina encontra-se em baixas concentrações nestes pacientes (Hernández-García, 2004). Paiva (2003) realizou um estudo, onde verificou que o limiar de dor nestes doentes era duas vezes menor, quando comparados com o grupo de controlo.

Neste seguimento, um outro estudo, concluiu que, as mulheres com fibromialgia revelam mais *distress* e uma maior percepção da intensidade da dor, quando comparadas com o grupo de mulheres com patologia reumática (Mira et al., 1998). Outro estudo (McBeth, Macfarlane & Silman, 2002) mostrou a relação consistente entre a fibromialgia e o *distress* psicológico. Este estudo não conseguiu distinguir nenhuma relação causal entre as duas, mas os estudos reportam que este tipo de dor é indicativo de um futuro *distress* psicológico.

- **Cefaleias**

As cefaleias englobam-se em duas categorias: as cefaleias secundárias, sintomáticas a uma anomalia subjacente identificável; e as cefaleias primárias, para as quais não há uma causa identificável e que, se não comportam um risco vital, são no entanto, bastante limitativas para quem padece desta afecção (Biber, 2004; Gonçalves, 2005; Martins, 2006; Otermin, 2003b).

A dor de cabeça é um sintoma subjectivo, em que o seu despelotar poderá estar muito associado a factores/estados psicológicos ou psicopatológicos tal como acontece com factores de ordem somática ou doenças orgânicas (o *stress*, a atenção, as expectativas, a ansiedade, a depressão e o estado de ânimo) (Biber, 2004; Gonçalves, 2005).

- **Cervicalgia**

É uma irritação das raízes raquídeas cervicais superiores. Trata-se de uma dor caracterizada por pressão constante. Normalmente, as dores são mais intensas pela manhã, juntamente com uma sensação de cansaço pela falta de um sono reparador. Cerca de 12% das mulheres e 9% dos homens, desenvolverão cervicalgia crónica, situação intensificada pela presença de factores emocionais como o elevado *stress*. Não tratada, esta dor pode também desencadear enxaqueca (Biber, 2004).

- **Lombalgia**

A dor lombar, é um problema de saúde muito frequente, o seu impacto na sociedade é enorme em termos de perda de produtividade e com elevados custos sanitários, pelo elevado absentismo. É uma das principais causas de baixa médica em todos os países ocidentais (41%), representa um importante factor de incapacidade, diminui a qualidade de vida na população adulta, constituindo um grave problema de saúde pública devido aos elevados custos médicos e sociais (Andersson, 1999; Arantes et al., 2007; Breivik et al., 2005; Carrillo et al., 2003; Conesa & Carrillo, 1999; Coniam & Diamond, 2001; Duquesnoy, 1994, cit. in Koleck, Mazaux, Rascle & Bruchon-Schweitzer, 2006; Ehrlich, 2003; Glazer & Glazer, 2004; Keeley et al., 2008; Pruitt & Korff, 2002; Rull, Català & Fernández, 2003; Simpson, 2006). É considerada uma consequência dos países industrializados (Boer, Oostendorp, Beems, Munneke & Evers, 2006; Cruz, 2003).

- **Dor Oncológica**

A dor oncológica é definida como uma dor crónica, considerada uma complicação frequente e com elevado impacto na vida dos pacientes. Os tumores ósseos, digestivos e os que infiltram os plexos nervosos, são os que produzem dor com maior frequência (70 a 80%). A prevalência da dor aumenta com o avançar da doença. É frequentemente uma dor grave, devido à complexidade dos múltiplos factores intervenientes, nomeadamente no envolvimento directo do tumor nos vários órgãos que causam dor (Coniam & Diamond, 2001; Crichton & Moorey, 2002; Goiburu, 2003; Kochhar, 2004; Martínez & Aliaga, 2003; Pereira, 2006; Ruigómez & Torre, 1999; Wall, 1999).

- **Dor Neuropática**

A dor neuropática surge como consequência de uma lesão directa do sistema nervoso. É o sintoma resultante de uma alteração anatomofuncional ou simplesmente funcional, periférica ou central, a nível do sistema de transmissão dolorosa. Esta alteração, ou lesão do sistema de condução nervosa, pode ter diversos factores precipitantes: traumatismos mecânicos directos (dor de membro fantasma), doenças metabólicas (neuropatia diabética), processos infecciosos (nevralgia pós-herpética), processos inflamatórios ou degenerativos das vias nociceptivas periféricas ou centrais (AVC) (Català & Bernat, 2003; Davis, 2006; Editorial, 2007; England & Asburay, 2004; Fausett, 2004b, 2004c; Goiburu, 2003; Houser, 2004; Quintal, 2007; Vazquez, Verdecho, Cornejo & Delgado, 2005;; Volpi et al., 2007).

Neuropatia diabética

A diabetes mellitus é um dos antecedentes patológicos que com maior frequência se regista na história dos pacientes que recorrem às unidades de dor. É sabido que a diabetes pode afectar diversos órgãos, produzindo complicações que vão cursar com dor. As alterações que a diabetes pode produzir nas fibras nervosas, são as que vão determinar a maioria dos processos dolorosos e perda de sensibilidade, pois pode afectar o sistema sensitivo, motor e autónomo, ou a combinação dos mesmos (Català & Bernat, 2003; Koyyalagunta, 2004; Morgado & Tavares, 2007).

- **Síndrome Miofascial**

A síndrome de dor miofascial, é um quadro doloroso regional que afecta as partes moles, caracterizadas pela presença de zonas hipersensíveis à pressão, chamadas de pontos gatilho, que geralmente se encontram nos músculos ou fascias, e que geram dor local. (Bautista, Sanduende & Catalá, 2003; Makrides, 2004).

Morbilidade e mortalidade

Todos os progressos científicos e sociais alcançados permitiram um aumento da longevidade, dando origem a um outro fenómeno no mundo ocidental: o da emergência das doenças crónicas, passando a morte a acontecer no final de uma doença crónica evolutiva, mais prolongada. Também em Portugal a esperança de vida tem vindo a aumentar, e de acordo com a Direcção Geral de Saúde em 2001 era de 73,5 anos para o sexo masculino e

80,3 para o feminino. Deste modo, na convivência com a doença crónica, a ênfase é colocada no seu controlo, ou dos seus sintomas, simultaneamente com a promoção de estratégias integradas de aumento da qualidade de vida (Crawford & Cardoso, 2000; Neto, 2006)

As doenças crónicas são uma causa frequente de mortalidade e morbilidade em Portugal, destacando-se doenças do aparelho circulatório — doenças cérebro-vasculares, doença isquémica do coração e hipertensão arterial, os tumores malignos — estômago, pulmão, mama e próstata, a diabetes mellitus e a doença crónica do fígado, entre outras (Trindade, 2000).

Os falecimentos por cancro representam cerca de 25 a 30% do total dos óbitos; no entanto, pensa-se que o número das doenças crónicas, avançadas não oncológicas, será equivalente (Navarro & Botella, 2002; Neto, 2003)

Sabe-se que a prevalência de doenças crónicas é influenciada pela prática de comportamentos saudáveis. Alguns dados americanos apontam que não fumar se relaciona com menos 25% de mortes por cancro e com menos 350.000 mortes/ano por enfarte do miocárdio; redução de peso entre os 25-55 anos relaciona-se com menos 20% de doença isquémica do coração, diabetes, acidentes vasculares cerebrais e artroses (Trindade, 2000).

b. Epidemiologia

A dor crónica afecta cerca de 19% da população da Europa; cerca de 2 milhões de pessoas sofrem de dor crónica em Portugal (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2005; Bastos, 2005; Nielsen, Rudin & Werer, 2007; Pain Management, 2007). Ou seja, a prevalência da dor crónica, na população portuguesa adulta, ronda os 30% (Castro Lopes, 2009).

Um estudo realizado para avaliar o impacto da dor crónica nas várias dimensões da qualidade de vida da população dos países membros da União Europeia e Israel, verificou que a dor crónica é o maior e mais grave problema de saúde pública. Atingindo um elevado número da população adulta, afecta a qualidade de vida a vários níveis, nomeadamente o social e as suas actividades de vida diárias (Breivik et al., 2005). Nos países industrializados tem uma prevalência estimada entre 25 e 30% da população (Carrillo, Collado, Rojo & Staats,

2003; Miceli, 2002); mas apenas em 2% é consequência de patologia oncológica (Breivik et al., 2005).

A dor afecta tanto as pessoas saudáveis como as doentes. Num estudo com estudantes universitários, Ribeiro (1998) verificou que 34,4% referiam ter, semanalmente, dores nos olhos, 32,9% dores de cabeça, 28% dores nas costas e 23% dores musculares.

Nos Estados Unidos em 1985, foi efectuado um estudo epidemiológico, designado *Nuprin Pain Report*, destinado a analisar a dor na população em geral, o qual mostrou que a dor era mais frequente nos jovens e a prevalência superior era de cefaleias, lombalgias e artralguas, nas mulheres. Os americanos de raça branca referiam mais dor do que os de raça negra ou de origem hispânica (Bastos, 2005; Donker, 1999). Um outro estudo, referenciado por Coniam e Diamond (2001), realizado também nos EU concluiu que 10% dos inquiridos referia dor articular e 9% dores lombares por mais de 101 dias.

No Brasil, a dor é a razão pela qual 75 a 80% da população procura o sistema de saúde; e a dor crónica, que acomete em 30 a 40% da população é a maior causa de absentismo, baixa de produtividade e baixas médicas (Miceli, 2002).

Na Noruega, num estudo de prevalência realizado em 2004, 24,4% dos participantes no total da amostra referiram dor crónica, e 65% destes doentes apresentam esta síndrome com uma duração superior a cinco anos (Rusten et al., 2004).

Um outro estudo (Sanford, Kersh, Thorn, Rich & Ward, 2002) pretendeu evidenciar quais as variáveis psicossociais a ter em conta nas diferenças de sexo e na resposta à dor. Verificaram que há uma maior tolerância da dor no sexo masculino, apesar de não ser estatisticamente significativos na escala visual analógica (VAS). Ainda segundo o mesmo estudo, verificou-se uma maior predisposição das mulheres face a situações ameaçadoras, e sugeriu a interferência dos factores psicossociais como mediadores entre sexo e dor.

Outros estudos tecem considerações importantes entre as diferenças de género e dor, atribuindo as diferenças a factores onde se incluem os de ordem biológica, tais como as diferenças anatómicas e hormonais entre homens e mulheres, e a organização do próprio sistema nervoso (Berkley, 1997; Robinson, Gagnon, Riley & Price, 2003; Wise, Price, Myers, Heft & Robinson, 2002). No entanto as variáveis psicossociais têm assumido uma crescente

importância enquanto influência na resposta diferencial do género à dor. A aprendizagem social e o factor cultural influenciam a expressão/contenção da dor, nas raparigas e rapazes, nas mulheres e nos homens, tendo estes uma predisposição menor para relatos/verbalizar a dor (Robinson et al., 2003; Robinson et al., 2001; Sanford et al., 2002; Unruh, 1996). Outros autores, referem mesmo, que as mulheres experienciam/verbalizam mais dor do que os homens (Fillingim & Maixner, 1995; Riley, Robinson, Wise, Myers & Fillingim, 1998)

Segundo a perspectiva biopsicossocial, é fundamental a integração de factores biológicos, psicossociais e o papel do género, para uma melhor compreensão da dor (Robinson et al., 2003; Sanford et al., 2002).

c. Abordagem terapêutica

Durante muitos anos, o estudo e tratamento da dor foram negligenciados. O seu carácter subjectivo e a forte componente psicológica limitavam de uma forma muito importante a sua caracterização e tratamento. Nos últimos 50 anos melhoraram-se os conhecimentos sobre as causas das doenças, os métodos de diagnóstico, o tratamento e desenvolveram-se métodos de avaliação. Em 1960 o anestesista Jonh Bonica fundou a primeira clínica do mundo dedicada à investigação e tratamento da dor; clínica que promovia a integração de aspectos psicológicos e médicos na sua avaliação e tratamento. O seu êxito deveu-se em parte ao inovador trabalho de psicólogos como Fordyce e Richard Sternbach, cujos métodos de investigação e de tratamento continuam a influenciar os conhecimentos actuais sobre as dimensões psicológicas da dor (Goiburu, 2003). A contribuição fundamental de Fordyce consistiu em mostrar a eficácia de métodos comportamentais no tratamento da dor (Goiburu, 2003). Os modelos de intervenção propostos pelos autores (Turk et al., 1983 cit. in Turk & Monarch, 2002) baseados em modelos cognitivo-comportamentais, abriram mais uma porta para a intervenção psicológica neste campo.

Antes de se iniciar qualquer tratamento, deve ter-se em atenção algumas situações prévias, pois a expressão das queixas álgicas varia com a localização e natureza das condições causais, com a idade, estado mental, repercussões físicas, psíquicas e sociais da dor, factores ambientais, culturais e ritmo biológico dos indivíduos. Muitos doentes experienciam mais de uma qualidade de dor na mesma ou em diferentes regiões do corpo. A interpretação da dor envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais e sofre influência de factores biológicos do indivíduo, sócio-económicos, sócio-familiares, estratégias de lidar

adequadamente com a dor (Bastos, 2005; Villanueva et al., 2004; Yeng, Teixeira, Romano, Greve & Kaziyama, 2001).

Deste modo podem estabelecer-se como objectivos da intervenção terapêutica uma redução do sofrimento do paciente, de par com uma melhoria da qualidade de vida. No entanto o que acontece, principalmente nas situações mais graves, é que são relativamente fracos os resultados a longo prazo das intervenções, pois os pacientes com doença crónica, em geral, possuem uma longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento profissional e físico e descrença em relação aos tratamentos, por experiências anteriores nas quais os resultados foram insatisfatórios. Nomeadamente quando nos deparamos com o ponto de vista cartesiano que separa a mente do corpo, e abordagens exclusivamente biomédicas (Barros, 2004; Kurita & Mattos Pimenta, 2003; Sapeta, 2003; Yeng et al., 2001).

Doença alguma justifica que aceitemos que um indivíduo conviva com a dor, quando esta pode ser controlada ou pelo menos muito aliviada. Várias instituições de saúde têm investido na formação de equipas multidisciplinares especializadas no controlo da dor, reconhecendo a multiplicidade de factores biopsicossociais na etiologia e na manutenção da dor crónica e na necessidade de tratar criteriosa e globalmente o paciente.

Deste modo, é importante lembrar que o modelo biomédico, que se adapta à abordagem das doenças agudas, é inadequado para o manejo das doenças crónicas nas quais a orientação do modelo biopsicossocial é sem dúvida mais efectivo. Assim, o doente com dor crónica é visto de uma forma holística, em que a estreita relação mente-corpo se manifesta na experiência pessoal da dor. Neste modelo, com a participação dos vários profissionais de uma equipa de tratamento de dor, o doente é estimulado a ser co-responsável pelo seu tratamento e a família, ou o cuidador principal, é chamada para auxiliar na sua recuperação. Envolver o doente e família desde a avaliação inicial da dor, retirando-lhes o papel passivo habitual, e entregar-lhes o controlo da situação no que diz respeito ao tratamento é desde logo um bom princípio de actuação.

A intervenção multidimensional na dor, incluindo uma vertente psicossocial, torna-se assim essencial para uma abordagem eficaz, em que o paciente assume um papel activo na condução do seu tratamento (Geisser, Cano & Leonard, 2005; Keefe et al., 2002; McIntyre, 1994; Rowat & Knafel, 1985).

Neste sentido, um estudo desenvolvido por Zarazaga, Martínez & Maestre (1999), com uma amostra de 213 doentes com dor crónica, em acompanhamento numa unidade de dor, tinha como objectivo avaliar as estratégias que os doentes utilizavam para lidar com a dor. Observando que atitudes passivas estavam associadas a um elevado grau de dor, bem como a uma sintomatologia grave, com deterioração da actividade física e do funcionamento diário.

Há um estudo que sugere que o número de doentes que não aderem ao tratamento medicamentoso da dor crónica é elevado; o que indica a necessidade de mais estudos sobre o tema (Kurita & Mattos Pimenta, 2003).

Dor é um fenómeno complexo, multidimensional e subjectivo, o que torna meritórias as avaliações das suas dimensões fundamentadas em auto-relatos, questionários de avaliação subjectiva e/ou avaliação funcional e da qualidade de vida. Casos complexos podem exigir a actuação de equipas multidisciplinares para identificar e quantificar os vários aspectos biopsicossociais dos doentes. O objectivo do tratamento do doente com dor não é necessariamente a eliminação completa da sintomatologia dolorosa, mas sim a melhora da funcionalidade e a reabilitação física e psicossocial dos doentes, redução do uso exagerado dos fármacos e dos comportamentos inadequados e a substituição das estratégias passivas de lidar com a dor pelas activas, sendo também inevitável o treino de competências para lidar com as exigências emocionais (Correia, 2007; Yeng et al., 2001).

Abordagem farmacológica da dor

Quadro 1: Classificação das intervenções terapêuticas na dor de acordo com o seu mecanismo de acção (Tavares, 2006a).

Analgesia por depressão do sistema nociceptivo	Analgesia por estimulação do sistema antinociceptivo
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos gerais • Anestésicos locais • Analgésicos anti-inflamatórios • Neurolíticos • Simpatoplégicos • Neurocirurgia da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos opiáceos • Estimulação eléctrica transcutânea • Estimulação eléctrica central • Psicoterapia • Fisioterapia • Outras (acupunctura; placebo, etc.)

As estratégias terapêuticas para o tratamento da dor, articulam-se pela escala analgésica da Organização Mundial da Saúde [OMS], aplicável a qualquer tipo de dor. A

escala da OMS divide-se em três patamares, em função da intensidade da dor (Ruigómez & Torre, 1999; Tornero, Vidal & Aliaga, 2003).

Anestésicos gerais

Os anestésicos gerais são um grupo farmacológico muito heterogéneo. São depressores generalizados e inespecíficos do SNC. Provocam perda de consciência e consequentemente, da componente subjectiva da dor; mas nem sempre das suas manifestações objectivas ou da sua recordação posterior (Tavares, 2006c).

Anestésicos locais

Bloqueiam de forma reversível a condução e a geração dos impulsos nos nervos com que entram localmente em contacto, impedindo assim que os estímulos nóxicos atinjam o SNC (Hernaández-Garcia, 2004; Tavares, 2006c).

Analgésicos anti-inflamatórios

Os AINE's, produzem uma analgesia por a inibição das substâncias que produzem dor seja por diminuição da síntese de prostaglandinas a nível do local da agressão, com a consequente redução da estimulação nóxica; embora alguns possam igualmente actuar por um mecanismo de acção central (Coniam & Diamond, 2001; Fausett & Warfield, 2004a; Tavares, 2006b; Teixeira, 2006; Tornero et al., 2003).

Analgésicos opiáceos

Os analgésicos opiáceos actuam por estimulação dos receptores opiáceos centrais, pelo que, ao contrário dos anestésicos gerais, não produzem necessariamente perda de consciência. Trata-se de um dos mecanismos de antinocicepção mais importantes, pelo papel que desempenham como analgésicos versáteis e fundamentais para o tratamento da dor (Coniam & Diamond, 2001; Kalso, Edwards, Moore & McQuay, 2004; Moulin, 2001; Tavares, 2006b; Tran, 2004). Foi observada uma melhoria da dor crónica neuropática e da músculo-esquelética com o uso de opiáceos (Breivik, 2005; Pimenta et al., 1999; Polatin & Gajraj, 2002; Ribeiro, Schmidt & Schmidt., 2002).

Coadjuvantes

Quando falamos em adjuvantes no tratamento da dor, referimo-nos a uma série de fármacos cuja primeira indicação não é a analgesia. Os fármacos coanalgésicos são aqueles

que não são farmacologicamente classificados como analgésicos, mas no entanto aliviam a dor em combinação com outros analgésicos (Tornero, Vidal & Aliaga, 2003).

Psicofármacos

Os psicofármacos têm sido prescritos pela reconhecida acção das suas potencialidades terapêuticas sobre o psiquismo, ou como medicamentos complementares de analgésicos opiáceos ou AINE's, no tratamento e controlo da dor crónica. O uso adequado inteligente destes fármacos, especialmente como complementares, melhora a analgesia numa ampla variedade de situações. Alguns possuem propriedades analgésicas directas ou potenciam a actividade analgésica dos opióides (Osswald, 2006, 2006b, Ruigómez & Torre, 1999; Sharp, 2004; Tornero et al., 2003).

PERSONALIDADE

II.2. Personalidade

a. Considerações gerais

No ser humano enquanto tal, tudo passa pela personalidade. Tudo começa e tudo acaba na personalidade. A personalidade é a essência da pessoa.

O ser humano é dotado de características que o diferenciam dos demais, que o fazem um ser único, é capaz de realizar complexas relações no seu meio e cada pessoa pode reagir de maneiras diferentes a uma mesma situação ou estímulo. Podemos dizer que a individualidade é uma marca do homem e se forma a partir de um conjunto de factores como a genética, o meio em que vive ou mesmo acontecimentos da sua vida.

A palavra personalidade deriva do latim *persona* e a sua raiz pessoa, é usada ordinariamente no sentido empírico de manifestação da pessoa. Significa a própria pessoa, tal como se revela nas suas manifestações empíricas. Todavia, *persona* passou a significar mais tarde, o actor colocado atrás da máscara, isto é, o seu verdadeiro conjunto de qualidades íntimas e pessoais (Allport, 1966, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Há diversas concepções e teorias da personalidade às quais correspondem várias definições. Allport (1937, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000). Já tinha identificado mais de 50 definições de personalidade, definindo-a como a organização dinâmica no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico.

Desde os primeiros momentos da vida começa-se a organizar o que virá a ser esse futuro sistema Pessoa Humana. E dessa organização, que assim se inscreve na sua biografia, faz parte o seu modelo do mundo. Por outras palavras, através de toda a aprendizagem e desde os primeiros momentos em que o indivíduo toma contacto com o mundo externo — e mesmo antes — forma-se e vai-se depurando ao longo da biografia.

Assim, tal modelo do mundo difere de indivíduo para indivíduo. Independentemente daquilo que é a realidade objectiva, que está para além de cada um, de facto o mundo é aquilo que cada um vê, aquilo que cada um sente em relação a essa realidade, seja ela exterior ou interior, objectiva ou subjectiva. E se em relação à realidade objectiva, de um modo geral poucas dúvidas haverá, excepto em casos de perturbação mental grave, já no que diz respeito

à realidade interior, essa construção do mundo não é tão linear. As tonalidades são infindáveis e não haverá dois mundos iguais. Mais além, desse mundo fazemos parte nós mesmos na medida em que nos inscrevemos no modelo em função da auto-imagem que elaboramos, tanto de nível corpóreo como da nossa própria vida íntima, e designadamente das nossas convicções pré-rationais.

Por tal motivo a personalidade, consubstanciando os factores inerentes ao próprio indivíduo, pode até certo ponto ser encarada como “transducer” dos estímulos ambientais; externos ou internos. E isso é o que se pretende alcançar através da análise conjugada da personalidade com o estado sintomático actual enquanto supostamente modulado por aquela.

Na realidade, e em relação à pessoa doente, com dor crónica neste caso, a maior ou menor adaptação à situação de doença com as suas condicionantes, o que tem vindo a ser encarado em termos de qualidade de vida, se pode resultar directamente da gravidade das manifestações da própria doença, também resulta segura e comprovadamente de características da personalidade capazes de determinar uma melhor ou pior adaptação a um mesmo grau de gravidade objectiva da própria doença. Esta, inclusive, irá relacionar-se com tal adaptação através da percepção que o paciente tem da intensidade dos sintomas e da gravidade que atribui aos mesmos; o que também é, por si só, determinado pela personalidade. Pelo menos assim o pressupomos enquanto hipótese de trabalho.

A dor crónica, é muito mais frequente nos pacientes com perturbações psiquiátricas do que na população em geral. O temperamento, os traços de personalidade e a psicopatologia, podem desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento da dor. Os pacientes que vivenciem uma dor crónica sem etiologia fisiológica identificável que justifique determinado quadro, poderá tratar-se de uma perturbação de somatização. A somatização, como defesa psicológica imatura, simboliza os conflitos intrapsíquicos da esfera somática com o intuito inconsciente de evitar os sentimentos angustiantes (Wootton & Frank, 2004).

Ainda relacionado com o tema deste trabalho, dor e personalidade, é importante destacar dois conceitos: alexitimia e as personalidades propensas à dor (*pain-prone patient*). A alexitimia é uma condição de personalidade, não uma doença psiquiátrica, é um distúrbio afectivo e cognitivo caracterizado por pouca capacidade de criar fantasias e incapacidade de perceber e descrever os próprios sentimentos (Reichelmann, 2001). Segundo Wootton e Frank (2004), a alexitimia é com frequência, uma característica da somatização, porque os pacientes

que não conseguem expressar por palavras as suas emoções e estados emocionais internos, utilizam o corpo para expressar a sua angústia. Nas *pain-prone patients*, a finalidade da dor é a de um mecanismo de defesa que está desviado da noção de defesa orgânica contra uma lesão tecidual, para a de uma defesa da pessoa contra sentimentos ou situações desagradáveis. É frequente nestes casos observarem-se situações como: imenso sentimento de culpa; intensos impulsos agressivos reprimidos; história de grandes sofrimentos, decepções repetidas e intolerância ao sucesso; surgimento do sintoma dor perante uma perda ou ameaça de perda iminente (Reichelmann, 2001).

Segundo Pontes (1975, cit. in Reichelmann, 2001) a personalidade é em grande parte o resultado do primeiro ano de vida após o parto. Nesse período são moldadas características básicas do comportamento da pessoa para toda a vida; por exemplo, capacidade de tolerar frustração, tendência à insegurança à depressão, à ansiedade, entre outras. Aí interagem componentes genéticas da personalidade (temperamento) com as experiências emocionais e afectivas vividas na infância, principalmente na relação com a mãe - ou quem desempenhou esse papel. Tais predisposições influenciam, exacerbando ou amenizando, o modo como cada pessoa vive a experiência dolorosa. Por exemplo, pacientes inseguros, que geralmente tiveram mães inseguras e pouco capazes de as apoiar e tranquilizar durante os episódios dolorosos da infância, tendem a manifestar mais dor do que outras, cujas mães eram menos “desesperadas” perante as dores das crianças.

Modelo Personalidade de Hans Eysenck

O modelo de Eysenck da personalidade (1967, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000), é distintivo em vários aspectos. Ele propõe que o estudo da personalidade tenha dois aspectos integrados. O primeiro aspecto é descritivo ou taxonómico e invoca o estabelecimento de unidades a serem usadas para resumir as maneiras pelas quais os indivíduos os diferem. O segundo refere-se aos elementos causais, e é aqui que Eysenck faz uma de suas contribuições distintivas. Ele reconhece o papel crítico desempenhado pela aprendizagem e pelas forças ambientais, mas afirma que nós também precisamos explicar o facto de que o efeito de uma dada situação varie para diferentes indivíduos. A abordagem de Eysenck é virtualmente única no sentido de que especifica uma cadeia causal em que o substrato biológico é responsável pelas diferenças individuais em dimensões fundamentais da personalidade. O comportamento resulta da posição das pessoas nessas dimensões, combinada com as circunstâncias às quais ela está exposta. Isto é, o comportamento reflecte tipicamente

uma interacção das tendências da pessoa e das forças ambientais. Assim, Eysenck focaliza as dimensões biológicas da personalidade, e a sua abordagem é biossocial no sentido de que o funcionamento característico do sistema nervoso central predispõe os indivíduos a responder de certas maneiras ao ambiente. Eysenck pode estar errado acerca das dimensões básicas da estrutura da personalidade, e pode estar errado sobre as diferenças fisiológicas responsáveis por essas dimensões, mas ele está certo ao afirmar que um modelo adequado da personalidade precisa incluir uma taxonomia ou sistema de classificação, descritiva, e especificar mecanismos biológicos que contribuem para as diferenças observadas nessas dimensões descritivas. Eysenck, ao desenvolver o modelo da organização da personalidade, distingue entre conceitos traço e tipo. Um traço refere-se a um conjunto de comportamentos relacionados que ocorrem juntos repetidamente; um tipo é um construto de ordem superior, compreendendo um conjunto de traços correlacionados (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Este modelo contribuiu de forma significativa para o avanço das teorias da personalidade, tendo levado ao desenvolvimento de vários métodos de avaliação da personalidade. Ele concordava com Catell ao afirmar que a personalidade é composta de traços ou factores produzidos a partir da análise factorial, entretanto foi um crítico em relação à subjectividade na técnica por ele criada (Eysenck, 1968, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000); Gleitman, 1999).

Eysenck (1947), sugeriu que seriam duas as dimensões tipológicas primárias da personalidade: Introversão versus Extroversão e Neuroticismo. Posteriormente, em 1964, introduziu uma escala de mentira/sinceridade, que serve para reduzir a interferência da tendência para dar respostas socialmente desejáveis (sendo esta a versão utilizada neste trabalho) (Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980). Mais tarde, já na década de 70, adicionou uma terceira dimensão, que denominou de Psicoticismo. Por isso o seu modelo ficou conhecido como PEN (Eysenck, 1979, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000). De entre as escalas psicométricas para avaliação da personalidade com base no modelo de Eysenck, destaca-se o *Eysenck Personality Inventory (EPI)*.

b. Dimensões tipológicas básicas

Introversão versus Extroversão

A extroversão é composta por elementos que incluem as emoções positivas, a sociabilidade, assertividade, vivacidade e nível de actividade (Gilbert & Gilbert, 1995; Gleitman, 1999; Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

Já o introvertido caracteriza-se por ser um indivíduo retraído e sossegado, quieto, pessimista, introspectivo, reservado e distante, excepto com amigos íntimos (Gleitman, 1999; Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980)

Quanto ao factor extroversão/introversão, Eysenck (1973, cit. in Hall, Lindzey & Campbell, 2000) postulou que essas diferenças são determinadas geneticamente, e dedicou alguns estudos para detectar diferentes níveis de activação cortical entre pessoas extrovertidas e introvertidas. De acordo com Eysenck (1990), as pessoas mais extrovertidas apresentam naturalmente níveis mais baixos de actividade cortical, e por isso buscam mais excitação no meio ambiente. Em oposição, pessoas mais introvertidas buscam menos estimulação externa, pelo facto de já apresentarem níveis de excitação cortical basal elevada. Confrontando-nos com tal facto, uma vez que na extroversão operam abaixo do seu nível ideal de excitação cortical, os extrovertidos podem tentar modificar o seu ambiente externo por meio do aumento das suas actividades; ou podem tentar modificar o seu ambiente interno pela ingestão de substâncias, tais como a nicotina e outras drogas. De um modo inverso, os introvertidos podem tentar reduzir o montante da entrada da estimulação, o que os tornaria menos interessados em estimulantes, menos propensos ao uso de drogas (Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Pattom, Barnes & Murray, 1997).

Neuroticismo

A dimensão do neuroticismo é composta por um conjunto de características de personalidade, englobando a ansiedade, depressão, vulnerabilidade psicológica e hostilidade, ou seja, refere-se às experiências emocionais negativas, fundamentando a instabilidade emocional e a desadaptação (Gilbert & Gilbert, 1995; Gleitman, 1999; Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

Em relação ao factor neuroticismo, este apresenta características de baixa auto-estima e tendência a sentimentos de culpa. É um produto muito mais genético do que da aprendizagem, apresentando manifestações tanto biológicas quanto comportamentais. As diferenças individuais observadas, dependem de níveis de actividade no sistema nervoso autónomo (SNA), em relação com o sistema límbico — hipocampo, amígdala, cíngulo, septo e hipotálamo —. Pessoas com elevadas pontuações nesta dimensão, apresentam ineficientes mecanismos auto-reguladores para afectos e modulação da excitação (Hall, Lindzey & Campbell, 2000; Gilbert & Gilbert, 1995).

Vários estudos têm sido desenvolvidos para perceber uma possível relação entre os níveis de uma determinada variável disposicional da personalidade e a utilização de determinadas estratégias de *coping* na doença crónica. Neste sentido, a maioria das investigações têm se centrado no neuroticismo, e o resultado das mesmas mostram a existência de uma relação significativa entre elevados níveis de neuroticismo e estratégias de *coping* que predizem uma adaptação ineficaz. Assim, na evidência empírica que apoia um aumento da probabilidade dos sujeitos com altas pontuações na dimensão neuroticismo desenvolverem estratégias de *coping* pouco eficazes, tais como comportamentos catastróficos no manejo da dor crónica. Este tipo de estratégias de *coping* modula a relação entre o neuroticismo e o mal-estar psicológico (Maestro, Zarazaga & Martínez, 2001).

Neste sentido, vários estudos encontram relações significativas entre a dimensão neuroticismo e certas variáveis relevantes no âmbito da dor crónica, como as avaliações cognitivas que os pacientes fazem a respeito do significado da dor (Wade, Dougherty, Hart, Raffi & Price, 1992a), da intensidade da dor percebida (Wade et al., 1992a), da repressão emocional (Wade, Dougherty, Hart & Cook, 1992b), do estado de ânimo e das estratégias de *coping* utilizadas (Affleck, Tennen, Urrows & Higgins, 1992).

Num estudo (Cho, Hayashi, Zunin, Chao & Heiby, 2007), que tinha como objectivo explorar a interacção da catastrofização da dor e do neuroticismo na dor crónica com a depressão, verificou-se que os pacientes que pontuavam na escala do neuroticismo e da catastrofização da dor, tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão; quando pontuavam pouco no neuroticismo e pouco na catastrofização da dor, os níveis de depressão eram mais baixos; quando pontuavam menos na escala do neuroticismo e mais na catastrofização da dor, verificou-se que a depressão se associava à catastrofização da dor, pois o contrário não se verificou. Este estudo sugere então, que há uma maior relação da dimensão

catastrofização com a dor crónica e a depressão, do que com o neuroticismo (Cho et al., 2007).

No mesmo seguimento outros estudos mostraram que os pacientes que pontuam mais na dimensão do neuroticismo e depressão, têm mais vivências/memórias de experiências e afectos negativos de dor, verbalizando mais queixas somáticas. Deste modo, o neuroticismo foi considerado uma dimensão afectiva da desagradabilidade da dor, e não como um índice de intensidade (BenDebba, Torgerson & Long, 1997; Geisser, Roth, Theisen & Riley, 2000; Raselli & Broderick, 2006; Wade et al., 1992a).

No estudo realizado por Sternbach et al. (1973, cit. in Ogdan, 2004), os autores afirmavam que uma intensificação da tríade neurótica - histeria, hipocondria e depressão - está relacionada com o aumento da dor crónica, podendo resultar de falta de sono, de qualidade de vida sócio-profissional e familiar reduzidas, e de sentimentos de exaustão. O que sugere que a personalidade, nomeadamente - a personalidade neurótica, se relaciona com o aumento da percepção da dor.

Escala de mentira (sinceridade)

No decorrer do aperfeiçoamento do inventário de personalidade (*EPI*), Eysenck introduziu esta dimensão constituída por 9 questões, para reduzir interferência das respostas socialmente desejáveis.

PSICOPATOLOGIA

II.3. Psicopatologia

Os doentes com afecções crónicas, como a dor, são frequentemente submetidos a numerosas intervenções e investigações, muitas vezes com resultados insatisfatórios ou inconclusivos e que resultam em atitudes passivas, manipuláveis, hostis ou indiferentes. São frequentes os sentimentos de desamparo, passividade, hipocondria, comprometimento da auto-estima, não percepção das alterações comportamentais, uso da dor como instrumento de comunicação e ausência de atitudes activas para lidar adequadamente com a dor. É frequente verificar-se que a magnitude do sofrimento, da sensação dolorosa e do comprometimento da qualidade de vida, é desproporcionado em relação aos resultados dos exames físicos e dos exames complementares de diagnóstico (Yeng et al., 2001)

Algumas dores crónicas são mais dificilmente controláveis em determinado paciente, sendo necessário que ele tenha que conviver com ela, em algum nível, e com as limitações por ela trazidas. Uma maior aceitação da sua dor leva o paciente a conhecê-la e controlá-la melhor, esforçando-se para ter uma melhor qualidade de vida. Isto implica relatos de dor de intensidade mais baixa, menos ansiedade e sintomas depressivos e menos incapacidade física e psicossocial (Miceli, 2002). No entanto, num estudo (Keogh, McCracken & Eccleston, 2006) com uma amostra de 260 doentes verificou-se que os factores emocionais, nomeadamente emoções negativas associadas à dor, como a raiva, a ansiedade e a depressão, desempenham um papel importante na experiência e percepção da dor. Contribuindo para a cronicidade e incapacidade resultantes (Robinson & Riley, 1999, cit. in Keogh et al., 2006).

A experiência de dor crónica é stressante tanto para o paciente quanto para os seus familiares, amigos, e cuidadores e designadamente para a equipa que o trata. Sabe-se que o sistema familiar funciona de acordo com os padrões e regras próprios, e que quando um membro adoece, toda a organização deste sistema fica abalada, sujeita a mudanças muitas vezes complicadas e difíceis de elaborar, alterando toda a sua funcionalidade, onde muitas vezes são vividas como verdadeiras perdas difíceis de superar (Miceli, 2002).

Como já referido a palavra personalidade provém da palavra latina “*persona*” que na sua origem se referia à “máscara do teatro”. Para além das inúmeras definições de personalidade persiste esta concepção de que as pessoas têm uma personalidade e que a exercem nos vários e diferentes papéis ao longo do ciclo de vida. O adulto, condicionado no exercício de um papel, assume uma determinada máscara. A dor crónica modifica o

comportamento do indivíduo que sofre, interferindo com a sua funcionalidade e afectando a sua identidade pessoal. Neste processo há uma perda da máscara que se adopta normalmente, para assumir uma outra; a de doente. Esta não é uma situação fácil e normalmente gera *stress*, frustração e mesmo estados depressivos graves. Neste contexto foi realizado um estudo para se verificar a mudança de papel sócio-familiar, de atributos pessoais e diferenciação de conceitos do *self* presente ou passados, que predizem ajustamentos indexados a medidas de depressão. Para tal, foram avaliados a dor, a incapacidade, a ansiedade e depressão, a mudança/perda de papel sócio-familiar, bem como o auto-conceito. Com este estudo puderam verificar-se perdas significativas na dimensão da amizade (social), na ocupação de tempos livres quando comparadas com a dimensão familiar. Os resultados demonstraram ainda que a depressão está significativamente associada às perdas de papel aquando de uma doença crónica (Harris, Morley & Barton, 2003).

As repercussões da dor e das incapacidades com ela relacionadas na vida do indivíduo, devem ser analisadas na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes. As possibilidades de readaptação para outras ou às mesmas funções no ambiente de trabalho, especialmente em doentes que apresentam afecções dolorosas relacionadas com o exercício profissional, são de vital importância, pois o reajustamento profissional e social é essencial no processo de reabilitação do doente (Salveti et al., 2004; Yeng et al., 2001).

A adaptação do sistema nervoso central (SNC) implica alterações radicais e permanentes nos estilos de vida do doente, levando a alterações comportamentais e de personalidade que contribuem para a persistência da dor. São sempre situações geradoras de ansiedade, com aumento de sentimentos de desespero, de desânimo e desmotivação, com o exacerbar de estados depressivos que prevalecem. Não tratados convenientemente estes estados, levam a uma maior intensificação da doença crónica (Peréz, Barrón & Más, 1994).

É aceite a existência de relação estreita entre a dor e estados psicológicos, podendo estes estados, ser quer variável dependente quer independente da dor; ou ainda haver efeitos combinados entre os dois. Ou seja, os estados psicológicos desencadeados pela dor podem, por sua vez, aumentar a susceptibilidade à dor (Ribeiro, 1998). Bond (1981, cit. in Ribeiro, 1998) explica que as variáveis sociais, culturais e de personalidade, podem ter tanta influência sobre a dor como a activação das fibras nociceptivas.

Neste seguimento Hendler (1979, cit. in Pérez, Barrón & Más, 1994) classificou os pacientes com dor crónica baseando-se em dois critérios: a causa de dor e a existência de alterações psicológicas nesses pacientes. Desta forma temos (a) pacientes com dor objectiva – dor causada por lesões orgânicas observáveis e que antes do seu início estavam bem; e (b) pacientes com dor indeterminada, de origem desconhecida e que antes do seu início estavam psicologicamente equilibrados. Nestes dois casos, se a dor se prolongar, pode aparecer uma depressão reactiva à dor, surgindo então outros grupos de pacientes (c) com dor excessiva, em que as lesões orgânicas não se conhecem, nem justificam o grau de dor manifestado, e (d) pacientes com dor afectiva, sem causa orgânica aparente e com história de problemas psicológicos e psiquiátricos prévios ao início da dor, que tendem a explicar todos os seus problemas e comportamentos recorrendo à dor.

Uma outra classificação surgiu proposta por Pilowsky (1982, cit. in Pérez, Barrón & Más, 1994), que considera que as síndromes dolorosas podem classificar-se de acordo com três categorias: (a) síndrome dolorosa com predomínio de factores psicológicos; (b) síndrome dolorosa em que o doente é capaz de assumir a existência de factores psíquicos e a sua influência sobre a génese da doença; e (c) síndrome dolorosa em que o paciente resiste em aceitar a intervenção de factores não orgânicos na sua dor e apresenta determinados comportamentos de doença “anormais” (Peréz, Barrón & Más, 1994).

Willians e Spitzer (1982, cit. in Pérez, Barrón & Más, 1994), referiram que a síndrome de dor crónica idiopática, consiste na distorção predominante e focalização na dor grave que se prolonga no mínimo durante seis meses. É uma dor relatada pelos pacientes como irregular, não se fala de patologia orgânica ou mecanismo fisiológico que possam estar na origem da dor, ou se há patologia, as queixas tendem a ser exacerbadas, referindo sempre uma dor excessiva (Peréz, Barrón & Más, 1994). Turk e Fernandez (1990, cit. in Ribeiro, 1998), referem que os processos psicológicos distorcem frequentemente a relação entre lesões teciduais e dor através da atribuição de significado situacional. As emoções são representadas pelas características subjectivas das experiencias complexas de dor. Para as pessoas que sofrem devido a alguma doença, ou que sofreram alguma lesão ou tensão emocional, os aspectos que envolvem todas as experiencias relacionadas com a dor podem variar de acordo com a gravidade, mas também devido ao modo como lidam com os seus problemas, podendo ser mais desagradável se penalizadas pelos próprios sentimentos (Angelotti, 2001).

O sofrimento decorrente da dor, particularmente na situação de dor crónica associada a doença incurável e progressiva, pode ser devastador se o doente não for ajudado pela família e amigos, e pelos profissionais de saúde, a mobilizar os seus recursos internos para o enfrentar, modificar os seus valores pessoais, procurando aceitá-lo, adaptando-se e reencontrando um sentido para a doença, para o sofrimento e para a sua vida (Sapeta, 2007). O sofrimento humano pode tomar tal intensidade a ponto de limitar a capacidade da pessoa continuar a investir no futuro, mesmo, alterar duravelmente a vida psíquica do indivíduo.

a. Ansiedade

Há alguns factores cuja influência já foi reconhecida em estudos existentes. É o caso da elevada prevalência de psicopatologia geral, bem assim como de uma reconhecida morbilidade psiquiátrica entre estes pacientes quando comparados com a população geral; e nomeadamente no que respeita à ansiedade.

A ligação entre estados de ansiedade, medo e tristeza constitui uma evidência perante qualquer manifestação de doença grave, em que os pacientes vão confrontar-se quer com a doença e seu tratamento, quer com as conotações negativas que assumem perante a sociedade.

A ansiedade e a dor aparecem com frequência associadas. Nalguns indivíduos a ansiedade pode desencadear uma sequência de modificações fisiológicas — libertação de neurotransmissores simpáticos, como a noradrenalina, e aumento do tónus muscular, levando à estimulação do sistema nervoso simpático e gerando mal-estar — capazes de provocar nociceção. Dadas as ligações entre as duas variáveis, a ansiedade contribui para a dor de tal modo que, quando a ansiedade aumenta a dor aumenta, ou quanto maior a ansiedade maior a dor; ou seja, a ansiedade é um dos factores que aumenta e complica o risco da saúde física, prolongando a experiência dolorosa; nomeadamente quando os pacientes não estão informados do seu estado real. Portanto, há um aumento do ciclo da dor (Angelotti, 2001; Coniam & Diamond, 2001; Ogden, 2004; Ribeiro, 1998). A resposta emocional básica do indivíduo à dor, na medida em que ela representa um evento ameaçador, é a ansiedade aguda com todas as reacções fisiológicas que a acompanham.

Já em 1926 Freud tinha abordado a dimensão da ansiedade e a função que exerce no psiquismo. Se por um lado temos a ansiedade como um processo energético interno, tensional, excitador das funções mentais, o qual é necessário conter, de distribuir ou sublimar.

Por outro, temos a ansiedade como uma reacção interna, ou sinal subjectivo de alarme, perante a iminência de algum perigo real ou fantasiado (Hernández, 2003).

A ansiedade poderá definir-se como a manifestação de um estado emocional em que o indivíduo se sente e se descreve como inquieto, nervoso, atemorizado, tenso, ou excessivamente preocupado com alguma situação. A sua manifestação pode ser experienciada a nível psíquico e associada a importantes manifestações somáticas. A experiência de se sentir doente e ameaçado, a longa caminhada desde os exames de diagnóstico, os tratamentos, o mal-estar provocado pelos efeitos secundários dos mesmos, e as consequências da doença, vão-se reflectir na esfera psicossocial de cada um, propiciando o desencadear ou intensificar de elevados níveis de ansiedade (Hernández, 2003; Montgomery, 2000).

A ansiedade como resposta psicofisiológica faz parte de um processo de adaptação normal da pessoa. Neste sentido uma ansiedade reactiva será uma resposta transitória, sendo considerada um estímulo útil e necessário para uma correcta adaptação e um adequado ajustamento; seja no caso de doença (García-Camba, 1999). Desta forma, numa primeira abordagem é impreterível discriminar se estamos perante uma ansiedade situacional ou reactiva ao momento, ou se estamos com um doente que já tenha antecedentes de perturbação ansiosa, com uma psicopatologia de base em que será fundamental uma intervenção para repor os níveis de ansiedade (Montgomery, 2000). Em indivíduos com tendência a desenvolverem ansiedade negativa como resposta a situações mais traumáticas, como uma doença crónica, estes terão uma maior predisposição a comportamentos e experiências de dor intensas, adoptando estratégias de *coping* pouco adequadas ao seu processo de doença, e a desenvolverem comportamentos psicopatológicos (Keogh & Cochrane, 2002).

A ansiedade descontrolada, duradoura, com efeitos negativos na adaptação, é considerada uma ansiedade patológica. Outras manifestações clínicas como: irritabilidade, angústia, inquietude, sono não reparador, dificuldades na concentração, desassossego, preocupação, pensamentos disfuncionais e intrusivos de perigo, nomeadamente de morte, estando em alerta e preocupação constante; rendimento intelectual, perceptivo e motor diminuído; constituem diferentes experiências psicológicas, por vezes subclínicas, da ansiedade patológica.

As doenças crónicas originam estados de ansiedade experienciados pelos medos, específicos ou difusos; a perda de saúde e posterior perda de vida e/ou outras perdas

vivenciadas, influenciam a exacerbação de traços de personalidade característicos da individualidade do ser humano, sobressaindo traços de personalidade ansiosa concomitante com a sua condição de doente. No entanto, pacientes que antes de surgir a doença, já tinham uma predisposição para uma personalidade ansiosa, perante uma situação ameaçadora como a doença terão mais probabilidade de apresentar comportamentos psicopatológicos do tipo que se prende a elevada ansiedade (García-Camba, 1999; Hernández, 2003).

Segundo um estudo elaborado por Snyder et al. (1990, cit. in García-Camba, 1999), em que estabeleciam diferenças entre uma perturbação de adaptação, que não aparece no começo da doença — será o caso das perturbações afectivas —, mas sim no decorrer da mesma, geralmente coincide com as complicações, aquando da sua cronicidade e/ou com a impossibilidade de uma cura rápida. Para estes autores, o cancro e a diabetes mellitus, são as patologias médicas que mais se associam com estas perturbações psicológicas.

Conesa e Carrillo (1999) realizaram um estudo em que verificaram que factores de ordem psicológica davam exactamente o mesmo contributo que os factores físicos no desencadeamento de comportamentos dolorosos. Nomeadamente, a insatisfação pessoal com o trabalho desenvolvido, desencadeava respostas e comportamentos ansiosos. No mesmo estudo os autores observaram pontuações elevadas na escala de hipocondria e histeria, e consequentemente falhas na resposta aos tratamentos. Wootton (2004) refere que os pacientes, após seis meses de ausência ao trabalho como consequência da dor crónica, têm 50% de possibilidades de regressarem às suas funções. Quando esta ausência se prolonga por 1 ano ou mais, a probabilidade será apenas de 10%. O mesmo autor vai mais longe, referindo que existem vários factores psicossociais considerados de risco, no desencadear de processos dolorosos crónicos. No entanto, identifica três deles, atribuindo-lhes um valor preditivo negativo no tratamento da dor crónica: (1) insatisfação laboral; (2) actividade reduzida associada a comportamentos de dor excessiva; e (3) crenças negativas que geram estados de ansiedade patológica, com atitudes de hostilidade, ira e estratégias passivas disfuncionais.

Neste sentido, um estudo realizado na Bélgica (Gheldof et al., 2006), e que tinha como objectivo a avaliação da dor e a dor relacionada com o medo associado com a incapacidade social e funcional num ambiente ocupacional, examinou o papel de factores psicológicos e psicossociais relacionados com trabalho, com o intuito de prever a incapacidade social e funcional em trabalhadores. De 890 trabalhadores, todos eles durante pelo menos uma vez reportaram uma dor de costas. As variáveis em estudo eram dores de costas, incapacidade,

medo relacionado com a dor, afectividade positiva e negativa, satisfação no trabalho, *stress* no trabalho e carga física. Referiram que a intensidade da dor é um forte preditor da incapacidade social, pois o medo de se voltarem a magoar devido a certos movimentos aumenta o seu valor preditivo. Tanto a intensidade do medo como a dor, são um factor de mediação entre a afectividade negativa e a incapacidade. Este estudo dá relevância ao modelo cognitivo-comportamental para o evitamento do medo.

Numa investigação que tinha como objectivo determinar a prevalência da ansiedade/depressão em pacientes com dor crónica, os autores verificaram uma maior prevalência da ansiedade (Castro, Quarantini, Daltro, Kraychette & Miranda -Scippa, 2006).

As repercussões da dor e das incapacidades com ela relacionadas na vida do indivíduo, devem ser analisadas na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes. As possibilidades de readaptação para outras ou mesmas funções no ambiente de trabalho, especialmente em doentes que apresentam afecções dolorosas relacionadas com o exercício profissional, são de vital importância, pois o reajustamento profissional e psicossocial é essencial no processo de reabilitação do doente com dor crónica (Salveti et al., 2004; Yeng et al., 2001).

As sequelas da dor crónica podem ser numerosas, e é provável que as pessoas que sofram destas afecções experienciem perdas importantes na esfera laboral, económica, familiar, social, e sexual, entre outras. A ameaça destas perdas levará o sujeito a mobilizar-se para tentar controlar e contornar a dor de outra forma (Maestro, Zarazaga & Martínez, 2001).

Edwards, Augustson & Fillingin (2003) realizaram um estudo com o propósito analisar as diferenças de género relativamente à ansiedade vivenciada por pacientes com dor crónica. Estudos epidemiológicos e laboratoriais, sugerem que o sexo feminino está associado a altos níveis de ansiedade e uma experiência intensa de dor. Contudo, recentes investigações têm também demonstrado que o género pode agir como um factor moderador entre a ansiedade e as respostas aos estímulos sócio. Por outro lado há dados que confirmam uma forte associação entre a ansiedade e a dor nos homens. Neste estudo também se avaliou se a ansiedade entre os géneros condicionava resultados do tratamento da dor. E os resultados sugerem de facto relações diferenciais entre ansiedade e alívio da dor em função do género. Apesar de ser impossível identificar o mecanismo deste efeito, altos níveis de ansiedade predizem mais alívio da dor nos homens, e menos alívio da dor nas mulheres, devido às diferenças sexuais e às estratégias de *coping* utilizadas pelos diferentes géneros.

Neste seguimento, um outro estudo foi realizado com o objectivo de examinar pela primeira vez, as associações específicas entre o género, a ansiedade e a experiência de dor crónica em indivíduos expostos à “síndrome do chicote” que se localiza na cervical e cuja dor se inclui na dor neuropática. Verificou-se uma associação mais forte entre a ansiedade e a lesão nos homens, comparativamente com as mulheres; podendo ser devidas às diferenças de género em relação à atribuição do estímulo causador da ansiedade e da sintomatologia que afecta a “síndrome do chicote”. A ansiedade pode afectar diferencialmente a prontidão com que as mulheres e os homens reportam a sua dor. Este estudo vem corroborar que a ansiedade é um importante factor na compreensão das diferenças de género em relação a sintomas relacionados com a “síndrome do chicote”, tais como a dor crónica e a incapacidade (Elklit & Jones, 2006).

b. Depressão

A depressão, no contexto médico, é bastante comum, mas frequentemente subdiagnosticada, e como consequência subtratada. De uma forma geral, 50 a 60% dos pacientes com depressão não são diagnosticados, dado que queixas associadas a depressão, como a fadiga, a perda de peso, a cefaleia, dores, etc., são recebidas pelo médico anestesista e não pelo psiquiatra (Henriques & Scivoletto, 1997).

Gatchel (1996, cit. in Angelotti, 2001) verificou que os pacientes atendidos nos cuidados primários, apresentavam uma correlação positiva entre a dor referenciada e determinados problemas psicológicos; nomeadamente com a depressão.

A depressão é uma situação que deve merecer particular atenção, entre pacientes com dor. Quer enquanto amplificador de sintomas, quer porque pode assumir expressão essencialmente somática, quer ainda enquanto estado reactivo condicionado pelo quadro doloroso em si.

A causa exacta para a depressão é frequentemente desconhecida; no entanto existe um importante elemento genético na predisposição para estados/perturbações depressivas e por outro lado, os acontecimentos de vida desagradáveis e o surgimento de uma doença crónica, também são factores com um elevado contributo no desencadeamento ou intensificação de quadros depressivos (Wilkinson, Moore & Moore, 2003).

Greenberg (1997, cit. in Angelotti, 2001) observou na sua experiência com doentes depressivos com dor crónica, que o maior factor de risco de depressão é a própria história de vida do paciente, bem como a história familiar da depressão, a dor, a medicação, e o isolamento social. Os doentes com dor crónica sentem-se impotentes e incapazes frente aos seus próprios sentimentos emocionais, as reacções são incontroláveis, apresentando respostas como: agitação, ansiedade, tensão muscular, irritabilidade e frustração.

Aspectos psicológicos, nomeadamente emocionais, assumem aqui um papel decisivo. O estado depressivo aumenta a intensidade percebida da dor e diminui a sua definição, já que o sofrimento doloroso é inseparável das suas implicações emocionais. Estas por sua vez estarão dependentes de aspectos de personalidade, mas também de circunstâncias sociais do doente - como por exemplo: o emprego, a família, etc., - e ainda da interpretação que dá às suas dores, atribuindo-lhes significados mais ou menos precisos.

O diagnóstico de uma depressão associado a uma doença crónica, constituiu um dos grandes problemas de saúde. Sendo deste modo pertinente tratar a depressão para não intensificar mais a doença crónica; e por outro lado, em não afectar a qualidade de vida das pessoas com estas afecções. Há evidência na literatura de que os pacientes com dor crónica têm uma maior prevalência de depressão, quando comparados com a população em geral (Cassano & Fava, 2002). Outros autores, verificaram que a depressão é o diagnóstico mais frequente na classificação do Eixo I, afectando 53% da população de doentes com dor crónica (Lemogne, Smagge, Dijian & Caroli, 2004).

Estima-se que a prevalência de depressão na população em geral é de 6% (Bernardo, Leal & Barbosa, 2006; Trill, 2003). Num estudo realizado, os autores utilizaram os critérios do DSM-IV (1996; 2006) e detectaram que 28% de depressões *major*, numa amostra de 89 adultos com tumores cerebrais, as quais estavam relacionadas com factores preditores, como a localização do tumor na região frontal, sintomas combinados de tristeza e falta de motivação, e uma história psiquiátrica familiar (Wellich, Kaleita, Ferman, Cloughesy & Goldman, 2002).

A angústia e a tristeza, tão frequentes nas doenças crónicas, são o resultado de uma interacção complexa entre factores médicos, psicológicos e sociais. A dor das perdas simbólicas e reais, os efeitos somáticos e afectivos da doença física, bem como os seus tratamentos, interagem de forma variada e complexa, produzindo sintomatologia depressiva diversa. No entanto as depressões associadas a doenças crónicas diferem das habituais em

populações psiquiátricas. São, por exemplo pouco frequentes alterações profundas da auto-estima em doentes com dor oncológica (Buckberg, Pennam & Holland, 1984); pelo que nesta população o diagnóstico da depressão pode ser complexo. Muitos dos sintomas da depressão, como cansaço, alteração do apetite, do peso, do ciclo do sono, podem ser devidos ao avanço da doença — doenças oncológicas, doenças degenerativas — e seus tratamentos, e não à depressão em si. Perante qualquer patologia física há que investigar a história prévia do paciente no que respeita à história clínica — predisposição para depressões no decorrer da sua vida, toma de medicação que interfira negativamente na sua qualidade de vida — e a vulnerabilidade psicológica da família, pois são factores que vão influenciar o prognóstico de uma perturbação depressiva.

Quando a dor se torna um problema persistente, durante meses ou anos, os indivíduos tendem a pensar de forma negativa e autodestrutiva, provocando efeitos profundos, generalizando os seus pensamentos depressivos e negativos, de forma inadequada, a respeito de si próprios (Angelotti, 2001). Alguns autores têm observado que o estado de ânimo, com pessimismo e expectativas negativas acerca do futuro, podem afectar adversamente o tempo de sobrevivência, a adesão à terapêutica prescrita, longas permanências de internamento, a motivação e a capacidade para se cuidar enquanto doente (Trill, 2003). Nos doentes crónicos com alterações de estado de ânimo, há uma tendência para amplificarem os seus sintomas físicos, incluindo a dor, agravando a incapacidade funcional, e diminuindo o funcionamento social.

Um estudo realizado por Karoly e Ruhlman (2006), permitiu observar que em dois grupos de adultos com a mesma gravidade de dor crónica, aqueles que tinham uma baixa ou moderada percepção da interferência e descontrolo emocional relatavam atitudes mais positivas e uma maior persistência nas tarefas, quando comparados com o outro grupo exactamente com a mesma gravidade de dor, mas que atribuíam um maior significado às interferências emocionais na realização das mesmas funções. Este estudo concluiu que a catastrofização é um preditor negativo da dor crónica; os indivíduos deste último grupo tendem a desenvolver atitudes mais catastróficas de dor.

São numerosos os estudos orientados para a relação existente entre a catastrofização da dor e a experiência de dor. O conceito de “catastrofização da dor” refere-se a uma resposta ou comportamento perante a dor que inclui elementos como ruminação, aumento ou exagero nos níveis das dores - tornam-se mais queixosos -, geralmente sentindo-se desamparados, sem

recursos e impotentes perante a sua situação clínica. Emocionalmente as pessoas com atitudes de “catastrofização da dor”, tendem a aumentar os níveis de *distress* emocional, a desenvolver comportamentos de dor desajustados, e a intensificarem a sua incapacidade. Desta forma a catastrofização aumenta o valor atribuído à dor, que surge como uma ameaça, e leva a que os outros também lhe atribuam mais valor (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch & Carsonlo, 2001; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004; Maestre et al., 2001; Sullivan et al., 2001). Com esta linha de orientação surgiu um outro estudo (Sullivan, Martel, Tripp, Savard & Crombez, 2006) que teve como propósito testar se os comportamentos de catastrofização de dor aumentavam a percepção da mesma pelos outros, esta hipótese não foi corroborada.

Outro estudo realizado neste âmbito (Osborne, Jensen, Ehde, Hanley & Kraft., 2007) teve como objectivo testar o modelo biopsicossocial da dor crónica. Este modelo reconhece a importância dos factores sócio-ambientais no ajustamento à dor. Para tal, os autores avaliaram associações de várias variáveis psicossociais tais como a catastrofização, o apoio social reconhecido, as crenças de dor e o *coping* - com a intensidade da dor e a sua interferência a nível funcional e psicológico em pessoas com dor crónica – num quadro de esclerose múltipla. Ao final, verificou-se que a variável catastrofização na constante é independentemente associada a todos os critérios de mensuração; enquanto que as restantes variáveis psicossociais se associavam apenas a alguns dos critérios de medida. Os resultados contribuíram como um bom apoio empírico para a compreensão biopsicossocial da dor crónica, nomeadamente na esclerose múltipla, sugerindo que certos factores psicossociais, entre os quais a catastrofização, podem ser de grande relevância na adaptação à dor crónica. Outros estudos referem que a catastrofização está associada à doença crónica em geral, surgindo em várias patologias, tais como, a fibromialgia, a lombalgia, a artrite reumatóide, entre outras, (Keef et al., 2001).

As estratégias de *coping* que predizem uma melhor adaptação à dor crónica incluem comportamentos para aliviar a dor, e certos processos cognitivos como reinterpretar ou ignorar sensações de dor, suprimindo deste modo as emoções negativas. A catastrofização é, possivelmente, a estratégia de *coping* mais utilizada, desencadeando um grande mal-estar psicológico associado à dor crónica. Desta forma verificou-se que pontuações elevadas na dimensão neuroticismo da personalidade são preditores de estratégias de *coping* passivas, associadas a pensamentos catastróficos, intensificando a percepção e manifestação da dor (Maestre et al., 2001).

Estados emocionais depressivos graves podem hiperbolizar a percepção dolorosa. A componente cognitiva da dor refere-se à influência que a cultura, as experiências dolorosas passadas, as crenças religiosas ou falta delas, o espírito de sacrifício e outras características pessoais têm, na modulação da dor que sentimos (Almeida & Leite-Almeida, 2006).

A nível psicológico a doença crónica é entendida como um acontecimento gerador de *stress*, susceptível de produzir alterações no auto-conceito, imagem corporal e auto-eficácia, e com reflexos na interacção sexual. Com o agravamento da dor, a sintomatologia anteriormente referida tende a intensificar-se gradualmente, transformando-se em patologias associadas e concomitantes, tais como, entre outras, perturbações de ansiedade, depressivas, de *stress* pós traumático (Carrillo et al., 2003; Crawford & Cardoso, 2000). Diversos autores têm-se debruçado sobre o contributo que as várias emoções negativas associadas à dor - raiva, ansiedade e, depressão - concluindo que desempenham um papel importante na sua experiência e percepção, contribuindo para a cronicidade e incapacidade da mesma (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001, cit. in Keogh, Keogh, McCracken & Eccleston, 2006; Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff, 1997; Meredith, Strong & Feeney, 2007).

Segundo Ogden (1996, cit. in Ribeiro, 1998) mais de 20% dos pacientes com dor crónica manifestam depressão grave, luto, perda de controlo, alteração da personalidade, zanga e ansiedade. Um outro estudo (McGowan, Clarke-Carter & Pitts, 1998, cit. in Ogden, 2004) mostrou diferenças significativas nos níveis de neuroticismo, depressão e psicopatologia entre mulheres com dor crónica comparados com outros sem dor.

Num estudo realizado com indivíduos com dor lombar os autores referem a dor como um importante factor preditor da incapacidade física e psicológica; que se reflecte negativamente na qualidade de vida, bem como nas alterações de humor. Verificaram que a dor estava associada negativamente à qualidade de vida, desencadeando oscilações de humor e mesmo estados depressivos, resultando em incapacidade física e psicológica (Kothe, Kohlmann, Klink, Ruther & Klinger, 2007).

Um outro estudo (Brown, Glass & Park, 2002), permitiu observar que a dor e a depressão afectam negativamente a vida dos doentes com dor crónica, em quadros de artrite reumatóide. Os indivíduos com piores resultados em tarefas cognitivas evidenciam níveis de depressão mais elevados. A investigação sugere que a dor e a depressão são fundamentais

para perceber que a função cognitiva, tem uma implicação importante no tratamento destas afecções.

Seguindo o mesmo raciocínio, um estudo (Volpi et al., 2007) com 533 pacientes com diagnóstico de herpes zóster, verificou que aqueles que apresentam comorbidade depressiva, apresentam uma maior intensidade da dor. Verificou ainda que a qualidade de vida está reduzida, apesar de não se correlacionar significativamente com a intensidade da dor.

A sintomatologia depressiva é frequentemente justificada como sendo reactiva, ou até consequência da doença crónica. Esta situação acontece com alguma regularidade nas doenças oncológicas, em que a tristeza e o comportamento emocional do doente se associam ao mau prognóstico da doença — pelo medo que se tem da morte, pelas sequelas dos tratamentos — sendo a doença física em muitos casos sobreponível à perturbação depressiva, já existente (Spiegel, 1995, cit. in Pereira & Lopes, 2002).

QUALIDADE DE VIDA

I.3. Qualidade de Vida

a. Aspectos históricos do conceito “qualidade de vida”

As raízes formais do conceito de qualidade de vida remontam aos anos 60 do século XX, com o relatório da *Commission on National Goals*, da responsabilidade dos Estados Unidos da América, que apontava como objectivos da nação um conjunto de indicadores sociais e ambientais de bem-estar e qualidade de vida (Casas, 1999; Ribeiro, 1998; Ribeiro, 2002; Rodríguez, Picabia & Gregório, 2000).

Este conceito apareceu pela primeira vez com a afirmação do presidente dos Estados Unidos da América Lyndon Johnson, em 1964, de que os objectivos de um governo não deveriam ser avaliados pelo balanço financeiro do país, mas antes pela qualidade de vida que as pessoas teriam. Contudo, este conceito surge como uma preocupação dentro das ciências humanas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos, como o controlo dos sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Ardila, 2003; Rodríguez et al., 2000; Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002).

As ciências da saúde incorporaram, então, o conceito de “qualidade de vida” que desde há algum tempo vinha a ser discutido por economistas, cientistas sociais e políticos, dado uso diversificado do conceito (Casas, 1999; Rodríguez et al., 2000). As discussões sobre o constructo, o seu conceito e definição, levaram a alterações na maneira de operacionalizar e consequentemente, de o avaliar. Talvez a mais importante tenha sido a mudança de uma avaliação baseada na medida de parâmetros objectivos para outra que tem em conta a percepção subjectiva do indivíduo e da sua própria condição. Não menos importante, mas decorrente daquela, foi a mudança de uma avaliação baseada na impressão do investigador, para aquela onde o julgamento é feito pelo próprio indivíduo; que é afinal o único que sente e que pode verdadeiramente avaliar a sua situação. Esta avaliação terá que ter em consideração que as expectativas de saúde de cada paciente, o apoio social disponível, a sua auto-estima, o *coping* face a possíveis limitações ou incapacidades, podem afectar a sua “qualidade de vida”; e consequentemente a sua percepção pessoal do seu estado de saúde (Arraras et al., 2000; Bennett, 2002; Marques, 1994; Ogden, 2004; Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002).

Ao mesmo tempo, na segunda metade deste século, o mundo foi surpreendido por um novo fenómeno: as populações de praticamente todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento, estão a envelhecer; isto é, a população idosa está a aumentar

progressivamente. Este envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. Esta situação é acompanhada por um aumento da incidência e da prevalência das doenças crónicas, o que leva a um aumento do número de pessoas incapacitadas e dependentes de cuidados de longa duração (Fernandes, 2001; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2003). Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a “qualidade de vida”. Esses anos vividos a mais podem ser de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, no entanto, se os indivíduos, ao envelhecer, mantiverem a sua autonomia e independência, a longevidade poderá ser encarada de forma significativa e positiva. Face a este fenómeno, torna-se pertinente a importância da avaliação da “qualidade de vida” (Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003b).

Desta forma, o conceito de “qualidade de vida” tem sido adoptado na área da saúde pelos vários profissionais — psicólogos, médicos, enfermeiros, etc., — de uma forma multidisciplinar, e nos últimos anos são muitos os trabalhos científicos publicados sobre esta temática, dado o seu valioso contributo para a compreensão das situações vitais ligadas às várias doenças. Na área da oncologia (Baltar, Ribeiro, Lopes, Torres & Lourenço, 2001; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007; Ribeiro, 2002; Ribeiro & Ramos, 2002; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003), da diabetes (Silva et al., 2003a; Silva et al., 2003b), respiratórias (Antunes & Ribeiro, 2000), doença inflamatória do intestino (Veríssimo, 1996), epilepsia (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002a; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002b), da depressão (Barbosa & Ribeiro, 2000), dos cuidados aos idosos (Sousa & Figueiredo, 2000) e das crianças (Prebianchi, 2003), como uma nova dimensão psicológica (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000). Referindo apenas a alguns estudos em contexto Português, daí a pertinência do estudo que será apresentado neste trabalho.

b. Avaliação e definição do conceito da qualidade de vida

Para se poder avaliar a “qualidade de vida”, esta deve ser reconhecida como um conceito multidimensional que inclui estilo de vida, casa, satisfação com a escola ou trabalho, satisfação com a situação económica. Deve de ser conceptualizada de acordo com o sistema de valores, com as perspectivas que variam de pessoa para pessoa, de grupo para grupo, de lugar para lugar e de época para época; é pois, um conceito que está sujeito a múltiplos pontos de vista (Ardila, 2003; Bertani, Rezende, Parzewski & Lourenço, 2005; Cella, 2003, Ganz, Schag, Lee, Polinsky & Tan, 1992; Meneses et al., 2002a; Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001; Terol et al., 2000). Assim a “qualidade de vida” consiste numa sensação de bem-estar

que pode ser experimentada pelas pessoas e que representa sensações subjectivas e pessoais de se “sentir bem” (Argyle, 1993; Velarde-Jurado & Ávila-Figueiroa, 2002).

A noção de “qualidade de vida”, refere-se ao bem-estar social e psicológico, ou seja, ao desempenho dos papéis sociais, à acuidade mental, ao estado emocional e às relações interpessoais (Beadle et al., 2003; Bottomley, 2002; Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004).

Qualquer um de nós tem uma ideia sobre o que é a “qualidade de vida”, uma possível definição poderá ser o grau de satisfação que um indivíduo expressa ou experimenta a respeito da sua condição física, mental ou social (Cella, 2003); ou segundo estes autores (Hornquist, Wirby, Hansson & Anderson, 1993) “é o bem-estar individual e satisfação com a vida” (p.265). Schollock e Verdugo (2003), por seu lado, definiram “qualidade de vida” como:

Um conjunto de factores que compõem o bem-estar pessoal; os indicadores centrais deste conceito são definidos pelas percepções, condutas e condições específicas das dimensões de qualidade de vida que se reflectem no bem-estar de uma pessoa (p. 34 – Trad. nossa).

Outros autores, defendem que a “qualidade de vida” pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, nas dimensões física, psicológica, social, sexual, ao nível da independência e das crenças pessoais (Antunes & Ribeiro, 2000; Cella & Cherin, 1988, cit. in Sales et al., 2001; Cella, 2003; Cramer, 1994, cit. in Ribeiro, 2002; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia, 1997; Ferrel et al., 1988; Silva et al., 2002)

Qualidade de vida é um estado de satisfação geral, derivado da realização das potencialidades de uma pessoa. Possui aspectos subjectivos e aspectos objectivos. É uma sensação subjectiva de bem-estar físico, psicológico e social. Inclui como aspectos subjectivos a intimidade, a expressão emocional, a segurança percebida, a produtividade pessoal e a saúde percebida. Como aspectos objectivos o bem-estar material, as relações harmoniosas com o ambiente físico e social e com a comunidade, e a saúde objectivamente percebida (Ardila, 2003, p.163).

c. Qualidade de vida relacionada com a saúde

Na perspectiva da psicologia da saúde, a “qualidade de vida” está relacionada com a saúde do indivíduo, sendo a avaliação subjectiva que o paciente faz dos diferentes aspectos da sua vida que estão relacionados com a doença (Rodriguez & Sanchez, 1995).

A prevenção da doença e a promoção da “qualidade de vida”, seja ela a nível individual ou a nível colectivo, constitui um dos temas prioritários da teoria e da prática da psicologia da saúde. Os profissionais dos cuidados de saúde estão cada vez mais conscientes de que melhorar a qualidade de vida é uma das principais metas dos cuidados médicos (Fernández-Ríos & Garcia-Fernández, 1999; Silva et al., 2003a; Silva et al., 2003b).

O conceito de “qualidade de vida” no âmbito da saúde, constitui um valioso instrumento para compreender as situações vitais ligadas às doenças, como por exemplo, a dor e as limitações das funções que provocam dependência para executar simples actividades quotidianas habituais, podendo reduzir a “qualidade de vida” do indivíduo (Ramón & Sánchez, 1999; Rodríguez et al., 2000).

As incapacidades físicas, psicológicas e sociais são as principais repercussões que comprometem a qualidade de vida dos pacientes com dor crónica, sendo importante a sua identificação e o grau de influência na manutenção da dor (Barros, 2004).

São várias as razões pelas quais os profissionais de saúde reconhecem a importância de se avaliar a “qualidade de vida” relacionada com a saúde. Uma dessas razões é a importância de se determinar o impacto que as doenças crónicas têm sobre os indivíduos. Outra é o fenómeno comumente observado de que dois pacientes, com os mesmos critérios clínicos, têm com frequência respostas dramaticamente diferentes; havendo necessidade de se criar critérios mais subjectivos para conseguir medir a diferença de resultados. A terceira razão prende-se com o interesse cada vez maior que os pacientes e os profissionais de saúde têm acerca dos efeitos das intervenções médicas sobre a “qualidade de vida” (Espinosa et al., 1998; Guyatt et al., 1993 Terol et al., 1997; Toledo, Barreto, Pascual & Ferrero, 1993).

Provavelmente, a primeira vez que o termo “qualidade de vida” foi utilizado numa revista científica, na área das ciências da saúde, terá sido nos anos 60, quando Elkington (1966, cit. in Farquhar, 1995) escreveu um artigo intitulado “Medicina e Qualidade de Vida”.

Por se ter verificado que hoje, devido ao avanço das tecnologias médicas, é possível proporcionar uma diversidade de tratamentos que têm influência directa no aumento da longevidade “quantidade de anos vividos”, outros tratamentos levam à deterioração da “qualidade de vida”. Sendo pertinente uma avaliação cuidada da “qualidade de vida” individual (Beadle et al., 2003; Bennett, 2002; Bottomley, 2002; Espinosa, Zamora & Cubillo,

1998; Fagulha et al., 2000; Farquhar, 1995; Marques, 1994; Rodríguez et al., 2000; Silva et al., 2003b; Terol et al., 2000).

Há três razões para se oferecer um tratamento aos doentes (1) o tratamento vai aumentar a sua longevidade, (2) o tratamento vai prevenir a morbilidade futura, (3) o tratamento vai ajudar os doentes a sentirem-se melhor. As duas primeiras razões são relativamente fáceis de serem avaliadas; a terceira, não. Por causa da dificuldade em a avaliá-la, durante muito tempo, os clínicos tentaram medi-la através de testes fisiológicos ou laboratoriais; capacidade vital, pressão arterial, frequência cardíaca, glicemia etc., (Ribeiro, 2002). Entretanto, nos últimos 30 anos os clínicos têm reconhecido a importância de se medir directamente o bem-estar (Woodend et al., cit. in Schalock & Verdugo, 2003). Não se devem medir apenas as melhorias fisiológicas, mas também os efeitos dos tratamentos na vida das pessoas (Espinosa et al., 1998).

A saúde transformou-se, assim, num conceito multidimensional, incorporando diversos aspectos das nossas vidas; mas também num conceito dinâmico e pessoal, pois se a perspectiva de vida, as relações, os papéis sociais e as expectativas mudarem, o estado de saúde também se altera (Rodríguez et al., 2000).

A partir da sua redefinição, a saúde deixou de ser “ausência de doença”, dado que hoje está fortemente ligada a um estado positivo de bem-estar, de satisfação com a vida e consequentemente a uma boa “qualidade de vida”. A promoção da saúde é o foco mais relevante da avaliação da “qualidade de vida” no âmbito da saúde, centrando-se na capacidade de viver sem doenças, de superar as dificuldades ou estados de morbilidade, constituindo um meio de prevenção de distúrbios físicos, psicológicos e ainda de comportamentos de risco (Bennett, 2002; Fagulha et al., 2000; Minayo, Hartz & Buss, 2000; Ogden, 2004).

Para outros autores uma boa saúde é um indicador universal de “qualidade de vida” (Evans & Cope, 1990, cit. in Miguel, Carvalho & Batista, 2000; Ribeiro, 1998; Schalock & Verdugo, 2003),

Esta orientação para a “qualidade de vida” vem dar maior protagonismo aos doentes, pelo facto de lhes ser reconhecido poder de decisão no processo terapêutico. Neste sentido, torna-se importante partilhar a informação com o doente e sua família mais directa sobre o que se passa e o que pode vir a ocorrer. É relevante os profissionais de saúde utilizarem uma

linguagem explícita e acessível ao doente/família. A falta de conhecimento leva a uma perda do sentimento de controlo sobre o que se passa consigo, o que se repercutirá no nível de “qualidade de vida” (Barón, 1999; Buela-Casal & Moreno, 1999; Cruzado & Olivares, 2000; Espinosa et al., 1998; Rodríguez et al., 2000).

Neste sentido, a Psicologia da Saúde assumiu uma posição privilegiada, após o desenvolvimento e conseqüente mudança observada no seio da medicina, que passa a reconhecer a influência dos factores psicossociais e o seu impacto na doença física (Bennett, 2002; McIntyre, 1994; Ogden, 2004). A saúde e a doença, que tinham sido tradicionalmente objecto de estudo privilegiado da medicina e das ciências biológicas, passam agora a ser interpretadas de uma forma mais complexa e pluridisciplinar. Perante este novo modelo bio-psico-social, o indivíduo é visto como um todo, e observado nas suas complexas e variadas dimensões física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sócio-cultural, etc; as quais têm repercussões no seu estado de saúde ou de doença (Bennett, 2002; McIntyre, 1994; Ogden, 2004; Ribeiro, 2002).

Actualmente é mais pertinente medir a “qualidade de vida” relacionada com a saúde, do que simplesmente medir taxas de mortalidade ou de doença (Bowling, 1994).

Nos últimos anos aumentou o interesse de saber se os indivíduos que vivem com uma doença crónica, conseguem viver o seu dia-a-dia com a mesma facilidade e o mesmo grau de satisfação, isto é “qualidade de vida” (Urdániz, Mañas & Alvarez, 1995).

Foi consensual a afirmação de que na Europa a dor crónica de intensidade moderada a grave afecta de forma importante a “qualidade de vida” da população, nas suas vertentes psicológica, social e profissional, constituindo um problema *major* de saúde pública que terá de ser devidamente ponderado, analisado e considerado; os custos da dor não-tratada são elevadíssimos, estando avaliados, nos países industrializados, entre 2,25 a 2,8% do seu produto interno bruto [PIB] (Breivik et al., 2005; Correia, 2007).

Deste modo, cuidar o doente com dor assume-se como uma intervenção abrangente, ao englobar as componentes sensorial e emocional da pessoa doente. Impondo-se necessariamente o conceito de cuidados holísticos, de modo a satisfazer a complexidade das necessidades que estes doentes evidenciam (Folhas, Oliveira, Rato & França, 2007).

OBJECTIVOS

II.5. Objectivos

a. Modelo, desenho e hipóteses

Em termos práticos temos de admitir que, em boa verdade, ainda dispomos de relativamente poucos estudos envolvendo variáveis psicossociais e comportamentais no estudo das doenças crónicas.

O objectivo primordial e geral desta investigação é pois o de caracterizar Qualidade de Vida de doentes com Dor Crónica em acompanhamento na Unidade de Dor do Hospital de S. João – Porto.

Assim, pretende-se especificamente avaliar de que forma a qualidade de vida destes doentes, é modelada pela personalidade, por um lado, e pode variar, por outro, em função de uma psicopatologia (ansiedade, depressão) e ainda pela dor, uma vez controlada a influência de variáveis sócio-demográficas e da sua situação médica (diagnóstico e terapêutica actual).

Por outras palavras, saber até que ponto a adaptação à doença crónica está condicionada pela personalidade, e até que ponto depende da ansiedade, da depressão e/ou da gravidade da dor.

Como objectivo secundário, e possivelmente tema de desenvolvimento de trabalhos ulteriores, o que se presume pois, ao avaliar estes aspectos psicológicos, é que eles possam ter um impacto significativo na percepção do estado de saúde. Seja no sentido da adesão às prescrições, ou então como indicadores de um melhor ou pior prognóstico para intervenções psicoeducativas que visem fortalecer a capacidade do indivíduo para lidar adaptativamente com a sua condição de saúde. Posto por outras palavras, pretende-se escrutinar diferenças individuais que possam estar na base de maladaptação às dificuldades impostas pela condição de saúde; e isto de modo a permitir, em última análise, reconhecer um perfil que faculte elementos para melhor delinear estratégias de intervenção psicoeducativa a nível da intervenção terapêutica.

Hipóteses

Neste estudo adopta-se uma abordagem transversal em que os sujeitos são inicialmente entrevistados no sentido de se obter uma caracterização da amostra, para abordar

depois a caracterização da dor em particular, a estudar no âmbito de uma possível associação com as diferenças individuais a considerar como variáveis no âmbito do estudo: personalidade, psicopatologia (ansiedade/depressão) e qualidade de vida.

E assim começa-se por considerar desde logo, como objecto de análise, a possível existência de diferenças de género quanto à personalidade e seu conteúdo de psicopatologia afectiva; mas também, consequentemente, quanto à dor e à qualidade de vida.

Mediante o exposto, as hipóteses a considerar para o presente estudo são:

- Ha1. Na população em estudo — utentes da consulta de dor (da Unidade de Dor do Hospital de S. João, Porto) — os doentes com elevadas pontuações na dimensão da **personalidade** de **neuroticismo** tendem a apresentar queixas de **dor** mais intensa.
- Ha2. Doentes com níveis de **psicopatologia** mais elevados em **ansiedade e/ou depressão** referem mais queixas de **dor**.
- Ha3. Em doentes com **dor** mais intensa é pior a **qualidade de vida**.
- Ha4. Os doentes com elevadas pontuações na dimensão da **personalidade** de **neuroticismo** apresentam uma **qualidade de vida** inferior, do que os doentes que pontuam na dimensão de extroversão.
- Ha5. Em doentes com níveis de **psicopatologia** mais elevados em **ansiedade e/ou depressão**, a **qualidade de vida** está prejudicada.
- Ha6. E finalmente, os doentes com pontuações mais elevadas na dimensão da **personalidade** de **neuroticismo** tendem a apresentar mais **psicopatologia** de tipo **ansioso e depressivo**.

MÉTODOS

III. Método

III.1. Participantes

a. Selecção da amostra

Os participantes foram escolhidos a partir do método de amostragem intencional (não aleatório), isto é, a amostra foi escolhida de acordo com as características da população a estudar (Moreira, 1994). Deste modo, o estudo transversal incide sobre indivíduos recrutados sequencialmente entre os doentes com patologias reconhecidas como comportando dor crónica, a receber acompanhamento regular na Unidade de Dor do Hospital S. João, Porto, no período compreendido entre Maio de 2007 e Setembro de 2007.

De entre estes foram naturalmente excluídos os menores de 16 anos, aqueles que, por iliteracia funcional não estivessem capazes de responder aos instrumentos utilizados; ou ainda os que, devidamente esclarecidos sobre a natureza e propósitos do estudo, se negasse a prestar colaboração voluntária.

III.2. Procedimentos

Com o propósito do estudo foi feita uma entrevista individual a cada um dos sujeitos em que foi solicitada, caso a caso a sua colaboração voluntária, após esclarecimento sobre a natureza e propósitos do estudo. Onde aplicável, foram consultados os correspondentes processos clínicos, como forma a obter dados de interesse para o estudo, evitando até onde possível sobrecarregar o paciente. Aos indivíduos que acederem participar livremente no estudo — e foram todos — foi dada uma breve explicação sobre os objectivos do mesmo, procedendo ao esclarecimento de dúvidas e reforçando a ideia de anonimato e confidencialidade dos dados que, destinados a tratamento em grupo, nunca seriam utilizados para quaisquer outros fins alheios ao estudo.

III.3. Medidas

Para a presente investigação foi utilizada uma abordagem quantitativa, recorreu-se a uma metodologia descritiva e correlacional. E no que respeita à selecção dos instrumentos para estudar os factores que nos propomos avaliar, as referências na literatura são incontáveis; pelo que a selecção teve de obedecer a vários critérios. E designadamente de validade e de

fiabilidade, além da exequibilidade no contexto em vista. Isto é, começou por se reconhecer que os instrumentos a ser utilizados eram sensíveis e fiáveis. Ou seja, davam alguma garantia de serem instrumentos sensíveis às variações, de que avaliavam aquilo que se propunham avaliar, e de que as avaliações eram mais ou menos estáveis e reprodutíveis.

Dada a multifactorialidade do modelo, também determinante foi a extensão da bateria uma vez que por aí passava a viabilidade prática da execução da entrevista. E assim, evitaram-se tanto quanto possível os questionários muito extensos, bem como a duplicação dos factores avaliados no contexto do modelo proposto. De facto os estudos de adaptação à doença, ou de qualidade de vida como também se tem vindo a chamar, têm alargado o seu campo de investigação e adoptado de per se modelos multifactoriais que assim incorporam vários factores.

Finalmente, quanto ao modelo adoptado para integração do estudo da personalidade adoptou-se como modelo de base o de Eysenck (1967, cit. in Hall, Lindzey & Campbell 2000), porquanto envolve dimensões que se pressupõem à partida como determinantes da reactividade emocional do indivíduo; e nessa medida, modeladoras do seu estado de ansiedade e depressão, bem como do seu modo de exprimir os seus sintomas; de que se releva a dor.

Quanto à questão da avaliação somática, ela começou pela categorização diagnóstica e incluiu um índice de gravidade da dor; o que permitiu fazer o pretendido estudo correlacional em relação à qualidade de vida.

Para caracterizar os entrevistados sociodemograficamente preparou-se uma breve entrevista estruturada que incluiu os seguintes dados: idade, género, relacionamento conjugal, nº de filhos, situação profissional e escolaridade; a caracterização médica (diagnóstico e terapêutica) (cf. Anexos).

III.4. Instrumentos

No âmbito da avaliação através de uma bateria, recorreu-se aos seguintes instrumentos:

1. Para quantificação da dor (cf. Anexos).

➤ **McGill Pain Questionnaire (MPQ)**

O Questionário McGill para avaliação da dor (Melzack, 1975; Martins, 1999a; Martins, 1999b) foi concebido por Ronald Melzack para quantificar três aspectos da experiência de dor que, segundo este autor, se prendem a estruturas distintas do sistema nervoso (Melzack & Wall, 1988). E esse foi talvez o seu maior contributo para a avaliação da dor; isto é, o acentuar que a experiência da dor envolve diversos aspectos distintos (Melzack & Wall, 1988, p. 93-95).

Melzack e Torgerson seleccionaram 102 palavras qualificativas de dor da literatura e questionários existentes à altura (Melzack & Torgerson, 1971) e ordenaram-nas de acordo com as três grandes categorias propostas por Melzack: palavras relacionadas com as características sensoriais da dor — seja da duração ou da temperatura —, as referidas às suas qualidades afectivas — seja de medo, de tensão —, e as “avaliativas que descrevem a intensidade geral subjectiva da experiência global de dor” (Melzack e Torgerson, 1971). Dentro das três principais classes agruparam depois *a priori* as que consideram qualitativamente idênticas, e submeteram as 16 subclasses obtidas a um painel de 20 revisores; tendo resultado em mais 4 subclasses. Finalmente as palavras agrupadas nestas 20 subclasses foram avaliadas por três grupos de pessoas — 140 estudantes, 20 médicos, e 20 doentes — recorrendo a uma escala de 7 pontos, começando por eliminar as palavras em que não havia acordo entre os três grupos. E assim se obteve ao final uma ponderação para cada uma das palavras.

Na sua forma final o instrumento é pois um inventário em relação ao qual se pede ao respondente que seleccione em cada subgrupo a palavra que descreve melhor a sua dor na altura (Melzack, 1975). Se nenhuma se aplicar, não deve escolher nenhuma. Obtém-se depois uma *Pain Rating Intensity Score* (PRI-S) através do somatório dos valores das escalas, resultando estes da soma dos valores ponderados relativos aos adjectivos assinalados. Esta pontuação pode ainda ser modificada dividindo o valor da soma obtida para cada dimensão pela pontuação máxima possível para essa dimensão, o que dá uma pontuação variando entre 0 e 1.00 (Melzack, 1983; p45). Outros métodos de pontuação foram propostos por Melzack, seja o Número de Palavras Escolhidas (NWC), ou a *Present Pain Intensity* (PPI), obtida numa escala de 1 a 5 na secção descritiva da dor (Boyle, Fernández & Ortel, 2003; Martins, 1999a; Martins, 1999b; Pimenta & Teixeira, 1997).

➤ ***Visual Analogue Scales (VAS)***

A técnica da Escala Visual Analógica (Aitken, 1969; Carlsson, 1983; Evans et al., 2004; Goiburu, 2003; Huskisson, 1974; Joyce, Zutshi, Hrubes & Mason, 1975; Ohnhaus & Adler, 1975; Price, McGrath, Rafii & Buckingham, 1983) — aqui incluída, conforme referido, no MPQ — permite-nos quantificar numericamente a dor. É mostrado ao paciente uma escala numérica de 0 a 10, pedindo que quantifique a intensidade da sua dor; sendo que 0 corresponde a ausência de dor, e 10 corresponde a dor máxima — geralmente é a dor que leva um indivíduo a uma urgência de hospital. É considerada uma dor valorizável quando superior ou igual a 3, nesta escala de 0 a 10.

2. Para avaliação da personalidade (cf. Anexos)

➤ ***Eysenck Personality Inventory (EPI)***

O Inventário de Personalidade de Eysenck (Eysenck & Eysenck/EDITS, 1964; Vaz Serra, Ponciano & Freitas, 1980) é um instrumento de auto-aplicação para avaliar a personalidade baseado no modelo dimensional proposto por Hans Eysenck, do qual se destacam a extroversão/introversão e o neuroticismo *versus* estabilidade emocional. A fim de facilitar os aspectos descritivos do teste, a dimensão neuroticismo *versus* estabilidade emocional é frequentemente designada apenas por neuroticismo, enquanto que a dimensão introversão/extroversão, é exclusivamente denominada por extroversão. O *EPI* tem ainda uma escala de mentira, que serve para reduzir o viés devido à tendência para dar respostas socialmente desejáveis. É constituído por 57 questões, 9 correspondem à escala de mentira, e as restantes às duas dimensões mencionadas: extroversão e neuroticismo. Os estudos efectuados com este inventário têm revelado uma boa fidedignidade e validade. A evidência da base teórica e da aplicação prática referente às dimensões assinaladas encontra-se reunida em diversos livros editados por Eysenck (Vaz Serra et al., 1980).

3. Para avaliação da psicopatologia — ansiedade e depressão — (cf. Anexos)

➤ ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***

A escala hospitalar de ansiedade e depressão (Zigmond & Snaith, 1983), tem este nome por ser uma escala pequena e fácil de usar nos meios hospitalares. Compreende 14 itens divididos em duas subescalas que medem a depressão e a ansiedade. A força particular da HADS é a de que evita especificamente os itens que medem as manifestações de depressão,

que podem levar à inflação das pontuações e a uma categorização inadequada, como em medidas do tipo do BDI. A escala de depressão é utilizada para medir a depressão anedónica, que, segundo os autores, é o elemento patológico central da depressão. Para cada item há 4 respostas possíveis, cotadas de 0 a 3, em que 0 reflecte menor gravidade e o 3 maior gravidade. Pontuações de 7 ou menos são considerados não casos, 8 a 10 casos duvidosos, e mais do que 11 como casos bem definidos. É facilmente compreendido e aceite pelos pacientes (Ribeiro et al., 2006; Hernández, 2003).

A selecção inicial dos itens para a escala foi baseada na experiência clínica e foi inteiramente validada numa amostra de indivíduos com um diagnóstico psiquiátrico. No entanto, tem um bom resultado em termos de validade e de fiabilidade, com uma coerência interna, avaliada através das correlações de Spearman, com valores que oscilaram entre 0,41 a 0,76 ($p < 0,01$) para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ($p < 0,02$) para a depressão.

A sua independência em relação à possível confusão entre problemas mentais e consequências de problemas de saúde física, tal como cansaço ou a fadiga, foi confirmada por Zigmond e Snaith (1983); estes autores verificaram que as pontuações do HADS em pacientes com doença física que não sofriam de perturbação de humor eram semelhantes aos de uma amostra de indivíduos sem doenças. A brevidade no preenchimento da escala e aceitação por parte dos participantes resultaram no seu uso frequente (Pais-Ribeiro *et al.*, 2006).

4. E finalmente, para avaliação da Qualidade de Vida relativa à saúde (cf. Anexos)

➤ ***The Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36)***

Cobrindo oito dimensões do estado de saúde e bem-estar, e duas avaliações gerais, respectivamente de saúde física e mental, além de uma auto-avaliação da mudança no estado de saúde, o *Medical Outcomes Study Questionnaire*, na sua versão breve de 36 itens, é um instrumento psicometricamente robusto que foi concebido como um indicador genérico do estado de saúde (Castro et al., 2003; Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b; McHorney, Ware & Raczek, 1993; Pezzilli et al., 2006; Ribeiro, 2005; Ware, 1987; Ware, 1994; Ware & Sherbourne, 1992; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; Ware, Kosinski & Keller, 1994; Ware et al., 1998).

Concebem-se as oito escalas agrupadas em dois conjuntos distintos de ordem superior em função da variância comum – dando conta de 80-85% do total – em saúde física e mental.

De tal modo que estas dimensões de ordem superior têm sido usadas, em lugar das oitos subescalas correspondentes, sem perda substancial de informação. Com efeito, três escalas – Função Física, Desempenho Físico e Dor Corporal – contribuem para a maior parte do Somatório da Componente Física (Ware et al., 1994; Ware et al., 1998); e três outras – Saúde Mental, Desempenho Emocional e Função Social – contribuem essencialmente para o Somatório da Componente Mental. As escalas de Vitalidade, Saúde Geral e Função Social, por seu turno, têm correlações reconhecidas em ambos os componentes.

Estas são escalas que, com fiabilidade e validade bem estabelecidas, têm sido largamente utilizadas em todo o mundo. Tome-se o caso do Somatório da Componente Mental, em relação ao qual um ponto de corte de 42 se traduz numa sensibilidade de 74% e numa especificidade de 81% na detecção de doentes com diagnóstico de Perturbação Depressiva (Ware et al, 1994).

Segue-se a descrição – através do “retrato *robot*” para a pontuação mínima e para a máxima – de cada uma das oito escalas e dos Somatórios das componentes física e mental, com os itens que a compõem e indicação da respectiva fiabilidade (Ware et al., 1994):

✓ **Somatório da Componente Física:**

Pontuação Mínima: Limitações para cuidar de si, físicas, sociais, e desempenho de actividades, dor corporal grave, cansaço frequente, saúde pontuada como “fraca” (0%)

Pontuação Máxima: Sem limitações físicas, incapacidades, ou diminuição do bem-estar, elevado nível de energia, saúde assinalada como “excelente” (0%)

Fiabilidade: 0,92

Itens (21):

✓ Funcionamento Físico:

Pontuação Mínima: Muito limitado(a) a executar todas as actividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir (0,8%)

Pontuação Máxima: Executa todos os tipos de actividades físicas incluindo as mais vigorosas sem limitações devidas à saúde (38,8%)

Fiabilidade: 0,93

Itens (10): 3a. Actividades vigorosas; 3b. Actividades moderadas; 3c. Levantar, carregar mercearias; 3d. Subir vários lanços de escadas; 3e. Subir um lanço; 3f. Vergar, ajoelhar; 3g. Caminhar 1,5 km; 3h. Caminhar vários quarteirões; 3i. Caminhar um quarteirão; 3j. Tomar banho, vestir.

✓ Limitações no Desempenho de actividades habituais devido a Problemas de Saúde Física:

Pontuação Mínima: Problemas no trabalho ou outras actividades diárias e resultado da saúde física (10,3%)

Pontuação Máxima: Sem problemas no trabalho ou outras actividades diárias (70,9%)

Fiabilidade: 0,89

Itens (4): 4a. Reduziu o tempo; 4b. Fez menos; 4c. Limitado(a) no tipo; 4d. Teve dificuldade.

✓ Dor Corporal:

Pontuação Mínima: Dor muito grave e extremamente limitativa (0,6%)

Pontuação Máxima: Sem dor ou limitações devidas a dor (31,9%)

Fiabilidade: 0,90

Itens (2): 7. Gravidade da dor; 8. Interferência da dor.

✓ Percepção Geral de Saúde:

Pontuação Mínima: Avalia a saúde pessoal como “fraca” e julga que é provável que piore (0,0%)

Pontuação Máxima: Avalia a saúde pessoal como excelente (7,4%)

Fiabilidade: 0,81

Itens (5): 1. Classificação geral; 11a. Adoecer facilmente; 11b. Tão saudável quanto; 11c. Saúde vai piorar; 11d. Saúde excelente.

✓ **Somatório da Componente Mental:**

Pontuação Mínima: *Distress* psicológico frequente, incapacidade social e no desempenho das funções habituais devido a problemas emocionais, qualifica a saúde como “fraca” (0%)

Pontuação Máxima: Afecto positivo frequente, ausência de *distress* psicológico e limitações em tarefas sociais/habituais devido a problemas emocionais, qualifica a saúde de excelente (0%)

Fiabilidade: 0,88

Itens (14)

✓ Vitalidade (energia e fadiga):

Pontuação Mínima: Sente-se permanentemente cansado(a) e esgotado(a) (0,5%)

Pontuação Máxima: Sente-se o tempo todo cheio(a) de vigor e energia (1,5%)

Fiabilidade: 0,86

Itens (4): 9a. Vigor/dinamismo; 9e. Energia; 9g. Esgotado(a); 9i. Cansado(a).

- ✓ Limitações nas actividades sociais – Funcionamento Social – devido a problemas físicos ou emocionais:

Pontuação Mínima: Interferência importante e frequente com as actividades sociais normais devido a problemas físicos e emocionais (0,6%)

Pontuação Máxima: Executa actividades sociais normais sem interferências por parte de problemas físicos ou emocionais (52,3%)

Fiabilidade: 0,68

Itens (2): 6. Social/Em que medida; 10. Social/Quanto tempo.

- ✓ Limitações no Desempenho de actividades habituais devido a Problemas Emocionais:

Pontuação Mínima: Problemas no trabalho e outras actividades diárias em resultado de problemas emocionais (9,6%)

Pontuação Máxima: Sem problemas com o trabalho ou outras actividades diárias (71,0%)

Fiabilidade: 0,82

Itens (3): 5a. Reduzir o tempo; 5b. Fazer menos; 5c. Descuidadamente.

- ✓ Saúde Mental (*distress* psíquico e bem-estar):

Pontuação Mínima: Sentimentos de nervosismo e depressão durante todo o tempo (0,0%)

Pontuação Máxima: Sente-se em paz, feliz e calmo(a) durante todo tempo (0,2%)

Fiabilidade: 0,84

Itens (5): 9b. Nervosismo; 9c. Desânimo; 9d. Em paz, tranquilidade; 9f. Em baixo, triste; 9h. Feliz.

III.4. Análise dos dados

Para proceder à análise estatística recorreu-se ao programa *Statgraphics* (Statsoft, 2001), começando pela descrição da amostra utilizando médias e desvios-padrão em relação às variáveis contínuas ou comportando-se como tal. Já em relação às variáveis categoriais as frequências absolutas — efectivamente usadas em posteriores análises, como seja recorrendo ao qui-quadrado ou à ANOVA de Kruskal-Wallis e teste de medianas — foram transformadas em valores percentuais mais directamente apreensíveis.

Para os estudos comparativos, entre o grupo de estudo, procedeu-se à prova *t* de *Student* para amostras independentes. Ou então, onde aplicável, recorrendo à prova do qui-

quadrado em quadros de dois por dois para variáveis dicotómicas como o sexo — porventura recorrendo à correcção de Yates para pequenas amostras —; ou à ANOVA de Kruskal-Wallis e teste de medianas.

Para discriminar de entre as variáveis consideradas, as que se associavam a uma pior ou melhor qualidade de vida, procedeu-se a estudos correlacionais entre a qualidade de vida e as outras variáveis aqui consideradas relevantes na sua consubstanciação, recorrendo para o efeito ao coeficiente produto-momento — r — de Pearson.

RESULTADOS

IV. Resultados

IV.1. Descrição Geral da Amostra

Quadro 1a. *Descrição Geral da Amostra*

N = 155		%
Grupo etário	(1-4)	① = 6,5 / ② = 54,2 / ③ = 37,4 / ④ = 1,9
Sexo	(♂ / ♀)	♂ = 23,2 / ♀ = 76,8
Escolaridade	(1-4)	① = 53,9 / ② = 27,9 / ③ = 11,7 / ④ = 6,5
Nível sócio-profissional	(1-4)	① = 24,5 / ② = 25,8 / ③ = 28,4 / ④ = 21,3
Relacionamento	Conjugal	S = 21,3 / C = 69,0 / D = 5,8 / V = 3,9
Nº de Filhos		① = 79,1 / ② = 20,9

Notas:

S = Solteiro; C = Casado; D = Separado ou divorciado; V = Viúvo;

A amostra em estudo é constituída por 155 indivíduos, dos quais 23,2% são do sexo masculino e 76,8 % do sexo feminino, pertencendo sobretudo ao grupo etário 30-49 anos e ao grupo 50-69 anos — *Quadro 1a* —. No que se refere ao relacionamento conjugal, 21,3% dos entrevistados eram solteiros, 69,0% casados ou a viverem maritalmente, 5,8% divorciados ou separados e 3,9% viúvos. E na sua maior parte — 79,1% — tinham um filho.

Quanto à moda do nível de escolaridade, podendo variar entre 1 e 4, situou-se aqui essencialmente em redor do 1 — 53,9% (até ao 4º ano, inclusive) —; isto é, no mais baixo. Já o nível socio-profissional dos indivíduos da amostra, podendo variar igualmente entre 1 – 24,5% (no activo) e 4 – 21,3% (desempregado), distribuiu-se neste caso de modo sensivelmente equitativo pelos vários níveis.

a. Diagnósticos

Quadro 1b. *Diagnósticos*

<i>N</i> = 155	%
Fibromialgia	40
Neuropatia Periférica	14
Síndrome Pós –Laminectomia	10,3
Dor Osteoarticular	5,8
Dor Oncológica	5,2
Dor Origem Central	5,2
Cervicalgia	2,6
Lombalgia	2,6
Dor Vasculopatia Periférica	2,6
Nevralgia Pós-Herpética	2,6
Nevralgia Trigêmeo	1,9
Dorsalgia	1,9
Tendinite	1,9
Neuropatia Diabética	1,3
Dor Membro-Fantasma	1,3
Cefaleias	0,7
Síndrome Miofascial	0,7

Pela análise do quadro verificamos que 40% da população em estudo tem um diagnóstico de fibromialgia. Em seguida surge o diagnóstico de neuropatia diabética em 14% da amostra, e 10,3% com síndrome pós-laminectomia. Em relação às restantes patologias, os indivíduos distribuem-se de forma sensivelmente equitativa pelos vários diagnósticos – Quadro 1b –.

IV.2. Dimensões avaliadas

a. Dor

Quadro 2a. Dimensões Avaliadas: Dor

(N = 155)		Média ± DP
McGill Pain	<i>Escala Visual Analógica</i>	6,9 ± 2,01
Questionnaire	<i>PRI</i>	31,75 ± 8,47
	<i>PRI Sensorial</i>	19,10 ± 5,01
	<i>PRI Afectiva</i>	9,45 ± 4,47
	<i>PRI Avaliativa</i>	3,20 ± 0,94
	<i>NWC</i>	14,92 ± 3,26
	<i>M Total</i>	8,16 ± 2,18
	<i>M S</i>	5,41 ± 1,81
	<i>M AE</i>	2,75 ± 1,00
	<i>PPI</i>	2,81 ± 1,31

Notas:

PRI = *Pain Rating Intensity*.

NWC = *Número de Palavras Escolhidas*; PPI = *Present Pain Intensity*

Da análise do quadro — 2a — podemos observar que para um valor mínimo de 0 e um máximo de 10, a média da Escala Visual Analógica (VAS) se situou nos 6,9.

Em relação às várias subescalas do *McGuill Pain Questionnaire (MPQ)*, temos uma média de pontuação total da intensidade de dor (PRI) de 31,75; sendo a intensidade de dor sensorial (PRI S) a subescala que assume o valor mais elevado ($M = 19,10$). O número de palavras (NWC) escolhidas atingiu um valor médio de 14,92. E a subescala Miscelânea Total (M Total) tem um valor total em média de 8,16.

Em relação ao índice de intensidade de dor (PPI), para um valor mínimo de 1 e um máximo de 5, situou-se aqui em média nos 2,81.

b. Personalidade

Quadro 2b. *Dimensões Avaliadas:
Neuroticismo e Extroversão*

(N = 155)	Média ± DP
EPI Neuroticismo	16,92 ± 4,27
Extroversão	21,30 ± 3,43
Lie (mentira)	11,26 ± 1,41

Notas:

EPI = *Eysenck Personality Inventory*

Através da leitura do quadro – 2b – podemos observar, em relação às médias das dimensões do *Eysenck Personality Inventory (EPI)*, que o valor médio de neuroticismo se situou nos 16,92 comparando com a média da população geral ($10,56 \pm 5,04$). O valor médio de extroversão situou-se nos 21,30 comparando com a média da população geral ($12,52 \pm 3,60$), e a escala da mentira, também em média, nos 11,26 comparando com a média da população geral ($4,13 \pm 1,85$). Todas as dimensões do *EPI* desta amostra, apresentaram valores bem mais elevados que a média da população em geral.

c. Psicopatologia

Quadro 2c. *Dimensões Avaliadas:
Ansiedade e Depressão*

(N = 155)	Média ± DP
HADS Ansiedade	9,37 ± 2,80
Depressão	9,14 ± 2,20

Notas:

HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Da análise do – *Quadro 2c* – verificamos os valores médios das duas dimensões do questionário *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. A dimensão ansiedade apresenta uma média de ($M = 9,37$) comparando com a média da população sem doença ($M = 7,81$) e a dimensão depressão apresenta um valor médio ($M = 9,14$) comparando com a média da população sem doença ($M = 3,22$); a referir que pontuações de 8 a 10 são considerados casos duvidosos. Perante tais resultados, podemos inferir que a amostra deste estudo pontua bem mais na dimensão depressão.

d. Qualidade de Vida (relativa à saúde)

Quadro 2d. *Dimensões Avaliadas:*
Qualidade de Vida relativa à saúde

(N = 155)		Média ± DP
The Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey	Som Componente Físico	41,43 ± 17,23
	<i>Funcionamento Físico</i>	52,00 ± 25,75
	<i>Desempenho Físico</i>	44,36 ± 31,80
	<i>Dor Corporal</i>	29,77 ± 19,23
	<i>Saúde Geral</i>	39,01 ± 18,69
	Som Componente Mental	45,56 ± 22,42
	<i>Vitalidade</i>	32,00 ± 26,85
	<i>Saúde Mental</i>	39,64 ± 25,76
	<i>Funcionamento Social</i>	54,19 ± 31,10
	<i>Desempenho Emocional</i>	56,56 ± 31,64

Notas:

Som = Somatório

Desemp = Desempenho (Papel)

No quadro – 2d – podemos observar as várias subescalas que constituem o questionário para a avaliação da qualidade de vida, *The Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36)*. Das várias subescalas que constituem o Componente Físico, a subescala funcionamento físico assume o valor médio mais elevado ($M = 52$) e o valor mais baixo corresponde à subescala dor corporal ($M = 29,77$). No que se refere à Componente Mental, a subescala que evidencia um valor médio mais elevado, é a subescala desempenho emocional ($M = 56,56$), enquanto a subescala vitalidade apresenta a média mais baixa ($M = 32$).

De realçar, que todas as dimensões do *SF-36*, variam entre – 0 – que correspondem ao valor mínimo e – 100 – que corresponde ao valor máximo, sendo que, quanto mais elevado o valor obtido, melhor a qualidade de vida nas várias dimensões.

IV.3. Estudo comparativo

a. Sexo (género)

Quadro 3. Estudo comparativo
Sexo Masculino versus Sexo Feminino

[N = 155]		♂ (n = 119)	♀ (n = 36)	t-Student	p
		Média ± DP	Média ± DP		
McGill Pain Questionnaire	<i>Escala Visual Analógica</i>	7,22 ± 2,13	6,84 ± 1,97	-1,00	0,32 (ns)
	<i>Pain Rating Intensity</i>	28,43 ± 8,47	32,76 ± 8,24	2,74	0,01
	<i>PRI – Sensorial</i>	17,49 ± 5,45	19,59 ± 4,79	2,23	0,03
	<i>PRI – Afectiva</i>	7,62 ± 3,91	10,00 ± 4,50	2,87	0,00
	<i>PRI – Avaliativa</i>	3,32 ± 0,90	3,17 ± 0,95	-0,81	0,42 (ns)
	<i>Nr Words Count</i>	13,19 ± 3,42	15,45 ± 3,03	3,79	0,00
	<i>M Total</i>	7,50 ± 2,47	8,35 ± 2,05	2,08	0,04
	<i>M S</i>	4,85 ± 2,00	5,58 ± 1,72	2,15	0,03
	<i>M AE</i>	2,65 ± 1,34	2,77 ± 0,88	0,63	0,53 (ns)
	<i>Present Pain Intensity</i>	2,83 ± 1,30	2,81 ± 1,32	-0,11	0,92 (ns)
Eysenck Personality Inventory	<i>Neuroticismo</i>	14,86 ± 5,44	17,54 ± 3,66	3,41	0,00
	<i>Extroversão</i>	22,11 ± 3,61	21,06 ± 3,36	-1,63	0,10 (ns)
	<i>Mentira</i>	11,53 ± 1,60	11,18 ± 1,34	-1,31	0,19 (ns)
Hospital Anxiety and Depression Scale	<i>Ansiedade</i>	9,97 ± 3,07	9,19 ± 2,71	-1,47	0,14 (ns)
	<i>Depressão</i>	9,06 ± 2,30	9,17 ± 2,18	0,27	0,79 (ns)
Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey	S Componente Físico	45,97 ± 19,56	40,05 ± 16,30	-1,82	0,07 (ns)
	<i>Funcionamento Físico</i>	48,89 ± 27,60	52,94 ± 25,21	0,83	0,41 (ns)
	<i>Desempenho Físico</i>	55,56 ± 34,39	40,97 ± 30,31	-2,45	0,02
	<i>Dor Corporal</i>	33,14 ± 23,10	28,76 ± 17,88	-1,20	0,23 (ns)
	<i>Saúde Geral</i>	45,94 ± 20,39	36,92 ± 17,71	-2,59	0,01
	S Componente Mental	55,98 ± 25,07	42,40 ± 20,65	-3,28	0,00
	<i>Vitalidade</i>	50,97 ± 26,83	26,26 ± 24,17	-5,24	0,00
	<i>Saúde Mental</i>	46,33 ± 31,46	37,61 ± 23,55	-1,79	0,08 (ns)
	<i>Funcionamento Social</i>	59,22 ± 34,68	52,66 ± 29,93	-1,11	0,27 (ns)
	<i>Desemp Emocional</i>	67,59 ± 32,35	53,22 ± 30,79	-2,43	0,02

Notas:

PRI = Pain Rating Intensity.

NWC = Número de Palavras Escolhidas; PPI = Present Pain Intensity

Através da leitura do quadro – 3 – verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre a variável género e as restantes variáveis em estudo.

Género e dor crónica (MPQ)

Desta forma, verifica-se diferenças estatisticamente significativas na subescala intensidade de dor -sensorial (PRI – S), sendo que o grupo das mulheres apresenta uma média ($M = 19,59$) superior à do grupo dos homens ($M = 17,49$), nesta subescala identificando mais

características sensoriais. O mesmo se verifica na subescala intensidade de dor – afectiva (PRI – A), em que o grupo feminino apresenta novamente um valor médio superior ($M = 10$), em relação ao grupo masculino ($M = 7,62$). Neste sentido, o valor total da intensidade de dor (PRI – Total) atinge um valor médio mais elevado no sexo feminino ($M = 32,76$) quando comparado com o sexo masculino ($M = 28,43$) relativamente a esta amostra.

Quanto à subescala número de palavras escolhidas (NWC), verifica-se novamente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O grupo feminino apresenta uma média ($M = 15,45$) que é superior ao grupo dos homens ($M = 13,19$), o que é explicado pela superioridade de adjectivos/características de dor, referidas pelas mulheres.

Em relação à subescala miscelânea (M – Total), são também evidentes as diferenças estatísticas, com um valor superior para o grupo feminino ($M = 8,35$), quando comparado com o grupo masculino ($M = 7,50$).

Género e personalidade (EPI)

Quando comparado o género com a personalidade (EPI), apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,00$) na dimensão de neuroticismo, assim o sexo feminino apresenta um valor médio superior ($M = 17,54$) ao sexo masculino ($M = 14,86$). O mesmo se verificou por Vaz Serra *et al.* (1980), aquando a aplicação do instrumento à população portuguesa.

Género e psicopatologia (HADS)

No que se refere às diferenças de género e a avaliação da ansiedade/depressão (HADS), neste estudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Género e qualidade de vida (SF-36)

Para finalizar, procedeu-se ainda à comparação das diferenças de género com a avaliação da qualidade de vida (SF-36), verificando-se diferenças estatisticamente significativas na subescala desempenho físico e saúde geral do Componente Físico. Os homens apresentam um valor médio superior ($M = 55,56$) em relação às mulheres ($M = 40,97$), no que se refere à subescala desempenho físico, e em relação à subescala saúde geral, o grupo feminino apresenta uma média ($M = 36,92$) que é inferior ao grupo masculino ($M = 45,94$).

Quanto à Componente Mental, também se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,00$) entre esta dimensão e o género, sendo que as mulheres apresentam um valor médio ($M = 42,40$) bem inferior ao grupo dos homens com uma média ($M = 55,56$). Na subescala vitalidade da Componente Mental, foram evidentes as diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,00$), em que o grupo dos homens apresenta um valor médio superior ($M = 50,97$) ao grupo das mulheres nesta amostra ($M = 26,26$). Finalmente na subescala desempenho emocional, os homens apresentavam novamente, um valor médio superior ($M = 67,59$) em relação ao grupo feminino ($M = 53,22$), pelo que a diferença é estatisticamente significativa.

IV.4. Estudo correlacional

a. Personalidade e dor

Quadro 4. *Matriz correlacional*
Personalidade e dor

		EPI		
		<i>Neuroticismo</i>	<i>Extraversão</i>	<i>Sinceridade</i>
	(N = 155)			
McGill Pain Questionnaire	<i>Escala Visual Analógica</i>	0,06 (ns)	- 0,14 (ns)	- 0,06 (ns)
	<i>Pain Rating Intensity</i>	0,23 **	- 0,09 (ns)	- 0,04 (ns)
	<i>PRI – Sensorial</i>	0,20 **	- 0,01 (ns)	- 0,00 (ns)
	<i>PRI – Afectiva</i>	0,21 **	- 0,14 (ns)	- 0,07 (ns)
	<i>PRI – Avaliativa</i>	0,01 (ns)	- 0,12 (ns)	- 0,02 (ns)
	<i>Nr Words Count</i>	0,31 ***	- 0,13 (ns)	- 0,01 (ns)
	<i>M Total</i>	0,16 *	- 0,08 (ns)	- 0,08 (ns)
	<i>M S</i>	0,15 (ns)	- 0,07 (ns)	- 0,03 (ns)
	<i>M AE</i>	0,08 (ns)	- 0,06 (ns)	- 0,11 (ns)
	<i>Present Pain Intensity</i>	0,12 (ns)	- 0,04 (ns)	0,07 (ns)

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

EPI = *Eysenck Personality Inventory*

PRI = *Pain Rating Intensity*.

NWC = *Número de Palavras Escolhidas*; PPI = *Present Pain Intensity*

Através da leitura do quadro supra citado, verificam-se algumas associações estatisticamente significativas, entre a dimensão neuroticismo da personalidade e algumas subescalas da avaliação da dor (MPQ). Assim verifica-se uma correlação positiva ($r = 0,23$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a dimensão de neuroticismo e a subescala intensidade de dor total (PRI – T). Na subescala intensidade de dor sensorial (PRI – S), observou-se uma correlação positiva ($r = 0,20$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão neuroticismo. A subescala intensidade da dor afectiva (PRI – A), demonstrou uma correlação positiva ($r = 0,21$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão neuroticismo. Também a subescala número de palavras escolhidas (NWC), apresenta uma correlação positiva ($r = 0,31$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com a dimensão neuroticismo. Finalmente a subescala miscelânea total (M Total), demonstrou uma correlação positiva ($r = 0,16$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a dimensão neuroticismo.

b. Psicopatologia e dor

**Quadro 5. Matriz correlacional
Psicopatologia e dor**

(N = 155)		HADS	
		Ansiedade	Depressão
McGill Pain Questionnaire	<i>Escala Visual Analógica</i>	- 0,03 (ns)	0,26 **
	<i>Pain Rating Intensity</i>	- 0,19 **	0,09 (ns)
	<i>PRI – Sensorial</i>	- 0,12 (ns)	0,04 (ns)
	<i>PRI – Afectiva</i>	- 0,20 **	0,07 (ns)
	<i>PRI – Avaliativa</i>	- 0,11 (ns)	0,25 **
	<i>Nr Words Count</i>	- 0,19 **	0,06 (ns)
	<i>M Total</i>	- 0,15 (ns)	0,02 (ns)
	<i>M S</i>	- 0,12 (ns)	0,02 (ns)
	<i>M AE</i>	- 0,11 (ns)	0,10 (ns)
	<i>Present Pain Intensity</i>	- 0,10 (ns)	0,09 (ns)

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

PRI = *Pain Rating Intensity*.

NWC = *Número de Palavras Escolhidas*; PPI = *Present Pain Intensity*

Através da análise do – *Quadro 5* – verificam-se algumas associações estatisticamente significativas, entre as dimensões de psicopatologia (*HADS*) e algumas subescalas da avaliação da dor (*MPQ*).

Assim verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a dimensão ansiedade e a subescala intensidade de dor total (PRI – T). A subescala intensidade da dor afectiva (PRI – A), demonstrou uma correlação negativa ($r = -0,20$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade. Também a subescala número de palavras escolhidas (NWC), apresenta uma correlação negativa ($r = -0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade.

Ainda no mesmo quadro, pode observar-se uma correlação positiva ($r = 0,26$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$), entre a escala visual analógica (*VAS*) e a dimensão depressão da avaliação de psicopatologia (*HADS*). Quanto às subescalas da dor (*MPQ*), apenas se verificou uma correlação positiva ($r = 0,25$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a subescala intensidade da dor avaliativa (PRI – A) e dimensão depressão.

c. Dor e Qualidade de Vida

Quadro 6. *Matriz correlacional*
Dor e Qualidade de Vida

(N = 155)		<i>McGill Pain Questionnaire</i>									
		VAS	PRI	PRI-S	PRI-A	PRI-E	NWC	M-Tot	M-S	MAE	PPI
MOS SF-36	S Comp Físico	-0,18 *	-0,35 ***	-0,28 ***	-0,30 ***	-0,18 *	-0,34 ***	-0,35 ***	-0,32 ***	-0,18 *	-0,26 ***
Health Survey	Func Físico	-0,08 (ns)	-0,15 (ns)	-0,10 (ns)	-0,13 (ns)	-0,18 *	-0,08 (ns)	-0,10 (ns)	-0,08 (ns)	-0,07 (ns)	-0,17 *
	Desemp Físico	-0,11 (ns)	-0,22 **	-0,20 *	-0,20 *	0,01 (ns)	-0,29 ***	-0,30 ***	-0,32 ***	-0,05 (ns)	-0,17 *
	Dor Corporal	-0,21 **	-0,35 ***	-0,26 ***	-0,31 ***	-0,27 ***	-0,29 ***	-0,31 ***	-0,25 **	-0,23 **	-0,21 **
	Saúde Geral	-0,17 *	-0,34 ***	-0,30 ***	-0,27 ***	-0,15 (ns)	-0,35 ***	-0,34 ***	-0,27 ***	-0,25 **	-0,18 *
	S Comp Mental	-0,15 (ns)	-0,33 ***	-0,20 *	-0,37 ***	-0,15 (ns)	-0,35 ***	-0,41 ***	-0,35 ***	-0,25 ***	-0,16 *
	Vitalidade	-0,06 (ns)	-0,26 ***	-0,13 (ns)	-0,33 ***	-0,06 (ns)	-0,31 ***	-0,31 ***	-0,27 ***	-0,19 *	-0,03 (ns)
	Saúde Mental	-0,15 (ns)	-0,20 *	-0,12 (ns)	-0,22 **	-0,12 (ns)	-0,21 **	-0,25 **	-0,19 *	-0,20 *	-0,09 (ns)
	Func Social	-0,10 (ns)	-0,32 ***	-0,20 *	-0,34 ***	-0,18 *	-0,28 ***	-0,31 ***	-0,26 ***	-0,21 **	-0,14 (ns)
	Desemp Emocional	-0,17 *	-0,24 **	-0,17 *	0,25 **	-0,11 (ns)	-0,29 ***	-0,39 ***	-0,36 ***	-0,19 *	-0,22 **

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

PRI = *Pain Rating Intensity*.

NWC = *Número de Palavras Escolhidas*; PPI = *Present Pain Intensity*

Pela leitura do quadro – 6 – verificam-se algumas associações entre as várias subescalas da avaliação da qualidade de vida (SF-36) e as subescalas da avaliação da dor (VAS) e (MPQ).

Qualidade de vida (SF-36) e dor (VAS)

A escala visual analógica (VAS), apresenta uma correlação negativa ($r = -0,18$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com o componente físico (SF-36); mantém ainda uma correlação negativa ($r = -0,21$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a subescala dor corporal (SF-36); apresenta também uma correlação negativa ($r = -0,17$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com valores iguais para as subescalas saúde geral e desempenho emocional (SF-36).

Qualidade de vida (SF-36) e subescalas da dor (MPQ)

A subescala Intensidade de Dor Total (PRI – T), apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,22$) para um valor ($p < 0,01$);

- Com a subescala dor corporal ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,34$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,33$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,26$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,32$) para um valor ($p < 0,001$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,24$) para um valor ($p < 0,01$).

A subescala Intensidade de Dor Sensorial (PRI – S), apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,28$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,26$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,30$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,17$) para um valor ($p < 0,05$).

A subescala Intensidade da Dor Afetiva (PRI – A), demonstrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,30$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,31$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,27$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,37$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,33$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,22$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,34$) para um valor ($p < 0,001$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,25$) para um valor ($p < 0,01$).

A subescala Intensidade de Dor Avaliativa (PRI – A), evidenciou uma correlação negativa ($r = -0,18$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a componente física (SF-36); com a subescala funcionamento físico ($r = -0,18$) para um valor ($p < 0,05$); com a subescala dor corporal ($r = -0,27$) para um valor ($p < 0,001$); e com a subescala funcionamento social ($r = -0,18$) para um valor ($p < 0,05$).

Quanto à subescala Número de Palavras Escolhidas (NWC), apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,34$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,29$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,29$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,31$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,21$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,28$) para um valor ($p < 0,001$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,29$) para um valor ($p < 0,001$).

Em relação à subescala Miscelânea Total (M T), mostrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,30$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,31$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,34$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,41$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,31$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,25$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,31$) para um valor ($p < 0,001$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,39$) para um valor ($p < 0,001$).

Em relação à subescala Miscelânea Sensorial (M S), demonstrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,32$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala desempenho físico ($r = -0,32$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,25$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,27$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a componente mental ($r = -0,35$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,27$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,19$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,26$) para um valor ($p < 0,001$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,36$) para um valor ($p < 0,001$).

Em relação à subescala Miscelânea M Afectivo-Emocional (M AE), mostrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (SF-36):

- Com a componente física ($r = -0,18$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala dor corporal ($r = -0,23$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a subescala saúde geral ($r = -0,25$) para um valor ($p < 0,01$);
- Com a componente mental ($r = -0,25$) para um valor ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade ($r = -0,19$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala saúde mental ($r = -0,20$) para um valor ($p < 0,05$);
- Com a subescala funcionamento social ($r = -0,21$) para um valor ($p < 0,01$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,19$) para um valor ($p < 0,05$).

Quanto à última subescala do MPQ – Índice de Intensidade de Dor (PPI), apresenta uma correlação negativa ($r = -0,26$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com a componente física (SF-36); com a subescala funcionamento físico ($r = -0,17$) para um valor ($p < 0,05$) com a subescala desempenho físico ($r = -0,17$) para um valor ($p < 0,05$); com a subescala dor corporal ($r = -0,21$) para um valor ($p < 0,01$); com a subescala saúde geral ($r = -0,18$) para um valor ($p < 0,05$); com a componente mental ($r = -0,16$) para um valor ($p < 0,05$); e finalmente com a subescala desempenho emocional ($r = -0,22$) para um valor ($p < 0,01$).

d. Personalidade e Qualidade de Vida

**Quadro 7. Matriz correlacional
Personalidade e Qualidade de Vida**

(N = 155)		EPI		
		Neuroticismo	Extroversão	Sinceridade
<i>Medical Out Study</i>	S Componente Físico	- 0,10 (ns)	0,23 *	- 0,06 (ns)
SF-36	<i>Funcionamento Físico</i>	0,10 (ns)	0,12 (ns)	- 0,22 **
<i>Health Survey</i>	<i>Desempenho Físico</i>	- 0,09 (ns)	0,11 (ns)	0,08 (ns)
	<i>Dor Corporal</i>	- 0,07 (ns)	0,19 **	- 0,05 (ns)
	<i>Saúde Geral</i>	- 0,28 ***	0,27 **	0,00 (ns)
	S Componente Mental	- 0,28 ***	0,27 **	0,09 (ns)
	<i>Vitalidade</i>	- 0,18 *	0,28 ***	0,02 (ns)
	<i>Saúde Mental</i>	- 0,44 ***	0,33 ***	0,14 (ns)
	<i>Funcionamento Social</i>	- 0,14 (ns)	0,19 **	0,14 (ns)
	<i>Desemp Emocional</i>	- 0,14 (ns)	0,09 (ns)	- 0,00 (ns)

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

EPI = Eysenck Personality Inventory

Através da leitura do quadro supra citado, verificam-se algumas associações estatisticamente significativas, entre as dimensões da personalidade (EPI) e algumas subescalas da qualidade de vida (SF-36).

Assim verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,28$) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$) entre a dimensão de neuroticismo e a subescala saúde geral (SF-36). O neuroticismo apresenta ainda uma correlação negativa ($r = -0,28$) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$) com subescala componente mental (SF-36). A dimensão neuroticismo encontra-se correlacionada negativamente ($r = -0,18$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a subescala vitalidade. Finalmente verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,44$) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$) com a subescala saúde mental (SF-36).

Quanto à dimensão extroversão da personalidade (EPI), apresenta uma correlação positiva com algumas subescalas da qualidade de vida (SF-36). Os resultados mostraram que a extroversão apresentava uma correlação positiva ($r = 0,23$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a subescala componente física (SF-36); com a subescala dor corporal (SF-36) apresentava uma correlação positiva ($r = 0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$); com a subescala saúde geral (SF-36) apresentava uma correlação positiva ($r = 0,27$) e

estatisticamente significativa ($p < 0,01$); com a subescala componente mental (*SF-36*) apresentava uma correlação positiva ($r = 0,27$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$); com a subescala vitalidade (*SF-36*) traduzia uma correlação positiva ($r = 0,28$) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$); com a subescala saúde mental apresenta uma correlação positiva ($r = 0,33$) e estatisticamente significativa ($p < 0,000$); e finalmente com a subescala funcionamento social apresenta uma correlação positiva ($r = 0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A dimensão sinceridade da personalidade (*EPI*), apresenta uma correlação negativa ($r = 0,22$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$), com a subescala funcionamento físico (*SF-36*).

e. Psicopatologia e Qualidade de Vida

Quadro 8. Matriz correlacional Psicopatologia e Qualidade de Vida

(N = 155)		HADS	
		Ansiedade	Depressão
Medical Out Study	S Componente Físico	0,21 **	- 0,12 (ns)
SF-36	Funcionamento Físico	- 0,03 (ns)	0,00 (ns)
Health Survey	Desempenho Físico	0,18 *	- 0,06 (ns)
	Dor Corporal	0,15 (ns)	- 0,15 (ns)
	Saúde Geral	0,36 ***	- 0,20 **
	S Componente Mental	0,34 ***	- 0,21 **
	Vitalidade	0,19 *	- 0,11 (ns)
	Saúde Mental	0,49 ***	- 0,27 **
	Funcionamento Social	0,24 **	- 0,16 *
	Desemp Emocional	0,16 *	- 0,11 (ns)

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*

Pela análise do – *Quadro 8* – verificamos algumas associações estatisticamente significativas, nas duas dimensões ansiedade/depressão (*HADS*), relativamente a algumas subescalas da qualidade de vida (*SF-36*).

Quanto à dimensão ansiedade (*HADS*), apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (*SF-36*):

- Com a subescala componente física (*SF-36*) apresenta uma correlação positiva ($r = 0,21$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$);

- Com a subescala desempenho físico (*SF-36*) verificou-se uma correlação positiva ($r = 0,18$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$);
- Com a subescala dor corporal (*SF-36*), evidenciou uma correlação positiva ($r = 0,15$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$);
- Com a subescala saúde geral (*SF-36*) mostrou uma correlação positiva ($r = 0,36$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$);
- Com a subescala componente mental (*SF-36*), verificou-se uma correlação positiva ($r = 0,34$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$);
- Com a subescala vitalidade (*SF-36*), evidencia uma correlação positiva ($r = 0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$);
- Com a subescala saúde mental (*SF-36*), apresentava uma correlação positiva ($r = 0,49$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$);
- Com a subescala funcionamento social (*SF-36*), observou-se uma correlação positiva ($r = 0,24$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$); e finalmente com a subescala desempenho emocional (*SF-36*), observou-se uma correlação positiva ($r = 0,16$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Quanto à dimensão depressão, apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com seguintes subescalas do (*SF-36*):

- Com a subescala saúde geral (*SF-36*) mostra uma correlação negativa ($r = -0,20$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$);
- Com a subescala componente mental (*SF-36*), verificou-se uma correlação negativa ($r = -0,21$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$);
- Com a subescala saúde mental (*SF-36*), evidencia uma correlação negativa ($r = -0,27$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$);
- Com a subescala funcionamento social (*SF-36*), mostrou-se uma correlação negativa ($r = -0,16$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

f. Personalidade e Psicopatologia

**Quadro 9. Matriz correlacional
Personalidade e Psicopatologia**

(N = 155)		HADS	
		Ansiedade	Depressão
Personalidade (EPI)	Neuroticismo	- 0,388***	0,120(ns)
	Extroversão	0,188**	- 0,175*
	Mentira	0,168*	0,001(ns)

Notas:

* $\Rightarrow p < 0,05$; ** $\Rightarrow p < 0,01$; *** $\Rightarrow p < 0,001$

Através da leitura do quadro supra citado, verificam-se algumas associações estatisticamente significativas, entre as dimensões da personalidade (*EPI*) e as dimensões de psicopatologia (*HADS*). Assim verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,388$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a dimensão de neuroticismo e a dimensão ansiedade. Já com a dimensão depressão não se verifica uma correlação estatisticamente significativa.

A dimensão extroversão da personalidade apresenta-se correlacionada positivamente ($r = 0,188$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade. Com a dimensão depressão verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,175$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

A dimensão mentira da personalidade apresenta uma correlação positiva ($r = 0,168$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a dimensão ansiedade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

VI. Discussão e conclusões

A finalidade do presente trabalho foi investigar a qualidade de vida em doentes com dor crónica, para este efeito foi estudada uma amostra de 155 doentes em acompanhamento na Unidade da Dor do Hospital S. João – Porto.

Ha1. Na população em estudo — utentes da consulta de dor (da Unidade de Dor do Hospital de S. João, Porto) — os doentes com elevadas pontuações na dimensão de **neuroticismo** tendem a apresentar queixas de **dor** mais intensa.

Para testar a hipótese 1, procedemos a uma análise correlacional entre a personalidade (*EPI*) e a dor (*MPQ*) e (*VAS*), conforme se observou no *Quadro 4*, desta forma verificou-se associações estatisticamente significativas entre a dimensão neuroticismo e algumas subescalas da avaliação da dor (*EPI*), o que confirma a hipótese 1 deste estudo.

Na tentativa de sustentar estes mesmos resultados, fomos levados a sugerir que uma possível justificação, assenta no facto de existirem certas variáveis da personalidade que levam os doentes a utilizarem estratégias de *coping* desajustadas perante situações stressantes, tais como a dor crónica. Neste sentido a maioria das investigações têm-se centrado no neuroticismo, que mais do que um estado emocional passageiro é um traço ou tendência estável da personalidade. E os resultados demonstram a existência de uma relação significativa entre altos níveis de neuroticismo e problemas de adaptação às situações geradoras de *stress*. Assim encontramos evidência empírica que apoia que doentes com altas pontuações na dimensão neuroticismo, utilizam estratégias de *coping* passivas e distorções cognitivas, muito comum a catastrofização, no controlo e adaptação à dor crónica (Maestro, Zarazaga & Martínez, 2001; Wade et al., 1992a, 1992b).

Os doentes com traços de personalidade neurótica evidenciam um vasto leque de sofrimento psicológico, com conotações cognitivo-afectivas, com sequelas psicossomáticas, intensificando a percepção dolorosa. Dos vários estudos que relacionam a dimensão neuroticismo com a dor crónica, os doentes pontuam nas escalas hipocondria, histeria e depressão permitindo-nos traçar um perfil de Conversão – “V” ou Tríade Neurótica. Concluindo que estes pacientes exageram nos seus sintomas, evidenciam fortes sentimentos de inadaptação às situações mais stressantes da sua vida, entre os quais, o de lidar de forma ajustada e funcional com uma doença crónica (Rook, Pesch & Keeler, 1981).

Outra possível justificação, assenta no facto da amostra deste estudo ser de elevada prevalência feminina e com diagnóstico de fibromialgia. Diversos estudos tecem considerações importantes entre as diferenças de género e dor, atribuindo as diferenças a factores biológicos, hormonais e à organização do próprio sistema nervoso. Também a aprendizagem social e o factor cultural influenciam a expressão e verbalização da dor no sexo feminino (Berkley, 1997; Fillingim & Maixner, 1995; Robinson et al., 2003; Wise et al., 2002). As investigações apontam para uma maior tendência de as mulheres expressarem sintomas neuróticos (Oliveira, 2002). Quanto ao diagnóstico de fibromialgia, já abordado na introdução e de acordo com a revisão da literatura, há uma relação consistente entre o diagnóstico e o sexo feminino, numa proporção de oito mulheres para cada homem. Dos vários estudos já realizados é também sabido que as mulheres com esta patologia revelam maior *distress* emocional, uma maior percepção da intensidade da dor, e menor tolerância à mesma (McBeth, Macfarlane & Silman, 2002; Mira et al., 1998; Zautra et al., 2007).

Deste modo, verificou-se uma correlação positiva ($r = 0,23$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre dimensão neuroticismo e a subescala intensidade de dor total (PRI – T), sendo possível sugerir que quanto mais os doentes pontuarem na dimensão neuroticismo mais se intensificam as suas queixas dolorosas. Verificou-se também uma correlação positiva ($r = 0,20$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre dimensão neuroticismo e a subescala intensidade de dor sensorial (PRI – S), recorrendo à explicação anterior, à medida que aumenta o neuroticismo, os doentes vão descrever a sua dor com mais características sensoriais. A dimensão do neuroticismo apresentou uma correlação positiva ($r = 0,21$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a subescala intensidade de dor afectiva (PRI – A), explicada pelo mesmo motivo, mas com ênfase nas características afectivas de dor. Verificou-se ainda uma correlação positiva ($r = 0,31$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$), entre a dimensão neuroticismo e a subescala numero de palavras escolhidas (NWC), ou seja, vem reforçar o que já foi descrito, na medida em que, aumentando o neuroticismo a intensidade de dor total aumenta, com ênfase nas características sensoriais e afectivas, logo aumenta o numero de palavras escolhidas para caracterizar e definir bem a dor. Para finalizar, verificou-se uma correlação positiva ($r = 0,16$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), entre a dimensão neuroticismo e a subescala miscelânea total (M Total), que corresponde às características que não se incluem nas dimensões referidas anteriormente.

Ha2. Doentes com níveis de **psicopatologia** mais elevados em **ansiedade e/ou depressão** referem mais queixas de **dor**.

Para testar a hipótese 2, procedemos também a uma análise correlacional entre a psicopatologia (*HADS*) e a dor (*MPQ*), conforme se observou no *Quadro 5*, desta forma verificou-se associações estatisticamente significativas entre as dimensões ansiedade e/ou depressão da avaliação de psicopatologia (*HADS*) e algumas subescalas da avaliação da dor (*MPQ*).

Deste modo, verificou-se uma correlação inversa entre a ansiedade e algumas subescalas da dor, assim observou-se uma correlação negativa ($r = -0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a dimensão ansiedade e a subescala intensidade de dor total (PRI – T). A subescala intensidade da dor afectiva (PRI – A), demonstrou uma correlação negativa ($r = -0,20$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade. Também a subescala número de palavras escolhidas (NWC), apresenta uma correlação negativa ($r = -0,19$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade. Estes resultados sugerem que quanto mais ansiosas estão os sujeitos da amostra menos dor referem, a avaliar pelas subescalas.

Ainda no mesmo quadro, pode observar-se uma correlação positiva ($r = 0,26$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$), entre a escala visual analógica (*VAS*) e a dimensão depressão da avaliação de psicopatologia (*HADS*), ou seja, estando mais deprimidos mais aumentam as queixas de dor. Quanto às subescalas da dor (*MPQ*), apenas se verificou uma correlação positiva ($r = 0,25$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre a subescala intensidade da dor avaliativa (PRI – A) e dimensão depressão, que sugere que quanto mais deprimidos estão os doentes da amostra, tendem a ter uma percepção mais negativa da dor e, desta forma aumenta a dor avaliativa.

Perante tais resultados, podemos inferir que a hipótese 2, apenas se confirma parcialmente, ou seja, doentes com níveis mais elevados de depressão referem mais queixas de dor. Estes resultados, são corroborados pelos vários estudos referidos anteriormente, defendendo que a depressão e a somatização podem contribuir para a instalação, manutenção e exacerbação da percepção da dor. Constituindo um bom preditor para o aumento e severidade da dor, logo os doentes que apresentem um quadro dor crónica associada a uma depressão, a taxa de sucesso dos tratamentos e a própria evolução clínica será mais lenta ou

mesmo num sentido inverso. Deste modo, torna-se imperativo o tratamento da depressão para não intensificar mais a doença crónica, evitando assim o agravamento dos sintomas depressivos e mesmo a instalação de uma perturbação psiquiátrica grave (Cassano & Fava, 2002; Katon, Unutzer & Russo, 2010; Keef et al., 2001)

Quanto à ansiedade, uma vez que estamos perante resultados inversos, não se corrobora a hipótese no que respeita esta dimensão. No entanto há que ressaltar duas situações, em primeiro lugar, verifica-se que nesta amostra quem mais relata ansiedade, é quem mais pontua na escala da mentira (conforme o quadro 9), pelo que será de desvalorizar esta relação inversa. Em segundo lugar, há que ter presente que o HADS é um questionário que apenas avalia a ansiedade estado, o que poderá justificar os resultados obtidos no que se refere à ansiedade. Possivelmente, ao utilizar um questionário que avalia-se a ansiedade traço, tal como o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI) (Santos & Silva, 1997; Silva, Silva, Rodrigues & Luís, 1999/2000), os resultados obtidos traduzissem uma correlação estatisticamente significativa de forma positiva, ou seja, quanto mais elevados os níveis de ansiedade mais dor referida pelos pacientes. Spielberger definiu estado de ansiedade, como corte transversal temporal na corrente emocional da vida de uma pessoa e que consiste em sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, e activação do sistema nervoso autónomo. Por sua vez, traço de ansiedade é definido nos termos das diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, isto é, diferenças inter-individuais na tendência para perceber situações stressantes como perigosas ou ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações mais frequentes e intensas do estado de ansiedade (Spielberger, 1994).

No entanto, estas são apenas suposições que poderão ser úteis na realização de trabalho futuros, a ponderar na escolha dos instrumentos utilizados, mas apenas se está a especular.

Se nos reportarmos à revisão da literatura referenciada, verificamos forte correlação entre níveis de ansiedade e dor (Castro et al., 2006). Em muitos casos, esta ansiedade encontra-se presente nas perturbações de adaptação que terão surgimento no decorrer de uma doença, quando a mesma se torna crónica, onde estão presentes as características individuais, que vão condicionar ou propiciar comportamentos, atitudes e repostas de adaptação, estando perante o registo de uma ansiedade traço e não estado (Garcia-Gamba, 1999).

Ha3. É pior a **qualidade de vida** em doentes com **dor** mais intensa.

Para testar a hipótese 3, procedemos a uma análise correlacional entre a qualidade de vida (*SF-36*) com a avaliação da dor (*MPQ*) e (*VAS*), utilizando o teste estatístico de correlação (*r*) de *Pearson*, conforme se observou no – *Quadro 6* –, desta forma verificou-se associações estatisticamente significativas entre as subescalas da dor (*MPQ*) e (*VAS*) e as subescalas da avaliação da qualidade de vida (*SF-36*), logo a hipótese 4 foi confirmada e, praticamente em quase todas subescalas do (*SF-36*). Pelo que se pode concluir que o aumento da dor é sinónimo de uma pior qualidade de vida. De acordo com vários autores citados anteriormente, a saúde é um indicador e preditor de uma boa qualidade de vida. Neste estudo, como se pode verificar pelas várias correlações descritas a qualidade de vida dos doentes encontra-se péssima em várias dimensões. Desta forma, a avaliação dos doentes com dor crónica terá que ser segundo uma perspectiva holística e de acordo com o modelo biopsicossocial, isto porque as repercussões da dor são várias e em diversas dimensões (Brown et al., 2002; Kothe et al., 2007; Salvatti et al., 2004; Yeng et al., 2001).

Desta forma, a escala visual analógica (*VAS*) apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as várias subescalas do (*SF-36*), ou seja, quanto mais elevadas as pontuações na (*VAS*), será sinónimo de maior dor referenciada pelos pacientes, e menor serão as pontuações nas subescalas do (*SF-36*), logo a qualidade de vida será pior.

Quanto às subescalas do (*MPQ*), verificou-se que a subescala intensidade de dor total (*PRI – T*) que engloba a intensidade de dor sensorial (*PRI – S*), a intensidade da dor afectiva (*PRI – A*), intensidade de dor avaliativa (*PRI – A*); apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as várias subescalas do *SF-36* descritas anteriormente nos resultados. Pelo que se pode concluir que quanto mais elevadas as pontuações na subescala intensidade de dor total (*PRI – T*) mais elevado será o índice de dor, e no sentido inverso a qualidade de vida avaliada pelas diversas subescalas do *SF-36*, diminui.

Quanto à subescala número de palavras escolhidas (*NWC*), também apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com várias subescalas do (*SF-36*), o que explica os resultados anteriores, se aumentam o índice de dor, vai aumentar o numero de palavras escolhidas para uma melhor caracterização da dor, diminuindo desta forma a qualidade de vida.

Em relação à subescala miscelânea total (M T) que engloba a miscelânea sensorial (M-S) e a miscelânea afectiva (M-AE), mostrou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as várias subescalas do (*SF-36*), pelo que, quanto mais elevado o valor desta subescala (M T), menor a qualidade de vida nas dimensões correlacionadas e estatisticamente significativas.

Quanto à última subescala índice de intensidade de dor (PPI), apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com várias subescalas do *SF-36*, ou seja, quanto mais elevado o índice de intensidade de dor, pior será a qualidade de vida, nomeadamente nas várias subescalas da componente física do *SF-36*.

Pelos resultados obtidos, confirma-se totalmente a hipótese 3.

Ha4. Os doentes com elevadas pontuações na dimensão de **neuroticismo** apresentam uma **qualidade de vida** inferior, do que os doentes que pontuam na dimensão de extroversão.

Para testar a hipótese 4, procedemos a uma análise correlacional entre a qualidade de vida (*SF-36*) e a avaliação da personalidade (*EPI*), utilizando o teste estatístico de correlação (*r*) de *Pearson*, conforme se observou no – *Quadro 7* –, desta forma verificou-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a dimensão neuroticismo da personalidade (*EPI*) e em quatro subescalas da qualidade de vida (saúde geral, componente mental, vitalidade e saúde mental) (*SF-36*). Estes resultados sugerem-nos que a dimensão neuroticismo se correlaciona positivamente com a dimensão dor. Como já foi referido anteriormente, elevadas pontuações na dimensão neuroticismo está associado a indivíduos propensos a sofrimentos psicológicos e muito vulneráveis ao *distress*. Na 1ª hipótese deste estudo, verificamos que os doentes com altos níveis de neuroticismo verbalizam mais dor e conseqüentemente com reflexos negativos nas várias componentes na qualidade vida. Estes resultados, permitem-nos ainda verificar que a saúde mental e o conseqüente bem-estar psicológico são duas dimensões correlacionadas com o neuroticismo, resultado da fragilidade emocional e relacionado com processos negativos como: estratégias de *coping* passivas e desajustadas, distorções cognitivas, psicopatologia, nomeadamente, por sintomatologia depressiva. É amplamente reconhecido que os factores psicossociais influenciam a intensidade com que as dores crónicas são experienciadas, as respostas a estas e o grau de

interferência na vida diária causada pela dor (Maestro, Zarazaga & Martínez, 2001; Wade et al., 1992a, 1992b).

Em relação à dimensão extroversão da personalidade (*EPI*), verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com sete subescalas da qualidade de vida (componente físico, dor corporal, saúde geral, componente mental, vitalidade, saúde mental e funcionamento social). No seguimento do raciocínio anterior e pelos resultados obtidos, podemos sugerir que os doentes que pontuam mais na dimensão extroversão, evidenciam uma melhor qualidade de vida, como se pode comprovar pelas dimensões avaliadas. As pessoas mais extrovertidas canalizam a sua energia psíquica no objecto externo, este é promovido e gerador de sensações de bem-estar. Neste estudo, poderemos sugerir que as pessoas mais extrovertidas serão as que evidenciam mais ansiedade (estado), e como podemos verificar na hipótese 2 e na hipótese 5, os doentes que evidenciam elevados níveis de ansiedade, relatam menos dor (Quadro 5) e consequentemente melhor qualidade de vida (Quadro 8) (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Perante os resultados obtidos, a hipótese 4 foi confirmada.

Ha5. A **qualidade de vida** em doentes com níveis mais elevados de **ansiedade e/ou depressão** está prejudicada.

Para testar a hipótese 5, procedemos a uma análise correlacional entre a qualidade de vida (*SF-36*) e a psicopatologia ansiedade/depressão (*HADS*), utilizando o teste estatístico de correlação (*r*) de *Pearson*, conforme se observou no – *Quadro 8* –, desta forma verificou-se associações estatisticamente significativas entre as dimensões ansiedade/depressão e as subescalas da avaliação da qualidade de vida (*SF-36*).

Deste modo verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa, entre a dimensão ansiedade (*HADS*) com as seguintes subescalas do (*SF-36*): componente física, desempenho físico, saúde geral, componente mental, vitalidade, saúde mental, funcionamento social, desempenho emocional. Pelos resultados verificamos, que quanto mais elevadas as pontuações na dimensão ansiedade, melhor será a qualidade de vida descrita pelos doentes desta amostra. No entanto, não podemos analisar estes resultados isoladamente, e ao observarmos os resultados obtidos na hipótese 2, verificamos que elevadas pontuações na dimensão ansiedade traduziam menor dor, logo comparando os resultados obtidos na

correlação entre a ansiedade e a qualidade de vida, ao ser positiva traduz-se numa melhor qualidade de vida. Como já foi explicado na hipótese 2, estes resultados poderão estar influenciados pelas razões explícitas anteriormente.

Quanto à dimensão depressão, apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas do (*SF-36*): saúde geral, componente mental, saúde mental e funcionamento social. Os resultados obtidos sugerem que, quanto maiores as pontuações descritas pelos pacientes na dimensão depressão, menor será a qualidade devida nas subescalas do (*SF-36*) referidas. Estes dados têm mais sustentabilidade se nos reportarmos à hipótese 2, que sugere que níveis mais elevados de depressão, traduzem mais dor, logo e consequentemente menor qualidade de vida. Diversos autores têm-se debruçado no contributo da sintomatologia depressiva em relação à dor, concluindo que desempenha um papel importante na percepção, contribuindo para sua cronicidade e exacerbação (Lemogne e tal., 2004; Wilkinson, Moore & Moore, 2003).

Pelos resultados obtidos, a hipótese 5 encontra-se parcialmente confirmada, ou seja, apenas se confirma os resultados em relação à depressão

Ha6. E finalmente, os doentes com pontuações mais elevadas na dimensão de **neuroticismo** tendem a apresentar mais **ansiedade e depressão**.

Por último, para testar a hipótese 6, foi realizada uma análise correlacional entre a personalidade (*EPI*) e psicopatologia (*HADS*), utilizando o teste estatístico de correlação (*r*) de *Perarson*, conforme se observou no – *Quadro 9* –, onde se verificou uma correlação negativa ($r = -0,380$) e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a dimensão neuroticismo e a dimensão ansiedade. Já com a dimensão depressão não se verifica uma correlação estatisticamente significativa. Estes resultados sugerem que quanto mais os doentes pontuarem na dimensão neuroticismo, menos ansiedade vão ter. Estes resultados já foram explicados anteriormente.

A dimensão extroversão da personalidade apresenta-se correlacionada positivamente ($r = 0,188$) e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com a dimensão ansiedade. Com a dimensão depressão verifica-se uma correlação negativa ($r = -0,175$) mas estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Pelos resultados obtidos podemos inferir que quanto mais os doentes desta amostra pontuarem na dimensão extroversão, ficam mais ansiosos e menos deprimidos.

Os resultados poderão ser melhor interpretados, se nos reportarmos à hipótese e 4, onde verificamos que os doentes que pontuaram na extroversão, referiam melhor qualidade de vida.

A dimensão mentira da personalidade apresenta uma correlação positiva ($r = 0,168$) e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a dimensão ansiedade, o que sugere que quanto mais os pacientes pontuarem na dimensão ansiedade, implica que estejam a pontuar na escala de mentira da personalidade.

Conclusão Final

Cumprindo o seu valor biológico de alerta, a dor quando cronifica, poderá constituir-se num factor que leva à incapacidade funcional. É um fenómeno que envolve diversas dimensões, tratando-se de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional. O sofrimento emocional causado pela dor é um dos aspectos mais perturbadores da condição de vida.

Um doente que vive com dor crónica, não só experiencia a sensação de dor, mas também se vê forçado a viver alterações e perdas significativas no seu dia-a-dia e, nas várias dimensões da sua vida, afectando o papel desempenhado em cada uma delas, devida à limitação na realização das suas actividades de vida diária.

Neste sentido, o presente trabalho de investigação foi desenvolvido com o objectivo de caracterizar a Qualidade de Vida dos doentes com dor crónica em acompanhamento na Unidade de Dor do Hospital de S. João – Porto.

Relativamente às análises efectuadas, com o propósito de comprovar as hipóteses formuladas, verificou-se que os doentes deste estudo que evidenciavam uma personalidade mais neurótica (variável disposicional), tendencialmente verbalizaram queixas mais dolorosas, com intensidades mais exacerbadas (intensificam a dor percebida). Verificou-se também, que a depressão se encontrava muito associada, levando estes doentes a desenvolverem estratégias de *coping* disfuncionais, com comportamentos passivos no processo terapêutico, que intensificam mais a doença crónica e o agravamento da sintomatologia depressiva. Estes resultados traduzem uma qualidade de vida inferior, pois verificaram-se correlações estatisticamente significativas e negativas. Concluindo-se assim, que a qualidade de vida se encontra modelada pela personalidade (neuroticismo), pela

psicopatologia (depressão) e pela dor relatada e experienciada pelos participantes deste estudo.

Como também foi referido como objectivo e já abordado na discussão, estes aspectos influenciam no processo de adaptação à doença e às limitações inerentes da patologia, envolvendo uma serie de construtos (crenças, esquemas, distorções, mitos, adesão terapêutica, *coping*, rede de suporte, entre outros) que necessitam de ser trabalhados. Neste sentido a psicologia clínica, tem um papel privilegiado neste campo. Este estudo, permite que se adequê um processo de intervenção, com objectivos bem delineados, muito orientado para as terapias cognitivo-comportamentais, pois têm demonstrado bons resultados na doença crónica. No entanto, o prioritário é colmatar as necessidades dos doentes com dor crónica. Este seria um objectivo a desenvolver num próximo trabalho.

Vários estudos foram referidos no enquadramento teórico deste estudo, e segundo a pesquisa bibliográfica, alguns destes corroboraram os mesmos resultados (BenDebba et al., 1997; Cassano & Fava, 2002; Geisser et al., 2000; Junior et al., 2008; Karoly & Rueclman, 2006; Lemogne et al., 2004; Maestro et al., 2001).

REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI. Referências Bibliográficas

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1992). Neuroticism and pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119-126.
- Aitken, R. C. (1969). Measurement of feeling using visua analogue scales. *Proceedings of the Royal Society Medicine*, 62, 989-993.
- Almeida, A., & Leite-Almeida, H. (2006). Porque é que as emoções controlam a Dor. *Ser saúde*, 1, 66-80.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersson, G. B. (1999). Epidemiological features of chronic low back pain. *Lancet*, 354, 581-585.
- Angelotti, G. (2001). Dor crónica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In V. Angerami-Camon, *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 113-129). Brazil: Pioneira.
- Antunes, S. C., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e tuberculose pulmonar. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 643-661). Lisboa: ISPA.
- Arantes, S., Ferreira, C., Lobo, S., Moutinho, R., Correia, J., Carvalho, C., & Marcos, A. (2007). Lombalgias: a realidade da nossa unidade de tratamento de dor. *Dor*, 15 (3), 22-27.
- Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar dad dor! Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 101-112.
- Ardila, A. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 11 (6), 5-15.

-
- Armero, P., Muriel, C., Santos, J., Sánchez-Montero, F., Rodriguez, R., & Sarmiento, R. (2004). *Bases Genéticas del Dolor*, 11, 444-451.
- Arraras, J. I., Garrido, E., Pruja, E., Marcos, M., Tejedor, M., & Árias, F. (2000). El cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30. Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clínica y Salud*, 11 (3), 329-349.
- Baltar, M., Ribeiro, J. P., Lopes, I. S., Torres, A. F., & Lourenço, C. M. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 285-300.
- Barbosa, A. M., & Ribeiro, J. P. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Barón, M. (1999). La información al enfermo con cáncer. Fundamentos. In E. García-Camba (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp.159-170). Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Barros, N. (2004). Manifestações clínicas da dor crónica e principios do tratamento. *Dor Diagnóstico e Tratamento*, 1 (3), 3-10.
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Bautista, A., Sanduende, Y. & Català, E. (2003). Dolor miofascial. In E.Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 359-364). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Beadle, G. F., Yates, P. M., Najman, J. M., Clavarino, A., Thomson, D., Williams, G., Kenny, L., Roberts, S., Mason, B., & Schlect, D. (2003). Illusions in advanced cancer: the effect of belief systems and attitudes on quality of life. *Psycho-oncology*, 722-732 (in press).
- BenDebba, M., Torgerson, W. S., & Long, D. M. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain*, 72, 115-125.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bernardo, A., Leal, F., & Barbosa, A. (2006). Depressão. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 241-255). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

-
- Berkley, K. J. (1997). Sex differences in pain. *Behavior Brain Science*, 20, 371-380.
- Bertani, I., Rezende, R., Parzewski, C., & Lourenço, E. (2005). Instrumentos e métodos para medir qualidade de vida. *Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo*, 15 (5), 8-16.
- Biber, M. P. (2004). Cefalea. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 35-45). Barcelona: Masson.
- Bloom, J R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 13, 147-160.
- Boer, J., Oostendorp, R., Beems, T., Munneke, M., & Evers, A. (2006). Continued disability and pain after lumbar disc surgery: the role of cognitive-behavioral factors. *Pain*, 123, 45-52.
- Bottomley, A. (2002). The cancer patient and quality of life. *The oncologist*, 7, 120-125.
- Bowling, A. (1994). La medida da la salud. *Revision da las escalas de medida de la calidad de vida*. Madrid: Masson, S.A.
- Boyle, G., Fernández, E., & Ortet, G (2003). El cuestionario de dolor de McGill (Mcguill pain questionnaire – MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII (1), 111-119.
- Breivik, H. (2005). Opióides in chronic non-cancer pain, indications and controversies. *European Journal of Pain*, 9, 127-130.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Brown, S., Glass, J., & Park, D. (2002). The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 96, 279-284.
- Buckberg, J., Penman, D., & Holland, J. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic medicine*, 46, 199-212.
- Buela-Casal, G., & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 505 – 525). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

- Carlsson, A. M. (1983). Assessment of chronic pain. I Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16 (1), 87-101.
- Carrillo, J., Collado, S., Rojo, N., & Staats, A. (2003). Personalidad, emociones y dolor. *Clínica y Salud*, 14 (1), 7-25.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74, 46-54.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Castro Lopes (2009). *InformaDor* 7, Janeiro, 2ª serie, 7.
- Castro, M., Caiuby, A., Draibe, S., & Canziani, M. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49 (3), 245-249.
- Castro, M., Quarantini, L., Daltro, C., Kraychette, D., & Miranda-Scippa, A. (2006). Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crónica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 30 (2), 211-223.
- Català, E., & Bernat, J. (2003). Dolor neuropático y diversas entidades. In E.Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 295-320). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Cella, D. (2003). Métodos de evaluación de la calidad de vida en psico-oncología. In M. D. Trill (Eds.), *Psico-oncología* (pp. 779-787). Madrid: ADES ediciones.
- Cho, S., Hayashi, K., Zunin, I., Chao, P., & Heiby, E. (2007). Pain catastrophizing is distinct from neuroticism: pain catastrophizing influences pain severity and depression more than neuroticism. *Journal of Pain*, 8 (4), 59-70.
- Coelho, P., Gomes, V., Vilar, A., Silva, R., Reis, P., Simões, E., Miranda, L., Micaelo, M., et al. (2001). A dor em reumatologia: qual a importancia. *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26, 13-19.
- Conesa, G., & Carrillo, M. (1999). Géneses y mantimimiento del dolor lumbar: análisis psicológico. *Revista de Psicologia da la Salud*, 11 (1-2), 103-123.
- Coniam, S. W., & Diamond, A. W. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Correia, D. (2007). Dor crónica musculoesquelética. *Dor*, 15 (3), 11-15.
- Crawford, M., & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: que avaliação? Que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Crichton, P., & Moorey, S. (2002). Treating pain in cancer patients. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel, *Psychological Approaches to Pain Management - A Practitioner's Handbook* (2nd ed), (pp. 501-514). London: Guilford Press.
- Cruz, R. (2003). Diagnóstico de aspectos emocionais associados á lombalgia e á lombociática. *Avaliação Psicológica*, 1, 29-33.
- Cruzado, J., & Olivares, M. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer. In J. Buceta, A. Buceno, & B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica en trastornos de la salud* (pp. 341-402). Madrid: Dykinson.
- Davis, M. (2006). What is new a neuropathic pain? *Support Care Cancer*.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- Donker, F. S. (1999). Tratamiento psicológico del dolor crónico. In M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 537 – 556). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Editorial. (2007). Pain following herpes zoster: the influence of changing population characteristics and medical developments. *Pain*, 128, 3-5.
- Edwards, R., Augustson, E., & Fillingim, R. (2003). Differential relationships anxiety and treatment associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 19, 208-216.
- Ehrlich, G. (2003). Low back pain. *Bulletin of the world health organization*, 81, 671-676.
- Elklit, A., & Jones, A. (2006). The association between anxiety and chronic pain after whiplash injury. *Clinical Pain*, 22 (5), 487-490.
- England, J., & Asbury, A. (2004). Peripheral neuropathy. *The Lancet*, 363, 2151-2161.

-
- Espinosa, E., Zamora, P., & Cubillo, A. (1998). Calidad de vida en oncología. In M. G. Baron (Coord.), *Oncología Clínica* (pp. 261-268). Madrid: McGraw-Hill.
- Evans, C., Trudeau, E., Mertzains, P., Marquis, P., Pena, B., Wong, J., & Mayne, T. (2004). Development and validation of the pain treatment satisfaction questionnaire for use patients with chronic or acute pain. *Pain*, 112, 254-266.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory* (2nd ed). London: Hodder and Stoughton Educational.
- Eysenck, H. J., Eysenck, S. B., & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Fagulha, T., Duarte, M. D., & Miranda, M. J. (2000). A “qualidade de vida”: uma nova dimensão psicológica? *Psychologica*, 25, 5-17.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people’s definitions of quality of life. *Society Science Medicine*, 41 (10), 1439-1446.
- Fausett, H. J. (2004a). Artritis. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 147-153). Barcelona: Masson.
- Fausett, H. J. (2004b). Dolor neuropático. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 193-198). Barcelona: Masson.
- Fausett, H. J., & Warfield, C. A. (2004). Perspetiva general sobre los analgésicos sistémicos. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 237-242). Barcelona: Masson.
- Fausett, H. J. (2004c). Neuralgia postherpética. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 199-204). Barcelona: Masson.
- Fernandes, A. (2001). A questão demográfica: do declínio da fecundidade a um debate sobre a política familiar. *Boletim da Associação Portuguesa de Demografia*, 1, 1-4.
- Fernándeiz, M., & Català, E. (2003). Las clinicas del dolor. In E. Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 87-48). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Fernández-Ríos, L., & Garcia-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 133-154). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
-

- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1997). Quality of life in breast cancer. Part I: physical and social well-being. *Cancer Nurs* 20 (6), 398-408.
- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., & Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer. Part II: psychological and spiritual well-being. *Cancer Nurs* 21 (1), 1-9.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – testes de validade. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fillingim, R. B., & Maixner, W. (1995). Gender differences in the responses to noxious stimuli. *Pain*, 4, 209-221.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rososmoff, R. S. (1997). Chronic pain associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal Pain*, 13, 116-137.
- Folhas, G., Oliveira, C., Rato, C., França, C., & Ferreira, A. (2007). Massagem e relaxamento para alívio da dor oncológica: projecto “Bem-estar”. *Dor*, 15, 37-47.
- Gameiro, M. (1999). *Sufrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ganz, P. A., Schag, A. C., Lee, J., Polinsky, M., & Tan, S. J (1992). Breast conservation versus mastectomy. *Cancer*, 69 (7), 1729-1737.
- Garcia-Camba, E. (1999). Psiquiatria de enlace y cáncer. In E. Garcia-Camba (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 1-39). Madrid: Biblioteca Aula Médica.
- Geisser, M., Cano, A., & Leonard, M. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *Journal of Pain*, 6 (8), 518-525.
- Geisser, M., Roth, R. S., Theisen, M. E., & Riley, J. L. (2000). Negative affect, self-report of depressive symptoms, and clinical depression: relation to the experience of chronic pain. *Clinical Journal Pain*, 16, 110-120.
- Gheldof, L. M., Vinck, J., Bussche, E., Vlaeyen, J., Hidding, A., & Crombez, G. (2006). Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear. *European Journal of Pain*, 10, 513-525.

- Gilbert, R. L., & Fausett, H. J. (2004). Dolor del cuello. In C. A. Warfield & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 68-73). Barcelona: Masson.
- Gilbert, D. G., & Gilbert, B. O. (1995). Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. *Behavior Genet*, 25, 133-147.
- Glazer, P. A., & Glazer, L. C. (2004). Lumbalgia. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 87-94). Barcelona: Masson.
- Gleitman, H. (1999). *Psicología*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goiburu, E. B. (2003). Aspectos psicosociales del dolor oncológico. In M. D. Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 446-460). Madrid: ADES ediciones.
- Gonçalves, A. (2005). *Cefaleias um desafio*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Guyatt, G. H., Eagle, J., Sackett, B., Willian, A., Griffith, L., Mcilroy, W., Patterson, C., & Turpie, I. (1993). Measuring quality of life in the frail elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1433-44.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Harris, S., Morley, S., & Barton, S. (2003). Role loss and emotional adjustment in chronic pain. *Pain*, 105, 363-370.
- Henrique, J. R., & Scivoletto, S. (1997). Depressão no contexto médico. *Revista Brasileira de Medicina*, 54 (9), 718-728.
- Hernández-García, J. M. (2004). Fibromialgia. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 154-157). Barcelona: Masson.
- Hernández, C. M. (2003). La ansiedad. In M. D. Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 337-346). Madrid: ADES ediciones.
- Hornquist, J., Wirby, A., Hansson, B., & Anderson, P.O. (1993). Quality of life: Status and change (QLsc) reability, validity and sensivity of a generic assessment approach tailored for diabetes. *Quality of Life Research*, 2, 263-279.
- Houser, S. A. (2004). Dolor de miembro fantasma. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 181-183). Barcelona: Masson.

- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções de população residente em Portugal, 2000-2005*.
- Joyce, C. R., Zutshi, D. N., Hrubes, V., & Mason, R. M. (1975). Comparison of fixed interval and visual analogue scales for rating chronic pain. *European Journal Pharmacology*, 14, 8 (6), 415-420.
- Jubran, S., & Nicolau, M. (1999). Contribuições de la psicologia en el tratamiento de enfermos com fibromialgia. *Revista da Faculdade de Psicologia do Centro Universitário*, 4 (1), 7-13.
- Junior, S., Nicholas, M., Pereira, I., Pimenta, C., Asghari, A., & Cruz, R. (2008). Validação da Escala de Pensamentos catastróficos sobre a dor. *Acta Fisiátrica*, 15 (1): 31-86.
- Kalso, E., Edwards, J.E., Moore, R.A., & McQuay, H.J. (2004). Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*, 112 (3), 372-380.
- Karoly, P., & Ruhlman, L. (2006). Psychological resilience and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123, 90-97.
- Katon, W., Unutzer, J., & Russo, J. (2010). Major depression: the importance of clinical characteristics and treatment response to prognosis. *Depression and Anxiety*, 27 (1): 19-26.
- Keef, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *Pain*, 5 (4), 195-211.
- Keffe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., & Carson, K. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychological*, 57 (4), 587-607.
- Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 640-655.
- Keeley, P., Creed, F., Tomenson, B., Told, C., Borglin, G., & Dickens, C. (2008). Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilization in people with chronic low back pain. *Pain*, 135, 142-150.

- Keogh, E., & Cochrane, M. (2002). Anxiety sensitivity, cognitive biases, and the experience of pain. *The Journal of Pain*, 3 (4), 320-329.
- Keogh, E., McCracken, L., & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *Pain*, 10, 413-422.
- Kochhar, S. C. (2004). Dolor canceroso. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 165-170). Barcelona: Masson.
- Koleck, M., Mazaux, J., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 10, 1-11.
- Kothe, R., Kohlmann, T., Klink, T., Ruther, W., & Klinger, R. (2007). Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Pain*, 127, 103-108.
- Koyyalagunta, D. (2004). Neuropatía diabética. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 209-214). Barcelona: Masson.
- Kurita, G., & Mattos Pimenta, C. (2003). Adesão ao tratamento da dor crónica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61 (2-B), 416-425.
- Leite-Almeida, H., & Almeida, A. (2006). Dor será o nosso cérebro masoquista. *Ser saúde*, 2, 62-78.
- Lemogne, C., Smagge, P., Dijian, M., & Caroli, F. (2004). La douleur chronique en psychiatrie: comorbidité et hypothèses. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 343-350.
- Lopes, J. M. C. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Maestre, C., Zarazaga, R., & Martínez, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17 (1), 129-137.
- Makrides, J. C. (2004). Síndrome miofascial. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 158-164). Barcelona: Masson.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Niculin, M. (2001). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Marques, A. (1994). *Reacções emocionais à doença grave: Como lidar*. Coimbra: Edições de Psiquiatria Clínica.
- Marques, A., Rhoden, L., Siqueira, J. & João, S. (2001). Pain evaluation of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. *Revista Hospitalar Clínica da Faculdade de Medicina de S. Paulo*, 56 (1), 5-10.
- Martinez, J. (1997). Fibromialgia: o que é, e como diagnosticar e como acompanhar. *Acta Fisiátrica*, 4 (2), 99-102.
- Martínez, R., & Aliaga, L. (2003). Tratamiento del dolor oncológico. In E.Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 365-382). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Martins, H. G. (1999a). Adaptação para a lingua portuguesa do questionário de McGill/Melzack para a dor. *Psicologia Clínica*, 4, 17-20.
- Martins, H. G. (1999b). Apresentação do MPQ adaptação à lingua portuguesa (questionário de Melzack para a dor). *Psicologia Clínica*, 4, 21-26.
- Martins, I. P. (2006). Cefaleias. In J. Ferro & J. Pimentel, *Neurología principios, diagnóstico e tratamento*, (pp. 35-46). Lisboa-Porto: Lidel.
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., & Silman, A. J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 96, 239-245.
- McHorney, C., Ware, J., & Raczek, E. (1993). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- McIntyre, T. (1994). *Psicologia da saúde*. Braga: APPORT.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-279.
- Melzack R. (1980). Psychological aspects of pain. *Pain*, 8, 143-154.
- Melzack R. (1983). The McGill Pain Questionnaire. In: Melzack R (ed). *Pain Measurement and assessment*. New York: Raven Press, 41-7.

Melzack R., & Torgerson, W. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50-9.

Melzack R., & Wall P. D.(1988). *The challenge of pain*. New York: Penguin Books.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, S. M. (2002a). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 61-68.

Meneses, R. F., Ribeiro, J. P., & Silva, S. M. (2002b). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. II: facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (2), 119-139.

Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11, 164-170.

Miceli, A. (2002). Dor crónica e subjectividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (3), 363-373.

Miguel, A. S., Carvalho, M., & Batista, A. (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúd* (pp. 125-134). Lisboa: ISPA.

Minayo, M., Hartz, M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências & Saúde Colectiva*, 5 (1), 7-18.

Mira, M., López-Roig, S., Marin, J., Gelabert, M., Heredia, E., Pérez, S., & Cantero, M. (1998). Estado de salud en enfermos com fibromialgia. *Revista de Psicologia de la Salud*, 10 (1), 3-13.

Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Morgado, C., & Tavares, I. (2007). Neuropatia diabética. *Ser saúde*, 7, 80-91.

Moulin, D. E. (2001). Opiáceos na dor crónica não maligna. In C. Stein, *Os opiáceos no controlo da dor*, (pp. 267-278). Lisboa: Climepsi Editores.

Navarro, R., & Botella, J.J. (2002). *Medicina paliativa en enfermedad avanzada de órgano*. *Dolor*, 17, 7-14-

- Neto, I. G. (2003). Cuidados paliativos nas doenças não oncológicas. In A. L. Marques, & I. G. Neto, *Dor e cuidados paliativos* (pp. 15-21). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Neto, I. G. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nielsen, R., Rudin, A., & Werner, M. (2007). Prediction of postoperative pain. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 18, 157-165.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ohnhaus, E. E., & Adler, R. (1975). Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain*, 1, 379-384.
- Olveira, J. (2002). Neuroticismo: algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4 (XX): 647-655.
- Osborne, T., Jensen, M., Ehde, D., Hanley, M., & Kraft, G. (2007). Psychosocial factors associated with pain intensity, pain-related interference, and psychological functioning in persons with multiple sclerosis and pain. *Pain*, 127, 52-62.
- Osswald, W. (2006a). Fármacos que actuam sobre o sistema nervoso central: introdução e classificação. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 50-53). Porto: Porto Editora.
- Osswald, W. (2006b). Psicofármacos e psicofarmacologia. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 66-68). Porto: Porto Editora.
- Osterlin, P. (2003a). Mecanismos y vías de transmisión del dolor. In E. Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 1-15). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Osterlin, P. (2003b). Cefaleias y algias faciales. In E. Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 265-294). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Pain Management (2007). Curso de terapêutica da dor. Fundação Grunenthal.
- Paiva, E. (2003). Fibromyalgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43 (2), 112-118.

- Pattom, D., Barnes, G. E., & Murray, R. P. (1997). A personality typology of smokers. *Addictive Behaviors*, 22, 259-273.
- Peeters-Asdourian, C. (2004). Tratamiento del dolor agudo. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 215-222). Barcelona: Masson.
- Pelechano, V., Matud, P., Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 20, 317-519.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In A. Barbosa & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-113). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Peréz, F., Barrón, G., & Más, M. (1994). El dolor y su classification: revisión de algunas prpuestas. *Revista de Psicologia de la Salud*, 6 (1), 75-101
- Pezzilli, R., Labate, A. M., Frulloni, L., Cavestro, G. M., Ferri, B., Comparato, G., Gullo, L., & Corinaldesi, R. (2006). The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36 questionnaire. *Digestive and Liver Disease*, 38, 109-115.
- Pimenta, C. M., & Teixeira, M. J. (1995). Avaliação da experiência dolorosa. *Revista de medicina, Dor*, 69-75.
- Pimenta, C., & Teixeira, M. (1997). Questionário de dor McGill: proposta de Adaptação para a lingua portuguesa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 47 (2), 177-186.
- Pimenta, C., Teixeira, M., Crreia, C., Muller, F., Goes, F., & Marcon, R. (1999). Alívio da dor crónica não neoplásica com opiáceos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (4), 65-73.
- Polatin, P. B., & Gajraj, N. M (2002). Integration of pharmacotherapy with psychologic treatment of chronic pain. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel, *Psychological Approaches to Pain Management - A Practitioner's Handbook* (2nd ed), (pp. 276-298). London: Guilford Press.
- Prebianchi, H. B. (2003). Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceptuais e metodológicos. *Psicologia: teoria e prática*, 5 (1), 57-69.

- Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17, 45-56.
- Pruitt, S. D., & Korff, M. V. (2002). Improving the management of low back pain: a paradigm shift for primary care. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel, *Psychological Approaches to Pain Management - A Practitioner's Handbook* (2nd ed), (pp. 301-316). London: Guilford Press.
- Quintal, M. L. (2007). Dor neuropática. *Biblioteca da Dor*, 155-196.
- Ramón, G. L., & Sánchez, M. (1999). Intervención en pacientes oncológicos. In E. García-Camba (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp.231-258).
- Raselli, C., & Broderick, J. E. (2006). The association of depression and neuroticism with reports: a comparison of momentary and recalled pain assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 313-320.
- Rebelo, V., Rolim, L. Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia saúde & doenças*, 8(1), 13-32
- Riley, J. L., Robinson, M. E., Wise, E. A., Myers, C. D., & Fllingim, R. B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74, 181-187.
- Ribeiro, J. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá. (Coord.), *Territorios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. P. (2005). *O importante é a saúde, estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J. P., & Ramos, D. (2002). Relação entre coping e qualidade de vida em doentes com cancro colo-rectal. In I. Leal, I. C., & J. Ribeiro, *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 297-303).
- Ribeiro, S., Schmidt, A., & Schmidt, S. (2002). O uso de opioides no tratamento da dor crónica não oncológica: o papel da metadona. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52 (5), 644-651.

-
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology Health & Medicine*, 1-13.
- Riechelmann, J. C. (2001). Psicossomática e a mulher dolorida: interface objectividade/subjectividade das dores do ser mulher. In V. Angerami-Camon, *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 33-61). Brazil: Pioneira.
- Robinson, M., Gagnon, C., Riley, J., & Price, D. (2003). Altering gender role expectations on pain tolerance, pain threshold, and pain ratings. *The Journal of Pain*, 4 (5), 284-288.
- Robinson, M., Riley, J., Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., Waxemberg, L. B., & Fillingim, R. B. (2001). Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *Journal of Pain*, 2, 251-257.
- Rodríguez, A. G., Picabia, A. B., & Gregório, M. A. (2000). La calidad de vida en la salud: un análisis conceptual. *Clínica y Salud*, 11 (3), 309-328.
- Rodríguez, J. A., & Sanchez, M. M. (1995). Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clínica y Salud*, 6 (1), 83-92.
- Rook, J.C., Pesch, R.N., & Keeler, E.C. (1981). Chronic pain and the questionable use of the Minnesota multiphasic personality inventory. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, August 62 (8): 373-376.
- Rowt, K. M., & Knafl, K. A. (1985). Living with chronic pain: the spouse's perspective. *Pain*, 23, 259-271.
- Ruigómez, E., & Torre, M. L. (1999). Dolor oncológico. In E. Garcia-Camba (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 1-39). Madrid: Biblioteca Aula Médica.
- Rull, M., Català, E., & Fernández, M. (2003). Dolor lumbar. In E. Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 335-357). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Rusten, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general norwegian population. *European Journal of Pain*, 8, 555-565.
- Sales, C., Paiva, L., Scandiuzzi, D., & Anjos, A. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (3), 263-272.

- Salveti, M., & Mattos Pimenta, C. (2004). Dor crónica e a crença de auto-eficácia. *Revista Medica Brasileira*, 41 (1), 135-140.
- Sanford, S., Kersh, B., Thorn, B., Rich, M., & Ward, L. (2002). Psychosocial mediators of sex differences in pain responsivity. *The Journal of Pain*, 3 (1), 58-64.
- Santos, C., & Silva, R. (1997). Adaptação do state-trait anxiety inventory (STAI) – form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Santos, C., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1, 115-131.
- Sapeta, A. P. (2003). Estratégias não farmacológicas no tratamento da dor. In A. L. Marques, & I. G. Neto, *Dor e cuidados paliativos* (pp. 33-45). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Sapeta, P. (2007). Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. *Dor*, 15, 16-21.
- Statsoft (2001). Statagraphics Statistical Software
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sharp, J. (2004). Psicofármacos. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 243-245). Barcelona: Masson.
- Silva, P., Gracitelli, M., Soares, H., Camargo, V., Corrêa, T., Gonçalves, M., & Giglio, A. (2002). Qualidade de vida, depressão e câncer de mama: um estudo piloto da Faculdade de Medicina do ABC. *Revista Brasileira de Mastologia*, 12 (4), 17-22.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003a). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 4 (1), 21-32.
- Silva, I., Ribeiro, J. P., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003b). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2 (XXI), 185-194.
- Silva, R., Silva, J. A., Roodrigues, A., & Luís, R. (1999/2000). Estudo de adaptação e estabelecimento de normas do inventário de estado-traço de ansiedade (STAI) – forma Y de Spielberg, para a população militar portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 12, 8-26.

- Simpson, K. (2006). Chronic back pain: continuing education in anaesthesia. *Critical Care and Pain*, 6 (4), 152-155.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25, 19-24.
- Suchdev, P. K. (2004). Fisiopatología del dolor. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 6-12). Barcelona: Masson.
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F. J., Martin, M., Bradley, L. A. & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
- Sullivan, M., Martel, M. O., Tripp, D. A., Savard, A., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking and heightened perception of pain others. *Pain*, 123, 37-44.
- Tavares, J. C. (2006a). Medicamentos da dor e seus mecanismos de acção. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 120-127). Porto: Porto Editora.
- Tavares, J. C. (2006b). Analgésicos de acção central e seus antagonistas. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 128-140). Porto: Porto Editora.
- Tavares, J. C. (2006c). Anestésicos gerais e anestésicos locais. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 159-174). Porto: Porto Editora.
- Teixeira, A. A. (2006). Análgesicos, antipirepticos e anti-inflamatorios não esteroides, antigotosos. In S. Guimarães, D. Moura, & P. S. Silva, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia* (pp. 141-158). Porto: Porto Editora.
- Terol, M. C., Lizón, J., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Mora, M., Rodríguez-Marín, J., & Sánchez, B. (1997). Diferencias en la calidad de vida de los pacientes de cáncer tratados con infusión continua. *Revista de Psicología de la salud*, 9 (1), 141-160.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J., Neipp, M. C., & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16 (2), 111-122.

- Thyregod, H., Rowbotham, M., Peters, M., Possehn, J., Berro, M., & Petersen, K. (2007). Natural history of pain following herpes zoster. *Pain*, 128, 148-156.
- Toledo, M., Barreto, M. P., Pascual, A., & Ferrero, J. (1993). Adaptacion del cuestionario de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cancer de mama. *Revista de Psicología de la Salud*, 5 (2), 29-40.
- Tornero, J. C., Vidal, R., & Aliaga, L. (2003). Analgésicos vía oral. In E.Català & L. Aliaga, *Manual de tratamiento del dolor* (pp. 49-96). Barcelona: Publicações Permanyer.
- Tran, M. L. (2004). Opiáceos. In C. A.Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 265-269). Barcelona: Masson.
- Trill, M.D. (2003). Los transtornos del estado de animo. In M. D. Trill (Ed.), *Psico-oncología* (pp. 347-366). Madrid: ADES ediciones.
- Trindade, I. (2000). Abordagem psicológica da doença crónica em centros de saúde. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 363-372). Lisboa: ISPA.
- Turk, D. C., & Monarch, E. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel, *Psychological Approaches to Pain Management - A Practitioner's Handbook* (2nd ed), (pp. 3-29). London: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Sherman, J. J (2002). Treatment of patients with fibromyalgia syndrome. In D. C. Turk, & R. J. Gatchel, *Psychological Approaches to Pain Management - A Practitioner's Handbook* (2nd ed), (pp. 390-416). London: Guilford Press.
- Unruh, A. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 58-64.
- Urdániz, J., Mañas, J., & Alvarez, J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7 (1), 13-31.
- Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J. (1980). Resultados de aplicação do Eysenk Personality inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psicologia Clínica*, 1 (2), 127-132.
- Velarde-Jurado, E., & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica de México*, 44 (4), 349-361.

-
- Veríssimo, R. (1996). Qualidade de vida e doença inflamatória do intestino: investigação e clínica. *Arquivos Hepato-Gastroenterológicos*, 5 (2), 63-69.
- Villanueva, V., Valfa, J., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M., & Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento: el estado de la cuestión. *Revista da Sociedade Espanhola del Dolor*, 11, 430-443.
- Volpi, A., Gatti, A., Serafini, G., Costa, B., Suligo, B., Pica, F., Marsella, L., Sabato, E., & Sabato, A. (2007). Clinical and psychosocial correlates of acute pain in herpes zoster. *Journal of Clinical Virology*, 38, 275-279.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Hart, R. P., Rafii, A., & Price, D. (1992a). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *Pain*, 51, 67-73.
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Hart, R. P., & Cook, D.B. (1992b). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.
- Wall, P. (1999). *Dor a ciencia do sofrimento*. Porto: Ambar.
- Ware, J. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *Journal of Chronical Diseases*, 40 (6), 473-480.
- Ware, J. (1994). Summary health measures. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 2 (5), 2.
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: New England Medical Center.
- Ware, J., Kosinsky, M., & Keller, S. (1994). SF-36 physical and mental scales: a user's manual. Boston, *The Health Institute*.
- Ware, J., Kosinsky, M., Gandelk, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P., Brazier, J., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepège, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). The factor structure of the SF-36 health survey in 10 countries: results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 1159-1165.
- Wasco, W., & Fausett, H. (2004). Dolor de origen central. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 189-192). Barcelona: Masson.
-

- Wellich, D., Kaleita, A., Ferman, D., Cloughesy, T., & Goldman, J. (2002). Predicting major depression in brain tumor patients. *Psycho-Oncology*, 11, 230-238.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tartar a depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wise, E. A., Price, D. D., Myers, C. D., Heft, M. W., & Robinson, M. E. (2002). Gender role expectations of pain: relationship to experimental pain perception. *Pain*, 96, 335-342.
- Wootton, J. (2004). Evaluación psicológica del dolor crónica. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 25-31). Barcelona: Masson.
- Wootton, J., & Frank, J. B. (2004). Psicopatología, psicoterapia y tratamiento del dolor crónica. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y tratamiento del dolor* (pp. 326-333). Barcelona: Masson.
- Yeng, L., Teixeira, M., Romano, M., Greve, J., & Kaziyama, H. (2001). Avaliação funcional do doente com dor crónica. *Revista Médica de S. Paulo*, 80 (Ed. esp.), 443-473.
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zarazaga, E., Martínez, A. E., & Maestre, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11 (1-2), 77-101.
- Zautra, A., Fasman, R., Parish, B., & Davis, M. (2007). Daily fatigue in women with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Pain*, 128, 128-135.

ANEXOS

ENTREVISTA

A. Identificação

Caracterização sócio-demográfica

B. Caracterização somática (médica)

BATERIA

C. Dor

McGill Pain Questionnaire (MPQ) / Escala Visual Analógica (VAS)

D. Personalidade

Eysenck Personality Inventory (EPI)

E. Psicopatologia

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

F. Qualidade de Vida

The Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36)

ENTREVISTA

ENTREVISTA SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. IDADE:

Dos 18 aos 29 anos ___

Dos 30 aos 49 anos ___

Dos 50 aos 69 anos _

Mais de 70 anos ____

2. GÉNERO:

Feminino ___

Masculino ___

3. RELACIONAMENTO TIPO CONJUGAL:

Solteiro ___

Casado/coabitando ___

Separado/divorciado ___

Viúvo ___

4. GRAU DE ESCOLARIDADE:

Até ao 4º ano, inclusive ___

Do 5º ao 9º ano ___

Do 10º ao 12º ano ___

Licenciatura ___

Mestrado / Doutoramento ___

5. SITUAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL:

Activo: _____

Baixa: _____

Reformado: ____

Desempregado: ____

6. FILHOS:

Com filhos ___

Sem filhos ___

CARACTERIZAÇÃO SOMÁTICA (MÉDICA)

DIAGNÓSTICO:

TERAPÊUTICA MÉDICA:

1. ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS E ANTI- INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES:

2. ANALGÉSICOS DE ACÇÃO CENTRAL (OPIÁCEOS)

3. ANESTÉSICOS GERAIS E ANESTÉSICOS LOCAIS

4. CORTICOIDES

5. PSICOFÁRMACOS:

- SEDATIVOS, HIPNÓTICOS E TRANQUILIZANTES _____
- ANTIDEPRESSIVOS _____
- ANTIEPILÉTICOS _____
- PSICODEPRESSORES OU NEUROLÉPTICOS _____

6. OUTROS:

- PERFUSÕES _____
- INFILTRAÇÕES _____
- EPIDURAL _____
- BOMBA INTRATECAL: BACLOFENO /MORFINA _____
- NEUROESTIMULADOR: LOMBAR /CEREBRAL _____
- MANUSEAMENTO DO CÓCCIX _____

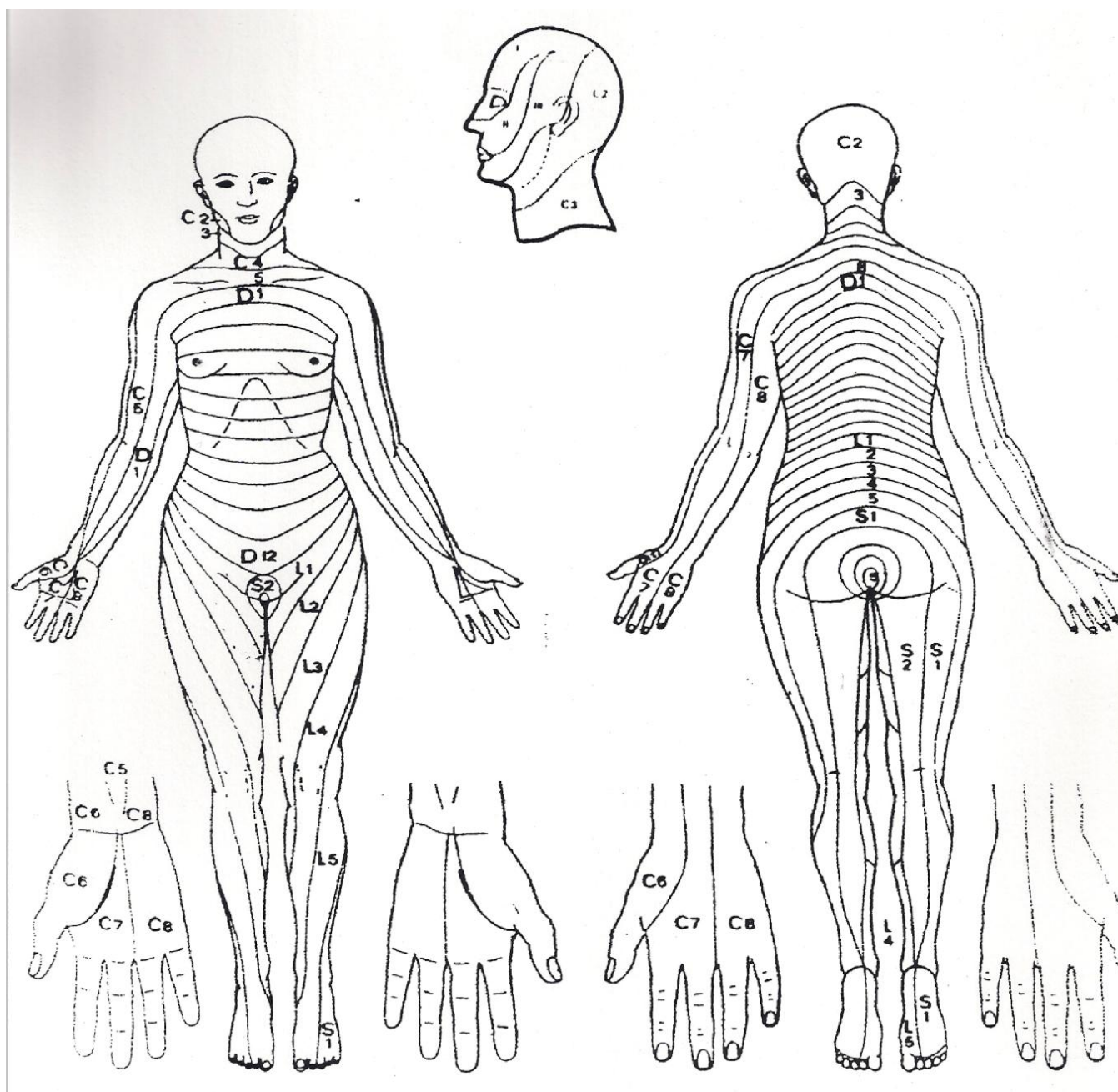
BATERIA

Adaptação portuguesa do questionário de Melzack para a dor MPQ

I Parte

Onde se localiza a sua dor?

Por favor marque no desenho as áreas do corpo onde sente dor. Coloque um "E" se for Externa e um "I" se for Interna. Se for Interna e Externa coloque "IE".



II Parte

Como vai descrever a sua dor?

Alguns destes termos descrevem a sua dor actual. Sublinhe as palavras que melhor a descrevem. Deixe algum grupo que não corresponda à sua dor. Em cada grupo escolha uma só palavra, a que melhor corresponda à sua dor.

1	2	3	4	5
<ol style="list-style-type: none"> 1. Percussão 2. Oscilante 3. Palpitante 4. Pulsátil 5. Latejante 6. Martelamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repentina 2. Impetuosa 3. Brusca 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Picadela 2. Ferroada 3. Perfurante 4. Punhalada 5. Lancinante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fina 2. Cortante 3. Lacerante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beliscosa 2. Pressão 3. Caímbra 4. Triturante 5. Corrosiva
6	7	8	9	10
<ol style="list-style-type: none"> 1. Puxão 2. Torcedura 3. Arrancamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quente 2. Ardente 3. Abrasadora 4. Queimante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coceira 2. Formigueiro 3. Ardor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moinha 2. Irritante 3. Pesada 4. Contínua 5. Prolongada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensa 2. Áspera 3. Maçadora 4. Terrível
11	12	13	14	15
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cansativa 2. Esgotante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estonteante 2. Sufocante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assustadora 2. Mortificante 3. Pavorosa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Castigadora 2. Penosa 3. Ruim 4. Cruel 5. Torturante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofuscante 2. Arrasante
16	17	18	19	20
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborrecida 2. Desoladora 3. Fastidiosa 4. Miserável 5. Insuportável 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irradiada 2. Disseminada 3. Trespasante 4. Penetrante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entorpecida 2. Apertada 3. Fissurante 4. Estiramento 5. Dilacerante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morna 2. Fria 3. Gelada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fraca 2. Nauseante 3. Incómoda 4. Suicida 5. Angustiante 6. Atroz

III Parte

Descreva a sua dor em termos de duração

Escolha um grupo de palavras que descrevam a sua dor.

	Contínua	Fixa	Constante
	Rítmica	Periódica	Intermitente
	Brusca	Momentânea	Transitória

IV Parte

Intensidade da dor

Os termos seguintes apresentam intensidades crescentes de dor

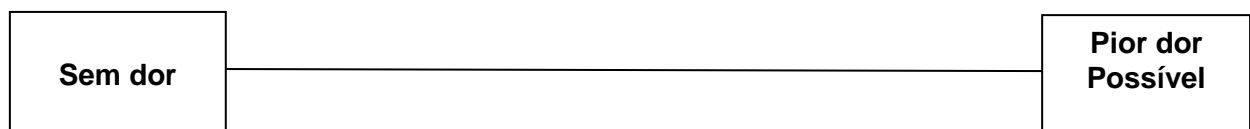
1	2	3	4	5
Ligeira	Incómoda	Angustiante	Horrível	Insuportável

Escolha o número ou palavra que melhor descreva:

	A sua dor neste momento
	A sua dor no pior período
	A sua dor no melhor período
	A pior dor de dentes que já tinha tido
	A pior dor de estômago que já tenha tido
	A pior dor de cabeça que já tenha tido

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Por favor, assinale com uma cruz no segmento de recta, o local que na sua ideia corresponde à intensidade da sua dor.



HADS
Traduzido e adaptado por
Teresa McIntyre, Graça pereira, Vera Soares, Luis Gouveia, Sofia Silva, 1999

Nome: _____ Data ___/___/___

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor.

Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Ignore os números que aparecem no seu lado esquerdo do questionário, leia cada frase e sublinhe a resposta que mais se aproxime da forma *como se sente na última semana*.

Não passe muito tempo com cada resposta, a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo.

A	Sinto-me tenso:
3	A maior parte do tempo
2	Muitas vezes
1	De vez em quando, ocasionalmente
0	Nunca
D	Ainda gosto das coisas que costumava gostar:
0	Tanto como gostava
1	Não tanto como gostava
2	Só um pouco do que gostava
2	Quase nada do que gostava
A	Tenho a sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
3	Sim, e muito forte
2	Sim, mas não muito forte
1	Um pouco, mas isso não me preocupa
0	Não, de maneira nenhuma
D	Consigo rir-me a ver o lado divertido das coisas:
0	Tanto como costumava conseguir
1	Agora, não tanto como costumava conseguir
2	Definitivamente, não tanto como costumava conseguir
3	Não, de maneira nenhuma
A	Tenho preocupações que me passam pela cabeça:
3	A maior parte do tempo
2	Muitas vezes
1	De vez em quando, mas não muitas vezes
0	Apenas ocasionalmente
D	Sinto-me alegre:
3	Nunca
2	Poucas vezes
1	Às vezes
0	A maior parte do tempo

	A	Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado:
	0	Sim, definitivamente
	1	Geralmente
	2	Poucas vezes
	3	Nunca
D		Sinto-me mais lento ou vagaroso:
3		Quase sempre
2		Muitas vezes
1		Às vezes
0		Nunca
	A	Sinto uma espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago:
	0	Nunca
	1	Ocasionalmente
	2	Bastantes vezes
	3	Muitas vezes
D		Perdi o interesse pela minha aparência:
3		Sim, definitivamente
2		Não me cuido tanto como deveria
1		Talvez não me cuide tanto como antes
0		Cuido-me tanto como costumava
	A	Sinto-me inquieto(a), como se tivesse que estar a andar de um lado para o outro:
	3	Sim, muito
	2	Sim, bastante
	1	Não muito
	0	Não, de modo nenhum
0		Antecipo as coisas com satisfação:
1		Tanto como eu costumava fazer anteriormente
2		Um pouco menos do que anteriormente
3		Muito menos do que anteriormente
		Quase nunca
	A	Tenho sentimentos súbitos de pânico:
	3	Com muita frequência
	2	Bastantes vezes
	1	Não muitas vezes
	0	Nunca
D		Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio:
0		Frequentemente
1		Às vezes
2		Poucas vezes
3		Muito raramente

Agora, o favor certifique-se que respondeu a todas as perguntas.