

Instituto Superior de Ciências da saúde do Norte

Mestrado em Psicologia da Dor



*O impacto da dor na qualidade de vida do  
doente oncológico: factores psicossociais na dor.*

Érica Alexandra Moinhos do Nascimento Serra

GANDRA, PAREDES  
2011

Instituto Superior de Ciências da saúde do Norte

Mestrado em Psicologia da Dor



*O impacto da dor na qualidade de vida do*

*doente oncológico: factores psicossociais na dor.*

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado  
em Psicologia da Dor do I.P.S.N.,  
Realizado por Érica Serra  
Sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Emília Areias  
e co-orientação do  
Professor Doutor Mário Lourenço

GANDRA, PAREDES  
2011

## **Pensamento**

*Aqueles que passam por nós,*

*Não vão sós*

*Não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si,*

*Levam um pouco de nós*

(Antoine de Saint-Exupéry )

## **Agradecimentos**

Uma palavra de reconhecimento e profunda gratidão a todos que me ajudaram neste trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Emília Areias pelos seus contributos, quer humanos quer científicos e muitos mais para além destes, que tão bem soube ler-me a alma e conseguiu suportar as minhas inquietudes e desaires.

Ao Professor Jorge Quintas pelo contributo relativo à metodologia qualitativa, questão tão premente, para a operacionalização deste trabalho.

Aos meus queridos pais, a quem tudo devo, que durante este período privaram menos da minha companhia, e aos quais agradeço toda a força compreensão, carinho e apoio incondicional...

Ao Daniel Guedes, meu namorado, amigo e companheiro que caminhou lado a lado comigo...me reconfortou nos momentos mais difíceis...e tanto se empenhou para me ajudar neste projecto.

Aos meus amigos, agradeço as palavras reconfortantes e entusiastas de incentivo ao longo deste percurso e a todos aqueles que directa e indirectamente manifestaram o seu apoio, propiciando deste modo a feitura deste trabalho...

## Resumo

O surgimento de uma doença como o cancro, implica uma adaptação e uma reorganização da vida do sujeito, onde aspectos psicológicos individuais têm um papel essencial no modo como o indivíduo reage, lida e supera a doença.

O objectivo central deste estudo foi o de avaliar o impacto que o cancro da mamã e a dor a esta associada acarretam na qualidade de vida dos doentes, bem como analisar a influência de variáveis psicossociais seleccionadas (ansiedade, depressão e estilos de *coping*) na percepção de dor e na qualidade de vida do doente oncológico. A população deste estudo incluiu 50 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, presentemente, em tratamento de quimioterapia, no serviço de Oncologia do Centro Hospitalar do Alto Ave, que foram avaliadas num único momento.

Foram administrados o Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica (construído pelos autores); o “*McGill Pain Questionnaire*” (traduzido e adaptado por Pimenta, C. A. de M.; Teixeira, M. J., 1996); o “*Cuestionario de Afrontamiento al Dolor*” (Soriano, J. & Monsalve, V. (2002); traduzido e adaptado por Dias, A., 2006); o “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (traduzido e adaptado por McIntyre, Pereira, Gouveia, Silva & Araújo-Soares, 1999); e o “*Health Survey Short-Form, SF- 36*” (Ware e Sherborne, 1992, traduzido e adaptado por Ferreira P., 1998).

Observamos que mais de metade da população estudada apresentava dor relacionada com a doença (66%). Por sua vez a intensidade da dor associava-se com diminuição na Qualidade de Vida para a Componente Física (rank médio (sem dor)= 38.00; rank médio (com dor)=19.06;  $p=0.000$ ) e para a Componente Mental (rank médio (sem dor)=32.97; rank médio (com

dor)=21.65;  $p=0.009$ ) dos doentes; e também se reflectia em maiores níveis de ansiedade (rank médio (sem dor)=14.12; rank médio (com dor)=31.36;  $p=0.000$ ) e depressão (rank médio (sem dor)=16.85; rank médio (com dor)=29.95;  $p=0.002$ ). Quanto às estratégias de coping verificou-se que não existia correlação significativa entre as subescalas do CAD-Re a intensidade da dor oncológica quer para as estratégia de afrontamento á dor passivas (rank médio (sem dor)=21.87; rank médio (com dor)=25.00;  $p=0.464$ ) quer para as activas (rank médio (sem dor)=23.00; rank médio (com dor)=24.47;  $p=0.732$ ), á excepção da estratégia activa de afrontamento á dor “Distracção” ( $r_s=-.375$ ;  $p=0.009$ ). Observou-se ainda que doentes com estilos de afrontamento à dor mais passivos apresentavam um menor nível de qualidade de vida, uma vez que se verificou uma relação significativa entre a medida sumário da escala de estado de saúde “Componente mental” e estes estilos de afrontamento á dor ( $r_s=-0.386$ ;  $p=0.007$ ), e outras sub-escalas. Por último verificamos que indivíduos que apresentam maiores valores na escala de estratégias de afrontamento à dor “Religião” e a medida sumário “Afrontamento passivo”, apresentam valores mais elevados nas escalas de ansiedade e depressão pelo que provavelmente doentes com ansiedade e depressão utilizam menos estilos de afrontamento á dor activos.

Concluimos que a maioria destas mulheres sofre com dor oncológica, dor esta que acarreta com ela diversas implicações ao nível da qualidade de vida, estilos de coping e do aparecimento ou agravamento de ansiedade e depressão, conforme verificamos no nosso estudo.

*Palavras-Chave:* Cancro da mamã, Dor, Qualidade de Vida, Factores Psicossociais, Ansiedade, Depressão, Coping...

## Abstract

The emergence of a cancer involves a difficult adaptation and reorganization of subjects' life, wherein individual psychological features play an essential role defining how individuals react, deal and overcome the disease.

The main objectives of this study were to analyze the impact of breast cancer and disease related pain on the quality of life of patients and to examine the influence of selected psychosocial variables (anxiety, depression and coping styles) on their pain perception and quality of life. Our population included 50 breast cancer women, currently undergoing chemotherapy at an Oncology Department of a tertiary hospital, who were evaluated in a single moment. We administered a Socio - Demographic Questionnaire, the McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), the CAD-R Questionnaire (Cuestionario de Afrontamiento al Dolor, Soriano & Monsalve, 2002), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) and the SF- 36 Questionnaire (Health Survey Short-Form, Ware & Sherborne, 1992).

66% of our subjects experienced pain related to their disease. The intensity of pain related to decrease in the physical and mental components of Quality of Life (mean ranks: without pain = 38.00 and 32.97, with pain = 19.06 and 21.65;  $p=0.000$  and  $0.009$ ), and also to higher levels of anxiety (mean ranks: without pain = 14.12, with pain =31.36 ;  $p=0.000$ ) and depression (mean ranks: without pain = 16.85, with pain = 29.95;  $p=0.002$ ). We found that the intensity of pain only related to the coping strategy "Distraction" ( $r_s=- 0.375$ ,  $p= 0.009$ ). The passive coping strategies associated with a decrease in Quality of Life ( $r_s =- 0.386$ ;  $p=0.007$ ), and also with higher scores of anxiety and depression.

We conclude that pain has a devastating effect over quality of life, independently of the severeness of breast cancer.

*Key Words:* Breast cancer, Pain, Quality of Life, Psychosocial Factors, Anxiety, Depression, Coping...



## Índice

Introdução .....	17
<b>CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico.....</b>	<b>19</b>
1.1. Doença Oncológica.....	19
1.1.1 Tratamento do cancro.....	20
1.1.2. Cancro da mama .....	22
1.2. Dor .....	25
1.3. Factores Psicossociais: .....	28
1.3.1 Estilos de Coping.....	28
1.3.2 Ansiedade e Depressão .....	29
1.3.3. Qualidade de Vida .....	31
<b>CAPÍTULO II - Metodologia.....</b>	<b>35</b>
2.1. Problemática .....	35
2.2. Desenho da investigação.....	37
2.2.1 Meio, População alvo e amostra.....	37
2.2.2. Variáveis e hipóteses.....	38
2.2.3 Instrumentos de colheita de dados .....	38
2.2.3.1 – Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica .....	39
2.2.3.2 - Questionário de Melzack para a Dor .....	39
2.2.3.3 - Questionário de Afrontamento á Dor .....	40
2.2.3.4 - Questionário de Ansiedade e Depressão .....	40
2.2.3.5 - Questionário de Qualidade de Vida .....	41
2.2.4 – Análise da consistência interna das escalas utilizadas.....	44

2.2.5 – Procedimentos .....	44
2.2.6 – Participação no estudo .....	44
2.2.7 – Considerações Éticas .....	45
<b>CAPÍTULO III -Resultados.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. Apresentação dos dados e análise de resultados.....</b>	<b>46</b>
3.1.1 - Caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio demográficas e às variáveis clínicas .....	46
3.1.2 – Avaliação da Dor .....	50
3.1.3 – Avaliação da Qualidade de Vida.....	55
3.1.4 – Avaliação da Ansiedade e Depressão .....	55
3.1.5 – Avaliação do Coping.....	56
<b>3.3. Relação entre Variáveis .....</b>	<b>58</b>
3.3.1 Estudo da Relação entre a Dor e a Qualidade de Vida .....	58
3.3.2 - Estudo da Relação entre a Dor e os Estilos de Coping.....	59
3.3.3 - Estudo da Relação entre a Dor e a Ansiedade e Depressão .....	60
3.3.4 - Estudo da Relação entre a Qualidade de Vida e a Ansiedade e Depressão .....	61
3.3.5 Estudo da Relação entre a Qualidade de vida e os Estilos de Coping .....	62
3.3.6 - Estudo da Relação entre os Estilos de Coping e a Ansiedade e Depressão .....	63
3.3.7 - Estudo da Relação entre a idade e a Dor.....	64
3.3.8 - Estudo da Relação entre a idade e a Qualidade de Vida .....	65
3.3.9 – Estudo da relação entre o Tempo de Diagnóstico e a Dor .....	66
<b>3.4. Relações entre grupos com dor e sem dor e as variáveis psicossociais ...</b>	<b>67</b>

CAPÍTULO IV - Discussão.....	69
4.1. Discussão de resultados.....	69
CAPÍTULO V - Conclusão.....	77
5.1. Conclusão.....	77
Bibliografia.....	79

## Índice de Anexos

ANEXO A - Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.- Guimarães.....	
ANEXO B - Declaração de Consentimento informado.....	
ANEXO C - Questionário de Caracterização Sócio - Demográfica.....	
ANEXO D- Questionário de Melzack para a dor.....	
ANEXO E – Questionário de Ansiedade e Depressão (HADS).....	
ANEXO F - Questionário de Afrontamento à Dor (CAD-R).....	
ANEXO G - Questionário do Estado de Saúde (SF-36) .....	
ANEXO H – Artigo submetido á revista “ <i>Psycho-oncology</i> ”.....	
ANEXO I – Abstract submetido ao “ <i>2010 Breast Cancer Symposium</i> ”.....	

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico.....	49
------------------------------------------------------------------	----

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Escalas e respectivos itens do CAD –R .....	40
Tabela 2 - Dimensões e respectivos itens do HADS .....	41
Tabela 3 - Componentes dimensões e respectivos itens do SF-36.....	41
Tabela 4 - Alpha de Cronback para o questionário da dor de McGill .....	43
Tabela 5 - Alpha de Cronback para o questionário CAD-R .....	43
Tabela 6 - Alpha de Cronback para o questionário HADS .....	43
Tabela 7 - Alpha de Cronback para o questionário do SF-36 .....	44
Tabela 8 - Distribuição da amostra por idades .....	47
Tabela 9 - Distribuição da amostra por escolaridade .....	47
Tabela 10 - Distribuição da amostra por profissão .....	48
Tabela 11 - Distribuição da amostra por estado civil .....	48
Tabela 12 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico .....	49
Tabela 13 - Distribuição da amostra por tempo de diagnóstico .....	50
Tabela 14 - Distribuição da amostra por tipo de tratamento .....	50
Tabela 15 - Distribuição da amostra por localização da dor, assinalada no MPQ.....	51
Tabela 16 - Distribuição da amostra por classificação da dor, assinalada no MPQ .....	51

Tabela 17 - Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ.....	52
Tabela 18 - Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ.....	53
Tabela 19 - Distribuição da amostra por avaliação do grau da dor, assinalada no MPQ.....	53
Tabela 20 - Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ.....	54
Tabela 21 - Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ.....	54
Tabela 22 - Distribuição das pontuações por dimensões dos S.F.-36 .....	55
Tabela 23 - Distribuição das pontuações para o item Transição de saúde, do SF-36 .....	55
Tabela 24 - Distribuição de frequências do índice de ansiedade e depressão do HADS .....	56
Tabela 25 - Distribuição das pontuações do CAD-R .....	56
Tabela 26 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e o MPQ .....	59
Tabela 27 - Matriz de correlação entre as variáveis do CAD-R e o MPQ.....	60
Tabela 28 - Matriz de correlação entre as variáveis do HADS e o MPQ .....	60
Tabela 29 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e o HADS .....	61
Tabela 30 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e o CAD-R .....	63
Tabela 31 - Matriz de correlação entre as variáveis do CAD-R e o HADS .....	64

Tabela 32 - Relação da idade com as pontuações da escala da dor de MPQ.	64
Tabela 33 - Relação da idade com as pontuações do SF-36.....	65
Tabela 34 - Relação do tempo de diagnóstico com as pontuações da escala da dor de MPQ .....	66
Tabela 35 - Relação do tempo de diagnóstico com as pontuações do SF-36.	66
Tabela 36 - Diferenças significativas entre grupos de dor e sem dor no HADS, CAD-R e SF-36.....	67



## Introdução

O diagnóstico de cancro representa um evento de vida importante e catastrófico para a maioria dos indivíduos, tendo um forte impacto na qualidade de vida, mesmo para as pessoas que lidam bem com os aspectos negativos da vida (Pereira & Lopes, 2002).

Quando a mulher se encontra confrontada com uma doença oncológica, que põe em risco a sua vida, surgem incertezas, sofrimento, dor, ansiedade e medos, principalmente o medo da morte (Dias et al., 2002).

O cancro da mama é um dos maiores problemas de saúde pública em todo mundo, pelo que, merece uma especial atenção e, acerca do qual se tem desenvolvido várias investigações.

Assim, a escolha da problemática prende-se com o mundo das mulheres que vivenciam este tipo de experiência, no sentido de avaliar as possíveis modificações ocorridas na vida destas mulheres. A opção por este estudo e a forma como o concebemos tem a ver com os propósitos da intervenção dos serviços de saúde, pois é imperial que o profissional de saúde seja conhecedor do estado global do doente, para que o possa auxiliar a procurar a força necessária á manutenção da sua harmonia e bem-estar.

A dor crónica é uma das situações mais incómodas e desesperadoras para o homem. Entre as síndromes dolorosas, a dor relacionada ao cancro é uma das mais importantes. Assim torna-se importante ter conhecimento do impacto que a doença oncológica e a dor a esta associada acarretam no quotidiano do doente e na sua qualidade de vida.

*“A dor é definida, segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável,*

*associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Nos termos dessa definição, não apenas os componentes físico e químico envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também os aspectos subjectivo e psicológico, que são cruciais na compreensão da queixa dolorosa, especialmente, em pacientes com dor crónica.” (Oliveira, 2003, p.138)*

Identificar as alterações na qualidade de vida da pessoa com dor oncológica pode contribuir para que as práticas dos profissionais a exercer funções na área de oncologia integrem um tipo de relação que contemple a escuta activa e que não esqueçam que cada pessoa é caracterizada pela sua unicidade como ser singular que é.

O surgimento de uma doença como o cancro, implica uma adaptação e uma reorganização da vida do sujeito, onde aspectos psicológicos individuais têm um papel essencial no modo como o indivíduo reage, lida e supera a doença. Por todas as razões evocadas, o tema desenvolvido no nosso estudo é ***O impacto da dor na qualidade de vida do doente oncológico: factores psicossociais na dor.***

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em 4 capítulos, em que no primeiro capítulo se faz uma revisão bibliográfica do tema. A metodologia será abordada no segundo capítulo, desde o tipo de desenho de investigação delineado, aos participantes seleccionados, as variáveis definidas, instrumentos utilizados, reacções ao estudo, considerações éticas. No capítulo seguinte descrevem-se os resultados obtidos, com o apoio de tabelas, seguido do capítulo quatro onde se faz uma crítica dos resultados obtidos. Segue-se o capítulo cinco com as conclusões da dissertação.

No final do trabalho apresentam-se ainda os anexos que se compõem desde a autorização por parte da comissão de ética, declaração de consentimento informado, quer dos instrumentos de recolha de dados utilizados, bem como o Artigo referente ao nosso trabalho, submetido á revista indexada “*Psycho-Oncology*”, e Poster submetido ao “*2010 Breast Cancer Symposium*”.

## **CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1 Doença Oncológica**

O cancro, doença conhecida desde a antiguidade, tem sofrido diferentes abordagens terapêuticas ao longo dos séculos, tendo as últimas descobertas, contribuído para a evolução do conceito que a sociedade em geral tem sobre o cancro. No entanto continua a ser, na maioria das vezes encarada como uma doença incurável, como uma situação de doença grave, devastadora, de progressão rápida, avassaladora, passível de surpreender qualquer um, em qualquer etapa do ciclo de vida e capaz de causar grande sofrimento físico e psicológico.

O cancro é a segunda maior causa de morte nos países industrializados, sendo a principal causa de morbilidade em crianças até aos catorze anos de idade e aproximadamente 60% de todas as mortes, que ocorrem em indivíduos com idade superior a sessenta e cinco anos, como refere Pfeifer (2000; *in* Santos, 2006 p.17).

O cancro continua a revelar-se uma das doenças mais temida pela humanidade, provavelmente a mais temida da actualidade e uma das maiores causas de morte a nível mundial. Independentemente da sua origem e dos elevados custos sociais e económicos que lhe são associados, a doença oncológica desencadeia um conjunto de relações emocionais a nível da pessoa humana.

Para além do medo irracional que desperta, o cancro é uma doença que envolve um elevado grau de incerteza e indeterminação, no que respeita à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico (Dias *in* Ribeiro; 2000, p. 555-567).

Os tratamentos do cancro têm evoluído notavelmente nos últimos anos, tendo como consequência evidente o prolongamento da vida dos doentes, como refere, Dias & Durá (2002, p.51)

*“Uma das consequências do avanço da medicina no domínio das doenças oncológicas é a elevação da taxa de sobrevivência entre os que sofrem deste tipo de afecções. Como seria de esperar, este aumento da sobrevida colocou-nos perante um enorme desafio: se há cada vez mais sobreviventes das doenças oncológicas, também há mais necessidade de explicação. Entre as necessidades de intervenção, são de primordial importância as que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida em múltiplas frentes.”*

Segundo Koocher (citado por Ribeiro, 1998, p.255), esta doença tem vindo a aumentar de prevalência e é uma doença cujo diagnóstico tem efeitos catastróficos.

### **1.1.1 Tratamento do cancro**

O cancro tem uma conotação de tal modo devastador, no indivíduo e na família, que surge muitas vezes associado a conceitos bélicos. (Dias Pereira, 1994; *in* Mourão, 2007, p. 27).

Perante tal inimigo é lícita a utilização de terapêutica extremamente agressiva para poder ser eficaz. Os tratamentos tornam-se penosos como a própria doença, pelos seus constrangimentos, físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estão relacionados com a doença, com a possibilidade de recaída, após a remissão e com efeitos secundários dos vários tratamentos. A abordagem terapêutica do cancro depende da sua localização e do estágio sendo muitas vezes uma acção concertada entre várias opções terapêuticas.

As estratégias de eleição no tratamento do cancro são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia, utilizadas individualmente ou

num processo combinado, tendo em conta as características específicas da doença oncológica e do doente, como evidencia Santos (2006).

A cirurgia é a forma registada mais antiga para tratamento curativo do cancro. Durante muitos anos, o tratamento ideal era remover o cancro e o mais cedo possível. Por essa razão, os procedimentos eram de natureza radical.

Segundo Pfeifer (*in* Otto, 2000, p.529), cerca de 40% dos doentes tratados apenas com cirurgia ficam curados. Ainda segundo a mesma autora, "*Cerca de 90% dos doentes de cancro submete-se a algum tipo de intervenção cirúrgica para diagnóstico, tratamento inicial ou manuseamento de complicações.*"

A cirurgia pode efectivar uma cura se o cancro for diagnosticado precocemente e permanecer localizado.

A cirurgia aplicada à doença oncológica tem diferentes finalidades, entre elas, o diagnóstico da doença e seu estadiamento, o tratamento propriamente dito e ainda reconstrução das sequelas da doença e seu tratamento. (Santos, 2006 p.34)

Segundo Otto (2000, p.530), o tratamento cirúrgico do processo cancerígeno abrange cinco áreas principais: tratamento primário (envolve a remoção de um tumor maligno e de uma margem normal do tecido normal adjacente), tratamento adjuvante (envolve a remoção de tecidos para reduzir o risco de incidência, progressão ou recorrência do cancro), tratamento curativo (abordagem cirúrgica extensa para tratar a recorrência local após abordagem primária menos extensa), tratamento paliativo e tratamento combinado.

O tratamento cirúrgico do processo oncológico em si, corresponde então à remoção do tumor maligno e de uma margem de tecido normal envolvente (excisão local), nas situações de tumor localizado ou *in situ*.

Relativamente aos cuidados inerentes a qualquer doente cirúrgico, ao doente oncológico acrescem os factores psicossociais, existenciais e as complicações específicas do cancro. A cirurgia é temida pelos doentes por vários motivos, a confirmação do diagnóstico, o medo da anestesia, o medo de não suportar a

cirurgia, o medo da mutilação (agravado quando esta é visível) e o medo da dor e complicações pós-operatórias.

### 1.1.2. Cancro da mama

Otto (2000, p.89), afirma que a incidência do cancro da mama está a aumentar em todo mundo, refere ainda que é um dos tumores malignos mais frequentes, no sexo feminino, sendo a principal causa de morte nas mulheres entre os trinta e cinco e os cinquenta e quatro anos.

Estatísticas mostram que este ano houveram mais 1,1 milhão de mulheres com cancro da mama diagnosticados por todo mundo, e 410 mil morreram desta mesma doença. (Montazeri, Vahdaninia, Harirchi, & Ebrahimi, 2008)

A nível da União europeia, o cancro da mama é uma das doenças mais frequentes. Segundo Dias & Durá (2002), e de acordo com a base de dados da EUCAN, em 1996, foram registados duzentos e nove mil e quinhentos e quarenta e oito casos de indivíduos com cancro da mama e setenta e seis mil e trinta mortes pela mesma causa. Portugal, registou nesse período quatro mil cento e oitenta e três casos...”

*“ A patologia mamária do carcinoma da mama, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um tumor maligno no seio do indivíduo, sendo a população afectada na sua grande maioria o sexo feminino.”* (Ribeiro; 1997, p.215)

A detecção precoce continua a ser a chave para o controlo do cancro da mama. Até que possa ser evitado, a detecção precoce é a maior esperança para a cura. (Meeker, 1997, p. 524)

*“...o cancro da mama não é uma doença única, mas várias. Pode ser descoberto numa fase pré-cancerosa (...), como cancro que ainda não se espalhou, ou depois de se ter espalhado a outros órgãos.”* (Ogden, 2004, p.17)

Esta autora, “divide” da cancro da mama em dois tipos – não invasivos ou *in situ* (cancros confinados aos ductos ou lóbulos, que se espalharam para além

da camada de tecido onde se desenvolveram) e os invasivos (cancros que começaram a espalhar-se ao tecido circundante.

*“Os cancros primários da mama são agrupados como invasivos ou não invasivos. A malignidade confinada aos canais e aos lóbulos é classificada como não invasiva ou carcinoma *in situ*. (...) Quando as células malignas penetram tecido exterior dos canais ou dos lóbulos, o cancro é descrito como infiltrante ou invasivo.” (Otto, 2000, p.102)*

O carcinoma ductal *in situ* é não invasivo e está a tornar-se mais comum porque as mamografias o identificam numa fase precoce.

Quando há este tipo de cancro, isso significa que há células nos ductos lactíferos da mama que começaram a crescer e a dividir-se anormalmente e se tornaram células cancerosas. Mas ainda não romperam os canais nem desenvolveram a capacidade de se espalhar para o resto do seio ou do corpo. Se for removido nesta fase, tem uma probabilidade alta de cura.

“A mastectomia tem sido o primeiro tratamento para o carcinoma ductal *in situ* com uma taxa de cura na ordem dos 100%.” (Otto; 2000, p.110)

Segundo a mesma autora, o primeiro objectivo da cirurgia tem sido sempre, alcançar o controlo local e regional da doença. O tipo de cirurgia seleccionada baseia-se no estágio clínico da doença (tamanho do tumor, fixação, histologia, nódulos e metástases), nos resultados mamográficos (incluindo evidencia das células do cancro em outras áreas da mama, separadas da primária), da localização do tumor, da historia do doente, disponibilidade cirúrgica e perícia radioterapêutica, tamanho da mama e preferência da doente.

Cirurgicamente, pode ser efectuada uma tumorectomia (cirurgia conservadora da mama) ou uma mastectomia. A tumorectomia consiste na remoção do tumor e de uma pequena porção de tecido saudável circundante e, se necessário, dos gânglios linfáticos da axila do lado afectado (Manuila et al., 2001; *in* Rebelo, 2007). A mastectomia radical modificada consiste na remoção total da mama, juntamente com os nódulos linfáticos axilares e o revestimento por cima do músculo grande peitoral. Na mastectomia radical, todo o tecido mamário,

incluindo o mamilo e aureóla e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral é removido.

Desde a antiga e mutilante mastectomia radical, até às abordagens cirúrgicas mais conservadora dos nossos dias, a tendência é cada vez mais para uma cirurgia menos agressiva, com preservação do tecido mamário e menor extensão da cicatriz. (Amorim, 2007).

*“As mamas da mulher são sinónimas de feminilidade, atracção sexual e de comportamento educacional.”* (Otto, 2000, p.110)

A desfiguração e a perda associadas à mastectomia podem ser devastadoras para muitas mulheres e seus companheiros.

*“A amputação de um seio, evoca-nos certamente reacções muito negativas e marcantes, piores do que se pensarmos que a patologia mamária foi vencida por uma operação muitas vezes considerada simples.”* (Ribeiro; 1997, p.228)

Por fim e segundo Dias & Durá (2002), o cancro da mama é uma doença que estigmatiza a doente enquanto mulher e desagrega o funcionamento biopsicossocial da doente, o que conduz à necessidade de readaptação das sua vivências intrapsíquicas.



## 1.2. Dor

A dor enquanto experiência humana é um fenómeno complexo, subjectivo, que deve ser analisado como experiência pessoal de quem a vivencia, e é influenciada por mitos, crenças, medos e preconceitos, valores culturais e religiosa que muitas vezes impedem uma abordagem lúcida, indispensável à verdadeira intervenção cuidativa.

A dor persegue o homem desde os tempos mais remotos. Aceite durante muito tempo como uma fatalidade, descrita como punição, ora como purificação ou seja como presença de um espírito maléfico, a dor tem sido a companheira não desejada do homem desde o início da humanidade.

A dor é uma sensação desagradável, que normalmente está associada a uma doença ou a uma lesão, embora tenha um componente emocional acrescido ao qual chamamos sofrimento.

A “American Pain Society (APS)” e a posição do seu papel na dor (...), utilizam a definição de dor de Merskey: *“uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada a lesão potencial ou actual do tecido ou descrita em termos dessa tal lesão”*. (Otto, 2000, p.815)

Outra definição descreve o termo dor como *“aquilo que a pessoa diz ser, existindo quando a pessoa disser que ela existe”*, (Margo McCaffery, 1989 in Timby, 2001, p.366).

Destas descrições de dor, torna-se evidente que esta é multidimensional e subjectiva.

Independentemente da sua origem, a dor pode variar conforme a sua duração. A dor aguda tem curta duração, ao passo que a dor crónica prolonga-se por mais de seis meses, explica Timby (2001, p.368).

*“A dor crónica é definida como uma experiência psicofisiológica desagradável que permanece apesar de ter diminuído ou desaparecido o dano tecidual. Mal delimitada no tempo e espaço, este tipo de dor persiste por processos patológicos crónicos, de forma contínua ou recorrente.”* (Oliveira & Gabbai, 1998 in Ribeiro, 2008, p.73)

A dor pode ser categorizada de várias formas, para além das descritas acima, dor aguda e dor crónica, podemos falar também em dor crónica oncológica.

Otto (2000, p.817), descreve *“... dor oncológica pode ser aguda ou crónica. O elemento tempo aplica-se à dor crónica e a intensidade pode ser severa. A dor pode descrever-se como intratável (não se consegue aliviar) e pode ter várias etiologias.”*

A dor da pessoa com doença oncológica, como diz Pacheco (2002; in Fabião, 2004, p.43), é *“uma dor muito intensa, de carácter persistente e acompanhada de grande sofrimento. Torna-se assim, o centro da atenção do doente, lembrando-lhe constantemente a existência de uma doença fatal e absorvendo toda a sua energia, levando a que a pessoa deixe de ser ela própria para passar a ser apenas a sua dor.”* A dor interfere desta forma com todas as modalidades da pessoa, dificultando a relação consigo mesma, com os outros e com a realidade circundante.

É difícil determinar a incidência da dor no cancro. Foley (1993; in Otto, 2000, p.817) afirma que 70 a 90% dos doentes com cancro avançado experimentam dor de moderada a severa.

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente em mulheres e o tratamento cirúrgico é indicado na maioria das pacientes. São relatadas complicações relacionadas a esse tratamento, dentre as quais se cita a síndrome dolorosa pós mastectomia, que é uma dor persistente que sucede o procedimento cirúrgico. Apesar da génese da dor ser multifactorial, a secção do nervo

intercostobraquial é a lesão nervosa mais frequentemente diagnosticada (Couceiro, 2009).

A incidência do síndrome dor após uma mastectomia é alta (Carpenter, Andrykowski, Sloan et al, 1998), a presença de dor afecta as actividades de vida diárias em geral. Existem depoimentos da interferência da dor com o cuidar das crianças, conduzir, tempo de laser, sexo, resultando numa diminuição da qualidade de vida. (Stevens, 1995)

## 1.3. Factores Psicossociais:

### 1.3.1 Estilos de Coping

A doença oncológica constitui tipicamente, um agente de stress que implica a adopção de um leque variadíssimo de estratégias para lhe fazer frente, podendo essas estratégias ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam, no decurso da doença. Estes processos, denominados de *coping*, têm sido estudados por vários autores, em diferentes perspectivas.

*Coping* aparece definido por Monat & Lazarus (1985; *in* Marques, 1991, p.115), como “*esforços para lidar com situações de ameaça, dano ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática*”. Encontra-se uma grande variabilidade de estratégias de *coping*, a qual se pode manifestar quer a nível intra-individual quer a nível inter-individual. Neste último caso, esta diversidade torna-se compreensível se tivermos em conta os aspectos culturais, a personalidade e aprendizagens prévias. Por outro lado, existem ainda diferenças inter-individuais relativamente ao modo como o indivíduo percebe a realidade. Assim, um acontecimento percebido como gerador de *stress* para um indivíduo pode não o ser para outro.

Lazarus & Folkman (1991; *in* Teixeira, 2002, p.61) defendem que o *coping* tem um efeito mediador na emergência de estados emocionais, porque emerge da situação, mas transforma de alguma forma a emoção original. Consideram ainda o *coping* como variável mediadora, e não moderadora, defendendo que as variáveis moderadoras são condições antecedentes à situação, tal como traços da personalidade, que interagem com outras condições. As variáveis mediadoras por sua vez resultam da situação e modificam a reacção original

entre variável antecedente e o resultado. Em suma, para estes autores o *coping* é considerado uma variável mediadora, uma vez que a avaliação influencia o *coping*, que por sua vez, modifica a relação da pessoa com o ambiente, e como tal a resposta emocional.

Segundo Soriano & Monsalve (2005), globalmente os estudos sugerem que, em pacientes com dor crónica, o uso de estratégias passivas está relacionada com pior ajustamento psicológico e prevê um pior ajustamento de longo prazo, enquanto o uso de estratégias activas relacionam-se inversamente.

A percepção da situação para o doente com cancro é sempre muito ameaçadora, apesar dos progressos efectuados nos últimos anos. Na realidade, tal situação provoca modificações ao nível cognitivo, afectivo e comportamental, assim como transformações na vida pessoal, social e profissional.

Rowland (1989; *in* Marques, 1991, p.116), considera o estilo de *coping* uma das variáveis que pode contribuir para o ajustamento psicossocial da situação de doença.

Estudos que analisaram o *coping* associado aos indivíduos com doença oncológica, concluíram (Santos, 2006, p.68) que “os *padrões de coping passivo, com negação, ansiedade e por vezes mesmo depressão, estavam altamente associados a esta situação patológica.*”

Segundo a mesma autora, considerando os estilos de *coping* e as suas implicações, McCaul, King, O'Donnell, Branstetter & Foreman (1999), estudaram um grupo de mulheres com cancro da mama, concluindo que “o *maior preditor de distress e deterioração da qualidade de vida após a doença, era o coping de evitamento, caracterizado pela negação demorada e a crença na realidade do desejo.*”

### **1.3.2 Ansiedade e Depressão**

A ansiedade é um conceito difícil de definir por representar um fenómeno mutável e complexo. Segundo Rees (1974, p.1), “A *ansiedade é um fenómeno*

*humano normal que só precisa de ser tomado como patológico quando interfere com o bem-estar geral e actividade.”*

Segundo o mesmo autor, *“a distinção entre estados de depressão e de ansiedade muitas vezes é pouco clara, e frequentemente estas condições são combinadas.”*

A depressão atinge 4,5 a 42% da população com cancro, como refere Krishnasamy na obra *Cancer Nursing: care in context*, de Corner e Bailey, (2002; *in* Mourão, 2007, p.68); e tem tendência a piorar os sintomas tais como a dor, nível de dependência e incapacidade funcional.

Tradicionalmente os profissionais de saúde tendem a encarar a depressão como uma resposta normal do doente ao diagnóstico de cancro, ou ao tratamento, não sendo como tal, uma depressão real. Acreditam que o cancro e o seu tratamento são razões compreensíveis para que a pessoa se sinta deprimida. No entanto partir deste princípio pode ser catastrófico para o doente, que tem de lutar sozinho contra esses sentimentos de desânimo e tristeza profunda.

Do ponto de vista psicológico, a literatura tem vindo a sublinhar uma forte associação entre dor crónica a ansiedade e a depressão.

Ribeiro (2007), evidencia a existência de *“um efeito bidireccional entre dor crónica e ansiedade/depressão, em que as características e especificidades da dor crónica levam a um aumento da ansiedade e depressão, o que, por sua vez, se poderá traduzir numa amplificação da percepção de dor. Ora este aumento da ansiedade e depressão, por um lado, e da percepção da dor, por outro, poderá assumir dimensões mais elevadas em situações em que a dor crónica co-ocorra com uma doença oncológica.”*

Pois em doentes com cancro (na maioria das vezes muito fragilizados), a sua dor é (quase) constante aumentando a debilidade do doente, assim é de prever que nestes casos os quadros ansiogénicos e depressivos aumentem.

### 1.3.3. Qualidade de Vida

Qualidade de vida tem sido um motivo de grande interesse para a sociedade e para a comunidade científica dos tempos modernos. O interesse por esta área sofreu um incremento, sobretudo a partir da segunda guerra mundial, altura em que se assistiu a um desenvolvimento económico sem precedentes, no sentido de aumentar a qualidade de vida e bem-estar da população, Ribeiro (1998).

Qualidade de vida é um conceito que pode ser aplicado a diferentes aspectos da vida quotidiana, quer no que se relaciona com aspectos políticos e económicos, quer a nível da saúde. Para além disso, é um termo que é aplicado a nível da sociedade/comunidade, dos grupos e dos indivíduos. No entanto, o conceito de qualidade de vida não é claramente definido na literatura.

Ribeiro (2005), refere que *“...a qualidade de vida se tornou um conceito muito popular, sendo utilizado por todo tipo de pessoas, com a possibilidade de cada um lhe atribuir um valor diferente. Será essa mesma popularidade que dificulta o seu estudo e a sua discussão a um nível científico como refere o mesmo autor.”*

Importa perceber o que é a qualidade de vida e que sentido e importância lhe atribuímos.

Couvrer (2001), é de opinião *“que embora existam numerosas definições um grande número de conceitos é inadequado, porque só tem em consideração um número limitado de factores que constituem conjunto do conceito”*.

Assim, numa primeira análise verificamos que o conceito de qualidade de vida para alguns autores está relacionado com a percepção sobre a satisfação das suas necessidades e oportunidades para as satisfazer.

Neste âmbito, a qualidade de vida é definida como a *“percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhe são negadas oportunidades de alcançar uma estado de felicidade e realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima de mera sobrevivência”* (Direcção geral de saúde, 1995, p.10).

Numa perspectiva mais abrangente Ferreira (1995, p.16), considera que a qualidade de vida é *“a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos factores inter-relacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os factores ambientais, a habitação, a educação o emprego entre outros.”* Acrescenta ainda, os cuidados de saúde não podem alterar os factores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes inevitavelmente afectam o estado de saúde.

Fleck (1998, p.3), definiu qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*.

Finalmente, a Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como *“...a percepção que um indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo, que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações com os elementos essenciais do seu meio.*

Nestas definições, ficam expressas as diferenças que o conceito é passível de tomar.

*“A qualidade de vida acompanha o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual. O bem-estar físico é determinado pela actividade funcional, força ou cansaço, sono e descanso e outros sintomas. O bem-estar social é determinado pelos papéis e relações, afecto e intimidade, aparência, tempo livre, isolamento, trabalho e situação económica e também “distress” familiar. O bem-estar psicológico relaciona-se com o controlo, ansiedade e medo, depressão, conhecimento da doença e tratamento. O bem-estar espiritual acompanha o significado da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior.” OTTO (2000, p.901)*

A consideração destes factores multidimensionais indica atenção na qualidade de vida e a rotura com o bem-estar.



Desde que a patologia oncológica é diagnosticada, decorrem alterações físicas, psicológicas, sociais e espirituais que condicionam o modo como os doentes vivenciam esta experiência influenciando a sua qualidade de vida.

*“O cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno. Não sendo apenas um factor de mortalidade, cobra uma pesada factura de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável. Se alguns doentes revelam boa adaptação, muitos outros, contudo, manifestam um desânimo geral”* afirma Pereira (2005, p.13)

Santos (2003, p.105) assume que a doença oncológica *“ constitui uma experiência lesiva para o bem-estar e qualidade de vida, produzindo uma série de ameaças, não só para o doente, mas afectando também e de forma significativa toda a família.”*

A doença oncológica produz múltiplos desafios (...), com grande impacto no funcionamento diário e saúde.

Lorencetti (2005, p.944) afirma, *“O cancro é uma doença que traz muitas alterações para a pessoa que passa por essa experiência, tanto alterações físicas como psicológicas, causando transtornos para a vida desses pacientes...”*.

Sendo a dor um fenómeno multidimensional, não é de admirar que a dor crónica traga alterações nas actividades pessoais, profissionais e no relacionamento familiar e social de quem a experiencia.

Por conseguinte, e como evidencia Coniam & Diamond (1997; *in* Ribeiro, 2008) *“...torna-se fundamental conduzir estudos que contribuam para um maior conhecimento do impacto psicológico e social da dor crónica.”*

Ainda segundo o mesmo autor, *“...enquanto fenómeno complexo e multifacetado que é, a dor crónica traz consigo alterações evidentes a nível da qualidade de vida, do bem-estar e do ajustamento psicossocial de quem a experiencia.”*

Capela (2006, p.1) acrescenta ainda:

*“A dor (...) quando em carácter crónico, muitas vezes leva ao sofrimento, ansiedade, frustração, raiva e alterações do humor que podem evoluir para um quadro de depressão. É frequentemente descrita na literatura como uma das principais causas de incapacidade, além de estar relacionada com alterações do sono, prejuízos na capacidade funcional e, conseqüentemente na qualidade de vida.”*

Ora hoje, questiona-se a quantidade de vida sem qualidade. No caso da doença oncológica parece claro o comprometimento na qualidade de vida.

## CAPITULO II - METODOLOGIA

### 2.1. Problemática

Como referenciado por vários autores, no enquadramento teórico, a dor crónica tão presente na doença oncológica, muitas vezes leva ao sofrimento, as alterações da capacidade funcional e social do indivíduo, e consequentemente a alterações na qualidade de vida.

Desta forma cuidar de uma pessoa, implica ter presente, que em causa está um ser humano com a sua própria experiência de vida e irrepetível, exigindo ser respeitado.

Mas, respeitar implica a aceitação incondicional do outro, o que permite compreendê-lo como uma individualidade psicológica, sociocultural e espiritual. Relembrando os Direitos do Doente, nomeadamente o direito à vida com qualidade e como cuidadores de pessoas com doença oncológica sentimos necessidade de verificar qual o impacto da dor na qualidade de vida para a pessoa com doença oncológica, uma vez que se trata de algo essencial, um bem frágil, impalpável, mas tão precioso para a pessoa que vivencia esta doença; bem como a influência dos factores psicossociais (estilos de *coping*, ansiedade e depressão) na forma como é percebida a dor e a qualidade de vida pelo doente.

Ribeiro (1999, p.24), afirma que “*A questão de investigação constitui o elemento fundamental do inicio de uma investigação.*”. Assim sendo, as questões de investigação para este estudo são:

- Qual o impacto da dor na qualidade de vida do doente oncológico?
- Qual a influencia dos factores psicossociais na dor sentida pelo doente oncológico e sua qualidade de vida?

Com o objectivo de dar resposta às nossas questões de investigação elaboramos os seguintes objectivos:

- Avaliar a dor no doente oncológico;
- Verificar o contributo da dor no doente oncológico para a qualidade de vida do doente;

Estes dois objectivos serão os principais no nosso trabalho de investigação, porém concebemos os seguintes objectivos secundários:

- Verificar se os estilos de *coping* vão influenciar na percepção de dor e na qualidade de vida do doente oncológico;
- Verificar o contributo da ansiedade e depressão na percepção da dor e na qualidade de vida da doente;

Os conceitos que serão abordados ao longo do desenvolvimento deste tema, prendem-se com a dor crónica; doença oncológica; cancro da mama, bem-estar físico, psicológico, social e espiritual; estilos de *coping*; ansiedade; depressão e qualidade de vida.

O material recolhido para a elaboração deste trabalho, baseia-se em pesquisa bibliográfica (livros, revistas, artigos científicos, entre outros) e pesquisa cibernética.

## **2.2. Desenho da investigação**

Uma vez que pretendemos estudar o impacto da dor na qualidade de vida do doente oncológico, para a presente investigação será utilizado o método de análise quantitativa pois, segundo Pimentel (2006), “...apesar do cepticismo de alguns clínicos, é passível de ser utilizado para medição da qualidade de vida.”. A questão de partida parece compatível com um estudo de natureza descritiva e carácter exploratório (nível I do processo de investigação).

### **2.2.1 - Meio, População alvo e amostra**

Esta investigação foi realizada em meio natural, “...se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios.” (Fortin 200. p.132) no serviço de Oncologia do Centro Hospitalar do Alto Ave E.P.E.-Guimarães, após autorização do mesmo.

No que respeita ao estudo em questão definimos como população alvo indivíduos com cancro da mama.

Sendo a amostra um “...subgrupo da população seleccionado para obter informações relativas às características dessa população” (Ribeiro, 1999, p. 52), a mesma no nosso trabalho terá as seguintes características:

- Ser doente com doença oncológica da mama, acompanhada pelo serviço de oncologia do CHAA, E.P.E.-Guimarães;
- Estar consciente, orientado e ter conhecimento do seu diagnóstico;
- Aderir ao estudo depois de devidamente esclarecido;

Assim sendo, o processo de amostragem identifica-se como não probabilístico e acidental.

### **2.2.2 - Variáveis e hipóteses**

Foram assumidas as seguintes variáveis a serem trabalhadas:

- Variáveis Demográficas: idade, profissão, escolaridade e estado civil;
- Variáveis Clínicas: diagnóstico clínico, tratamento e tempo de diagnóstico;
- Variáveis Psicossociais: estilos de *coping*, ansiedade, depressão, qualidade de vida
- Variável Dor

As hipóteses a serem verificadas no nosso estudo são as seguintes:

H1 – Doentes com dor oncológica mais intensa têm um menor nível de qualidade de vida;

H2 – Doentes com mais ansiedade e mais depressão manifestam mais a dor;

H3 – Doentes com mais ansiedade e mais depressão têm um menor nível de qualidade de vida;

H4 – Doentes com dor oncológica mais intensa utilizam menos estratégias de *coping* activas;

H5 – Doentes com estilos de *coping* mais activos apresentam um maior nível de qualidade de vida;

H6 – Doentes com mais ansiedade e mais depressão utilizam menos estratégias de *coping* activas;

### **2.2.3 - Instrumentos de colheita de dados**

Sendo que o objectivo do nosso estudo é caracterizar a qualidade de vida do doente oncológico o instrumento de recolha de informação escolhido será o

Questionário. Instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto como na sua ordem. Ghiglione (1993, p.121).

#### **2.2.3.1 - Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica**

Para a caracterização sócio - demográfica da amostra em estudo, foi construído um questionário específico, de forma a conter as variáveis necessárias.

Para além de uma caracterização básica quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão, foi ainda incluída a questão quanto ao diagnóstico clínico, tempo de diagnóstico e tratamento, necessário a uma maior discriminação do estado de saúde que poderia ou não condicionar o estado de dor. É um questionário de resposta directa em que o doente assinala com uma cruz as opções que melhor o caracterizam. Este questionário encontra-se no anexo C.

#### **2.2.3.2 - Questionário de Melzack para a Dor (MPQ - traduzido e adaptado por Pimenta & Teixeira, 1996)**

A dor é um fenómeno individual subjectivo e de difícil avaliação por terceiros. Sendo a dor difícil de avaliar devido à sua subjectividade e grande variabilidade na tolerância, para determinar a intensidade da dor podem ser utilizadas várias escalas, foi seleccionado o Questionário de avaliação da dor de McGill. A escala permite medir:

- o PRI (Pain Rating Index – Índice de Avaliação da Dor), constituído por 20 itens sobre a descrição da dor, subdividido em quatro dimensões: Sensorial (itens 1 a 10), Afectiva (itens 11 a 15), Avaliativa (item 16) e Outros (itens 17 a 20). Para o PRI e cada uma das dimensões calcula-se o somatório dos códigos atribuídos a cada categoria de caracterização da dor, originando um valor mínimo de zero (ausência de dor) para a escala e todas as dimensões e um valor máximo possível de 78 para a escala global, de 41 para a dimensão Sensorial (itens 1 a 10), de 14 para a dimensão Afectiva (itens 11 a 15), de 5

para a dimensão Avaliativa (item 16) e de 18 para a dimensão Outros (itens 17 a 20); Para facilidade de comparação, as respostas apresentadas na escala e em cada dimensão são agrupadas e somadas consoante a respectiva sub-escala:

- PRI (total), determinado pelo número de palavras assinaladas nos 20 itens sobre a descrição da dor;
- PPI (Present Pain Intensity – Intensidade da Dor Presente), que consiste de seis questões sobre a intensidade da dor, cada um medido numa escala de 1- ligeira a 5- insuportável, incluindo também o zero para a ausência de dor, para os quais se calcula a média das respostas obtidas, sendo o valor mínimo possível de zero e o valor máximo possível de cinco;
- Uma questão sobre as palavras que melhor descrevem a dor.

### 2.2.3.3 - Questionário de Afrontamento á Dor (CAD-R – Soriano & Monsalve, 2002; traduzido e adaptado por Dias, 2006)

O CAD-R é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas, o que permite que cada indivíduo tenha cinco alternativas de resposta (de “1- Nunca” a “5- Sempre”). É constituída por 24 itens, os quais se organizam em 6 factores:

Factores	Itens
Religião	3, 9, 15, 21
Catarse	4, 1, 16, 22
Distracção	1, 7, 13, 19
Auto-controle mental	5, 11, 17, 23
Auto-afirmação	6, 12, 18, 24
Procura de informação	2, 8, 14, 20

Tabela 1 – Escalas e respectivos itens do CAD –R.

2.2.3.4 - Questionário de ansiedade e depressão (HADS- “The Hospital Anxiety and Depression Scale”, traduzido e adaptado por McIntyre, Pereira, Gouveia, Silva & Araújo-Soares, 1999);



A HADS contém 14 itens e consiste de duas subescalas: ansiedade e depressão. Cada item é avaliado numa escala de Likert de quatro pontos (de zero a três), dando a pontuação máxima de 21, tanto para a ansiedade como para a depressão. A escala é assim constituída por 14 itens, os quais se organizam em 2 dimensões:

Dimensões	Itens
Ansiedade	1,3,5,7,9,11,13
Depressão	2,4,6,8,10,12,14

Tabela 2 – Dimensões e respectivos itens do HADS.

**2.2.3.5 - Questionário de Qualidade de Vida ( "Health Survey Short-Form, SF- 36 de Ware e Sherborne, 1992,; traduzido e adaptado por Ferreira P., 1998);**

O SF-36 inclui 8 escalas multi-itens contendo de 1 a 10 itens cada uma e um único item de medida que relata "a transição do estado de saúde" e que não é usado para o resultado de nenhuma das 8 escalas multi-itens. É constituída por 36 itens, os quais se organizam em duas medidas sumário e nove sub- escalas conforme o quadro seguinte:

Componentes	Dimensões	Itens
<b>Componente Físico</b>	Funcionamento Físico	$3a+b+c+d+e+f+g+h+i+j$
	Desempenho Físico	$4a+b+c+d$
	Dor Corporal	$7+8$
	Percepção Geral de Saúde	$1+11a+11b+11c+11d$
<b>Componente Mental</b>	Vitalidade	$9a+9e+9g+9i$
	Saúde Mental	$9b+9c+9d+9f+9h$
	Funcionamento Social	$6+10$
	Desempenho Emocional	$5a+5b+5c$
	Transição de Saúde	$2$

Tabela 3 – Componentes dimensões e respectivos itens do SF-36.

As respostas apresentadas em cada item são agrupadas e somadas consoante a respectiva sub-escala. Seguidamente, procede-se à transformação do resultado de cada escala num resultado de 0 a 100 (percentagem), conforme a

fórmula abaixo apresentada, obtendo-se assim a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde referente à escala respectiva.

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{score actual bruto} - \text{score mínimo da escala}) \times 100}{\text{Amplitude máxima}}$$

Esta transformação converte os resultados mais baixos e mais altos, em 0 e 10, respectivamente. Os resultados que se situam entre estes valores, representam a percentagem total dos resultados possíveis alcançados.

No que se refere à questão 2, transição de saúde, esta tem um tratamento diferente de todas as outras questões. Assim, é tida em conta e analisada, a percentagem de indivíduos que escolheram cada uma das opções de resposta. Quanto mais elevada for a percentagem obtida pelo sujeito, melhor será a sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

#### **2.2.4 - Análise da consistência interna das escalas utilizadas**

Para avaliar a fidelidade dos questionários foram feitas análises sobre cada uma das escalas do McGill, HADS, SF-36 e CAD-r utilizando o  $\alpha$  de Cronbach.

Para o Questionário da dor de McGill o valor do *Alpha de Cronbach* é superior ao valor de 0.80 para a escala PRI, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 20 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: o PRI.

O valor do *Alpha de Cronbach* é superior ao valor de 0.80 para a escala PRI Sensorial, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 10 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: o PRI Sensorial.

O valor do *Alfa de Cronbach* é inferior ao valor de 0.70 para a escala PRI Afectiva, PRI Outras e PPI, pelo que não podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as variáveis incluídas em cada escala não medem de forma adequada uma única dimensão: o PRI Afectiva, PRI Outras e PPI.

Dimensões	$\alpha$ de Cronbach	Itens
PRI	.875	20
PRI Sensorial	.812	10
PRI Afectiva	.528	5
PRI Avaliativa	Apenas um item	
PRI Outras	.375	4
PPI	.553	6

Tabela 4 – Alpha de Cronbach para o questionário da dor de McGill

No CAD-R o valor do *Alpha de Cronbach* é superior ao valor de 0.7. pelo que podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as 24 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: o Afrontamento à Dor, conforme podemos observar na tabela 25.

Dimensões do CAD-R	$\alpha$ de Cronbach	Itens
Religião	.943	4
Catarse	.726	4
Distracção	.782	4
Auto-controle mental	.791	4
Auto-afirmação	.749	4
Procura de informação	.794	4

Tabela 5 – Alpha de Cronbach para o questionário do CAD-R

No que se refere ao questionário HADS, o valor do  $\alpha$  de Cronbach é superior ao valor de 0.80 para a Ansiedade, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais: as 7 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a Ansiedade. O valor do  $\alpha$  de Cronbach é superior ao valor de 0.70 para a Depressão, pelo que podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais: as 7 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Depressão.

Dimensões	$\alpha$ de Cronbach	Itens
Ansiedade	.865	7
Depressão	.752	7

Tabela 6 – Alpha de Cronbach para o questionário HADS

Relativamente ao questionário SF-36, o valor do  $\alpha$  de Cronbach é superior ao valor de 0.80 para as duas medidas sumário da escala, é também superior ao valor de 0.80 para seis das dimensões, é superior ao valor de 0.70 para outras duas dimensões. Podemos assim considerar os dados adequados como unidimensionais para as duas medidas sumário da escala e adequados ou,

pelo menos, aceitáveis, para as oito dimensões da escala de Qualidade de Vida Para a Saúde – SF-36, é portanto perfeitamente adequada para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde nesta amostra conforme está representado na tabela seguinte.

Dimensões do Sf-36	$\alpha$ de Cronbach	Itens
Componente Física	.920	21
Função Física	.907	10
Desempenho Físico	.846	4
Dores	.956	2
Saúde em geral	.779	5
Componente Mental	.914	14
Vitalidade	.772	4
Função social	.898	2
Função emocional	.860	3
Saúde Mental	.907	5
Transição de saúde	A	1

a – Tem apenas um item

Tabela 7– Alpha de Cronback para o questionário SF-36

### 2.2.5 - Procedimentos

Estes instrumentos de colheita de dados foram administrados à nossa amostra aquando da sua ida ao CHAA, serviço de Oncologia para realizarem tratamento de quimioterapia em Hospital de Dia, num único momento. Momento este em que tinham disponibilidade em questão de tempo para responderem aos questionários. Os questionários foram administrados presencialmente, sempre pelo mesmo entrevistador e os questionários quase sempre preenchidos pelo entrevistador, dado que a maioria dos doentes apresentava deficits, na leitura e / ou escrita, ou pediam que assim fosse, dado que se sentiam mais à vontade para responder, do que escrever as respostas, ou mesmo por referirem cansaço.

### 2.2.6 - Participação no estudo

A participação foi globalmente boa, havendo apenas três casos de recusa de participação, em que os doentes alegaram estarem "fartos" de responder a

questionários, e um caso de uma doente que se encontrava num estado de debilidade marcada, situações que foram de imediato aceites. Surgiram ainda situações em que os doentes apesar do seu estado de fragilidade mostraram vontade em responder, por entenderem que todos os estudos sobre a dor são válidos e importantes para a progressão do desenvolvimento no tratamento da dor.

## **2.7 - Considerações Éticas**

Quando se pretende estudar algo onde estão implicadas pessoas, existem determinados direitos que o investigador tem que atender e respeitar, daí que Fortin (2000, p.128) considera:

*“ (...) os direitos da pessoa devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos, são os direitos a autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e a à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo.(...)”*

O estudo obedeceu aos rigores éticos de sigilo e anonimato dos participantes. Como tal, todos os nomes dos doentes envolvidos foram substituídos por números.

O trabalho de campo teve início depois de estar devidamente autorizada a sua realização pela respectiva comissão de ética do Centro Hospitalar do Alto Ave. Por respeito ético aos direitos dos doentes, mantendo a confidencialidade e privacidade, todos os participantes e depois de lhes ser explicado quer verbalmente, quer após leitura do consentimento informado, assinaram o documento. Em anexo encontra-se o consentimento informado – Anexo B (p.126).

## **CAPITULO III – ANÁLISE DE DADOS**

### **3.1. Apresentação dos dados e análise de resultados**

Neste capítulo após a análise dos dados recolhidos, analisam-se os resultados obtidos, os quais permitem responder às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas.

Os dados obtidos foram informatizados para serem tratados e analisados os resultados, com recurso a um programa de tratamento estatístico: o SPSS *Statistics 18.0 for Windows*. Para facilitar a leitura dos dados, estes são, em alguns casos, apresentados sob a forma de tabelas ou gráficos.

O procedimento utilizado consistiu numa análise estatística descritiva univariada das variáveis, utilizando distribuições de frequências e indicadores numéricos.

#### **3.1.1 - Caracterização da amostra relativamente às variáveis sócio demográficas e às variáveis clínicas**

Começamos por apresentar os resultados referentes à caracterização da amostra no aspecto sócio - demográfico.

A população alvo em estudo é composta por doentes com cancro da mama, que se encontram a realizar tratamento de quimioterapia no hospital de dia do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. – Guimarães. A amostra é constituída por 50 sujeitos com cancro da mama. Todos os elementos da amostra são do sexo feminino.

Relativamente á idade, conforme se pode observar pela análise da tabela 4, a idade mínima situou-se nos 32 anos de idade e a máxima 81 anos de idade. A faixa etária da amostra apresenta um valor médio de 55,2 anos, com uma dispersão de valores de 21%.

#### IDADE:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	50	55.2	11.3	21%	32	81

*Tabela 8 - Distribuição da amostra por idades*

Pode observar-se que a distribuição da faixa etária se verifica principalmente entre os 40 e os 70 anos de idade, representando 88% da amostra. A idade varia entre um mínimo de 32 anos e um máximo de 81, sendo a média de idades de 55,2 anos (DP =11.3).

#### ESCOLARIDADE:

As habilitações literárias foram consideradas de acordo com o número de anos que frequentaram o sistema nacional de ensino, e situaram-se desde o analfabetismo até aos 16 anos de escolaridade.

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Escolaridade</b>	50	6.80	4.209	0	16

*Tabela 9 - Distribuição da amostra por escolaridade*

Como podemos verificar na tabela 5, os sujeitos da nossa amostra apresentam uma escolaridade média de 6 anos e 10 meses.

## PROFISSÃO:

	Frequência Absoluta Nº de casos	Frequência relativa Porcentagem
Administrativa	1	2.0
Auxiliar Educativa	1	2.0
Comerciante	4	8.0
Costureira	2	4.0
Cozinheira	1	2.0
Desempregada	9	18.0
Doméstica	11	22.0
Educadora de infância	1	12.0
Empregada Fabril	7	14.0
Escriturária	2	4.0
Florista	1	2.0
Professora	1	2.0
Reformada	9	18.0
Total (N)	50	100.0

Tabela 10 - Distribuição da amostra por profissão

Em relação à variável sócio-demográfica profissão, 11 participantes são domésticas, representando 22% da amostra. Seguida desta, as profissões que mais se verificam na nossa amostra é desempregada e reformada, cada uma destas actividades surge representada em 18% dos entrevistados. Dos inquiridos 7 exercem a profissão de empregada fabril (14% da amostra) e 8% dos indivíduos da amostra são comerciantes, sendo ainda referidas outras profissões, costureira e escriturária por dois elementos da amostra e outras seis profissões, cada referida por um elemento.

## ESTADO CIVIL

Quanto ao estado civil, o gráfico seguinte mostra uma predominância de casadas (52%) face às restantes tipologias, em que se observam 18% de viúvas, 16% divorciadas, 8% vivem em união de facto e apenas 6% são solteiras (N=3).

Estado Civil	Frequência absoluta Nº de casos	Frequência relativa %
Solteira	3	6.0
Casada	26	52.0
Divorciada	8	16.0
União de facto	4	8.0
Viúva	9	18.0
Total	50	100.0

Tabela 11 - Distribuição da amostra por estado civil



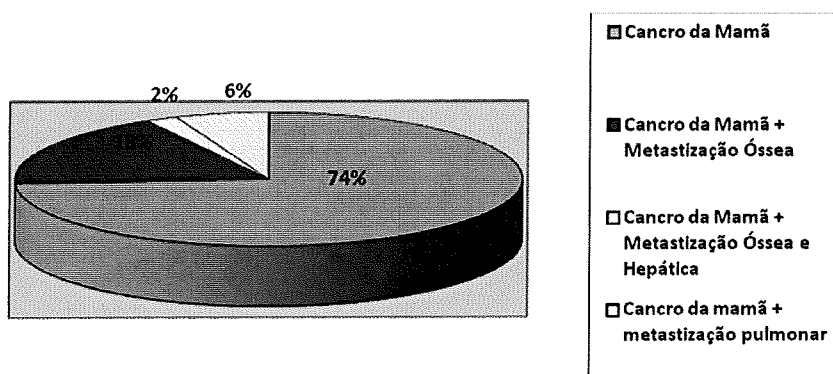
**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

Relativamente a esta variável clínica, o diagnóstico clínico cancro da mama está presente em 74% da amostra como diagnóstico único, no entanto cancro da mama aparece também como diagnóstico principal nas restantes participantes associado a um diagnóstico secundário, conforme o apresentado no quadro seguinte.

	Frequências Absolutas Nº de caso	Frequências Relativas %
Cancro da mama	37	74.0
Cancro da mama + Metastização óssea	9	18.0
Cancro da mama + Metastização óssea e hepática	1	2.0
Cancro da mama + Metastização pulmonar	3	6.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

*Tabela 12 - Distribuição da amostra por diagnóstico clínico*

Na amostra, 18% têm o diagnóstico de cancro da mama com metastização óssea, 6% de cancro da mama com metastização pulmonar e 2% (um caso) de cancro da mama com metastização óssea e hepática. No gráfico seguinte está representada a distribuição da amostra por diagnóstico, dividida por quartis.



*Gráfico 1 – Distribuição da amostra por diagnóstico clínico*

## TEMPO DE DIAGNÓSTICO

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de Diagnóstico	50	.30	14.0	1.82	2.48

Tabela 13 – Distribuição da amostra por tempo de diagnóstico

Na amostra, o tempo de diagnóstico apresenta um valor médio de 21.8 meses, com uma dispersão de valores de 136%. Os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 4 e 168 meses (13 anos e 8 meses).

## TRATAMENTO

Verificam-se diversos tipos de tratamento, sendo quase sempre utilizados mais do que um tipo diferente de tratamento. O tratamento mais utilizado na amostra é a combinação da Mastectomia radical com Quimioterapia, representada por 46% da população, conforme podemos constatar no quadro seguinte.

	Frequência absoluta Nº de casos	Frequência relativa %
Quimioterapia	4	8.0
Quimioterapia/Esvaziamento Axilar	2	4.0
Quimioterapia/Tumorectomia	11	22.0
Quimioterapia/Mastectomia Radical	23	46.0
Quimioterapia/Mastectomia Radical/Radioterapia	9	18.0
Quimioterapia/Mastectomia Radical/Radioterapia/Hormonoterapia	1	2.0
Total	50	100.0

Tabela 14 – Distribuição da amostra por tipo de tratamento

### 3.1.2 – Avaliação da Dor

Relativamente á experiência dolorosa, procedeu-se á análise quantitativa da dor apresentada através dos índices da escala de dor McGill: índice de dor em cada dimensão; índice global de dor e índice de dor actual. (A estratégia da análise de dados consistiu na soma de todos os itens da escala global de dor

para obter a pontuação global de cada sujeito em cada dimensão do conceito e a soma das pontuações do conceito para obter a pontuação global).

Após aplicação da primeira parte do questionário de McGill, podemos conforme nos mostra a tabela 12, observar a localização da dor na amostra.

Dos entrevistados, 17 não assinalaram quaisquer localização anatómica de dor. Dos restantes 66% da amostra, 14 % dos indivíduos sente dor num dos membros superiores, seguido de 10% que sentem dor no Membro Superior e Região axilar e outros 10% na Região axilar e Região peitoral.

Localização da dor	Frequência absoluta Nº de casos	Frequência relativa Porcentagem
Membro Superior	7	14.0
Região Axilar	4	8.0
Região Peitoral	2	4.0
Membro Superior + Região axilar	5	10.0
Membro Superior + Região axilar + Região cervical	2	4.0
Membro Superior + Região axilar + Região peitoral + Região dorsal	1	2.0
Membro Superior + Região cervical	1	2.0
Membro superior + Região dorsal	2	4.0
Região axilar + Região cervical	2	4.0
Região axilar + Região peitoral	5	10.0
Membro superior + Região torácica + membros inferiores	1	2.0
Região axilar + Dorso da mão	1	2.0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>66%</b>

Tabela 15 - Distribuição da amostra por localização da dor, assinalada no MPQ

Ainda na primeira parte deste questionário os inquiridos classificaram a sua dor como Interna, Externa; e Interna mais Externa. Nenhum elemento da amostra classificou a sua dor como externa. Os mesmos 17 indivíduos não deram quaisquer resposta e os restantes 33 indivíduos que responderam ao questionário, 20 classificaram a sua dor como interna e os restantes 13 classificaram a sua dor como interna e externa.

Tipo de Dor	Frequência absoluta Nº de casos	Frequência relativa Porcentagem
Interna	20	40.0
Externa	0	.0
Interna + Externa	13	26.0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>66.0</b>

Tabela 16 – Distribuição da amostra por classificação da dor, assinalada no MPQ

A segunda parte do mesmo questionário permite descrever a dor dos inquiridos, escolhendo estes as palavras que melhor descrevem a sua dor, conforme podemos verificar na tabela seguinte.

Dor I	N	%	Dor II	N	%	Dor III	N	%	Dor IV	N	%
Percussão	3	6.0	Repentina	6	12.0	Picadela	18	36.0	Fina	14	28.0
Oscilante	4	8.0	Impetuosa	7	14.0	Ferroadada	2	4.0	Constante	11	22.0
Palpitante	4	8.0	Brusca	2	4.0	Perfurante	6	12.0	Lacerante	0	.0
Pulsátil	2	4.0			Punhalada	0	.0				
Latejante	5	10.0			Lacinante	0	.0				
Martelamento	1	2.0									
Não assinalada	31	62.0		35	70.0		24	48.0		25	50.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

Dor V	N	%	Dor VI	N	%	Dor VII	N	%	Dor VIII	N	%
Beliscosa	3	6.0	Puxão	0	.0	Quente	11	22.0	Coceira	5	10.0
Pressão	12	24.0	Torcedura	0	.0	Ardente	6	12.0	Formigui	16	32.0
Cãimbra	0	.0	ra	1	2.0	Abrasadora	0	0.0	eiro	0	0.0
Triturante	0	.0	Arranca			Queimante	0	0.0	Ardor		
Corrosiva	1	2.0	mento								
Não assinalada	34	68.0		49	98.0		33	66.0		29	58.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

Dor IX	N	%	Dor X	N	%	Dor XI	N	%	Dor XII	N	%
Moínha	19	38.0	Tensa	11	22.0	Cansativa	11	2.0	Estonteante	1	2.0
Irritante	2	4.0	Áspera	0	.0	Esgotante	12	24.0	Sufocante	1	2.0
Pesada	4	8.0	Maçadora	12	24.0						
Contínua	4	8.0	Terrível	1	2.0						
Prolongada	0	.0									
Não assinalada	21	42.0		26	52.0		27	54.0		48	96.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

Dor XIII	N	%	Dor XIV	N	%	Dor XV	N	%	Dor XVI	N	%
Assustadora	4	8.0	Castigadora	2	4.0	Ofuscante	1	2.0	Aborrecida	19	38.0
Mortificante	0	.0	Penosa	5	10.0	Arrasante	1	2.0	Desoladora	0	0.0
Pavorosa	1	2.0	Ruim	13	26.0				Fastidiosa	7	14.0
			Cruel	4	8.0				Miserável	1	2.0
			Torturante	0	0.0				Insuportável	0	.0
Não assinalada	45	90.0		26	52.0		48	96.0		23	46.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

Dor XVII	N	%	Dor XVIII	N	%	Dor XIX	N	%	Dor X	N	%
Irradiada	15	30.0	Entorpecida	0	.0	Morna	0	.0	Fraca	3	6.0
Disseminada	1	2.0	Apertada	5	10.0	Fria	1	2.0	Nauseante	2	4.0
Tresspassante	0	.0	Fissurante	2	4.0	Gelada	1	2.0	Incómoda	16	32.0
Penetrante	1	2.0	Estiramento	0	0.0				Suicida	0	.0
			Dilacerante	0	0.0				Angustiante	5	10.0
									Atroz	0	.0
Não assinalada	33	66.0		43	86.0		48	96.0		24	48.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>		<b>50</b>	<b>100.0</b>

Tabela 17 – Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ

Na terceira parte do questionário, os entrevistados escolheram o grupo de palavras que descreve a sua dor. O grupo de palavras mais assinalado é "Rítmica/ Periódica/ Intermitente", seguido de " Contínua/ Fixa/ Constante", sendo menos assinalada " Brusca/ Momentânea/ Transitória".

	Frequência absoluta Nº de casos	Frequência relativa %
Contínua/ Fixa/ Constante	12	24.0
Rítmica/Periódica/Intermitente	15	30.0
Brusca/ Momentânea/ Transitória	6	12.0
Não Respondem	17	34.0
Total	50	100.0

*Tabela 18 – Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ*

Os 50 inquiridos avaliaram o grau de dor relacionado com o diagnóstico Cancro da mama em vários momentos (no momento da entrevista; no pior momento e no melhor momento), bem como o pior momento de dor em diferentes tipologias – odontalgias, gastralgias e cefaleias; utilizando a 4ª parte correspondente ao questionário de Melzack. A referida avaliação pontua cada item de 0 a cinco pontos, sendo que 0 pontos corresponde á ausência de dor; 1 ponto a dor ligeira; 2 pontos a dor incómoda, 3 pontos a dor angustiante, 4 pontos a dor horrível e 5 pontos a dor insuportável.

Note-se que 17 casos, 34% da amostra referiram nunca terem experienciado Dor relacionada com o cancro da mama, pelo que não responderam a este questionário. Sendo então considerados os restantes 33 casos, ou seja 66% da mostra.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Dor no momento	1.61	.998	0	3
Dor no pior momento	4.15	.870	2	5
Dor no melhor momento	1.06	.242	1	2
Pior odontalgia	4.00	1.118	0	5
Pior gastralgia	3.03	1.132	0	4
Pior cefaleia	3.42	1.275	1	5
N = 33				

*Tabela 19 – Distribuição da amostra por avaliação do grau da dor, assinalada no MPQ*

Em média, os entrevistados no momento apresentavam de dor 1.61 (dor ligeira a incómoda) sendo que desses mesmos sujeitos o máximo grau de dor que referiram foi 3 correspondente a dor angustiante e o mínimo 0 respectivo a ausência de dor.

Quanto á dor sentida no pior momento os inquiridos revelaram uma média de 4.15 (dor horrível), classificando no máximo dor 5 (dor insuportável) e no mínimo dor 2 (dor angustiante); e no melhor momento uma média de 1.06 correspondente a dor ligeira, sendo que nesse momento os entrevistados classificaram a dor no máximo como dor incómoda.

Quando questionados relativamente á pior odontalgia já sentida, apresentaram um valor médio de 4.00 associado a um desvio padrão de 1.12, referindo alguns doentes 0 (ausência de dor) e outros 5 (dor insuportável); e respostas semelhantes para a pior gastralgia em média 3.03 (dor angustiante) e para a pior cefaleia uma média de 3.42 (dor angustiante).

	Sem Dor		Dor Ligeira		Dor Incomoda		Dor Angustiante		Dor Horrível		Dor Insuportável	
	Nº de Casos	Fr %	Nº de Casos	Fr %	Nº de Casos	Fr %	Nº de Casos	Fr %	Nº de Casos	Fr %	Nº de Casos	Fr %
Dor no momento	5	10	10	20	11	22	7	14	0	0	0	0
Dor no pior momento	0	0	0	0	1	2	7	14	11	22	14	28
Dor no melhor momento	0	0	31	62	2	4	0	0	0	0	0	0
Pior odontalgia	1	2	0	0	1	2	7	14	11	22	13	26
Pior gastralgia	1	2	3	6	5	10	9	18	15	30	0	0
Pior cefaleia	0	0	3	6	3	6	14	28	3	6	10	20

Tabela 20 – Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ

Podemos verificar que o nível médio de PRI (Índice de Avaliação da Dor) está próximo de 13%, sendo o PRI inferior para as dimensões sensorial, afectiva, avaliativa e outras. O PPI (Intensidade de Dor Presente) apresenta valores médios de 1.90.

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
PRI	50	12.84	11.23	.0	34.0
PRI sensorial	50	7.22	6.61	.0	20.0
PRI afectivo	50	2.36	2.54	.0	8.0
PRI avaliativo	50	.88	1.09	.0	4.0
PRI outras	50	2.38	2.52	0	9.0
PPI	50	1.90	1.45	.0	4.0
TOTAL	50				

Tabela 21 – Distribuição da amostra por descrição da dor, assinalada no MPQ

### 3.1.3 – Avaliação da Qualidade de Vida

Em relação ao SF-36, a amostra pontuou as diferentes dimensões da seguinte forma:

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Funcionamento Físico	59.7	24.7	5.0	100.0
Desempenho Físico	31.0	38.9	.0	100.0
Dor Corporal	67.9	27.9	.0	100.0
Saúde geral	53.9	13.9	10.0	72.0
Vitalidade	41.8	16.9	10.0	85.0
Funcionamento Social	75.7	24.9	.0	100.0
Desempenho Emocional	51.3	43.7	.0	100.0
Saúde Mental	51.4	20.6	12.0	88.0
Componente Física	53.1	22.3	11.3	93.0
Componente Mental	55.0	22.2	10.0	92.0

Tabela 22 - Distribuição das pontuações por dimensões dos S.F.-36

Podemos verificar que o nível médio global de Estado de Saúde se situa perto dos 50%, tal como sucede para a apreciação média da Saúde Física (componente física) e da Saúde Mental (Componente Mental). Dentro das medidas de Saúde Física, o estado de saúde é melhor para Dores, seguido da Função Física, sendo pior para o Desempenho Físico, seguido da Saúde em Geral; nas medidas de Saúde Mental, o estado de saúde é melhor para Função Social, intermédio para Função Emocional e Saúde Mental e inferior para Vitalidade.

O item Transição de saúde, quase totalidade da amostra descreve o seu estado actual como fraca ou razoável, comparado com há um ano.

	Frequência	Percentagem
Fraca	26	52.0
Razoável	8	16.0
Boa	9	18.0
Muito Boa	5	10.0
Óptima	2	4.0
Total	50	100.0

Tabela 23 – Distribuição das pontuações para o item Transição de saúde, do SF-36

### 3.1.4 – Avaliação da Ansiedade e Depressão

Após aplicação da grelha de avaliação do questionário de ansiedade e depressão “HADS”, a amostra estudada foi classificada nas seguintes classes tanto para a ansiedade como para a depressão: scores normais (para valores

de índice entre 0 e 7 pontos); *borderline* (para valores de índice entre 8 e 10 pontos) e patológicos (para valores de índice superiores a 11). A amostra estudada relativamente á Ansiedade e Depressão apresentou os resultados indicados na tabela 20. Dos 50 doentes entrevistados, 46% apresentam valores de 0 a 7 pontos pelo que foram classificados como doentes não ansiosos. 10% dos doentes apresentaram valores entre 8 e 10 pontos, sendo atribuída a classificação de doentes com ansiedade ligeira. 44% dos doentes obtiveram pontuação superior a 11 pontos, foram identificados como doentes com ansiedade com significado clínico.

Relativamente á variável Depressão, 48% dos entrevistados classificou-se como doentes não depressivos (apresentam valores de 0 a 7 pontos), 26% dos doentes apresentaram valores entre 8 e 10 pontos, sendo atribuída a classificação de doentes com depressão ligeira. 26% dos doentes obtiveram pontuação superior a 11 pontos, foram identificados como doentes com depressão com significado clínico.

	HADS Ansiedade Frequências	HADS Ansiedade Percentagem	HADS - Depressão Frequência	HADS - Depressão Percentagem
Normal	23	46.0	24	48.0
<i>Borderline</i>	5	10.0	13	26.0
Patológico	22	44.0	13	26.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Tabela 24 – Distribuição de frequências do índice de ansiedade e depressão do HADS

### 3.1.5 – Avaliação do Coping

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Distracção	47	11.21	3.91	5	18
Busca de informação	47	11.83	3.53	6	19
Religião	47	14.91	3.72	8	20
Catarse	47	11.21	2.81	6	18
Autocontrolo Mental	47	9.13	3.57	4	17
Auto-afirmação	47	13.26	3.52	6	20
Afrontamento Passivo	47	13.06	2.37	8.50	18.50
Afrontamento Activo	47	11.36	3.21	6.25	17.50

Tabela 25- Distribuição das pontuações do CAD-R

Podemos observar que a estratégia mais verificada na amostra (N=47) é a religião em média 14,91 ( $DP=3,72$ ), e depois Auto-afirmação 13,26 ( $DP=3,52$ ).



De seguida a escala busca de informação a amostra pontua em média 11.83 ( $DP=3.91$ ), na escala Catarse uma média de 11.21 ( $DP=2.81$ ) e Distracção 11.21 ( $DP=3.91$ ). A estratégia menos utilizada é Auto-controlo mental 9.13 ( $DP=3.57$ ).

### 3.3 Relação entre Variáveis

Para avaliar de que forma as variáveis interagem entre si foi efectuada uma matriz correlação entre as variáveis do Questionário de McGill e as escalas dos restantes questionários.

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*.

#### 3.3.1 Estudo da Relação entre a Dor e a Qualidade de Vida

Da matriz de correlação entre as variáveis do Questionário de avaliação da dor de McGill e a escala do questionário de avaliação da qualidade de Vida o SF-36. Sobressaem bastantes correlações, com favoráveis níveis de significância.

		PRI	PRI Sensorial	PRI Afectiva	PRI Avaliativa	PRI Outros	PPI
Componente Física	Coef. Correlação	-.710**	-.719**	-.686**	-.612**	-.459**	-.710**
	Valor de prova	.000	.000	.000	.000	.001	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Função Física	Coef. Correlação	-.537**	-.533**	-.561**	-.514**	-.332**	-.524**
	Valor de Prova	.000	.000	.000	.000	.019	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Desempenho Físico	Coef. Correlação	-.586**	-.619**	-.553**	-.529**	-.446**	-.609**
	Valor de Prova	.000	.000	.000	.000	.001	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Dores	Coef. Correlação	-.827**	-.838**	-.731**	-.630**	-.586**	-.824**
	Valor de Prova	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Saúde em geral	Coef. Correlação	-.398**	-.429**	-.347**	-.362**	-.296**	-.462**
	Valor de Prova	.004	.002	.014	.010	.037	.001
	N	50	50	50	50	50	50
Componente Mental	Coef. Correlação	-.494**	-.541**	-.401**	-.354**	-.307**	-.485**
	Valor de Prova	.000	.000	.004	.012	.030	.000

	N	50	50	50	50	50	50
Vitalidade	Coef. Correlação	-.326*	-.335*	-.331*	-.220	-.116	-.248
	Valor de Prova	.021	.017	.019	.124	.424	.082
	N	50	50	50	50	50	50
Função social	Coef. Correlação	-.558**	-.597**	-.428**	-.295*	-.406**	-.553**
	Valor de Prova	.000	.000	.002	.037	.003	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Função emocional	Coef. Correlação	-.421**	-.456**	-.391**	-.385**	-.269	-.561**
	Valor de Prova	.002	.001	.005	.006	.059	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Saúde Mental	Coef. Correlação	-.476**	-.506**	-.459**	-.396**	-.417**	-.437**
	Valor de Prova	.000	.000	.001	.004	.003	.002
	N	50	50	50	50	50	50
Transição de Saúde	Coef. Correlação	.395**	.419**	.363**	.377**	.322*	.530**
	Valor de Prova	.005	.002	.010	.007	.022	.000
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

\* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 26 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e o MPQ

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre todas as escalas de Estado de Saúde e todas as escalas de medição da dor, com excepção da relação entre a Vitalidade e o PRI Avaliativa, PRI Outros e PPI.

Os PRI relacionam-se negativamente com as escalas do SF-36, embora se relacione positivamente com o item Transição de saúde. Esta relação negativa significa que a um aumento de uma das variáveis corresponde uma diminuição significativa da outra variável. Podemos então assumir que quem apresenta maiores valores nas escalas de medição da dor apresenta valores mais reduzidos na escala de estado de saúde.

### 3.3.2 - Estudo da Relação entre a Dor e os Estilos de Coping

Da matriz de correlação entre as variáveis do Questionário de avaliação da dor de McGill e a escala do questionário de Afrontamento á dor sobressai apenas a correlação entre a PRI avaliativa e a Distracção, com favorável nível de significância. Trata-se de uma relação negativa, significa que quem apresenta maior valor na escala de dor apresenta valor mais reduzido no item distracção

da escala de afrontamento à dor e, portanto, doentes que apresentam mais dor utilizam menos a estratégia de coping activa Distracção.

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da correlação de *Spearman*.

		PRI	PRI Sensorial	PRI Afectiva	PRI Avaliativa	PRI Outros	PPI
Religião	Coef. Correlação	.209	.215	.070	.194	.110	.201
	Valor de Prova	.159	.146	.639	.192	.464	.175
	N	47	47	47	47	47	47
Catarse	Coef. Correlação	.040	.033	-.072	-.062	.174	.129
	Valor de Prova	.790	.825	.629	.677	.241	.388
	N	47	47	47	47	47	47
Distracção	Coef. Correlação	-.179	-.121	-.256	-.375**	-.048	-.180
	Valor de Prova	.228	.418	.082	.009	.747	.225
	N	47	47	47	47	47	47
Autocontrolo mental	Coef. Correlação	-.018	-.006	.007	-.160	.197	-.016
	Valor de Prova	.906	.969	.965	.284	.185	.914
	N	47	47	47	47	47	47
Auto- afirmação	Coef. Correlação	-.083	-.001	-.169	-.251	-.042	.003
	Valor de Prova	.578	.994	.255	.089	.779	.983
	N	47	47	47	47	47	47
Procura de informação	Coef. Correlação	.108	.185	.033	-.194	.070	.044
	Valor de Prova	.469	.212	.828	.191	.639	.771
	N	47	47	47	47	47	47

Tabela 27 - Matriz de correlação entre as variáveis do CAD-R e o MPQ

### 3.3.3 - Estudo da Relação entre a Dor e a Ansiedade e Depressão

A tabela seguinte representa os resultados da correlação de *Spearman* relativamente à relação estabelecida entre a escala do HADS com a escala da Dor na nossa amostra.

		PRI	PRI Sensorial	PRI Afectiva	PRI Avaliativa	PRI Outros	PPI
Ansiedade	Coef. Correlação	.606**	.656**	.475**	.447**	.493**	.669**
	Valor de prova	.000	.000	.000	.001	.000	.000
	N	50	50	50	50	50	50
Depressão	Coef. Correlação	.518**	.553**	.413**	.374**	.413**	.529**
	Valor de Prova	.000	.000	.003	.008	.003	.000
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

Tabela 28 - Matriz de correlação entre as variáveis do HADS e o MPQ

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre todas as escalas de Medida da Dor e as escalas de medição da ansiedade e da depressão. As relações significativas verificadas são relações positivas, significa que quem apresenta maiores valores nas escalas de medição da ansiedade e da depressão apresenta valores superiores nas escalas de medida da dor.

### 3.3.4 - Estudo da Relação entre a Qualidade de Vida e a Ansiedade e Depressão

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da correlação de *Spearman*.

		Ansiedade	Depressão
Componente Física	Coef. Correlação	-.659**	-.672**
	Valor de prova	.000	.000
	N	50	50
Função Física	Coef. Correlação	-.503**	-.472**
	Valor de Prova	.000	.001
	N	50	50
Desempenho Físico	Coef. Correlação	-.649**	-.679**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Dores	Coef. Correlação	-.673**	-.643**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Saúde em geral	Coef. Correlação	-.610**	-.592**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Componente Mental	Coef. Correlação	-.693**	-.813**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Vitalidade	Coef. Correlação	-.336*	-.477**
	Valor de Prova	.017	.000
	N	50	50
Função social	Coef. Correlação	-.727**	-.743**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Função emocional	Coef. Correlação	-.756**	-.786**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Saúde Mental	Coef. Correlação	-.717**	-.768**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50
Transição de Saúde	Coef. Correlação	.720**	.651**
	Valor de Prova	.000	.000
	N	50	50

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.  
 \* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 29 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e do HADS

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre todas as escalas de Estado de Saúde e as escalas de medição da ansiedade e da depressão. As relações significativas verificadas são relações negativas, significa que quem apresenta maiores valores nas escalas de medição da ansiedade e da depressão apresenta valores mais reduzidos na escala de estado de saúde.

### 3.3.5 Estudo da Relação entre a Qualidade de vida e os Estilos de Coping

		Religião	Catarse	Distracção	Autocontrolo Mental	Auto-afirmação	Busca de Informação	A. Passivo	A. Activo
Componente Física	Coef. Correlação	-.164	.112	.330	.161	.152	.042	-.063	.192
	Valor de Prova	.272	.455	.024	.280	.307	.779	.673	.407
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Função Física	Coef. Correlação	-.138	.119	.353**	.114	.138	.009	-.039	.169
	Valor de Prova	.354	.424	.015	.447	.356	.952	.797	.255
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Desempenho Físico	Coef. Correlação	-.166	-.051	.175	.026	.098	.046	-.137	.103
	Valor de Prova	.266	.735	.240	.863	.513	.757	.359	.489
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Dores	Coef. Correlação	-.125	.086	.239	.084	.117	-.069	-.043	.124
	Valor de Prova	.403	.564	.106	.576	.432	.645	.776	.407
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Saúde em geral	Coef. Correlação	-.207	.038	.253	.215	.081	.245	-.114	.194
	Valor de Prova	.164	.799	.087	.146	.588	.087	.444	.191
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Componente Mental	Coef. Correlação	-.432**	-.109	.437**	.340**	.333**	.042	-.386**	.304**
	Valor de Prova	.002	.464	.002	.019	.022	.779	.007	.037
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Vitalidade	Coef. Correlação	-.079	-.074	.236	.136	.090	-.175	-.102	.077
	Valor de Prova	.599	.622	.111	.361	.546	.239	.496	.609
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Função social	Coef. Correlação	-.339*	-.113	.123	.060	.110	-.168	-.312*	.041
	Valor de Prova	.020	.450	.411	.688	.463	.258	.033	.784
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Função emocional	Coef. Correlação	-.352**	..123	.493**	.338*	.364**	.114	-.308*	.386**
	Valor de Prova	.015	.408	.000	.020	.012	.447	.035	.007
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
Saúde	Coef. Correlação	-.293*	.028	.292*	.093	.246	-.072	-.289	.160
	Valor de Prova	.046	.852	.046	.532	.096	.632	.139	.281

Mental	N	47	47	47	47	47	47	47	47
	Coef. Correlação	.270	.231	-.368**	-.244	-.258	-.178	.292*	.313*
Transição de Saúde	Valor de Prova	.067	.119	.011	.099	.080	.231	.046	.032
	N	47	47	47	47	47	47	47	47

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.  
 \* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 30 - Matriz de correlação entre as variáveis do SF-36 e o CAD-R

Verificamos uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão Afrontamento Passivo com a componente Emocional e os itens Função Social, Função Emocional; e entre a estratégia Religião com a Componente mental, Função Social, Função Emocional e Saúde Mental da escala de Estado de Saúde, que são relações negativas significa que quem apresenta maiores valores nas escalas de estratégias de afrontamento à dor: Religião e na dimensão Afrontamento Passivo, apresenta valores mais reduzidos em várias sub – escalas de medição da qualidade de vida e, portanto, um menor nível de qualidade de vida.

Verificamos ainda uma relação estatisticamente significativa entre a estratégia de afrontamento á dor Distracção com a Componente Física e a Componente Mental e as dimensões Função física, Função Emocional e Saúde mental; entre Auto Controle mental e a Função Emocional e entre Auto-afirmação e a Componente mental e Função Emocional da escala da Qualidade de Vida, que são relações positivas significa que quem apresenta maiores valores nas escalas de estratégias de coping activas: Distracção, Auto-controlo Mental e Auto-afirmação, apresenta valores mais elevados nas sub - escalas de qualidade de vida correspondentes á componente mental e, portanto, maior nível de qualidade de vida.

### 3.3.6 - Estudo da Relação entre os Estilos de Coping e a Ansiedade e Depressão

		Ansiedade	Depressão
Religião	Coef. Correlação	.412**	.375**
	Valor de Prova	.004	.009
	N	47	47

Catarse	Coef. Correlação	.149	.145
	Valor de Prova	.316	.332
	N	47	47
Distracção	Coef. Correlação	-.303*	-.222
	Valor de Prova	.038	.133
	N	47	47
Autocontrolo mental	Coef. Correlação	-.195	-.175
	Valor de Prova	.188	.238
	N	47	47
Auto-afirmação	Coef. Correlação	-.234	-.224
	Valor de Prova	.113	.130
	N	47	47
Procura de informação	Coef. Correlação	-.028	.028
	Valor de Prova	.854	.851
	N	47	47
Afrontamento Passivo	Coef. Correlação	.342*	.321*
	Valor de Prova	.019	.028
	N	47	47
Afrontamento Activo	Coef. Correlação	-.231	-.177
	Valor de Prova	.118	.235
	N	47	47

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.  
\* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 31 - Matriz de correlação entre as variáveis do CAD-R e do HADS

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a estratégia de coping Religião e a medida sumário da escala Afrontamento passivo e a Ansiedade e Depressão. Estabelecem relações positivas, significa que os indivíduos que apresentam maiores valores nas escalas de estratégias de afrontamento à dor Religião e medida sumário Afrontamento passivo, apresentam valores mais elevados nas escalas de ansiedade e depressão.

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a estratégia de afrontamento à dor Distracção e a Ansiedade, que é uma relação negativa, isto é indivíduos que pontuam mais na escala esta estratégia de afrontamento apresenta valores mais reduzidos na escala de medição da de ansiedade.

### 3.3.7 - Estudo da Relação entre a idade e a dor

	PRI	PRI Sensorial	PRI Afectiva	PRI Avaliativa	PRI Outros	PPI	
Idade	Coef. Correlação	.133	.107	.132	.203	-.106	.160
	Valor de prova	.358	.460	.361	.156	.464	.266
	N	50	50	50	50	50	50

Tabela 32 - Relação da idade com as pontuações da escala da dor de MPQ



Não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa entre a Idade e as escalas de medida da dor. A idade não influencia a dor sentida pelos sujeitos da nossa amostra.

### 3.3.8 - Estudo da Relação entre a idade e a qualidade de vida

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da correlação de *Spearman* das escalas de qualidade de vida com a idade.

		Componente física	Função Física	Desempenho Físico	Dores	Saúde em geral
Idade	Coef. Correlação	-.400**	-.438**	-.379**	-.225	-.353*
	Valor de prova	.004	.001	.007	.117	.012
	N	50	50	50	50	50

		Componente Mental	Vitalidade	Função Social	Função Emocional	Saúde Mental	Transição de saúde
Idade	Coef. Correlação	-.308*	-.296*	-.226	-.354*	-.277	.419**
	Valor de prova	.029	.037	.115	.012	.051	.002
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.  
\* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Tabela 33 - Relação da idade com as pontuações do SF-36

Verificamos uma relação estatisticamente significativa entre a Idade e as escalas de medida da qualidade de vida: Componente Física, Função Física, Desempenho Físico, Saúde em Geral, Componente mental, Vitalidade, Função Emocional, Saúde Mental, Transição de Saúde. Verifica-se que se relacionam em sentido negativo da relação com todas as escalas deste questionário, embora se relacione positivamente com o item Transição de Saúde. Significa que quem apresenta maior idade apresenta valores mais reduzidos nas escalas de qualidade de vida. Verificamos que na nossa amostra a qualidade de vida diminui à medida que a idade aumenta, excepto para as Dores e Função Social.

### 3.3.9 – Estudo da relação entre o Tempo de Diagnóstico e a Dor

Na tabela seguinte, apresentam-se os resultados da correlação de *Spearman* das escalas de dor com o tempo de diagnóstico (meses):

		PRI	PRI Sensorial	PRI Afectiva	PRI Avaliativa	PRI Outros	PPI
Tempo de Diagnóstico	Coef. Correlação	.296*	.249	.365**	.187	.043	.189
	Valor de prova	.037	.081	.009	.194	.765	.189
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

\* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05

Tabela 34 - Relação do tempo de diagnóstico com as pontuações da escala da dor de MPQ

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e as escalas de medida da dor: PRI, e PRI afectiva, que são relações positivas, quem apresenta mais tempo de diagnóstico apresenta valores mais elevados na escala de dor para estas dimensões. Verificamos que a dor, medida pelo PRI e a dor PRI Afectiva aumenta à medida que os é maior o tempo de diagnóstico dos sujeitos da amostra.

Por outro lado, não se verifica nenhuma relação estatisticamente significativa entre o tempo de diagnóstico e as escalas de medida da Qualidade de vida. Isto é, o tempo de diagnóstico não influencia a qualidade de vida destas doentes.

		Componente física	Função Física	Desempenho Físico	Dores	Saúde em geral
Tempo de Diagnóstico	Coef. Correlação	-.227	-.203	-.035	-.186	-.189
	Valor de prova	.112	.158	.810	.197	.189
	N	50	50	50	50	50

		Componente Mental	Vitalidade	Função Social	Função Emocional	Saúde Mental	Transição de saúde
Tempo de Diagnóstico	Coef. Correlação	-.001	-.256	.027	.001	.048	-.070
	Valor de prova	.995	.073	.850	.993	.740	.629
	N	50	50	50	50	50	50

Tabela 35 - Relação do tempo de diagnóstico com as pontuações do SF-36

### 3.4. Relações entre grupos com dor e sem dor e as variáveis psicossociais

Para avaliar as relações entre a presença e a ausência da variável Dor e as restantes variáveis Ansiedade e Depressão, Qualidade de Vida e mecanismos de Coping, na nossa amostra, procedemos a uma divisão da mesma em dois grupos, em que o grupo 1 é constituído pelos indivíduos que referiram nunca ter sentido quaisquer dor oncológica (N-17) e o grupo 2 constituído pelos indivíduos que referem ter dor (N-33).

	Grupo 1 (N-17)	Grupo 2 (N-33)	U	p
	Rank médio			
Ansiedade	14.12	31.36	87.000	.000
Depressão	16.85	29.95	133.500	.002
Componente Física	38.00	19.06	68.000	.000
Componente Mental	32.97	21.65	153.500	0.009
Afrontamento Activo	23.00	24.47	225.000	.732
Afrontamento Passivo	21.87	25.00	208.000	.464

Tabela 36 - Diferenças significativas entre grupos de dor e sem dor no HADS, CAD-R e SF-36.

Observamos que os doentes sem dor diferem dos doentes que apresentam dor, com uma pontuação Rank médio mais baixa na escala de ansiedade (rank médio<sub>1</sub>=14.12 e rank médio<sub>2</sub>=31.36) com um nível de significância 0.00. isto é os doentes com dor da amostra apresentam maiores níveis de ansiedade quando comparados com os que não apresentam dor. O mesmo se verifica para a variável depressão (rank médio<sub>1</sub>= 16.85 e rank médio<sub>2</sub>=29.95) com nível

de significância 0.002, doentes com dor apresentam maiores níveis de depressão quando comparado com o grupo que não apresentava dor.

Observou-se ainda que os doentes sem dor apresentam uma pontuação mais alta na escala nível de qualidade de vida, quanto á componente física (rank médio<sub>1</sub>= 38.00 e rank médio<sub>2</sub>=19.06) com nível de significância .00. quer quanto á componente mental (rank médio<sub>1</sub>=32.97 e rank médio<sub>2</sub>=21.65) com um nível de significância entre as variáveis de 0.009, observando-se que os inquiridos sem dor apresentam mais qualidade de vida quando comparados com os indivíduos que apresentam dor.

Relativamente aos mecanismos de afrontamento á dor activos e passivos utilizados pela amostra, os indivíduos relativamente aos mecanismos activos de afrontamento á dor o grupo sem dor apresenta pontuação inferior (rank médio<sub>1</sub>=23.00) que o grupo com dor (rank médio<sub>2</sub>=24.45) com nível de significância de 0.732 pelo que não são significativas a diferença entre os dois grupos de indivíduos. O mesmo se verifica para os mecanismos de afrontamento passivo, os doentes sem dor revelaram uma pontuação mais baixa que os indivíduos que apresentam dor (rank médio<sub>1</sub>=21.87 e rank médio<sub>2</sub>=25.00), com nível de significância 0.464.

## CAPITULO IV - DISCUSSÃO

### 4.1. Discussão de resultados

A dor crónica é uma das situações mais incómodas e desesperadoras para o homem. Entre as síndromes dolorosas, a dor relacionada ao cancro é uma das mais importantes. Assim torna-se importante ter conhecimento do impacto que a doença oncológica e a dor a esta associada acarretam no quotidiano do doente e na sua qualidade de vida.

Tendo como finalidade última, a melhoria da prestação de cuidados aos doentes com dor oncológica, o objectivo deste trabalho de investigação foi verificar qual o impacto da dor na qualidade de vida para a pessoa com cancro da mama, uma vez que se trata de algo essencial, um bem frágil, impalpável, mas tão precioso para a pessoa que vivencia esta doença; bem como a influência dos factores psicossociais (estilos de coping, ansiedade e depressão) na forma como é percebida a dor e a qualidade de vida pelo doente.

Foram abordados 50 indivíduos com diagnóstico de Cancro de mama. Como instrumentos de avaliação foram utilizados o Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica (construído pelos autores); o “*McGill Pain Questionnaire*” (traduzido e adaptado por Pimenta, C. A. de M.; TEIXEIRA, M. J., 1996); o “*Cuestionario de Afrontamiento al Dolor*” (Soriano, J. & Monsalve, V. (2002); traduzido e adaptado por Dias, A., 2006); o “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (traduzido e adaptado por McIntyre, Pereira, Gouveia, Silva & Araújo-Soares, 1999); e o “*Health Survey Short-Form, SF- 36*” (Ware e Sherborne, 1992, traduzido e adaptado por Ferreira P., 1998).

Começamos pela análise dos dados das variáveis de atributo, no aspecto sócio - demográfico e clínico da população em estudo. Dos 50 sujeitos entrevistados com cancro da mama, relativamente ao sexo destacamos que todos os

participantes foram mulheres. Uma das justificações que se pode apontar para este facto reside no diagnóstico clínico (cancro da mama), sendo estatisticamente reconhecida a diferença de incidência desta doença nas mulheres, significativamente superior à dos homens. O cancro de mama atinge 1 homem em cada 100 mulheres (Haas, 2002).

Os dados obtidos revelaram uma amostra maioritariamente de média idade ( $m=55$ ,  $d.p.=13.10$ ) e a amplitude das idades varia entre os 32 e os 81 anos; A idade de maior incidência foi superior aos 50 anos. Zelmanowick (2001) refere que este tumor geralmente é mais comum em mulheres acima de 50 anos, e que com o aumento da idade aumenta a probabilidade de desenvolver este cancro.

Das inquiridas, 46% são casadas. A escolaridade destas mulheres é baixa com escolaridade média de 6 anos e 10 meses e somente duas mulheres referem ter curso superior. A profissão mais predominante na amostra é a de doméstica (22%), logo seguida de desempregada (18%) e reformada (18%).

Verifica-se que os dados obtidos mostram que a maioria dos sujeitos tem presente o diagnóstico de cancro da mama como diagnóstico único (74%), e os restantes possuem o mesmo diagnóstico com metástases, cancro da mama mais metastização óssea (18%), cancro da mama mais metastização pulmonar (6%) e cancro da mama mais metastização óssea e hepática (2%). Dados estes esperados já que segundo Custódio *“Uma vez disseminados, as metástases do cancro da mama aparecem em vários órgãos. As localizações mais frequentes de disseminação metastática são o osso, o pulmão e o fígado.”*

Verificou-se ainda que as entrevistadas apresentam um tempo de diagnóstico médio de um ano e dez meses.

Verificam-se diversos tipos de tratamento, o tratamento de quimioterapia foi realizado por todas as doentes, sendo quase sempre utilizados mais do que um tipo diferente de tratamento (92%). O tratamento mais utilizado na amostra é a combinação da Mastectomia radical com Quimioterapia, representada por 46% da população, seguido da combinação de Tumorectomia com Quimioterapia (22%). O tratamento frequentemente implementado obedece aos critérios

médicos de tratamento deste tipo de cancro. O tratamento de eleição é cirúrgico. A cirurgia vem sendo considerada, através do tempo, o tratamento de escolha para o cancro da mama. (Mezzalira, 1993)

Na amostra estudada, a procedimento cirúrgico foram submetidos 92% dos doentes.

Com o objectivo de avaliar a dor na nossa amostra verificamos que 34% dos doentes referiram nunca ter apresentado dor relacionada com o aparecimento ou tratamento do cancro da mama, dos restantes a localização da dor é bastante específica de indivíduo para indivíduo; dos restantes 66% da amostra, 14 % dos indivíduos sente dor num dos Membros superiores, seguido de 10% que sentem dor no Membro superior e Região axilar e outros 10% na Região axilar e Região peitoral. Verificando-se ainda outras localizações anatómicas e combinações entre si, de realçar que as doentes que apresentavam metástases durante a entrevista apresentavam-se sempre mais queixosas e com dor em localizações anatómicas mais dispersas. (Membro superior mais Região torácica mais Membros inferiores (2%), Membro superior mais Região axilar mais Região peitoral mais Região dorsal (2%)). A maioria dos entrevistados que responderam classificou a sua dor como interna (6.6%).

A maioria dos estudos estão relacionados com a dor depois da cirurgia para o cancro da mama, usualmente mastectomia com ou sem esvaziamento axilar. Vários tipos de síndrome de dor são descritos: dor da mama fantasma, dor na cicatriz ou no seu redor, dor na região peitoral e dor no braço (Macrae, 2001).

Quando inquiridos sobre a dor sentida no momento da entrevista variaram a sua resposta entre um mínimo de 0 e máximo de 3, apresentando uma média de 1,61 que corresponde a uma dor ligeira a incómoda na escala utilizada.

Quanto á dor sentida no pior momento os inquiridos revelaram uma média de 4.15 (dor horrível) e no melhor momento revelaram uma média de 1.06 (dor ligeira).

A avaliação da dor é um processo complexo e, como refere Hapille (1994), uma realidade subjectiva, que necessita de uma avaliação objectiva, de modo a quantificar e classificar a dor. A International, Association of Study of Pain

(1986) assinala quatro componentes numa dor: componente sensório-discriminativa, componente afectiva-emocional, componente cognitiva e componente comportamental. Melzack (1982) sugere avaliação multidimensional da dor.

Um estudo efectuado na área oncológica de Sist e Florio (1998) sobre a dor revelou um valor médio para o índice global de dor de PRI 31.5, e um valor médio de índice actual de dor foi de PPI 10valores. Khan e Apkarian (2002), num estudo utilizando o MPQ para avaliação de dor em doentes com mastalgias, obtiveram um valor médio de PRI de 12,0. Este valor assemelha-se ao encontrado na nossa amostra, que obtiveram um valor médio de PRI de 12.8, sendo o PRI inferior para as dimensões sensorial, afectiva, avaliativa e outras. O PPI (Intensidade de Dor Presente) apresenta valores médios de 1,90.

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, nas dimensões física, psicológica, social, sexual, da sua independência e crenças pessoais (Antunes & Ribeiro, 2000; Cella & Cherin, 1998, cit. in Sales et al., 2001; Cella, 2003; Cramer, 1994, cit. in Ribeiro, 2002; Ferrell et al., 1997; Ferrell et al., 1998; Silva et al., 2002). Na perspectiva da Psico-Oncologia, a qualidade de vida está relacionada com a avaliação subjectiva que o doente faz dos diferentes aspectos da sua vida que estão relacionados e são afectados pelo cancro (Rodriguez & Sanchez, 1995).

A qualidade de vida é uma propriedade multidimensional que inclui, mas não limitada, ao estado de saúde dos pacientes, bem estar psicológico, social, de funções cognitivas, o impacto da doença e o tratamento na experiência de vida dos pacientes (Alacacioglu, 2009).

Podemos verificar que o nível médio global da avaliação da Qualidade de Vida na nossa amostra se situa perto dos 50%, tal como sucede para a apreciação média da Saúde Física (componente física, M=53.1) e da Saúde Mental (Componente Mental, M=55.0). Grande parte dos inquiridos descreve o seu estado de saúde actual como fraca ou razoável, comparado com há um ano (68%). Dow et al. (1996) relatou que, em mulheres com cancro da mama, a percepção da sua qualidade de vida estava associada à dor. Pimenta (2009)



afirma que o impacto negativo que a dor oncológica tem na vida do doente não pode ser subestimado.

Com o objectivo de determinar a influência da dor na qualidade de vida nos indivíduos da amostra, correlacionou-se a variável dor e qualidade de vida, da mesma verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre todas as escalas de Estado de Saúde e todas as escalas de medição da dor, (com excepção da relação entre a Vitalidade e o PRI avaliativa, PRI outros e PPI); assume-se assim, quem apresenta maiores valores nas escalas de medição da dor apresenta menos qualidade de vida, pelo que se verifica a hipótese1 *Doentes com dor oncológica mais intensa têm menor nível de qualidade de vida.*

Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos por vários estudos em que se observa que a dor tem influência negativa na qualidade de vida do doente, tal como refere Chalot (2006), os indivíduos sem dor apresentaram a melhor qualidade de vida e os com dor crónica e difusa a pior. Quanto mais tempo um indivíduo sente dor, mais comprometida se encontra sua qualidade de vida (Brasil, 2008).

Estudos mostram que mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama apresentam o risco de desenvolver severas doenças psicológicas como a depressão, ansiedade, fadiga, pensamentos negativos, pensamentos de suicídio, medo de morrer, sensação de solidão, problemas com a imagem corporal e sua sexualidade, como também diminui a qualidade de vida. (Al-Azri, 2009).

A depressão e a ansiedade são geralmente consideradas a mais importante psicopatologia co-morbilidade de doentes com cancro (Frick, E.; Tyroller, M.; Panzer, M., 2007). A depressão e a ansiedade estão altamente correlacionadas em mulheres com cancro da mama e muitas mulheres sofrem de ambos tipos de sintomas (Badger, T.; Sergin, C.; Dorros, S.M.; *et al* 2007).

Soares & McIntyre (2000) sugerem abordagens multidisciplinares e biopsicossociais na avaliação de tratamento da dor crónica por este facto é importante a avaliação do estado afectivo, porque este modula a experiência

dolorosa. Cailliet (1994) considera que a depressão está associada á dor crónica, mas nem toda a depressão está relacionada com a dor. Uma das questões a que este estudo pretendeu dar resposta foi verificar o contributo da ansiedade e depressão na percepção da dor e na qualidade de vida da doente. Segundo Marrs (2006) a ansiedade em pacientes com cancro está presente em 50% dos mesmos e aproximadamente 30% de doentes com cancro sofrem de ansiedade crónica. No nosso estudo, 44% dos elementos da amostra foram identificados como doentes com ansiedade com significado clínico e 26% foram identificados como doentes com depressão com significado clínico. Este último valor parece igualmente de acordo com o estudo acima referido (Marrs, 2006), 29% dos doentes com cancro da mama são depressivos. Roseli (2001, in Angerami, 2001) refere que os doentes depressivos são os que referem mais dor. Também no nosso estudo quem apresenta mais ansiedade e depressão, apresenta mais dor, pelo que se verifica a hipótese 2 *Doentes com ansiedade e depressão exacerbam mais a dor.*

Ahmet Alacacioglu (2009), refere que o impacto dos níveis de ansiedade e depressão em pacientes com diagnóstico de cancro e terapias causa deterioração da qualidade de vida.

Desta forma definimos também como Hipótese 3 do nosso estudo *Doentes com ansiedade e depressão têm menos qualidade de vida.* A mesma verificou-se na nossa amostra quem apresenta maiores valores nas escalas de medição da ansiedade e da depressão apresenta valores mais reduzidos na escala de estado de saúde, pelo que se verifica a hipótese.

O cancro da mama é um processo que implica mudanças físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher e de seus familiares, surgindo uma necessidade de adaptação à nova situação, o que contribui para o aparecimento e manutenção de níveis consideráveis de stress, inclusive com repercussões no tratamento e na qualidade de vida dessas mulheres. (Miladi, 2009)

Várias estratégias são usadas pelas mulheres com cancro da mama para afrontar a doença, incluindo reestruturação cognitiva positiva, pensamento desejável, expressão emocional, aceitação da doença, crença na prática religiosa, suporte familiar e social, yoga e exercício. (Al-Azri, 2009)

Numa análise descritiva simples das duas grandes dimensões do Coping avaliadas pelo CAD-r, observa-se que os doentes desta amostra utilizam maioritariamente estratégias de Coping passivas ( $M=13.06$ ,  $DP= 2.37$ ), face às estratégias activas ( $M=11.36$ ,  $DP=3.21$ ). Nomeadamente, pela utilização significativa da estratégia passiva Religião ( $M=14.91$ ,  $DP=3.72$ ), embora logo seguida pela estratégia activa Auto-afirmação ( $M=13.26$ ,  $DP=3.52$ ). Sendo a estratégia menos utilizada a estratégia activa Auto-controlo mental ( $M=9.14$ ,  $DP=3,57$ ). Estes dados assemelham-se aos dados obtidos por vários estudos em que se observa que as estratégias passivas são as mais utilizadas pelos doentes, tal como refere Blyth e col. (2005) “ *Aqueles com Dor Crónica usam uma larga escala de estratégias de auto-controlo, muitas vezes combinado com estratégias passivas e activas [...] o uso exclusivo de estratégias passivas foi quatro vezes mais comum do que o uso exclusivo de estratégias activas.*” (in Dias, 2006)

Segundo refere Rowland (1989), o *coping* focado na emoção, traduz-se em índices mais elevados de depressão, dor e incapacidade física, assim como, num menor bem-estar e auto-estima, reflectindo-se numa avaliação deteriorada da qualidade de vida, baixa adesão às indicações terapêuticas e portanto menos adaptativo. Enquanto o *coping* activo, que se caracteriza por padrões de suporte social interactivos, confronto com a doença, espírito de luta e mesmo estoicismo, está relacionado com uma maior adaptação psicossocial, auto-estima elevada, satisfação com a vida, melhor qualidade de vida relacionada com a saúde e melhor adesão às indicações terapêuticas (Nordin & Glimelius, 1998; in Santos, 2004).

No entanto estes resultados quando correlacionado com os resultados de avaliação da dor, apenas pontualmente, quem apresenta mais dor, apresenta menos estratégias de afrontamento activas e, portanto, menos capacidade de adaptação, pelo que a hipótese 4 – *Doentes com dor oncológica mais intensa utilizam menos estratégias de coping activas, não se verifica em seu todo na nossa amostra*, apenas se verifica para a estratégia de afrontamento activa Distracção.

Conforme verificou Dias (2006), os doentes que utilizam Estratégias de *Coping* activas para lidar com a dor reportam melhor Qualidade de Vida.

Também na nossa amostra quem utiliza mais esta estratégia de afrontamento à dor Distracção, apresenta mais qualidade de vida para as medidas sumário do SF-36 e muitas das sub-escalas. Autocontrolo Mental e Auto-afirmação, apresenta mais qualidade de vida para a escala SF- 36, para a sua medida sumário Saúde Mental e para a sub-escala Função Emocional, pelo que podemos afirmar que a hipótese 5 – *Doentes com estilos de coping mais activos apresentam uma maior nível de qualidade de vida se verifica apenas pontualmente em alguns factores da qualidade de vida para estes estilos de afrontamento à dor*. E por sua vez quem utiliza mais a Religião como estratégia de afrontamento à dor, apresenta menos qualidade de vida para a escala SF-36, para a medida componente mental e muitas das subescalas. Desta forma, podemos inferir, que na nossa amostra doentes que utilizam esta forma de afrontamento á dor passiva apresentam uma menor qualidade de vida.

A estratégia de afrontamento à dor Procura de Informação e Catarse não se encontram relacionadas com a escala SF-36, nem as suas medidas sumário ou subescalas, pelo que não podemos afirmar quaisquer hipóteses para este estilo de afrontamento á dor.

Estudos revelam que pacientes com cancro da mama que tiveram melhores estratégias de coping para a dor também tiveram menores níveis de ansiedade, fadiga e depressão. (Reddick, 2005)

Para responder á hipótese 6 do nosso estudo - *Doentes com ansiedade e depressão utilizam menos estratégias de coping activas* relacionou-se os estilos de afrontamento à dor com as variáveis ansiedade e depressão, podemos verificar que se realçam novamente as estratégias Distracção e Religião. O nosso estudo revelou que quem utiliza mais a estratégia de afrontamento passiva à dor Religião apresenta mais ansiedade e depressão, e quem utiliza mais a estratégia de afrontamento activa à dor Distracção apresenta menos ansiedade e depressão, pelo que podemos afirmar que a hipótese inicialmente colocada.

## **CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **5.1. Conclusão**

O avanço tecnológico, ao nível das ciências médicas, tem proporcionado um enorme optimismo no tratamento das doenças oncológicas e no aumento da taxa de sobrevivência dos doentes, daí que seja tão pertinente avaliar a qualidade de vida, enquanto importante indicador do seu bem-estar (Rebelo, 2007).

Tendo presente os objectivos que nortearam esta investigação foram identificadas as principais conclusões, em consonância com os objectivos a que nos propusemos e com as finalidades do estudo que se prende com o conhecimento do impacto que a doença oncológica da mama e a dor a esta associada acarretam no quotidiano do doente e na sua qualidade de vida.

Como já foi afirmado ao longo do trabalho, a doença oncológica da mama é a mais temida pelas mulheres, constituindo a principal causa de morte feminina a nível mundial e é também uma doença com grandes implicações psicossociais.

A realização deste estudo permitiu-nos concluir que a maioria destas mulheres sofre com dor oncológica; dor esta que acarreta com ela diversas implicações ao nível da qualidade de vida, estilos de coping e do aparecimento ou agravamento de ansiedade e depressão, conforme verificamos no nosso estudo.

Reconhecemos que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente pelo número reduzido de participantes. Face ao trabalho de investigação efectuado, pensa-se que será pertinente um estudo mais alargado, com uma amostra mais significativa, com alargamento a outras instituições de saúde e outra abordagem metodológica, que nos permitiria abordar outros aspectos desta experiência; bem como desenvolver estudos longitudinais, para avaliação

da qualidade de vida das doentes antes, durante e após, as cirurgias e os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia desenvolvidos, avaliando, desta forma, as implicações destes procedimentos.

A intervenção dos profissionais de saúde depende da interiorização que cada indivíduo tem do conceito de saúde, pelo que torna-se importante que estes possuam para além dos saberes gerais, os específicos desta especialidade para assim satisfazerem as necessidades dos seus doentes/famílias.

## Bibliografia

Alacacioglu, A.; Yavuzsen, A. T.; Dirioz, M.; Yilmaz, U.(2009); Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands - *Med Oncol*, 26:415–419;

Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. (2009); Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries - *Breast Journal*.;15(6):615-22;

Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar , Porto.

AngeramI, V.; Gildo, J.; M. Roseli (2001); *Psicossomática e a Psicologia da dor – Pioneira*, Brasil;

Antunes, B. C. P. (2006); *Cancro e género: estilos de coping em homens com cancro da próstata e mulheres com cancro da mama - Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte*, Gandra, 6-22;

Araújo-Soares, V.; McIntyre, T.(2000); É possível viver apesar da dor!...Avaliação da Eficácia de um programa de intervenção Psicológica Multimodal em pacientes com dor crónica - *Psicologia Saúde e Doenças*, 1,101-112;

Badger, T.; Sergin, C.; Dorros, S.M.; Meek, P., Lopez, A.M.(2007); Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners - *Nursing Research* ;56(1):44–53;

Bergmann, M. D. et al (1981), *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria – Roche Farmacêutica Química*, Lisboa (268-269);

Boyle, P. et al. (2005); *Câncer incidence and mortality in Europe, 2004* - *Annals of Oncology* 16, (481-488);

Caffo O., Amichetti M., Ferro A., Lucenti A., Valduga F., Galligioni E.(2003), Pain and quality of life after surgery for breast cancer - *Breast Cancer Res Treat*; 80(1):39-48.

Cailliet, R. (1994); *Dor Mecanismos e Tratamento - Artes médicas*,Porto Alegre;

Capela, C. E. (2006), *Avaliação da dor, qualidade de vida e sintomas secundários da fibromialgia na população de Embu: ansiedade e depressão – dissertação de mestrado em ciências*, Faculdade de medicina da universidade de São Paulo;

Carpenter, J. S.; Andrykowski, M. A.; Sloan, P. et al.(1998); Postmastectomy/postlumpectomy pain in breast cancer survivors - *J. Clin. Epidemiol.*; 51:1285-1292;

Burckhardt C. S., Jones K. D. (2005); Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery - *Health and Quality of Life Outcomes*; 3:30;

Corner, J. (2002), Nurses' experiences of cancer - *European Journal of Cancer Care*, 11:193–199;

Couceiro, T., Menezes, T., & Valência, M. (2009). Post-Mastectomy Pain Syndrome. The Magnitude of the Problem. *Revista Brasileira de Anestesiologia* , 59:3: 358-365;



Couvrer, C. (2001), *A qualidade de vida: arte para viver no séc. XXI - Lusociência*, Loures;

Custódio S., Lemos S., Saleiro, Migueis J., Dias M., Rodrigues V., Freire -de -Oliveira C., "Comportamento Evolutivo dos tumores invasivos da mama T2 com base nos factores preditivos clássicos", *Serviços de Ginecologia e Saúde pública, Hospitais da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Dias, A.(2006); *Coping e Qualidade de Vida na dor crónica - Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte*, Gandra;

Dias, M. R; Durá, E. (2002), *Territórios da Psicologia Oncológica - Climepsieditores*, 1ª edição (50-99)

Dow, H., Ferrell, B., Leigh, S., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 39, 261-273;

Fabiao, A. C. P. (2004); *Pessoa com doença oncológica: (Re)encontro com a qualidade de vida – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade (Couceiro, Menezes, & Valência, 2009) do Porto;*

Ferreira, P. L. (1995), *A medição do estado de saúde. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*, Coimbra;

Fleck, M. P. A. (1998), *Versão Portuguesa dos Instrumentos de Avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) - Departamento de psiquiatria e medicina legal da universidade federal do rio grande do sul, Rio de Janeiro;*

Foley K. M., Portenoy R. K., Southam M. A., Gupta S. K., Lapin J., Layman M., Inturrisi C.E. (1993), Transdermal fentanyl for cancer pain. Repeated dose pharmacokinetics - *Anesthesiology*, 78(1):36-43;

Fortner B. V., Stepanski E.J., Wang S.C., Kasproicz S., Durrence H.H. (2002); Sleep and quality of life in breast cancer patients - *J Pain Symptom Manage*, 24:471-480.

Fortin, M. F. (2000), *O processo de investigação da concepção á realidade – Lusociência*, Loures (15-254);

Frick, E.; Tyroller, M.; Panzer, M. (2007); Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a crosssectional study in a community hospital outpatient centre - *Eur J Cancer Care*, 16(2):130–6;

Ghiglione, R. et al (1993), *O inquérito - teoria e prática* - Celta Editora, 2ªedição, Oeiras (27-68);

Haas, P., Savi, L. (2002). Ocorrência de cancro da mama em homens no Brasil. *Revista Laes & Haes* , v. 136, 174-194.

Hacpille, L. (1994) A dor cancerosa e o seu tratamento. *Abordagem global em cuidados paliativos*, Lisboa: Ed Piaget;

IASP (1994); *Classification of chronic pain: descriptors of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* - IASP Press, 2th edition Seattle;

Khan, S.; Apkarian, A. (2002); The characteristics of cyclical and non-cyclical mastalgia: a prospective study using a modified McGill Pain Questionnaire - *Journal Breast cancer*, 75(2):147-57;

Lorencetti, A.; Simonetti, J. P. (2005), As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia - *Revista Latino-americana Enfermagem*, 13(6):944-50;

Macrae W. A. (2001); Chronic pain after surgery, *British Journal of Anaesthesia*, 87:88-98

Marques, A. R. (1991), *Reacções Emocionais à Doença Grave: Como lidar – Edição Psiquiátrica Clínica*, 1ª edição, Coimbra (115-120)

Marrs, J.A. (2006); Stress, fears and phobias: the impact of anxiety - *CJON*, 10(3):319–22;

Mezzalira, L. (1993); Epidemiologia e factores de risco para câncer da mama - *Revista científica da AMECS*;

Miladi, E.; Stumm, F.; Maçalai, C.; Leite, M.T.; Loro, M.M.(2009); Methods of coping used by mastectomized women to deal with stress - *Scientia Medica*, Porto Alegre, 19(3):108-114;

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* , 27-32.

Montazerri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., & Ebrahimi, M. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* , 8:330;

Mourão, E. (2007), *Qualidade de Vida do doente submetido a transplante de medula óssea – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar*, Porto

Otto, S. E. (2000), *Enfermagem em Oncologia – Lusociência*, 3ª edição, Loures;

Oliveira, A. S. et al. (2003), *Impacto da dor de portadores de disfunção temporomandibular* - *J Appl Oral Science*; 11(2): 138-43

Pimentel, F. L. (2006), *Qualidade de Vida e Oncologia – Edições Almedina*;

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 e doenças* , 8 (1), 13-32;

Reddick, B. K.; Nanda, J.P.; Campbell, L.; Ryman, D.G. (2005); Examining the influence of coping with pain on depression, anxiety, and fatigue among women with breast cancer - *J Psychosoc Oncol.*;23(2-3):137-57;

Rees, W. L. (1974), *Factores de ansiedade no tratamento compreensivo do doente* – Excerpta Meds, 6ª edição, Lisboa (1-26);

Ribeiro, J. L. P. (1997), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1ª edição, Lisboa ( 215-230)

Ribeiro, J. L. P. (1998), *Psicologia da Saúde* - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1ª edição, Lisboa;

Ribeiro, J. L. P. (1999), *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* – Climepsi Editores, Manuais universitários nº12 (14-73);

Ribeiro, J. L. P. (2000), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1ª edição, Lisboa ( 391-400) e (555-567);

Ribeiro, J. L. P. (2005), *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica da percepção do estado de saúde* - Fundação Merck, Lisboa;

Ribeiro, J. L. P. (2007), *Introdução á Psicologia da Saúde*, 2ª edição – Coimbra: Quarteto Editora

Ribeiro, J. L. P. (2008); *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Intervenção em Psicologia da Saúde*; Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1ª edição, Lisboa (73-83);

Rowland, J.H.; Holland, J.C.(1989); *Handbook of Psychooncology: Psychological cure of the patient with cancer* - Oxford University Press: New York.

Santos, C. et al. (2003), *Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC)* - Revista Portuguesa de Psicossomática, vol.5, nº001; Porto (105-118)

Santos, C. (2004), *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.

Santos, C. et al. (2006), *Doença oncológica: representação, coping e qualidade de vida* – Formasau, Formação e Saúde, 1ª edição, Porto;

Stevens, P.E.; Dibble, S.L.; Miaskowski, C. (1995); Prevalence, characteristics, and impact of postmastectomy pain syndrome: an investigation of women's experiences. *Pain*, 61-68;

Sist T., Florio, G. (1998), The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patients. *Journal Pain Symptom Manage*, 350-380

Soriano J., Monsalve V. (2005), El Afrontamiento del dolor crónico – *Boletín de psicología*, 84: 91-107;

Teixeira, F. S. (2002), *Estudo do auto-conceito no Ensino Superior: relação com o estilo de coping, ansiedade e suporte social em momento de estágio* – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (61-72);

Timby, B. K. (2001); *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem* – Artmed Editora, 6ª edição, Porto Alegre (365-372);

Varela, M.; Leal, I. (2007); Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama - *Análise Psicológica*, 3(XXV):479-488;

Vaz Serra, A. (1999), *O stress na vida de todos os dias* - Gráfica de Coimbra, edição, Coimbra;



## **ANEXOS**

**Anexo A - Pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética do Centro  
Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.- Guimarães**



Aos Exmos.

Membros da Comissão de Ética do  
Centro Hospitalar do Alto Ave,  
E.P.E.- Guimarães

Exmos. Senhores,

Sou, Érica Alexandra Moinhos do Nascimento Serra, Licenciada em Enfermagem e actualmente a desenvolver uma tese no Mestrado de Psicologia da Dor, pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, cujo tema é "*O impacto da Dor na Qualidade de Vida do Doente Oncológico: Factores Psicossociais na Dor*".

O tema escolhido prende-se com o facto da dor crónica ser uma das situações mais incómodas e desesperadoras para o homem. Entre as síndromes dolorosas, a dor relacionada ao cancro é uma das mais importantes. Assim torna-se importante ter conhecimento do impacto que a doença oncológica e a dor a esta associada acarretam no quotidiano do doente e na sua qualidade de vida.

Identificar as alterações na qualidade de vida da pessoa com dor oncológica pode contribuir para que as práticas dos profissionais de enfermagem a exercer funções na área de oncologia integrem um tipo de relação que contemple a escuta activa e que não esqueçam que cada pessoa é caracterizada pela sua unicidade como ser singular que é. Assim, os objectivos desta investigação são:

- Avaliar a dor no doente oncológico;
- Verificar o contributo da dor no doente oncológico para a qualidade de vida do doente;

Estes dois objectivos serão os principais, porém concebemos os seguintes objectivos secundários:

- Verificar se os estilos de *coping* vão influenciar na percepção de dor e na qualidade de vida do doente oncológico;

- Verificar o contributo da personalidade para a qualidade de vida do doente oncológico;

- Verificar o contributo do estudo da ansiedade e depressão para a qualidade de vida do doente oncológico;

Esta investigação em nenhum aspecto pretende pôr em causa aspectos éticos, que ficam salvaguardados com a autorização expressa de recolha de dados pela assinatura de um consentimento informado de todos os participantes, com o compromisso de que todos os dados estão salvaguardados, que não serão utilizados para outros fins que não os desta investigação e que a continuação do seu tratamento não ficará comprometida pela não participação ou pelos resultados obtidos. É igualmente importante referir que os participantes são-no de forma voluntária e que será mantida toda a confidencialidade dos dados obtidos.

Assim, venho por este meio solicitar autorização para a recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Enf. Érica Serra)

**Anexo B – Declaração de Consentimento informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

---

\_\_\_\_\_, Utente no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, declaro que consinto participar na investigação a ser levada a cabo por Érica Serra, Enfermeira, no âmbito da sua candidatura ao grau de mestre pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sob a orientação da Prof. Doutora Maria Emília Areias da mesma instituição.

A investigação tem como objectivos gerais:

- Avaliar a dor no doente oncológico;
- Verificar o contributo da dor no doente oncológico para a qualidade de vida do doente;

Bem como os seguintes objectivos secundários:

- Verificar se os estilos de *coping* vão influenciar na percepção de dor e na qualidade de vida do doente oncológico;
- Verificar o contributo da personalidade para a qualidade de vida do doente oncológico;
- Verificar o contributo do estudo da ansiedade e depressão para a qualidade de vida do doente oncológico;

A participação implica a assinatura deste consentimento informado e o preenchimento dos questionários que lhe serão fornecidos. A sua cooperação neste estudo é confidencial e não tem qualquer implicação nos tratamentos que está ou venha a efectuar.

*“Confirmando que fui informado da minha liberdade de autorizar ou não a participação nesta investigação e que a minha aceitação ou recusa não terão qualquer influência no processo de atendimento/procedimento; foi-me facultada a resposta a dúvidas; foi-me assegurada a confidencialidade da informação recolhida; foi-me assegurado que na conclusão da investigação, caso o pretenda, ser-me-ão facultadas informações sobre as conclusões do mesmo.”*

Porto, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

O Participante,

---

**Anexo C - Questionário de Caracterização Sócio – Demográfica**

### DADOS DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

NOME: _____
MORADA: _____
Nº E HORA PARA CONTACTO: _____

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: F  M

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo D – Questionário de Melzack para a Dor**



## McGill Pain Questionnaire

Adaptação Portuguesa do Questionário de Melzack para a Dor

Nº \_\_\_\_\_

Este questionário serve para obtermos um melhor conhecimento acerca da sua dor. As quatro questões principais são:

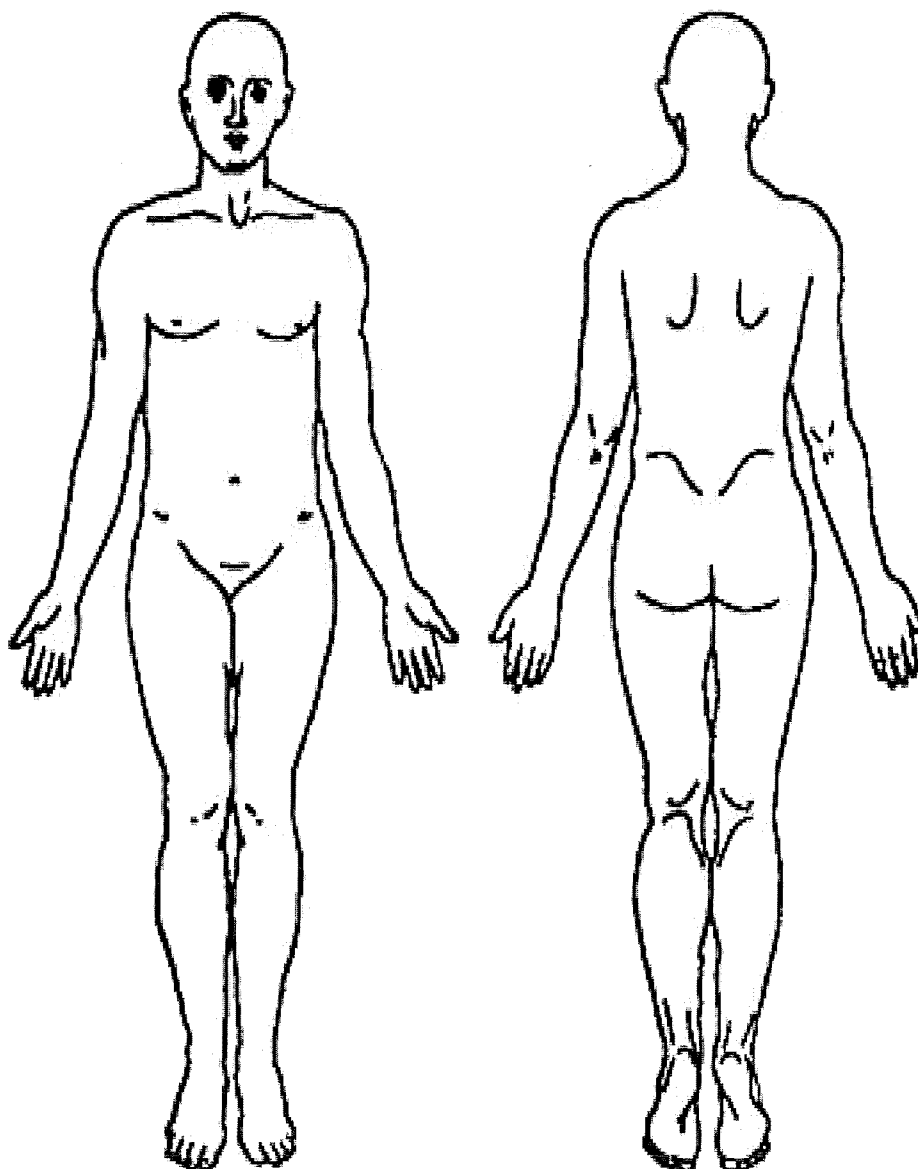
- Onde se localiza a sua dor?
- Como é a sua dor?
- Como é que ela varia ao longo do tempo?
- Que intensidade tem?

É importante que nos diga como é a sua dor neste momento.

Por favor siga as instruções do começo de cada página e não hesite em colocar alguma dúvida que lhe possa ocorrer.

### 1ª Parte

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 um "IE":



## 2ª Parte

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 á sua dor.

<b>I.</b> 1. Percussão 2. Oscilante 3. Palpitante 4. Pulsátil 5. Latejante 6. Martelamento	<b>II.</b> 1. Repentina 2. Impetuosa 3. Brusca	<b>III.</b> 1. Picadela 2. Ferroada 3. Perfurante 4. Punhalada 5. Lacinante	<b>VI.</b> 1. Fina 2. Costante 3. Lacerante	<b>V.</b> 1. Beliscuosa 2. Pressão 3. Câimbra 4. Triturante 5. Corrosiva
<b>VI.</b> 1. Puxão 2. Torcedura 3. Arrancamento	<b>VII.</b> 1. Quente 2. Ardente 3. Abrasadora 4. Queimante	<b>VIII.</b> 1. Coceira 2. Formigueiro 3. Ardor	<b>IX.</b> 1. Moínha 2. Irritante 3. Pesada 4. Contínua 5. Prolongada	<b>X.</b> 1. Tensa 2. Áspera 3. Maçadora 4. Terrível
<b>XI.</b> 1. Cansativa 2. Esgotante	<b>XII.</b> 1. Estonteante 2. Sufocante	<b>XIII.</b> 1. Assustadora 2. Mortificante 3. Pavorosa	<b>XIV.</b> 1. Castigadora 2. Penosa 3. Ruim 4. Cruel 5. Torturante	<b>XV.</b> 1. Ofuscante 2. Arrasante

**XVI.**

1. Aborrecida
2. Desoladora
3. Fastidiosa
4. Miserável
5. Insuportável

**XVII.**

1. Irradiada
2. Disseminada
3. Trespasante
4. Penetrante

**XVIII.**

1. Entorpecida
2. Apertada
3. Fissurante
4. Estiramento
5. Dilacerante

**XIX.**

1. Morna
2. Fria
3. Gelada

**XX.**

1. Fraca
2. Nauseante
3. Incómoda
4. Suicida
5. Angustiante
6. Atroz

### 3ª Parte

Escolha um grupo de palavras que descrevam a sua dor

	Contínua	Fixa	Constante
	Rítmica	Periódica	Intermitente
	Brusca	Momentânea	Transitória

### 4ª Parte

Os termos seguintes representam intensidades crescentes de dor

1	2	3	4	5
LIGEIRA	INCOMODA	ANGUSTIANTE	HORRIVEL	INSOPURTAVEL

Escolha o número, 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 tenha tido
	A pior dor de estômago que já tenha tido
	A pior dor de cabeça que já tenha tido

**Anexo E - Questionário de Ansiedade e Depressão (HADS)**

## Hospital Anxiety na Depression Scale

(Adaptado e Traduzido por McIntyre, Pereira, Gouveia, Silva & Araújo-Soares, 1999)

Nº \_\_\_\_\_

**Instruções:** As emoções desempenham um importante papel na maior parte das doenças. Se soubermos mais acerca destes sentimentos poderemos ajuda-lo melhor. Este questionário visa ajudar-nos a saber como se sente.

Leia cada frase e marque a resposta que mais se aproxima da **forma como se tem sentido na última semana**. Não passe muito tempo com cada resposta e ignore os números que aparecem no lado direito do questionário. Lembre-se que não há respostas certas, nem erradas.

### Sinto-me tenso

A maior parte do tempo

Muitas vezes

De vez em quando

Ocasionalmente

**A**

3

2

1

0

### Ainda gosto das coisas que costumava gostar

Tanto quanto gostava

Não tanto quanto gostava

Só um pouco do que gostava

Quase nada do que gostava

**D**

0

1

2

3

**Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer**

Sim, muito forte

Sim, mas não muito forte

Um pouco, mas isso não me preocupa

Não, de maneira nenhuma

**A**

3

2

1

0

**Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas**

Tanto quanto gostava conseguir

Agora não tanto como costumava conseguir

Definitivamente não tanto quanto costumava conseguir

Não, de maneira nenhuma

**D**

0

1

2

3

**Tenho preocupações que me passam pela cabeça**

A maior parte do tempo

Muitas vezes

De vez em quando, mas não muitas vezes

Apenas ocasionalmente

**A**

3

2

1

0

**Sinto-me alegre**

Nunca

Poucas vezes

Às vezes

A maior parte do tempo

**D**

3

2

1

0



**Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado**

Sim, definitivamente

Geralmente

De vez em quando

Nunca

**A**

0

1

2

3

**Sinto-me mais lento ou vagaroso**

Quase sempre

Muitas vezes

Às vezes

Nunca

**D**

3

2

1

0

**Sinto-me espécie de medo, como se tivesse um aperto no estômago**

Nunca

Ocasionalmente

Bastantes vezes

Muitas vezes

**A**

0

1

2

3

**Perdi o interesse pela minha aparência**

Sim, definitivamente

Não me cuido tanto como devia

Talvez não me cuide tanto como antes

Cuido-me tanto como costumava

**D**

3

2

1

0

**Sinto-me inquieto como se tivesse que estar sempre andar de um lado para o outro**

Sim, muito

Sim, bastante

Não, muito

Não, de modo nenhum

**A**

3

2

1

0

**Antecipo as coisas com satisfação**

Tanto como costumava fazer anteriormente

Um pouco menos do que anteriormente

Muito menos que anteriormente

Quase nunca

**D**

0

1

2

3

**Tenho sentimentos súbitos de pânico**

Com muita frequência

Bastantes vezes

Às vezes

Nunca

**A**

3

2

1

0

**Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio**

Frequentemente

Às vezes

Poucas vezes

Muito raramente

**D**

0

1

2

3

**Total**

**Anexo F – Questionário de Afrontamento à Dor (QAD-R)**

## Questionário de Afrontamento à Dor (QAD-R)

(© Soriano, J. & Monsalve, V. (2002); Adaptação portuguesa por Dias, A.

Seguidamente encontrará uma série de frases relacionadas com o que você faz quando tem dor. Para responder, **coloque uma cruz** na casa que reflecte a sua forma de actuar. Neste questionário **não existem respostas certas ou erradas**, interessa-nos simplesmente saber a sua opinião. Por favor, **não deixe nenhuma pergunta sem resposta**. Muito obrigado.

ITEM		<i>Nunca</i>	<i>Poucas Veze</i>	<i>Nem muitas nem poucas</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Sempre</i>
1	Ignoro a dor pensando noutra coisa					
2	Falo com um profissional (médico, psicólogo, padre, etc.) do problema, para que me ajude a enfrenta-lo					
3	Rezo para me curar					
4	Procuro algum amigo ou familiar que me compreenda e me ajude a sentir melhor com a dor					
5	Esqueço-me de tudo e concentro-me na minha dor, esperando que desapareça					
6	Quando tenho dor não me rendo, luto					
7	Quando tenho dor penso noutra coisa					
8	Falo com alguém que pode fazer algo de concreto sobre a minha dor					
9	Rezo para conseguir força e um caminho para o problema.					
10	Quando tenho dor digo aos outros o muito que me dói, porque a partilha dos meus sentimentos me faz sentir melhor					
11	Quando tenho dor concentro-me nela e tento diminui-la mentalmente					
12	Animo-me para aguentar a dor					
13	Tento recrear mentalmente uma paisagem					
14	Tento que me expliquem o que posso fazer para diminuir a dor					
15	Utilizo a fé para aliviar as minhas dores					
16	Quando tenho dor, tento falar com alguém e contar-lhe o que se passa comigo. Isto ajuda-me a suportar a dor					
17	Quando tenho dor concentro-me na sua localização e intensidade para a tentar controlar					
18	Digo a mim mesmo que tenho de ser forte					
19	Quando tenho dor imagino situações agradáveis					
20	Procuro algum amigo, familiar ou profissional para que me aconselhe como devo superar a situação					
21	Rezo para que as minhas dores desapareçam					
22	Falo com as pessoas acerca da minha dor, porque falar me ajuda a sentir melhor					
23	Concentro-me no ponto que mais me dói tentando diminuir a dor					
24	Penso que tenho de ter forças e não desfalecer					

**Anexo G – Questionário do Estado de Saúde (SF-36)**

## Questionário de estado de saúde (SF-36)

Nº \_\_\_\_\_

**Instruções:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

**Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.** Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
------------	----------------	----------	---------------	------------

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
------------	----------------	----------	---------------	------------

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A- Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3

B- Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa	1	2	3
C- Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D- Subir vários lanços de escada	1	2	3
E- Subir um lanço de escada	1	2	3
F- Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
G- Andar mais de 1Km	1	2	3
H- Andar vários quarteirões	1	2	3
I- Andar um quarteirão	1	2	3
J- Tomar banho ou vestir-me sozinho/a	1	2	3

4. Durante as ultimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

Por favor em cada linha ponha um circulo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A- Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B- Fez menos do que queria	1	2
C- Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividade	1	2
D- Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as ultimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou actividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido ou ansioso/a)?

Por favor em cada linha ponha um circulo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não

A- Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B- Fez menos do que queria	1	2
C- Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para as perguntas 6,7,8 por favor coloque um circulo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5



9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sempre	Maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Sentiu-se cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Sentiu-se muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Sentiu-se calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Sentiu-se com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Sentiu-se muito triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Sentiu-se estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é a que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Pouco tempo 4	Nunca 5
-------------	--------------------------------	------------------	------------------	------------

11. Por favor diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Nunca
A. Parece que adoeço mais facilmente que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Anexo H – Artigo para submetido á revista "*Psycho-oncology*"

## The Impact of Pain on Quality of Life in Breast Cancer Patients: Psychosocial Factors in Pain

Areias MEG<sup>(1,4)</sup>, Serra E<sup>(1,3)</sup>, Quintas J<sup>(1,3)</sup>, Lourenço M<sup>(2)</sup>

(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU)

(2) Centro Hospitalar do Vale do Ave, Guimarães

(3) UNIPSA

(4) CINEICC

### **Abstract**

The onset of cancer involves massive life adjustments and overwhelming challenges. Individual psychological features play a crucial role in determining how patients react and deal with the disease.

The main objectives of this research were to study the impact of breast cancer (BC) and disease related pain on quality of life (QoL) of patients and to examine the role of selected psychosocial variables (anxiety, depression and coping styles) on the perception of pain and QoL. We studied fifty female BC patients currently undergoing chemotherapy at a tertiary hospital. Our patients were evaluated in a single moment. We administered a demographic and clinical questionnaire, the MPQ, the CAD-R, the HADS and the SF-36 questionnaires.

We found that 66% of our patients felt pain related to their disease. High intensity of pain was associated to a decrement in QoL, both in its physical and mental aspects, and also to higher levels of anxiety and depression. Lower intensity of pain was associated to the use of "Distraction" as coping strategy. The use of passive coping strategies correlated with a decrement in QoL and with more intense symptoms of anxiety and depression.

**Conclusions:** Pain has a devastating effect on perception of quality of life and psychological adjustment independently of the severeness of the illness.

*Key Words:* Breast cancer, Pain, Quality of Life, Psychosocial Factors, Anxiety, Depression, Coping.

## **Background**

BC is the most prevalent kind of cancer among women in the United States, Canada and Europe <sup>(1)</sup>. Its incidence is increasing worldwide, and is one of the most common malignant tumour in females, being the leading cause of death in women between thirty-five and fifty-four years <sup>(2)</sup>. Statistics show that in 2008 there were over 1.1 million women diagnosed as BC in the entire world, and 410,000 died of that disease <sup>(3)</sup>. Early detection remains so far the key to control it and the best hope for cure, until it can be prevented.

The incidence of pain in cancer is difficult to determine. Foley <sup>(4)</sup> states that 70-90% of patients with cancer experience moderate-to-severe pain.

Once the diagnosis of BC is established, surgery is suggested to the majority of patients; however, some of them report complications related to surgery, namely the post-mastectomy pain syndrome, which is a kind of persistent pain that follows the surgical procedure. Although the genesis of pain is multifactorial, sectioning of the intercostals' nerve is the more often diagnosed lesion <sup>(5)</sup>.

Chronic pain, secondary to the surgical intervention, may be nociceptive, resulting from lesions of the muscles and ligaments, or neuropathic, stemming from nerve damage or dysfunction of the nervous system <sup>(6,7)</sup>.

Chronic pain can cause several changes in BC survivors, as difficulties at work, limitation of physical activity, and deteriorating quality of life, especially in women whose pain spreads to other areas of the body. <sup>(8)</sup>

Nowadays, many existential and ethical issues are raised about periods of the life cycle wherein one cannot enjoy and feel comfort and well-being. Is it worth to develop all the steps to preserve survival, when QoL is lacking?

In the case of cancer, it is clear that QoL is compromised. A substantial number of long-term BC survivors experience chronic pain that interferes with physical functioning, mood, work, relationships, sleep, and enjoyment of life. <sup>(9, 10, 11)</sup>

From the psychological standpoint, existing literature stresses a strong link between chronic pain, anxiety and depression. Prevalence of psychiatric disorders in BC patients

has been examined <sup>(10)</sup> and it appears to be significantly increased, creating an additional burden for patients to adjust. Depression and anxiety are highly correlated in patients with BC, many women suffering from both symptoms <sup>(12)</sup>. Depression affects 4.5 to 42% of the population with cancer, as stated by Corner <sup>(13)</sup> and tends to worsen symptoms such as pain, level of dependency and functional disability. There is a bidirectional effect between chronic pain and anxiety/depression, where the specific features and characteristics of chronic pain lead to increased anxiety and depression, which in turn could be reflected in amplification of pain perception. BC also stigmatizes and breaks down the bio-psycho-social functioning of patients, which leads to a need for further adaptation. Another relevant issue overlooked by past research is the impact of depression and anxiety on prognosis for cancer and mortality <sup>(14,15)</sup>.

Patients' perception of cancer is always threatening, despite scientific progress made in recent years. Rowland & Holland <sup>(16)</sup> consider that coping style used by patients is critical for psychosocial adjustment to illness. Studies that examined the coping strategies used by cancer patients also concluded that patterns of passive coping with denial, anxiety and sometimes depression, were highly linked to maladjustment in illness and bad prognosis for relapse and mortality <sup>(10, 11, 14, 15)</sup>.

To our knowledge, no study before ours investigated all these variables related to pain in BC patients, analyzing how they interact with each other. So, the main objectives of this investigation were to study the impact of BC and disease related pain on QoL, as well as to analyze the influence of anxiety, depression and coping styles on pain perception and on QoL of the BC patients.

## **Methods**

### **Participants**

50 women with BC, who had full knowledge of their diagnosis and were undergoing chemotherapy at a tertiary hospital, participated in this study. To be included in our study, each patient needed first to agree to her participation by completing an informed consent form. Our participants' ages ranged from 32 to 81 years old ( $M = 55$ ,  $SD = 13.1$ ); 46% of them are married, 6% maiden, 14% divorced, 10% widows and 8% living with a partner; the mean of years they completed in school was 6.8 with a standard

deviation of 4.209, and ranging from 0 to 16 (only two participants graduated). The most frequent occupational status was housewife (22%), immediately followed by unemployed (18%) and retired (18%). The diagnoses of the patients were as follows: BC as a single diagnosis in 74% of the patients, and the remaining 26% BC with metastases, BC and bone metastasis in 18%, BC and lung metastasis in 6% and BC with bone and liver metastasis in 2%. As far as the treatment options are concerned, the chemotherapy was an option for all the patients; however, it was so as a single treatment in 8% and included in a mixed treatment in 92%, where the most used combination was that of radical mastectomy with chemotherapy (46%). 92% of the participants underwent a surgical procedure.

### **Procedures**

We contacted previously selected patients, before or after their scheduled medical appointment at the hospital, explaining them the purposes and procedures of the investigation, and asking them to participate. Previously, we applied for and obtained the consent of the hospital's Ethical Committee, for the research to take place. This permission guarantees that all directives included in international conventions about patients' rights are respected.

### **Assessment Instruments**

Our patients were evaluated in a single moment. We administered a demographic and clinical questionnaire, the McGill Pain Questionnaire (MPQ) <sup>(17, 18)</sup> to assess the intensity, location and type of pain, the Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) <sup>(19, 20)</sup> to characterize the coping strategies, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) <sup>(21, 22)</sup> to measure symptoms of anxiety and depression and the Short Form Health Survey (SF-36) to assess the quality of life <sup>(23, 24)</sup>.

The socio-demographic and clinical questionnaire aims to elicit direct answers to questions wherein patients choose the options they feel that characterize themselves the best.

The McGill assesses different dimensions of pain; it is possible to estimate the PRI (Pain Rating Index) which includes 20 items for measuring four dimensions of pain, sensory (items 1 to 10), affective (items 11 to 15), evaluative (item 16), and others (items 17 to 20), and the PPI (Present Pain Intensity) which includes six questions on

pain intensity, on a Likert format, varying from 0 (= no pain), 1 (= light pain) to 5 (= unbearable).

The SF-36 includes 36 items, organized in two summary measures (physical health (PH), with 21 items, and mental health (MH), with 15 items), and nine sub-scales (PH: Physical functioning, 10 items, Physical performance, 4 items, Pain, 2 items, Health in general, 5 items; MH: Vitality, 4 items, Social functioning, 2 items, Emotional functioning, 3 items, Mental Health, 5 items, and Health transition, 1 item).

The CAD-R assesses coping styles and includes 24 items covering 6 factors (Religion, Catharsis, Mind-control, Self-assertion, Distraction, Search for information).

Finally, the HADS questionnaire contains 14 items and has two subscales, anxiety and depression, each of them with 7 items.

The questionnaires were adapted to an interview format, i. e, after reading the questions orally and the options for answers, the interviewer herself filled in all the questionnaires according to the answers given. This procedure was used to minimize the possibility of bias, because the majority of participants had a poor educational background, having some difficulties in reading and understanding written questionnaires, and also because they were feeling somewhat tired after the chemotherapy session, felt more comfortable in doing it as an interview and asked to do so.

### **Methods of Statistical Analysis**

We used software IBM Social Package for the Social Sciences (SPSS), version 19.0 to perform the statistical analysis of our data. We used Student's t-test for parametric variables and Chi-Square and Mann-Whitney test for non-parametric ones.

We developed a correlation matrix to analyze how the variables interact with each other. We used the Spearman correlation coefficient for all these variables.

Finally, in order to analyze the relationship between the presence and absence of pain and other variables such as Anxiety and Depression, Quality of Life and Coping mechanisms, we divided our patients in two groups, those without pain related to their illness and those with pain, and used the Mann-Whitney test to determine whether there were differences between the groups.



## Results

The socio - demographic and clinical characteristics of the participants of this study are described in Table 1. 50 BC women aged between 32 and 81 years ( $M = 55$ ,  $DP = 13.1$ ) were the participants of this investigation.

(Table 1. Demographic and clinical characteristics of the participants)

Table 2, 3, 4 and 5 show the descriptive data (means, standard deviations, minimum and maximum values) on pain (MPQ), on QoL (SF-36, and its different sub-scales), on Anxiety and Depression (HADS) and on Coping Strategies (QAD-R).

(Table 2. Characterization of our patients on pain, measured by MPQ)

(Table 3. Characterization of our patients on Quality of Life, measured by SF-36)

(Table 4. Characterization of our patients on Anxiety and Depression, measured by HADS)

(Table 5. Characterization of our patients on Coping Strategies, measured by CAD-R)

As far as the assessment of pain is concerned, the average score in our patients was 12.84 ( $SD = 11.23$ ; min-max: 0.00-34.00) in PRI (Pain Rating Index) and 1,90 ( $SD = 1.45$ ; min-max: 0.00-4.00) in PPI (Present Pain Intensity). The mean in the scores in quality of life measured by SF-36 was around 50 for our BC patients, both for the appreciation of Physical Health ( $M = 53.1$ ;  $SD = 22.3$ ; min-max: 11.3-93.0) and Mental Health ( $M = 55.0$ ;  $SD = 22.2$ ; min-max: 10.0-92.0). 44% of our patients showed clinically significant anxiety and 26% clinically significant depression. With regard to coping styles, the more frequently used strategy is religion ( $M = 14.91$ ), and the second self-assertion ( $M = 13.26$ ).

(Table 6. Matrix of correlations between Pain and the QoL, measured by the SF-36 sub-scales)

Pain variables correlate negatively with all the SF-36 scales on QoL, except to Health Transition, where the correlation is positive. Vitality doesn't stand a significant correlation to evaluative PRI, PRI and other PPI. We can therefore assume that patients experiencing more pain show a worse perception on quality of life and of their health status.

(Table 7 – Matrix of correlations between Pain and Coping Strategies, measured by CAD-R)

PRI correlates negatively with the use of “Distraction” as a coping strategy. Thus, patients with more pain are those who use less this kind of active coping strategy.

(Table 8 – Matrix of correlations between Pain, Anxiety and Depression, measured by HADS)

Pain variables are positively correlated to anxiety and depression, so the higher the anxiety and depression, the higher the intensity of pain.

(Table 9 – Matrix of correlations between Anxiety and Depression measured by HADS and QoL measured by SF-36)

Anxiety and Depression also correlate in our patients with QoL measured by the different subscales of SF-36. So, the higher patients scored on anxiety and depression, the worse they perceived their quality of life.

(Table 10 – Matrix of correlations between Coping Strategies measured by CAD-R, Anxiety and Depression measured by HADS)

The coping strategy “Religion” also correlates positively with the scores of anxiety ( $r_s = 0.412$ ,  $p = 0.004$ ) and depression ( $r_s = 0.375$ ,  $p = 0.009$ ), as well as the summary

measure of “Passive Coping” with the same variables (anxiety:  $r_s = 0.342$ ,  $p = 0.019$ ; depression:  $r_s = 0.321$ ,  $p = 0.028$ ). Thus, the more the patients use “Religion” as a way to deal with pain and the more they use passive coping, the more anxious and depressed they are.

Contrariwise, the more our patients use “Distraction” as a strategy, the least they feel anxious, as found in the negative correlation between these two variables ( $r = - 0.303$ ,  $p = 0.038$ ).

(Table 11 – Matrix of correlations between QoL measured by SF-36 and Coping Strategies measured by CAD-R)

As far as the different relations between QoL and coping styles are concerned, the use of “Religion” and of “Passive Coping Strategies” correlate negatively with the several sub-scales of QoL, namely its Mental Component, the Social and Emotional Functioning. The strategy “Distraction” correlates positively with the Physical and the Mental Components of QoL and with the dimensions Physical and Emotional Functioning and Mental Health. The “Mental Self-Control” and the “Self-Assertion” strategies correlate positively with the Mental Component and the dimension Emotional Functioning. Yet, the “Active Coping Mechanisms” correlate positively with a QoL on the Mental Component, and its dimensions of Emotional Functioning and Health Transition.

(Table 12 – Significant differences between patients without pain and with pain regarding levels of Anxiety and Depression, measured by HADS, Coping Strategies measured by CAD-R and QoL assessed by SF-36)

Finally, in order to analyze the relationship between the presence and absence of pain and other variables such as Anxiety and Depression, Quality of Life and Coping mechanisms, we divided our patients in two groups, those who reported never having felt any cancer pain (34%) and those who reported having pain (66%), to analyze the differences between them.

Comparing the two groups of patients, we found significant differences in levels of anxiety (the Pain group being more anxious), depression (the Pain group being more

depressed), and QoL, in its Physical and Mental Components (also, worse QoL in the Pain group).

## **Discussion**

Chronic pain is a very uncomfortable and distressing experience. Pain related to cancer is one of the most disabling among pain syndromes. It is, thus, important to understand the impact that cancer disease and the associated pain may have on patients' daily life and QoL.

The originality of our investigation was that we assessed BC patients in a set of crucial variables, such as different dimensions of pain, QoL, coping strategies, anxiety and depression, analyzing the interaction among these variables. This design enabled us to study the impact of breast cancer and disease related pain on QoL; we could also analyze the influence of anxiety, depression and coping styles on perception of pain and on QoL of the BC patients.

The prevalence of pain in cancer patients appears to be high. We studied the frequency of pain in our BC patients and found that 66% reported having pain, and only 34% told they never had pain either when the disease started or during BC treatment.

Surgery is being considered, over time, an elective treatment for BC. We also confirmed this tendency in our patients, as 92% of them underwent surgery. However, several complications related to surgery are reported, among which the post mastectomy pain syndrome, a persistent pain that follows surgery, which assumes different features, such as, phantom breast pain, pain in scar or around it, pain in the chest and pain in the arm <sup>(1, 5, 7, 8)</sup>,

Many researchers considered that cancer pain affects the QoL of patients. Our study showed that there is an important effect of pain on patients' QoL, either on its Physical or on its Mental Components <sup>(8, 9, 10, 11)</sup>.

Many studies before tried to analyze the impact of pain on anxiety and depression. Our findings clearly show that BC patients with pain are more anxious and more depressed than those without pain <sup>(10, 12, 13)</sup>.

Knowing which are the more and the less effective coping strategies used by patients to deal with pain and with illness may be considered a critical issue, because with that knowledge we can help people to adapt, preventing them from further distress and burden.

Our data show that Active Coping Strategies, and among them, “Distraction”, “Mental Self-Control”, and “Self-Assertion”, improve the QoL of patients.

On the other hand, Passive Coping Strategies seem to have a detrimental effect on QoL as they negatively correlate with its various subscales. Probably standing as the more intriguing result, the use of “Religion” appears to be an ineffective resource to relief and adjustment to illness.

“Religion” is the coping strategy that is more often used in our population. This may stem from their cultural background, mainly catholic, wherein people “with health problems” tend to pray for recovering health. Nonetheless, this doesn’ seem to be an effective way of coping for relief and improving QoL and well-being.

Yet, the use of “Distraction” seems to prevent the experience of anxiety, and, on the other hand, the use of “Religion” and of Passive Coping Strategies appear to favor the onset of anxiety and depression symptoms in our BC patients.

## References

1. Burckhardt CS, Jones KD. Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery, *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3:30.
2. Montazerri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008, 8:330.
3. Miladi E, Stumm F, Maçalai C, Leite MT, Loro MM. Methods of coping used by mastectomized women to deal with stress. *Scientia Medica* 2009, Porto Alegre, 19(3):108-114.

4. Foley KM, Portenoy RK, Southam MA, Gupta SK, Lapin J, Layman M, Inturrisi CE. Transdermal fentanyl for cancer pain. Repeated dose pharmacokinetics. *Anesthesiology* 1993, 78(1):36-43.
5. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesthesiology* 2008, 101 (1): 77-86.
6. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press 1994, 2<sup>nd</sup> edition, Seattle.
7. Rothmund Y; Grusser SM, Liebeskind U, Schlag PM, Flor H. Phantom phenomena in mastectomized patients and their relation to chronic and acute pre-mastectomy pain, *Pain* 2004, 107, 140-6.
8. Caffo O, Amichetti M, Ferro A, Lucenti A, Valduga F, Galligioni E. Pain and quality of life after surgery for breast cancer, *Breast Cancer Res Treat* 2003; 80 (1): 39-48.
9. Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprowicz S, Durrence HH. Sleep and quality of life in breast cancer patients, *J Pain Symptom Management* 2002, 24: 471-480.
10. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature, *Breast Cancer Res Treat* 2008, 110: 9-17.
11. Brown LF, Kroenke K. Cancer-related fatigue and its associations with Depression and Anxiety: a systematic review, *Psychosomatics* 2009, 50 (5): 440-7.
12. Badger T, Sergin C, Dorros SM, Meek P, Lopez AM. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners, *Nursing Research* 2007, 56(1): 44-53.

13. Corner J. Nurses' experiences of cancer, *European Journal of Cancer Care* 2002, 11: 193–199.
14. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999, 354: 1331-6.
15. Hjerl K, Andersen EW, Keiding N, Mouridsen HT, Mortensen PB, Jorgensen T. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics* 2003, 44 (1): 24-30.
16. Rowland JH, Holland JC. Handbook of Psychooncology. Psychological cure of the patient with cancer, Oxford University Press: New York, 1989.
17. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277–99.
18. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP* 1996, 30(3):473-83.
19. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2004, 11, 407-414.
20. Dias A. Coping e Qualidade de Vida na dor crónica, Master thesis on the Master of Pain Psychology, Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, Gandra, 2006.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
22. Claudino, A. Estudo das representações da doença: Ajustamento emocional e adaptação funcional em pacientes com enfarte agudo do miocárdio e angina

estável: Variações em função do grupo clínico diagnóstico e da terapêutica.  
PhD thesis presented in the University of Évora, Portugal, 2004.

23. Brazier E, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305:160-4.
24. Ferreira PL. A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, 1995, Coimbra.



Age (M= 55.2 y; DP = 13.1 y; min-max: 32 y - 81 y)		
Years completed at school (M= 6,8 y; DP= 4.209 y; min-max: 0 y – 16 y)		
	N	%
<b>PROFESSION – OCCUPATIONAL STATUS</b>		
Administrative	1	2.0
Educational Assistant	1	2.0
Trader	4	8.0
Seamstress	2	4.0
Cook	1	2.0
<b>Unemployed</b>	<b>9</b>	<b>18.0</b>
<b>Housewife</b>	<b>11</b>	<b>22.0</b>
Kindergarden teacher	1	2.0
Manufacturing employed	7	14.0
Clerk	2	4.0
Florist	1	2.0
Teacher	1	2.0
<b>Retired</b>	<b>9</b>	<b>18.0</b>
<b>MARITAL STATUS</b>		
Maiden	3	6.0
Married	23	46.0
Widows	8	16.0
Divorced	7	14.0
Living together	4	8.0
No information	5	10.0
<b>DIAGNOSIS</b>		
Breast Cancer	37	74.0
Breast Cancer + Bone Metastases	9	18.0
Breast Cancer + Bone and liver Metastases	1	2.0
Breast Cancer + Pulmonary Metastases	3	6.0
<b>TREATMENT</b>		
Chemotherapy (ChT)	4	8.0
ChT /Axillary dissection	2	4.0
ChT /Lumpectomy	11	22.0
ChT /Radical Mastectomy (RM)	23	46.0
ChT /RM/ Radiotherapy	9	18.0
ChT/ RM/ Radiotherapy/Hormonotherapy	1	2.0
How long diagnosis was performed (M=1,8 y; DP= 2.5 y; min-max: 0,3 y - 14,0 y)		

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the participants

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Standard Deviation</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>PRI</b>	50	12.84	11.23	0.0	34.0
<b>PRI (sensorial)</b>	50	7.22	6.61	0.0	20.0
<b>PRI (affective)</b>	50	2.36	2.54	0.0	8.0
<b>PRI (evaluative)</b>	50	0.88	1.09	0.0	4.0
<b>PRI (others)</b>	50	2.38	2.52	0.0	9.0
<b>PPI</b>	50	1.90	1.45	0.0	4.0

Table 2 – Characterization of our patients on pain (measured by MPQ)

<b>Dimensions</b>	<b>Mean</b>	<b>Standard Deviation</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Physical Functioning</b>	59.7	24.7	5.0	100.0
<b>Physical Performance</b>	31.0	38.9	0.0	100.0
<b>Somatic Pain</b>	67.9	27.9	0.0	100.0
<b>Health in general</b>	53.9	13.9	10.0	72.0
<b>Vitality</b>	41.8	16.9	10.0	85.0
<b>Social Functioning</b>	75.7	24.9	0.0	100.0
<b>Emotional Performance</b>	51.3	43.7	0.0	100.0
<b>Mental Health</b>	51.4	20.6	12.0	88.0
<b>Physical Component</b>	53.1	22.3	11.3	93.0
<b>Mental Component</b>	55.0	22.2	10.0	92.0

Table 3 – Characterization of our patients on Quality of Life (SF-36)

	<b>HADS Anxiety Frequency</b>	<b>HADS Anxiety Percentage</b>	<b>HADS - Depression Frequency</b>	<b>HADS – Depression Percentage</b>
<b>Normal</b>	23	46.0	24	48.0
<b>Borderline</b>	5	10.0	13	26.0
<b>Pathological</b>	22	44.0	13	26.0
<b>TOTAL</b>	50	100	50	100

Table 4 – Characterization of our patients on Anxiety and Depression (HADS)

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Standard Deviation</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Distraction</b>	47	11.21	3.91	5.00	18.00
<b>Search for information</b>	47	11.83	3.53	6.00	19.00
<b>Religion</b>	47	14.91	3.72	8.00	20.00
<b>Catharsis</b>	47	11.21	2.81	6.00	18.00
<b>Mental self-control</b>	47	9.13	3.57	4.00	17.00
<b>Self-assertion</b>	47	13.26	3.52	6.00	20.00
<b>Passive coping</b>	47	13.06	2.37	8.50	18.50
<b>Active coping</b>	47	11.36	3.21	6.25	17.50

Table 5 - Characterization of our patients on Coping Strategies (CAD-R)

		PRI	PRI Sensorial	PRI Affective	PRI Evaluative	PRI Others	PPI
Physical Component	r <sub>s</sub>	- 0.710**	- 0.719**	- 0.686**	- 0.612**	- 0.459**	- 0.710**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000
Physical Functioning	r <sub>s</sub>	- 0.537**	- 0.533**	- 0.561**	- 0.514**	- 0.332*	- 0.524**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.019	0.000
Physical Performance	r <sub>s</sub>	- 0.586**	- 0.619**	- 0.553**	- 0.529**	- 0.446*	- 0.609**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000
Pain	r <sub>s</sub>	- 0.827**	- 0.838**	- 0.731**	- 0.630**	- 0.586**	- 0.824**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Health in general	r <sub>s</sub>	- 0.398*	- 0.429*	- 0.347*	- 0.362*	- 0.296*	- 0.462**
	p	0.004	0.002	0.014	0.010	0.037	0.001
Mental Component	r <sub>s</sub>	- 0.494**	- 0.541**	- 0.401*	- 0.354*	- 0.307*	- 0.485**
	p	0.000	0.000	0.004	0.012	0.030	0.000
Vitality	r <sub>s</sub>	- 0.326*	- 0.335*	- 0.331*	- 0.220	- 0.116	- 0.248
	p	0.021	0.017	0.019	0.124	0.424	0.082
Social Functioning	r <sub>s</sub>	- 0.558**	- 0.597**	- 0.428**	- 0.295*	- 0.406**	- 0.553**
	p	0.000	0.000	0.002	0.037	0.003	0.000
Emotional Functioning	r <sub>s</sub>	- 0.421*	- 0.456**	- 0.391**	- 0.385*	- 0.269	- 0.561**
	p	0.002	0.001	0.005	0.006	0.059	0.000
Mental Health	r <sub>s</sub>	- 0.476**	- 0.506**	- 0.459**	- 0.396*	- 0.417*	- 0.437*
	p	0.000	0.000	0.001	0.004	0.003	0.002
Health Transition	r <sub>s</sub>	0.395*	0.419*	0.363*	0.377*	0.322*	0.530**
	p	0.005	0.002	0.010	0.007	0.022	0.000
N		50	50	50	50	50	50

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria

\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 6 – Matrix of correlations between Pain and QoL (measured by the SF-36 subscales)

		PRI	PRI Sensorial	PRI Affective	PRI Evaluative	PRI Others	PPI
<b>Religion</b>	$r_s$	0.209	0.215	0.070	0.194	0.110	0.201
	p	0.159	0.146	0.639	0.192	0.464	0.175
<b>Catharsis</b>	$r_s$	0.040	0.033	- 0.072	- 0.062	0.174	0.129
	p	0.790	0.825	0.629	0.677	0.241	0.388
<b>Distraction</b>	$r_s$	- 0.179	- 0.121	- 0.256	- 0.375*	- 0.048	- 0.180
	p	0.228	0.418	0.082	0.009	0.747	0.225
<b>Mental Self-Control</b>	$r_s$	- 0.018	- 0.006	0.007	- 0.160	0.197	- 0.016
	p	0.906	0.969	0.965	0.284	0.185	0.914
<b>Self-Assertion</b>	$r_s$	- 0.083	- 0.001	- 0.169	- 0.251	- 0.042	0.003
	p	0.578	0.994	0.255	0.089	0.779	0.983
<b>Search for Information</b>	$r_s$	0.108	0.185	0.033	- 0.194	0.070	0.044
	p	0.469	0.212	0.828	0.191	0.639	0.771
	N	47	47	47	47	47	47

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria

\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 7 – Matrix of correlations between Pain and Coping Strategies (CAD-R)

		PRI	PRI Sensorial	PRI Affective	PRI Evaluative	PRI Others	PPI
<b>Anxiety</b>	$r_s$	0.606**	0.656**	0.475**	0.447**	0.493**	0.669**
	p	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000
<b>Depression</b>	$r_s$	0.518**	0.553**	0.413*	0.374*	0.413*	0.529**
	p	0.000	0.000	0.003	0.008	0.003	0.000
	N	50	50	50	50	50	50

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria

\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 8 – Matrix of correlations between Pain, Anxiety and Depression (HADS)

		Anxiety	Depression
<b>Physical Component</b>	$r_s$	- 0.659**	- 0.672**
	p	0.000	0.000
Physical Functioning	$r_s$	- 0.503**	- 0.472**
	p	0.000	0.001
Physical Performance	$r_s$	- 0.649**	- 0.679**
	p	0.000	0.000
Pain	$r_s$	- 0.673**	- 0.643**
	p	0.000	0.000
Health in general	$r_s$	- 0.610**	- 0.592**
	p	0.000	0.000
<b>Mental Component</b>	$r_s$	- 0.693**	- 0.813**
	p	0.000	0.000
Vitality	$r_s$	- 0.336*	- 0.477**
	p	0.017	0.000
Social Functioning	$r_s$	- 0.727**	- 0.743**
	p	0.000	0.000
Emotional Functioning	$r_s$	- 0.756**	- 0.786**
	p	0.000	0.000
Mental Health	$r_s$	- 0.717**	- 0.768**
	p	0.000	0.000
Health Transition	$r_s$	0.720**	0.651**
	p	0.000	0.000
N		50	50

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria  
\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 9 – Matrix of correlations between Anxiety and Depression (HADS) and QoL (SF-36)

		Anxiety	Depression
<b>Religion</b>	$r_s$	0.412**	0.375**
	p	0.004	0.009
<b>Catharsis</b>	$r_s$	0.149	0.145
	p	0.316	0.332
<b>Distraction</b>	$r_s$	- 0.303*	- 0.222
	p	0.038	0.133
<b>Mental Self-Control</b>	$r_s$	- 0.195	- 0.175
	p	0.188	0.238
<b>Self-Assertion</b>	$r_s$	- 0.234	- 0.224
	p	0.113	0.130
<b>Search for Information</b>	$r_s$	- 0.028	0.028
	p	0.854	0.851
<b>Passive Coping</b>	$r_s$	0.342*	0.321*
	p	0.019	0.028
<b>Active Coping</b>	$r_s$	- 0.231	- 0.177
	p	0.118	0.235
<b>N</b>		<b>47</b>	<b>47</b>

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria

\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 10 – Matrix of correlations between Coping Strategies (CAD-R), Anxiety and Depression (HADS)

		Religion	Catharsis	Distraction	Mental Self-Control	Self-Assertion	Search for Information	Passive Coping	Active Coping
<b>Physical Component</b>	$r_s$	- 0.164	0.112	0.330*	0.161	0.152	0.042	- 0.063	0.192
	p	0.272	0.455	0.024	0.280	0.307	0.779	0.673	0.407
Physical Functioning	$r_s$	- 0.138	0.119	0.353*	0.114	0.138	0.009	- 0.039	0.169
	p	0.354	0.424	0.015	0.447	0.356	0.952	0.797	0.255
Physical Performance	$r_s$	- 0.166	- 0.051	0.175	0.026	0.098	0.046	- 0.137	0.103
	p	0.266	0.735	0.240	0.863	0.513	0.757	0.359	0.489
Pain	$r_s$	- 0.125	0.086	0.239	0.084	0.117	- 0.069	- 0.043	0.124
	p	0.403	0.564	0.106	0.576	0.432	0.645	0.776	0.407
Health in general	$r_s$	- 0.207	0.038	0.253	0.215	0.081	0.245	- 0.114	0.194
	p	0.164	0.799	0.087	0.146	0.588	0.087	0.444	0.191
<b>Mental Component</b>	$r_s$	- 0.432*	- 0.109	0.437*	0.340*	0.333*	0.042	- 0.386*	0.304*
	p	0.002	0.464	0.002	0.019	0.022	0.779	0.007	0.037
Physical Performance	$r_s$	- 0.079	- 0.074	0.236	0.136	0.090	- 0.175	- 0.102	0.077
	p	0.599	0.622	0.111	0.361	0.546	0.239	0.496	0.609
Social Functioning	$r_s$	- 0.339*	- 0.113	0.123	0.060	0.110	- 0.168	- 0.312*	0.041
	p	0.020	0.450	0.411	0.688	0.463	0.258	0.033	0.784
Emotional Functioning	$r_s$	- 0.352*	0.123	0.493**	0.338*	0.364*	0.114	- 0.308*	0.386*
	p	0.015	0.408	0.000	0.020	0.012	0.447	0.035	0.007
Mental Health	$r_s$	- 0.293*	0.028	0.292*	0.093	0.246	- 0.072	- 0.289	0.160
	p	0.046	0.852	0.046	0.532	0.096	0.632	0.139	0.281
Health Transition	$r_s$	0.270	0.231	- 0.368**	- 0.244	- 0.258	- 0.178	0.292*	0.313*
	p	0.067	0.119	0.011	0.099	0.080	0.231	0.046	0.032
N		47	47	47	47	47	47	47	47

\*\* strong correlation, according to Cohen criteria  
\* moderate correlation, according to Cohen criteria

Table 11 – Matrix of correlations between QoL (SF-36) and Coping Strategies (CAD-R)

		Active Coping	Passive Coping
<b>Physical Component</b>	$r_s$	- 0.063	0.192
	$\rho$	0.673	0.407
<b>Mental Component</b>	$r_s$	- 0.386**	0.304**
	$\rho$	0.007	0.037
	N	47	47

	Without Pain (N-17)	With Pain (N-33)		
	Mean Rank		U	p
Anxiety	14.12	31.36	87.000	0.000
Depression	16.85	29.95	133.500	0.002
Physical Component	38.00	19.06	68.000	0.000
Mental Component	32.97	21.65	153.500	0.009
Active Coping	23.00	24.47	225.000	0.732
Passive Coping	21.87	25.00	208.000	0.464

Table 12 – Significant differences between patients without pain and with pain (in HADS, CAD-R and SF-36)



ANEXO I – Abstract e Poster submetido ao “*2010 Breast Cancer Symposium*”

## **The Psychosocial Evaluation of Pain in Patients with Breast Cancer**

### **Abstract**

**Background:** The emergence of a cancer involves a difficult adaptation and reorganization of subjects' life, wherein individual psychological features play an essential role defining how individuals react, deal and overcome the disease.

**Methods:** The main objectives of this study were to analyze the impact of breast cancer and disease related pain on the quality of life of patients and to examine the influence of selected psychosocial variables (anxiety, depression and coping styles) on their pain perception and quality of life. Our population included 50 breast cancer women, currently undergoing chemotherapy at an Oncology Department of a tertiary hospital, who were evaluated in a single moment. We administered a Socio - Demographic Questionnaire, the McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), the CAD-R Questionnaire (Cuestionario de Afrontamiento al Dolor, Soriano & Monsalve, 2002), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) and the SF- 36 Questionnaire (Health Survey Short-Form, Ware & Sherborne, 1992).

**Results:** 66% of our subjects experienced pain related to their disease. The intensity of pain related to decrease in the physical and mental components of Quality of Life (mean ranks: without pain = 38.00 and 32.97, with pain = 19.06 and 21.65;  $p=0.000$  and  $0.009$ ), and also to higher levels of anxiety (mean ranks: without pain = 14.12, with pain = 31.36 ;  $p=0.000$ ) and depression (mean ranks: without pain = 16.85, with pain = 29.95;  $p=0.002$ ). We found that the intensity of pain only related to the coping strategy "Distraction" ( $r_s=- 0.375$ ,  $p= 0.009$ ). The passive coping strategies associated with a decrease in Quality of Life ( $r_s =- 0.386$ ;  $p=0.007$ ), and also with higher scores of anxiety and depression.

**Conclusions:** We conclude that pain has a devastating effect over quality of life, independently of the severeness of breast cancer.

**Key Words:** Breast cancer, Pain, Quality of Life, Psychosocial Factors, Anxiety, Depression, Coping...

# The Psychosocial Evaluation of Pain in Patients with Breast Cancer



Serra É<sup>1,2</sup>; Areias MEG<sup>1,3</sup>; Lourenço M<sup>4</sup>; Quintas J<sup>1,2</sup>

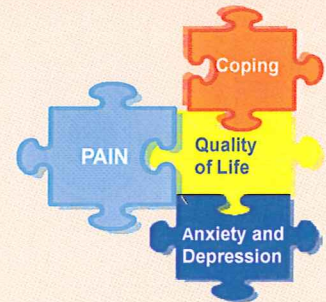
- (1) Department of Psychology of ISCS-N  
 (2) UNIPSA, Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde  
 (3) CINEICC  
 (4) Centro Hospitalar de Vale do Ave, Guimarães

## Background

The emergence of a cancer involves a difficult adaptation and reorganization of the patients' life, wherein individual psychological features play an essential role defining how individuals react, deal and overcome the disease.

## Objectives

The main objectives of this study were to analyze the impact of breast cancer and disease related pain on the quality of life of patients and to examine the influence of selected psychosocial variables (anxiety, depression and coping styles) on their pain perception and quality of life.



## Methods

Our population included fifty patients with Breast Cancer, currently undergoing chemotherapy at an Oncology Department of a Tertiary Hospital, who were evaluated in a single moment. We administered a Socio-Demographic Questionnaire, the McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), the CAD-R Questionnaire (Cuestionario de Afrontamiento al Dolor, Soriano & Monsalve, 2002), the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) and the SF- 36 Questionnaire (Health Survey Short-Form, Ware & Sherborne, 1992).

## Results

- We found that over half (66%) of our population had pain related to disease.
- The intensity of pain related to decrease in the physical and mental components of Quality of Life, and also to higher levels of anxiety and depression. With regard to coping strategies was found that there a significant correlation between the subscales of the QAD-R and the intensity of cancer pain and the strategy of coping to passive pain and active, except the active strategy "Distraction" of coping to pain.
- We found that patients with passive pain coping styles had a lower quality of life, since there was a significant relationship between the summary measure of the scale of "Mental health component" and these styles of coping to pain and other subscales.

	Grupo 1 (N-17)	Grupo 2(N-33)	U	p
	Rank médio			
Anxiety	14.12	31.36	87.000	.000
Depression	16.85	29.95	133.500	.002
Physical Component	38.00	19.06	68.000	.000
Mental Component	32.97	21.65	153.500	0.009
Active Coping	23.00	24.47	225.000	.732
Passive Coping	21.87	25.00	208.000	.464

		Active Coping	Passive Coping
		Physical Component	$r_s$
	P	.673	.407
	N	47	47
Mental Component	$r_s$	-.386**	.304**
	P	.007	.037
	N	47	47

- Finally we found that individuals who have higher values in the range of strategies for summary measure "Passive coping", have higher values on the scales of anxiety and depression so that patients with anxiety and depression using less coping style to the pain assets.
- Yet, participants who have higher values in the passive strategies for coping with, have higher values on the scales of anxiety and depression.

		Anxiety	Depression
		Physical Component	$r_s$
	P	.000	.000
	N	50	50
Mental Component	$r_s$	-.693**	-.813**
	P	.000	.000
	N	50	50

		Anxiety	Depression
		Active Coping	$r_s$
	P	.118	.235
	N	47	47
Passive Coping	$r_s$	.342*	.321*
	p	.019	.028
	N	47	47

## Conclusions

The great majority of patients feel pain related to their illness. The pain decreases quality of life, and increases anxiety and depression. The passive coping styles also have a detrimental impact over quality of life, anxiety and depression. These data confirm the interactive effect of these variables one over each other, increasing the "snow-ball" mechanism, which tends to worsen the discomfort in cancer patients.