



**JOÃO HENRIQUE  
GONÇALVES DE  
ALMEIDA**

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM DOENTES  
COM DOR CRÓNICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Mestre Vanda Clemente, especialista em Psicologia Clínica da Unidade de Dor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Dedico este trabalho aos meus avós.

## **o júri**

Presidente

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada,  
Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Professora Adjunta,  
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada c/  
Agregação, Universidade de Aveiro

## agradecimentos

Aos meus avós, Eugénia e Silvério, exemplos maiores de força e coragem, agradeço toda a força, todo o carinho e confiança, amizade diária que sempre me encheu muito o coração.

Aos meus pais, Henrique e Teresa, os maiores e melhores amigos, sempre, os únicos que nunca falham e com os quais tive as melhores e mais importantes aulas e os exames mais difíceis. Muito Obrigado.

Ao meu irmão, Francisco, melhor amigo e a outra metade de mim, companheiro desde sempre e cujas qualidades e capacidades me inspiram todos os dias e piscam o olho ao mundo inteiro.

A todos os meus familiares - padrinhos, tios e primos, um a um influenciaram quem sou hoje e com os quais partilho o caminho que tracei e irei traçar, obrigado pela amizade, essa que só na família existe e que trazemos sempre connosco.

À minha avó Carmen, cuja sabedoria dava um curso, obrigado pelo carinho.

Ao meu tio Alberto, cuja amizade e inspiração trago todos os dias comigo.

À Prof. Dra. Anabela Pereira, por toda a ajuda, apoio e incentivo, docente de excelência e peça fundamental do mestrado e percurso académico que trilhei.

À Dra. Vanda Clemente, com quem mais aprendi a nível profissional e cujos ensinamentos me fizeram também crescer a nível pessoal, obrigado pelo voto de confiança e por toda a dedicação.

À Prof. Dra. Ana Allen, pelo contributo de excelência ao longo do estágio e de toda a minha formação, agradeço a sabedoria e o apoio prestados.

À APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, pelo apoio e suporte técnico e científico prestado, agradeço toda a ajuda que me concederam.

Ao CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e à sua Unidade de Dor, por ter permitido a realização deste estudo numa instituição tão nobre e com profissionais tão nobres.

À Universidade de Aveiro e ao Departamento de Educação, pela formação de excelência prestada da qual muito me orgulho, reflexo também dos docentes e funcionários que tem.

Aos meus amigos, alguns agora espalhados pelos 4 cantos do mundo, que vejam no sucesso uma forma de, mesmo longe, nos aproximarmos uns dos outros.

À Constança, sempre melhor amiga, por me fazeres sorrir todos os dias e por seres a musa inspiradora presente em cada linha deste trabalho.

## palavras-chave

dor crónica, ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress

## resumo

O presente estudo tem como objetivo principal perceber em que medida é que as dimensões ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress, intensidade da dor e incapacidade relacionadas com a dor, afetam os doentes com dor crónica.

Para o efeito, foi utilizada uma amostra de 53 doentes que frequentam a Consulta de Psicologia Clínica – Dor Crónica da Unidade de Dor Crónica do Pólo Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com idades compreendidas entre os 25 e os 86 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS), o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI) e a Escala Visual Analógica (EVA).

Os resultados mostraram que 71.7% dos pacientes com dor crónica sofrem de perturbações de ansiedade e 39.6% de perturbações do humor e que quando comparados com a população normal, apresentam níveis de ansiedade e de depressão bastante superiores, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros para ambas as dimensões. Verificou-se também que 77.4% da amostra é vulnerável ao stress e que os grupos de atividades nos quais os doentes mais referem que a dor interfere e incapacita são a ocupação e a atividade sexual. De salientar também que a intensidade da dor na amostra varia de ligeira a moderada de forma habitual e de moderada a grave em crise, sendo mais intensa nas mulheres do que nos homens. Destaca-se ainda o facto de os doentes com dor mista (ex. lombalgia) terem níveis mais elevados de ansiedade do que os restantes e o facto de os doentes com menos habilitações serem mais vulneráveis ao stress. Importa também referir que se verificou que os doentes que manifestam maior incapacidade relacionada com a dor e os que avaliam a dor como mais intensa têm valores mais elevados de depressão. De salientar ainda que se constatou que quanto maiores os níveis de ansiedade, maiores os de depressão e que quanto maiores os níveis de ansiedade e de depressão maiores também os de vulnerabilidade ao stress. Do mesmo modo, verificou-se ainda que quando os níveis de ansiedade aumentam, aumentam também os níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração e de privação de afeto e rejeição e ainda quanto mais elevados são os níveis de depressão, mais elevados os níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração e de inibição e dependência funcional.

Sendo evidentes as relações existentes entre as diferentes componentes relacionadas com a dor crónica, são ainda referidas algumas implicações do presente estudo, para uma maior compreensão da dor crónica de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar do doente, quer ao nível da avaliação como do acompanhamento a longo prazo.

**keywords**

chronic pain, anxiety, depression, stress vulnerability

**abstract**

The present study aims to understand the extent to which the dimensions anxiety, depression, vulnerability to stress, intensity and pain-related disability, affects patients with chronic pain. For this purpose, a sample of 53 patients who attended the Clinical Psychology appointment on Chronic Pain of the Chronic Pain Unit at Coimbra Hospital and University Centre CHUC, aged 25 to 86 years, was used. The instruments used were the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Vulnerability to Stress Scale (23QVS), Pain Disability Index (PDI) and the Visual Analogue Scale (VAS). The results showed that 71.7% of patients with chronic pain suffer from anxiety disorders and 39.6% of mood disorders and when compared with the normal population, they present levels of anxiety and depression well above, besides that no statistically significant differences were found between gender for both dimensions. It was also found that 77.4% of the sample is vulnerable to stress, and that the groups of activities in which patients reported that pain most disables and interferes is the occupation and sexual activity, assessed by PDI. It's important to enhance that the pain intensity in the sample varies from mild to moderate in the daily basis and from moderate to severe in crises, with a higher intensity in women than in men. Also noteworthy was the fact that patients with mixed pain (eg. back pain) have higher levels of anxiety than other groups and the fact that patients with less education are more vulnerable to stress. Also, patients who identify greater disability-related pain and those who assessing pain as more intense, have higher levels of depression. It was also found that the higher levels of anxiety are, the higher levels of depression, and that the higher the levels of anxiety and depression, also the higher is vulnerability to stress. The same way, it was also found that when anxiety levels increase, so do levels of perfectionism and intolerance to frustration and levels of deprivation of affection and rejection and, even more, as the levels of depression increase, so does the levels of perfectionism and intolerance to frustration and inhibition and functional dependence. Since its clear that the relations between the different components here related to chronic pain, are still referred some implications for a better understanding of chronic pain in order to contribute to enhance life quality and well-being of the patients, whether regarding assessment as well as for long-term monitoring.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>9</b>
Amostra.....	9
Instrumentos.....	9
<i>HADS</i> - Escala de Ansiedade de Depressão Hospitalar.....	9
23 <i>QVS</i> – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress.....	10
<i>PDI</i> - Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor.....	10
<i>EVA</i> – Escala Visual Analógica.....	11
Procedimento.....	11
Análise dos dados.....	11
<b>Resultados.....</b>	<b>12</b>
Caracterização dos doentes com dor crónica quanto às variáveis em estudo.....	12
Análise das caraterísticas sociodemográficas em função das variáveis em estudo.....	14
Relação entre as variáveis ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade de dor.....	15
<b>Discussão.....</b>	<b>17</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>23</b>

## **Índice de tabelas**

Tabela 1	Perturbações de Ansiedade e do Humor em doentes com dor crónica	12
Tabela 2	Vulnerabilidade ao stress em doentes com dor crónica	13
Tabela 3	Médias obtidas na 23 QVS (7 factores)	13
Tabela 4	Médias obtidas no Índice de Incapacidade relacionado com a Dor	14
Tabela 5	Médias obtidas na Escala Visual Analógica (EVA)	14



## Introdução

A dor é a condição física sintomática mais comum reportada tanto pela população geral como pela população alvo de cuidados primários (Thorn & Kuhajda, 2006, cit. por Kroenke et al., 2013). A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define dor (em latim, *dolor*) como “uma sensação e experiência emocional desagradáveis associadas a um dano potencial ou real ao corpo ou o equivalente a tal dano” (IASP, 1994, p. 210). Tratando-se de uma experiência precetiva subjetiva, complexa e desagradável criada pelo cérebro para alertar o organismo para determinada ameaça a uma ou mais regiões corporais específicas, a dor é também definida por fatores sensoriais, emocionais, sociais e culturais, sendo um mecanismo essencial e extremamente importante para os seres vivos (Pace et al., 2006). A dor crónica, por sua vez, é ao mesmo tempo uma dor que persiste e é recorrente para além do tempo normal de regeneração de determinado tecido (normalmente com a duração de mais de 3 meses), não tendo qualquer valor funcional de um ponto de vista biológico (Press, 2011). Deste modo, enquanto que a dor aguda tem um papel protetor e alerta o organismo para um perigo eminente, na dor crónica há já outros mecanismos envolvidos, persistindo para além da sua utilidade biológica (Rijavec & Grubic, 2012).

O declínio do bem-estar mental da população desde os anos 80 do século XX tem sido acompanhado por um aumento do número de queixas de dor (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). Ao mesmo tempo, a medicina evoluiu consideravelmente no desenvolvimento de soluções para o alívio da dor aguda, não acontecendo o mesmo com a dor crónica, sugerindo que a dor crónica é muito mais do que uma dor aguda prolongada no tempo (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2010). Quando não é tratada, a dor pode tornar-se mais complexa na sua patofisiologia do que a dor provocada pelas causas originais (Araújo & Figueiredo, 2001). Estas mudanças podem envolver alterações funcionais e estruturais no sistema nervoso assim que a dor deixa de ser sintomática da causa inicial e passa a ser uma condição inteiramente independente (Yeng, Teixeira, Romano, Greve & Kaziyama, 2001). Isto pode acarretar tanto consequências físicas como psicológicas para os pacientes, bem como um impacto económico substancial devido ao aumento dos custos de saúde e perda de produtividade (Fine, 2011).

A prevenção e tratamento da dor crónica são, segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor (Direção Geral de Saúde, 2008), uma das maiores preocupações da atualidade. Por um lado, sabe-se que a dor crónica possui um impacto significativo na qualidade de vida, nomeadamente a nível da saúde e da capacidade produtiva da população, sendo o bom funcionamento físico um dos principais preditores da qualidade de vida, desejável também num processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido (Gormsen, Rosenberg, Bach, & Jensen, 2010). Contudo, de um modo geral, a qualidade de vida dos sujeitos com dor crónica encontra-se diminuída, com implicações a nível de interações sociais, trabalho, atividades da vida diária, etc., pondo em causa a independência e autonomia do sujeito (Matos, 2013). Por outro lado, estima-se que, por exemplo, os doentes com fibromialgia visitem, em média, 15 médicos ao longo de 5 anos ou mais antes de terem um

diagnóstico concreto (Bernik, Sampaio, & Gandarela, 2013). Do mesmo modo, os doentes com dor crónica frequentam um número muito elevado de segundas consultas e consultas de seguimento, comparativamente com outras especialidades de saúde pública, tornando-os dos utilizadores mais frequentes dos serviços médicos (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012). De acordo com os dados obtidos através do Observatório Nacional de Saúde (2002), 74% dos inquiridos tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista (Matos, 2012). Só em Portugal, com base nos custos salariais de 2010, os custos indiretos da dor crónica ascenderam aos 738,85 milhões de euros. Estima-se também que os indivíduos com dor crónica tenham em média 14 dias de baixa por ano, o que representa mais de 290 milhões de euros por ano de custos salariais suportados pela Segurança Social e 458,90 milhões de euros devidos à redução do volume de emprego por reformas antecipadas e outras formas de não participação no mercado de trabalho (Gouveia & Augusto, 2011). Por sua vez, nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo recente do Instituto de Medicina refere que as consequências da dor crónica afetam cerca de 116 milhões de pessoas e custam 635 biliões de dólares anualmente, tornando-se evidente o impacto que a dor crónica tem também a nível económico (Sibille et al., 2012).

De um ponto de vista epidemiológico, a dor crónica afeta cerca de 36% da população adulta em Portugal, sendo 16% de intensidade moderada a grave -  $\geq 5$  na Escala Visual Analógica, ver p. 11 (Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M., 2010). Sabe-se também que a prevalência da dor é significativamente superior nas mulheres do que nos homens e que aumenta com a idade em ambos os sexos, com um pico de incidência entre os 40 e os 50 anos e em profissões consideradas menos qualificadas, e com uma tolerância à dor que, de uma forma geral, diminui com a idade (Breivik et al., 2006) Mais ainda, as mulheres apresentam valores ligeiramente mais elevados não só quanto à intensidade da dor mas também quanto aos níveis de depressão, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático (Press, 2011). Apesar disso, os resultados reforçam a importância de uma avaliação e reabilitação multidimensional adequada para ambos os géneros (Matos, 2013).

De um ponto de vista etiológico, as principais causas de dor referidas em Portugal são as patologias osteoarticulares, que ocupam o lugar cimeiro e afetam mais de 40% dos indivíduos, mas com destaque também para as lombalgias, fibromialgias, a osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatoide e as cefaleias (Borja-Santos, R., 2014, Junho 19). As localizações de dor mais comuns são a região lombar, os membros e as regiões cervical e encefálica (Araújo et al., 2001; Azevedo et al., 2012, Borja-Santos, R., 2014)

Diferentes estudos demonstraram que a ansiedade e depressão são efetivamente as condições comórbidas mais comuns em doentes com dor crónica. No entanto, as suas consequências variam muito em função da localização da dor, da sua intensidade e das estratégias de *coping* adotadas pelo sujeito (Ellegaard & Pedersen, 2012). É também evidente que o stress e a ansiedade associados à dor dificultam a adoção de boas estratégias de *coping*. Contudo, cada vez mais estudos demonstram a sua importância na minimização da intensidade da dor e, conseqüentemente, na qualidade de vida (Matos,

2012). Também os processos cognitivos, tais como a memória e a atenção, têm sido demonstrados como estando afetados em dois terços dos pacientes com dor crónica (Fine, 2011). O sono é também das queixas mais frequentes já que se encontra frequentemente perturbado em pacientes com dor crónica, com uma prevalência de 50 a 89% dos sujeitos (Williams, 2013). Inclusivamente, num estudo com 268 doentes, verificou-se que a intensidade da dor estava diretamente relacionada com o grau de perturbação do sono (Fine, 2011). Além disso, a dor crónica tem também implicações na saúde cardiovascular uma vez que se comprovou ser um preditor significativo de hipertensão (Mostou, Afari, Ahumada, Reis, & Loebach, 2012). Também a nível sexual, 54 a 63% dos indivíduos com dor crónica têm dificuldades sexuais, nomeadamente dificuldade na excitação, confiança, performance, posições, entre outros (Fine, 2011).

Ao longo do tempo, a avaliação da dor crónica centrou-se sobretudo na sua localização e intensidade (por exemplo, com escalas de 0 a 10) (Yeng et. al, 2001). Apesar da sua importância para facilitar a compreensão do quão intensa a mesma é para o doente e compreender melhor o respetivo *insight*, a verdade é que esta metodologia se torna insuficiente quando o objetivo é perceber de que modo a dor crónica interfere a nível cognitivo e emocional ao longo do tempo. É o mesmo que usar apenas o volume de uma música para a caracterizar (Williams, 2013). Por isso, ao longo do tempo diferentes estudos foram mostrando a importância de uma metodologia multidisciplinar no acompanhamento e tratamento dos doentes com dor crónica e com destaque para uma avaliação mais generalizada que incida também nas diferentes estruturas afetadas, sejam elas físicas ou psicológicas (Mathew, Singh, Garis, & Diwan, 2013).

### **A ansiedade e a dor crónica**

Um dos sintomas comórbidos presentes em indivíduos com dor crónica é a ansiedade. Esta aumenta a tensão muscular, ampliando a sensação de dor. A ansiedade constitui uma manifestação da atividade emocional ou mesmo afetiva de um indivíduo, na qual predominam sentimentos desagradáveis como apreensão, mal-estar ou preocupação excessiva (Danielsson, Heimerson, Lundberg, & Perski, 2014). Representa assim um sinal de alarme e de defesa pois surge como expressão de um medo excessivo ou ainda de um medo patológico, sempre que este ocorre em simultâneo com outra perturbação ou quando os sintomas e comportamentos ansiosos são incapacitantes e frequentes (Margis, Cosner, & Silveira, 2003). Tanto a ansiedade como o medo são condições de grande importância para os sujeitos com dor crónica já que a experiência de medo repetida pode provocar ansiedade antecipatória, contribuindo muito para o desenvolvimento da dor crónica (Granot & Ferber, 2005). Neste caso, esta influência ocorre de duas formas: primeiro, a ansiedade, enquanto resposta emocional negativa acompanhada de reações diversificadas, está relacionada com o aumento da intensidade e perceção da dor (Ellegaard & Pedersen, 2012); em segundo lugar, a ansiedade que advém da dor crónica dificulta a adoção de estratégias de coping e comportamentos resilientes (Knaster et al., 2012), já que muitas vezes a ansiedade manifesta-se nestes

doentes sob a forma de pensamentos recorrentes sobre a dor, distorções cognitivas, amplificação de estímulo doloroso, entre outros (Bernik et al., 2013).

Um estudo que comparou sujeitos com e sem dor crónica verificou que, dos que tinham dor crónica, 23% tinham perturbações de ansiedade, contrastando com apenas 12% nos casos dos sujeitos sem dor (Williams, 2013). Verificou ainda que nestes doentes, 51 a 58% tinham perturbações de personalidade, contrastando com apenas 14% nos sujeitos sem dor crónica. Mais ainda, numa população de 5877 pacientes com dor crónica nos EUA, 35% preenchiam o critério para perturbação de ansiedade contrastando com apenas 18% na população geral (Kroenke et al., 2013). Essa mesma investigação concluiu que 45% dos doentes com dor crónica evidenciaram resultados para uma ou mais de 5 das mais comuns perturbações de ansiedade, apresentando também piores resultados na HQLR (*Health-Related Quality of Life*) (Kroenke et al., 2013). Já um estudo com 500 pacientes, verificou que quanto maiores os níveis de ansiedade, maior também a intensidade da dor e as dificuldades no funcionamento e menor a qualidade de vida (Gois, Dias, Raposo, Carmo, & Barbosa, 2012). Num outro estudo ainda, verificou-se que a presença de qualquer uma das 5 mais comuns queixas de dor, duplicava a probabilidade de ter uma perturbação de ansiedade, tendo sido corroborado também por outros estudos (Parkitny et al., 2012).

### **A depressão e a dor crónica**

A depressão é uma perturbação mental relativamente comum com uma prevalência de 10 a 20% (Rijavec & Grubic, 2012). A mortalidade é alta e cerca de 15% cometem suicídio (Gois et al., 2012), estimando-se que dentro de 6 anos a depressão será a doença número um a nível mundial (Rijavec & Grubic, 2012). A *American Psychological Association* (APA) define a depressão como uma “alteração persistente do humor deprimido suficientemente grave e que provoca um défice nas atividades diárias” (APA, 2002, p. 345) - por exemplo, *deficit* de sono, tristeza persistente, confusão no dia-a-dia ou incerteza acerca do futuro. De referir que a depressão está associada a uma elevada perceção de dor, a uma pior qualidade de vida e a mais eventos de vida stressantes (Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto, & Aguglia, 2011).

A dor crónica tem sido associada a taxas aumentadas de perturbação depressiva major, ideação suicida e tentativas de suicídio (Fine, 2011). De facto, a dor e a depressão relacionam-se na medida em que ambas podem levar a sentimentos de desadequação, tanto físicos como mentais (Ellegaard & Pedersen, 2012). A literatura descreve a forma como a depressão está associada a uma maior intensidade da dor e a um menor limiar e tolerância à dor. Há dados científicos que afirmam que a depressão ocorre após o desenvolvimento da dor crónica, e não vice-versa (Andrucoli, Pimenta & Koizumi, 2000). Neste caso, quando a dor não é minimizada após tratamento, pode desenvolver-se sintomatologia depressiva, reforçando a importância de a tratar paralelamente com os tratamentos interdisciplinares (Wong et al., 2011)

Um estudo verificou também uma alta comorbidade entre depressão e pacientes com dor crónica de diversas etiologias, com a investigação a suportar uma base neurobiológica e psicossocial comum tanto para a depressão como para a dor e com a serotonina e norepinefrina a terem um papel importante tanto nos sintomas depressivos como na dor (Rijavec & Grubic, 2012). Por sua vez, Arnov et al (2006) observaram que 66% dos pacientes com depressão major apresentavam também um quadro de dor crónica em comparação com os que não tinham essa patologia (43%). Já num estudo espanhol, 3189 pacientes com dor crónica foram avaliados com a Escala Visual Analógica e com a *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Tamburrino, 2009), tendo sido encontrada sintomatologia depressiva em 80,4% dos sujeitos (com maior prevalência nas mulheres), de entre os quais 56,2 preenchiam os critérios para depressão major e 17,8% para distímia ou depressão moderada (Bock et al., 2014). A maioria das queixas de dor localizava-se no pescoço e costas (71,6%), cabeça (64,7%) e nas articulações (61,3%).

Um estudo mais recente comprovou também a comorbidade entre depressão e dor crónica, na medida em que em mais de 52% dos pacientes com depressão observados, existia também um diagnóstico de dor crónica, contrastando com a prevalência de 5-10% em pessoas sem dor. (Wong et al., 2011). Estudos anteriores verificaram que a depressão é comum entre pacientes com dor crónica e que a mesma aumenta o risco de maior intensidade da dor, reduz níveis de atividade, deteriora a capacidade de funcionamento social e ocupacional e diminui a satisfação com a vida (Press, 2011). É sabido que a dor crónica pode espoletar sintomatologia depressiva e que a depressão, por sua vez, aumenta os efeitos adversos da dor: a depressão reforça a dor crónica e a dor crónica promove sintomas depressivos - relação sinérgica de efeito negativo (Andrucioli, Pimenta, & Koizumi, 2000; Press, 2011).

### **O stress e a dor crónica**

Atualmente, o conceito de stress tem sido difundido incidindo apenas na sua vertente negativa. Contudo, o mesmo, em níveis adequados, é essencial para nos alertar para situações prejudiciais ao organismo. Lazarus e Folkman (1984) definiram o stress psicológico como “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar” (p.572). O stress pode, assim, ser definido como uma reação fisiológica que ocorre nos animais e nas pessoas devido a ameaças ou danos ao organismo, caracterizada por um desequilíbrio entre as exigências que nos são impostas e os recursos que influenciam a nossa capacidade de as gerir, ou seja, toda a atividade física e/ou psicológica que se encontra nos limites da capacidade de coping do indivíduo, e que, por sua vez, ameaça a sua homeostasia interna (Ellegaard & Pedersen, 2012). Muitas vezes sentimos estas exigências como excessivas, contudo, por vezes, o stress pode advir em situações contrárias, quando as exigências são poucas comparadas com as nossas capacidades (Danielsson et al., 2014). Quando vivenciamos momentos de stress, o nosso sistema biológico de gestão do stress é ativado e sabe-se que períodos

prolongados de stress dão origem a um desequilíbrio entre as funções degenerativas e regeneradoras do organismo, podendo levar gradualmente a uma condição aguda ou mesmo crónica (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003). Nestes períodos, a regulação do sistema nervoso é alterada e podem surgir diferentes queixas como dores musculares, desempenho reduzido e problemas de sono (Parkitny et al., 2012), ou mesmo doenças cardiovasculares, depressão, diabetes, síndrome de fadiga crónica e dor crónica. (Sibille et al., 2012). Assim, importa aqui realçar o conceito de *distress*, stress que prejudica o equilíbrio fisiológico e emocional e não permite que o indivíduo se adapte às solicitações, surgindo um desequilíbrio que pode eventualmente desencadear uma situação patológica (Mostou et al., 2012; Varela, 2013). Neste contexto, a dor crónica representa um stressor fisiológico muitas vezes associado a uma quantidade considerável de fatores psicossociais negativos. De facto, o impacto da dor crónica e o stress psicossocial estão relacionados, tendo-se verificado inclusivamente que indivíduos com dor crónica e stress elevado têm telómeros celulares mais curtos do que as pessoas sem estas queixas, acelerando o envelhecimento celular (Sibille et al., 2012).

A dor, por si só, já é um elemento indutor de stress, uma vez que pode aumentar a libertação de cortisol, que por sua vez pode também desencadear sintomatologia depressiva (Ellegaard & Pedersen, 2012). Do mesmo modo, o stress crónico pode também causar dor, uma vez que a sensibilidade à dor aumenta com a sensibilidade aumentada dos nervos relacionados com a dor, resultando numa mais eficaz transferência dos sinais relativos à dor para o cérebro (Danielsson et al., 2014). Mais ainda, a evidência demonstra que influências negativas como rejeição ou negligência na infância podem levar a reações mais violentas e desajustadas ao stress ao longo da vida, com maior tendência, por exemplo, para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiógena (Castro-Lopes, Saramago, Romão, & Paiva, 2010).

Por último, importa aqui destacar o conceito específico de vulnerabilidade ao stress. Os autores Beck e Emery (1985) consideraram que um indivíduo vulnerável é aquele que tem a perceção de estar sujeito a perigos de natureza interna ou externa em relação aos quais não tem controlo ou o controlo que exerce é considerado insuficiente, não lhe proporcionando um sentido de segurança (Beck & Emery (1985) cit. por Usui et al., 2013). Assim, quando um sujeito se sente vulnerável, desenvolve a expectativa de não ter capacidades para ultrapassar os obstáculos com que depara. Para Brown (1993), a vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da vida. Duhrenwend (1998) cit. por Margis et al (2003) define ainda a vulnerabilidade como o resultado da relação entre as forças e fraquezas caracterizadoras de uma predisposição individual e reativa ao stress. Por sua vez, Vaz Serra (2000) considera três tipos de fatores que predisõem a uma maior vulnerabilidade no indivíduo: natureza física, natureza psicológica e natureza social. Neste campo, um estudo com objetivo de analisar a vulnerabilidade ao stress em mulheres com dor crónica verificou níveis elevados de stress quando expostas a determinadas situações do quotidiano, bem como fracos recursos afetivos, de coping e relações sociais menos desenvolvidas (Davis, Zautra & Reich, 2001).

### **A tríade ansiedade-depressão-stress e dor crónica**

A associação entre dor, depressão e ansiedade é por vezes, bastante complexa. Ao mesmo tempo, a dor crónica está associada a uma morbilidade psiquiátrica relevante, onde a depressão e a ansiedade são as duas condições psicológicas com maior prevalência neste contexto (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003). Apesar da tríade dor-depressão-ansiedade ser bem conhecida, existe muito mais investigação feita sobre a comorbidade da dor com a depressão do que com a ansiedade (Kroenke et al., 2013). Atualmente, as medidas mais avaliadas em estudos com doentes com dor crónica são o humor depressivo, a ansiedade e a raiva (Williams, 2013). Grande parte dos estudos demonstrou que níveis mais elevados destas medidas estão relacionados com uma redução do limiar e da tolerância à dor e intensidade mais elevada da dor (Knaster et al., 2012; Williams, 2013).

Alguns autores sugerem que a depressão é uma consequência da dor, e que por esse motivo é um precedente da dor (Andrucioli et al., 2000). De referir que quando a ansiedade e a depressão já antecedem a altura em que surge a condição de dor crónica, bem como o facto de existir já uma predisposição genética para as mesmas, a condição do doente é muito mais difícil de tratar do que quando essas perturbações são apenas uma consequência da dor crónica (Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997). Um estudo que procurou determinar a prevalência de perturbações psiquiátricas em pacientes com dor crónica terciária revelou que 77% das perturbações de ansiedade antecediam o início da dor crónica e 63% das perturbações depressivas tinham o seu início após o diagnóstico de dor crónica. Esta investigação encontrou ainda uma associação entre a morbilidade psiquiátrica e o aumento da intensidade da dor (Knaster, Karlson, Estlander, & Kalso, 2012). Paralelamente, um estudo revelou que pacientes pontuaram níveis significativamente mais elevados de psicopatologia, nomeadamente nas escalas que se destinavam à avaliação da depressão, da ansiedade e dos níveis de stress, após o início da dor crónica lombar, comparativamente com o momento antecedente das queixas de dor (Mathew, Singh, Garis, & Diwan, 2013).

Num estudo realizado durante o tratamento psicoterapêutico de pacientes com dor lombar crónica e depressão moderada, foram identificados diferentes elementos stressores psicológicos, dizendo respeito tanto ao passado como ao presente. Este estudo verificou que quando os fatores dor, depressão e stress estão presentes e se tornam incomportáveis e sem recursos alternativos para os doentes, o fator stress parece ser proeminente. (Parkitny et al., 2012). Num outro estudo, níveis mais elevados de sintomas de ansiedade e depressão estão associados a uma maior perceção sensitiva quando é aplicada pressão nos pontos de dor em doentes com fibromialgia (Bernik et al., 2013). Os sintomas de dor são também frequentes em pacientes deprimidos sem fibromialgia. Contudo, estes têm menos pontos de dor, melhor tolerância à dor e menor evitamento à exposição a estímulos dolorosos do que os doentes com fibromialgia (Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto, & Aguglia, 2011). Por sua vez, pacientes que catastrofizam mais reportam uma intensidade de dor maior e são menos capazes de lidar com o seu problema de dor, evidenciando mais *distress* psicológico (Matos, 2013).

A catastrofização é ainda um potencial preditor de intensidade da dor e de invalidez, mesmo quando não existe comprometimento físico (Severeijns, Vlaeyen, Hout, & Weber, 2001).

Num estudo com três grupos, um com pacientes com fibromialgia, outro com doentes com artrite reumatoide e ainda um grupo de controlo, verificou-se que os pacientes com dor crónica pontuavam significativamente mais alto em todas as medidas utilizadas para avaliar a saúde mental (como ansiedade, somatização ou depressão) do que o grupo de controlo (Aguglia et al., 2011). Adicionalmente, verificou-se também que os pacientes com fibromialgia possuem uma saúde mental inferior aos pacientes com artrite reumatoide (Gormsen et al., 2010). Nesta amostra não foram encontradas diferenças entre géneros, à exceção da dimensão de somatização, uma vez que o sexo feminino apresentou sempre valores mais elevados. No que concerne à qualidade de vida, os pacientes com dor crónica pontuam abaixo do grupo de controlo. Contudo, os doentes com fibromialgia possuem uma qualidade de vida inferior aos doentes com artrite reumatoide, mais especificamente quanto à perceção geral de saúde, vitalidade, função social, saúde mental e ainda no aspeto físico-funcional. Os autores deste estudo sugerem ainda que existem mecanismos diferentes que são responsáveis pelo desenvolvimento das perturbações do humor em ambos os grupos de pacientes (Gormsen et al., 2010).

Um outro estudo que avaliou o *distress* físico e mental vivenciado também por pacientes com fibromialgia verificou que o mesmo afeta de forma severa a qualidade de vida destes sujeitos, assim como o desempenho social e profissional (Sturge-Jacobs, 2002 cit. por Mostoufi et al., 2011). Estes doentes evidenciaram mais incapacidade funcional, menor capacidade de adaptação às limitações decorrentes da doença e maior tendência para enfatizar a dor, comparativamente com pacientes com artrite reumatoide (Walker et al., 1997 cit. por Kroenke et al., 2013). Este é um facto comum à grande maioria dos doentes com dor crónica que frequentemente exageram na descrição dos sintomas e intensidade, por forma a obter uma maior empatia por parte do médico para com o seu problema.

O estado da arte destas problemáticas aponta para a importância que as variáveis atrás referidas têm no contexto da dor crónica. Assim, este estudo pretende contribuir para uma perspetiva integrada das mesmas, facto que até hoje ainda não foi feito em doentes com dor crónica, mais ainda pela inclusão de uma escala que mede a vulnerabilidade ao stress.

Face ao anteriormente descrito, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

1. Caracterizar os doentes que frequentam a consulta de dor crónica do CHUC quanto à ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress e intensidade e incapacidade relacionadas com a dor.
2. Relacionar os dados sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, estado civil, habilitações, emprego) e tipo de dor, em função da ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress e intensidade e incapacidade relacionadas com a dor
3. Estudar as variáveis ansiedade e a depressão, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e a intensidade de dor.



## Metodologia

### Amostra

A amostra foi selecionada de entre os doentes que recorreram à consulta de Psicologia Clínica-Dor Crónica, da Unidade de Dor do Pólo Hospital Geral do serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Os critérios definidos implicaram: cumprir os critérios para o diagnóstico de dor crónica de acordo com a CID-9 (WHO, 1978) e com a classificação da IASP - *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP, 1994) e ter sido visto na consulta de Psicologia Clínica-Dor Crónica pelo menos duas vezes.

No que diz respeito à caracterização da amostra, esta é constituída por 53 doentes, dos quais 20,8% são do sexo masculino e 79,2% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 86 anos ( $M= 55a$ ;  $DP=12,12$ ). A maioria dos doentes são casados (71,7%), 13,2% são divorciados, 11,3% são viúvos e 3,8% estão em união de facto. Já no que diz respeito à escolaridade, 34% dos doentes tem o 1º Ciclo, 22,6% tem o 2º Ciclo, 17% o 3º Ciclo, 13,2% tem o secundário, 9,4% tem formação académica superior e 3,8% não tem qualquer escolaridade. Ao nível da situação profissional, a grande maioria não está empregado ou está reformado (50,9%) enquanto que 32,1% estão a trabalhar. Já 17% estão de baixa à data da primeira consulta. A maioria dos doentes tem dor crónica mista (43,4%), com destaque para as lombalgias, seguido de dor crónica funcional (ex. fibromialgias) com 28,3% dos doentes, dor crónica nociceptiva (ex. artrite reumatoide) com 17% e dor crónica neuropática (ex. nevralgia trigémeo) com 11,3% dos doentes. (Woolf, 2004; Dias, s.d.)

### Instrumentos

Os instrumentos selecionados para a realização deste estudo foram a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (23QVS), o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI) e a Escala Visual Analógica (EVA).

*HADS - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (Pais-Ribeiro et al., 2007). A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH) consiste na versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento surgiu com o objetivo de auxiliar no reconhecimento de componentes emocionais, nomeadamente da ansiedade e depressão, como resultado de um estado de doença física em contexto hospitalar. Este instrumento é composto por duas escalas, uma relativa à avaliação da ansiedade e outra relativa à depressão. Ambas possuem sete itens e são cotadas separadamente. Cada item possui uma categoria de resposta de 4 pontos (0-3), para que as pontuações tanto para a ansiedade como para a depressão variem entre 0-21. O manual da HADS indica que uma pontuação entre 0 e 7 é considerada “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “severa” (Pais-Ribeiro et al., 2007).

No que concerne à consistência interna do instrumento, os resultados são satisfatórios para ambas as subescalas. Os alfas de Cronbach das versões Inglesa e Alemã são respetivamente, de 0.80 e 0.93 para a subescala da ansiedade e 0.81 e 0.90 para a subescala da depressão (Herrmann, 1997). Relativamente à versão portuguesa da HADS foram também observados valores abonatórios para a

sua consistência interna, onde o alfa de Cronbach para a subescala da ansiedade foi de 0.76 e para a subescala da depressão de 0.81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Mais ainda, Bjelland e colaboradores (2002) comprovaram a validade da HADS, apresentando uma classificação que varia entre “boa” e “muito boa”. Estudos de teste-reteste vieram comprovar que a HADS destina-se a avaliar o estado de ansiedade, ao invés do traço como seria esperado. Até ao limite temporal de duas semanas, é verificada uma elevada correlação ( $r > 0.80$ ), diminuindo em intervalos de tempo maiores (Herrmann, 1997).

*23QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000)*. Este instrumento de autoavaliação tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress. É constituído por 23 questões com respostas do tipo *likert*, subdivididas em 5 classes de resposta, variando entre concordo em absoluto até discordo em absoluto e cotados de 0 a 4 com alguns itens invertidos. Esta escala está construída para que quanto mais elevada for a cotação final, maior vulnerabilidade ao stress é evidenciada pelo sujeito. O ponto de corte definido acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress é de 43.

Esta escala foi elaborada com base numa amostra portuguesa de 368 sujeitos, tendo evidenciado uma boa homogeneidade e uma boa consistência interna (alfa de Cronbach's foi de .824 e coeficiente de Spearman-Brown de .845) (Vaz Serra, 2000). Após análise fatorial, os itens foram agrupados em fatores com os seguintes significados: perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência e apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação, deprivação de afeto e rejeição.

*PDI - Índice de incapacidade relacionada com a dor (Azevedo, 2007)* O Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, versão portuguesa da *Pain Disability Index (PDI)* (Tait et al., 1990), permite avaliar a perceção do impacto da dor nas atividades de vida diária de cada sujeito com dor. Na dor crónica é usada como instrumento de avaliação inicial, mas também como forma de ir monitorizando a eficácia do acompanhamento e tratamentos (quer farmacológico, psicoterapêutico, ou outros). Este instrumento permite determinar o índice de dor percebido pela pessoa com dor em sete campos diferentes de vida diária. Os itens são cotados numa escala tipo *likert* de 11 pontos, variando de nenhuma experiência de incapacidade (0), passando por moderada incapacidade (5) até incapacidade total (10). No máximo, com esta escala é possível obter um total de 70 pontos, sendo que quando maior for a pontuação obtida, maior é a incapacidade percebida pelo sujeito na realização das atividades de vida diária. Os 7 grupos de atividades que constam desta escala são responsabilidades familiares/lar, passatempo, atividades sociais, ocupação, atividade sexual, cuidar de si próprio e atividades de sobrevivência. Na versão original (PDI), a análise às características psicométricas da escala revelou uma boa consistência interna ( $\alpha = 0.87$ ) e uma correlação teste-reteste de  $r = 0.91$ , sugerindo bons índices de fidelidade para este instrumento. Posteriormente, Azevedo, et al (2007), na versão portuguesa, comprovou também ótimas propriedades descritivas do instrumento, com uma consistência interna ( $\alpha = 0,845$  (factor1) e 0,656 (fator 2) e reprodutibilidade teste-reteste

excelentes (0,762 – fator 1 e 0,808 - fator 2). Por ainda não haver consenso sobre os 2 fatores desta escala, neste trabalho optou-se por apenas utilizar os valores totais (Azevedo et al, 2007).

*EVA – Escala Visual Analógica.* Baseada na escala original VAS (*Visual Analogue Scale*), este é um instrumento unidimensional para avaliar a intensidade da dor, de fácil aplicabilidade e adaptado à compreensão dos diferentes sujeitos. É constituído por uma linha com as extremidades numeradas de 0 a 10, onde 0 corresponde a “nenhuma dor” e 10 “à pior dor imaginável. Pede-se então que o sujeito avalie e marque na linha a dor presente naquele momento. Na Consulta de Psicologia Clínica - Dor Crónica pede-se ao doente que, para além de identificar a dor presente naquele momento, identifique também a dor habitual e a dor em crise, por forma a ser possível estabelecer uma comparação entre as diferentes situações. Este instrumento é usado não só na avaliação inicial, mas também em diferentes momentos ao longo do acompanhamento. É um instrumento de extrema importância no contexto da dor crónica pois, sendo a dor e as respetivas características da mesma, medidas tão subjetivas, este instrumento ajuda não só o clínico a compreender melhor a condição do doente mas também ajuda o doente a monitorizar a sua própria dor de uma forma mais objetiva e clarificada.

### **Procedimento**

O contacto inicial foi feito com a responsável pela Consulta de Psicologia da Dor Crónica, Dra. Vanda Clemente, no sentido de averiguar a possibilidade de realizar o presente estudo, bem como para recolher dados mais específicos acerca desta consulta e dos seus doentes. Posteriormente, foi também estabelecido contacto com a responsável da Unidade de Dor, Dra. Sílvia Vaz Serra, visando igualmente apurar a concordância da mesma na realização do estudo nos moldes aqui apresentados. Seguidamente, foram realizados todos os procedimentos necessários no sentido de obter as autorizações junto das Unidade de Investigação e Desenvolvimento do CHUC e da Comissão de Ética dos CHUC. Após solicitação formal, o parecer positivo foi remetido pelo Conselho de Administração do CHUC. A confidencialidade dos dados foi sempre mantida e foram cumpridos todos os princípios éticos e deontológicos necessários. Os dados biográficos de caracterização da amostra foram retirados dos processos de cada um dos doentes que integram a presente amostra, codificados em base de dados anonimamente. As escalas utilizadas foram aplicadas aquando da primeira vez que o doente foi à consulta de Psicologia na Unidade de Dor. De salientar que os doentes que frequentam esta consulta são triados inicialmente pela consulta médica da Unidade de Dor, onde têm já um primeiro momento de avaliação da dor.

### **Análise dos dados**

Na análise de dados, usou-se o *software* informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20, necessário para os cálculos de estatísticas descritivas e inferenciais. Relativamente às primeiras, foram calculadas percentagens, médias e desvios-padrão das variáveis caracterizadoras da amostra. Por sua vez, as estatísticas inferenciais foram realizadas com recurso a testes paramétricos e não paramétricos que consistiram em testes-t, ANOVAS e correlações. Os testes t para amostras

independentes foram realizados sempre que se pretendeu comparar dois grupos. Por sua vez, foram realizadas ANOVAS sempre que o objetivo era comparar três ou mais grupos. Em primeiro lugar, começou por se aplicar o teste de *Levene*, por forma a testar a homogeneidade de variâncias e nos casos em que não se assinalaram diferenças significativas aplicou-se o teste *post-hoc* de *Tukey*. Já nos casos em que as variâncias dos grupos a comparar não eram equivalentes, utilizou-se o teste de *Tamhane*. Por último, nas correlações utilizou-se tanto as correlações de *Pearson*, nos casos em que a distribuição era normal - 23QVS, IIRD e EVA - e as correlações de *Spearman* quando a amostra diferia da distribuição normal – HADS (Pallant, 2007).

## Resultados

### Caracterização dos doentes com dor crónica quanto às variáveis em estudo

*Caracterização dos doentes com dor crónica quanto à ansiedade e depressão.* De acordo com o primeiro objetivo do estudo, a caracterização da ansiedade e da depressão da amostra foi levada a cabo através da análise dos resultados obtidos através da aplicação da HADS. De acordo com a Tabela 1, foi possível verificar que 71.7% dos pacientes com dor crónica situam-se acima e 28.3% abaixo do ponto de corte para a componente de ansiedade e, inversamente, 39.6% dos doentes pontuam acima e 60.4% abaixo do ponto de corte para a componente de depressão. Tendo em conta que acima do ponto de corte, na subescala da ansiedade, é provável encontrar sujeitos com perturbações de ansiedade e acima do ponto de corte, na subescala da depressão, indivíduos com perturbações do humor (Pais-Ribeiro et al., 2007), estes dados sugerem que 71.7% dos pacientes com dor crónica sofrem provavelmente de perturbações de ansiedade e 39.6% de perturbações do humor.

**Tabela 1.** *Perturbações de Ansiedade e do Humor em doentes com dor crónica*

Ponto de corte	Ansiedade		Depressão	
	N	%	N	%
Perturbação (HADS $\geq$ 11)	38	71.7	21	39.6
S/ Perturbação (HADS <11)	15	28.3	32	60.4

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com dor crónica ( $M=12.04$ ,  $dp=3.605$ ) e a população normal ( $M=7.81$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para a componente de ansiedade, e entre os pacientes com dor crónica ( $M=9.55$ ,  $dp=4.685$ ) e a população normal ( $M=3.22$ ) (Pais-Ribeiro et al., 2007) para a componente de depressão, realizaram-se testes t para amostras independentes. O resultado confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(52)=8.537$ ,  $p<0.05$ ) para a ansiedade, revelando um valor médio de ansiedade superior ao da população normal e a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $t(52)=9.833$ ,  $p<0.05$ ) para a depressão, demonstrando um valor médio de depressão superior ao da população normal. De uma forma global, os pacientes com dor crónica apresentam uma forte probabilidade de sofrerem de perturbações de ansiedade de moderadas a severas e em menor escala

de perturbações do humor, também de moderadas a severas. Quando comparados com a população normal, apresentam níveis de ansiedade e de depressão bastante superiores.

*Caracterização dos doentes com dor crónica quanto à vulnerabilidade ao stress.* Com o intuito de caracterizar a vulnerabilidade ao stress em doentes com dor crónica, foi possível averiguar que a grande maioria dos sujeitos, 77.4% (41) é vulnerável ao stress, como se pode verificar a partir da análise da Tabela 2.

**Tabela 2.** *Vulnerabilidade ao stress em doentes com dor crónica*

Ponto de corte	Pacientes com dor crónica	
	N	%
Vulnerável ao Stress (23 QVS $\geq$ 43)	41	77.4
Não Vulnerável ao Stress (23 QVS $<$ 43)	12	22.6

Também no que diz respeito aos fatores da 23 QVS, é possível observar que o fator perfeccionismo e intolerância à frustração apresenta uma média mais elevada ( $M=17.81$ ,  $dp=4.52$ ) e o fator carência e apoio social uma média mais baixa ( $M=2.68$ ,  $dp=2.17$ ) comparativamente com os restantes fatores, como é possível observar a partir da análise da Tabela 3. Por sua vez, o total da 23 QVS ( $M=49.94$ ,  $dp=12.23$ ) evidencia um nível de vulnerabilidade ao stress superior ao ponto de corte ( $\geq 43$ ). O facto de no total não ter havido nenhum paciente que tenha pontuado abaixo de 6, demonstra que existem níveis de stress mínimos em todos os pacientes, assim como níveis máximos de 73 pontos em toda a amostra, sendo o máximo da escala 92 pontos.

**Tabela 3.** *Médias obtidas na 23 QVS (7 fatores)*

Fatores	Doentes com dor crónica				
	M	dp	Mínimo (amostra)	Máximo (amostra)	Máximo (escala)
F1: Perfeccionismo e intolerância à frustração	17.81	4.52	2	24	24
F2: Inibição e dependência funcional	8.34	3.63	0	15	20
F3: Carência e apoio social	2.68	2.17	0	8	8
F4: Condições de vida adversas	4.51	2.66	0	8	8
F5: Dramatização da existência	8.47	2.40	2	12	12
F6: Subjugação	9.08	3.33	0	14	16
F7: Deprivação de afeto e rejeição	4.06	2.60	0	11	12
Total	49.94	12.23	6	73	92

*Caracterização dos doentes com dor crónica quanto ao Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor.* De acordo com a Tabela 4, observa-se que, no PDI, os grupos de atividades nas quais os doentes mais referem que a dor interfere e incapacita são: na componente “ocupação” ( $M=6.66$ ,  $dp=2.43$ ) referente a 67% de incapacidade e na componente “atividade sexual” ( $M=6.28$ ,  $dp=2.91$ ), com 63% de incapacidade; por outro lado, a componente que se apresenta com um menor índice de incapacidade é a de “cuidar de si próprio” ( $M=4.92$ ,  $dp=2.68$ ), ou seja, com 49% de incapacidade. Atendendo às médias totais ( $M=5.77$ ,  $dp=1.98$ ), verifica-se que a amostra tem um índice de incapacidade relacionado com a dor de 58%, ou seja, a dor tem uma interferência moderada em diferentes atividades da vida diária. Observa-se também que o mínimo total da amostra é 6 e o

máximo é de 70 pontos, demonstrando não só que alguma incapacidade provocada pela dor está presente em toda a amostra, como também que existe pelo menos um doente que afirma que a dor provoca uma incapacidade total em todas os grupos de atividade avaliados.

**Tabela 4.** Médias obtidas no Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor

Grupos de atividade	Pacientes com Dor Crónica			
	M	dp	Mínimo	Máximo
Responsabilidades Familiares/Lar	5.96	2.46	0	10
Passatempo	6.19	2.50	0	10
Atividades Sociais	6.11	2.72	1	10
Ocupação	6.66	2.43	0	10
Atividade Sexual	6.28	2.91	0	10
Cuidar de si próprio	4.92	2.68	0	10
Atividades de Sobrevivência	5.45	2.97	0	10
Total	5.77	1.98	6	70

*Caracterização dos doentes com dor crónica quanto à Escala Visual Analógica.* De acordo com os dados demonstrados na Tabela 5, é possível verificar que os doentes apresentam em média valores mais elevados de intensidade de dor de forma habitual (M=6.55, dp=1.86) do que em contexto de consulta (M=5.64, dp=2.38), verificando-se também uma média bastante elevada em crise (M=8.92, dp=1.16). O mínimo para a EVA habitual é de 3 - incapacidade ligeira - e o mínimo para a EVA em crise é de 5 - incapacidade de moderada a grave - representativos de uma amostra com índices de intensidade de dor relevantes.

**Tabela 5.** Médias obtidas na Escala Visual Analógica (EVA)

EVA	Doentes com dor crónica			
	M	dp	Mínimo	Máximo
Habitual	6.55	1.86	3	10
Em consulta	5.64	2.38	0	10
Em crise	8.92	1.16	5	10

### **Análise das características sociodemográficas em função das variáveis em estudo**

*Análise do género em função das variáveis em estudo.* No que diz respeito às diferenças entre géneros para a vulnerabilidade ao stress, para as componentes da ansiedade e depressão avaliadas pela HADS e para o índice de incapacidade relacionado com a dor, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Por sua vez, ao relacionar o género com a intensidade da dor (EVA), verifica-se que existem apenas diferenças estatisticamente significativas com a intensidade de dor habitual ( $t(51)=2.934$ ,  $p<0.05$ ), sendo o sexo feminino (M=6.90, dp=1.65) detentor de uma maior intensidade de dor do que sexo masculino (M=5.18, dp=2.04) e com a intensidade de dor em consulta ( $t(51)=3.652$ ,  $p<0.05$ ), sendo o sexo feminino (M=6.19, dp=2.10), uma vez mais, aquele que evidencia uma maior intensidade de dor, comparativamente com o sexo masculino (M=3.55, dp=2.30).

*Análise da idade em função das variáveis em estudo.* Procurou-se também perceber as diferenças entre a idade e as diferentes escalas. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas em nenhuma das dimensões avaliadas, permitindo inferir que a idade não interfere com a ansiedade e depressão, vulnerabilidade ao stress, intensidade de dor e índice de incapacidade relacionado com a dor.

*Análise das habilitações em função das variáveis em estudo.* Aplicando uma ANOVA inter-sujeitos *One-Way* para aferir se existem diferenças entre as habilitações e as variáveis em estudo, foi possível apurar somente a existência de um efeito das habilitações literárias na 23QVS ( $F_{5,47}=3.607$ ,  $p=0.008$ ), bem como das habilitações literárias na EVA em consulta ( $F_{5,47}=2.478$ ,  $p=0.045$ ). O teste *post-hoc* de *Tukey*, utilizado para aferir entre que habilitações literárias existem diferenças no que diz respeito à vulnerabilidade ao stress, revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre o 2º ciclo e o ensino superior ( $M=21.000$ ,  $dp=5.819$ ;  $p=0.009$ ) e também entre o 1º ciclo e o ensino superior ( $M=17.722$ ,  $dp=5.527$ ;  $p=0.027$ ), sendo possível referir que os doentes com ensino superior são menos vulneráveis ao stress que os sujeitos com o 1º e 2º ciclo.

*Análise do estado civil em função das variáveis em estudo.* Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as escalas utilizadas, sendo possível afirmar que o estado civil não tem influência na ansiedade e depressão, vulnerabilidade ao stress, intensidade de dor e índice de incapacidade relacionado com a dor.

*Análise da condição de emprego em função das variáveis em estudo.* Ao analisar a condição de emprego (empregado, desempregado e de “baixa”), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, uma vez que estas condições, neste estudo, não afetam o estado de ansiedade e depressão, a vulnerabilidade ao stress, a intensidade de dor e o índice de incapacidade relacionado com a dor.

*Análise do tipo de dor em função das variáveis em estudo.* Aplicando uma ANOVA inter-sujeitos *One-Way* para aferir se existem diferenças entre o tipo de dor e as variáveis em estudo, foi possível apurar a existência de um efeito do tipo de dor no fator ansiedade da HADS ( $F_{3,49}=3.626$ ,  $p=0.019$ ). O teste *post-hoc* de *Tukey* revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dor mista e a dor neuropática ( $M=4.152$ ,  $dp=1.540$ ;  $p=0.046$ ), sendo possível inferir que os doentes com dor neuropática têm menores níveis de ansiedade, contrastando com os doentes com dor mista com níveis de ansiedade claramente superiores. Para a 23QVS e a EVA habitual usou-se o teste *post-hoc* de *Tamhane*. Contudo não se obtiveram resultados significativos.

### **Relação entre as variáveis ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade de dor**

De forma a analisar a relação entre as variáveis em estudo, procedeu-se a uma análise correlacional de *Pearson* e *Spearman*. No que diz respeito ao instrumento HADS, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $r_s=0.466$ ,  $N=53$ ,  $p=0.000$ ), de efeito grande, entre a depressão e ansiedade, permitindo inferir que quanto maiores os níveis de depressão, maiores os níveis de ansiedade e vice-versa. Do mesmo modo, verifica-se também uma correlação positiva,

estatisticamente significativa ( $r_s=0.493$ ,  $N=53$ ,  $p=0.000$ ) e de efeito grande entre a ansiedade e a vulnerabilidade ao stress, na medida em que quanto maior a ansiedade, maior a vulnerabilidade ao stress. Também a correlação entre a depressão e a vulnerabilidade ao stress é positiva, estatisticamente significativa ( $r_s=0.397$ ,  $N=53$ ,  $p=0.003$ ), mas de efeito médio, permitindo inferir que quanto maiores os níveis de depressão, maior a vulnerabilidade ao stress. A depressão correlaciona-se ainda, de forma positiva e com um efeito médio, com a incapacidade relacionada com a dor ( $r_s=0.295$ ,  $N=53$ ,  $p=0.032$ ), ou seja, quanto maiores os níveis de depressão, maior a incapacidade relacionada com a dor. Também é possível tirar algumas conclusões relevantes ao relacionar a intensidade da dor (EVA) com as restantes variáveis. Por exemplo, apenas se observam resultados estatisticamente significativos e de correlação positiva de efeito médio ao correlacionarem-se os valores da intensidade da dor em consulta com o fator depressão ( $r_s=0.375$ ,  $N=53$ ,  $p=0.006$ ). Esta relação evidencia que quanto mais elevada for a intensidade da dor, maiores são também os níveis de depressão. Já no que diz respeito aos fatores da 23 QVS, surgem aqui alguns dados também relevantes. Por exemplo, observa-se uma correlação estatisticamente significativa, positiva e de efeito grande entre os níveis de ansiedade e os fatores de perfeccionismo e intolerância à frustração ( $r_s=0.464$ ,  $N=53$ ,  $p=0.000$ ) e de privação de afeto e rejeição ( $r_s=0.416$ ,  $N=53$ ,  $p=0.002$ ), querendo isso dizer que quando os níveis de ansiedade aumentam também os níveis de intolerância à frustração aumentam e, do mesmo modo, quando os níveis de ansiedade aumentam, também aumentam os níveis de privação de afeto e rejeição. Já na componente de depressão, os fatores perfeccionismo e intolerância à frustração ( $r_s=0.391$ ,  $N=53$ ,  $p=0.004$ ) e inibição e dependência funcional ( $r_s=0.293$ ,  $N=53$ ,  $p=0.033$ ) são, à semelhança dos restantes, de correlação positiva e de efeito médio, ou seja quanto maiores os níveis de depressão, maior o perfeccionismo e intolerância à frustração, e maior a inibição e dependência funcional. Verificou-se também uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $r=0.328$ ,  $N=53$ ,  $p=0.017$ ) entre o fator condições de vida adversas (23QVS) e a EVA em consulta e uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $r=0.309$ ,  $N=53$ ,  $p=0.024$ ) entre o fator condições de vida adversas (23QVS) e a EVA habitual. Quer isto dizer que quando a intensidade da dor em consulta é maior, também é maior a pontuação no fator condições de vida adversas. Do mesmo modo, quanto maior é a intensidade da dor habitual, maior é a pontuação no fator condições de vida adversas. Por último, no que concerne à incapacidade relacionada com a dor, verificou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com a EVA habitual ( $r=0.459$ ,  $N=53$ ,  $p=0.001$ ), uma correlação positiva estatisticamente significativa com a EVA em crise ( $r=0.297$ ,  $N=53$ ,  $p=0.031$ ) e uma correlação positiva estatisticamente significativa com o fator condições de vida adversas (23 QVS) ( $r=0.278$ ,  $N=53$ ,  $p=0.044$ ). Estas relações implicam que quando a incapacidade relacionada com a dor aumenta, também aumenta a intensidade de dor habitual, acontecendo o mesmo com a intensidade da dor em crise e também com o fator condições de vida adversas.



## Discussão

Este estudo é pioneiro ao avaliar, em simultâneo, as dimensões ansiedade, depressão e vulnerabilidade ao stress em doentes com dor crónica. A importância de discutir a dor crónica nas suas diferentes vertentes é cada vez mais premente. Se não, vejam-se as conclusões de um estudo muito recente apresentado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que estima que um doente com dor crónica custa, em média, 1900 euros por ano, perfazendo um total de 4611 milhões de euros por ano, numa população afetada estimada de 30% dos adultos (Borja-Santos, 2014, Junho 19). Esta estimativa é 3 vezes superior aos valores já referidos de 2010. De salientar aqui os custos indiretos que a doença tem, nomeadamente as reformas antecipadas e o absentismo, que acabam por ultrapassar as despesas diretas com a doença. Este mesmo estudo, numa amostra de 5094 pessoas, verificou que o problema afeta sobretudo idosos, mas também cada vez mais pessoas dos 45 aos 60 anos, com a agravante que este grupo etário tem com as dificuldades decorrentes da perda do trabalho e eventual regresso ao mercado de trabalho. Verificou-se também que a dor crónica afeta mais mulheres do que homens, com as mulheres, inclusivamente, a terem o dobro dos gastos (diretos e indiretos) do que os homens e que a dor crónica afeta populações mais vulneráveis, nomeadamente reformados e pessoas com menor escolaridade. O presente estudo corrobora estes dados e vai no sentido da diversificada literatura existente, já que a maioria da amostra é do sexo feminino (71,7%), reformados/ não empregados (50,9%), com maior incidência no grupo etário dos 55 aos 86 anos (51.3%) e com um aumento de casos inversamente proporcional às habilitações literárias (1º e 2º Ciclo – 56,6%). Um outro estudo ainda, realizado por Day e Thorn (2010), numa amostra constituída por 115 participantes com o objetivo de analisar a relação entre variáveis sociodemográficas e a dor crónica, obteve uma média de idades de 52 anos, sendo 79% do sexo feminino, 61% desempregados e a grande maioria apresentava escolaridade intermédia, tendo assim concluído que a dor crónica está associada à idade, ao baixo nível de escolaridade e ainda ao baixo nível socioeconómico.

Dos tipos de dor crónica existentes, as causas mais comumente verificadas advêm de doenças como lombalgias crónicas, fibromialgias, osteoartrose, cefaleias e artrite reumatoide (Breivik et al., 2006). Atualmente, em Portugal as doenças osteoarticulares ocupam o lugar cimeiro, seguidas das lombalgias, fibromialgias e artrite reumatoide, fazendo com que o tipo de dor mais frequente seja a nociceptiva, seguida da mista e da funcional (Azevedo et al., 2012; Borja-Santos, 2014). Por sua vez, na presente amostra, a prevalência da dor é mais do tipo mista, com destaque para as lombalgias e cervicalgias, seguido da dor funcional, com maior incidência para as fibromialgias e só depois seguida da dor nociceptiva, como é então o caso das osteoartroses ou artrite reumatoide. Tal pode dever-se ao facto de a amostra em estudo ser uma subamostra dos doentes vistos na Unidade de Dor Crónica, uma vez que só alguns são encaminhados para a Consulta de Psicologia Clínica – Dor Crónica, conforme a triagem que é feita.

No que diz respeito às restantes conclusões do presente estudo, começamos por verificar que as componentes ansiedade e depressão vão no sentido da diversificada literatura existente, já que a

grande maioria dos doentes sofre provavelmente de perturbações de ansiedade e um número considerável sofre também de perturbações de humor, com a existência de diferenças estatisticamente significativas em ambas as dimensões quando comparadas com a população normal. O facto de a grande maioria sofrer de perturbações de ansiedade e não de humor pode dever-se ao facto de os doentes com níveis mais elevados de depressão serem encaminhados numa primeira linha para a consulta de psiquiatria. Ao mesmo tempo, não foram encontradas diferenças entre as duas dimensões da HADS e os fatores idade, género, estado civil e emprego. Também Castro e Daltro (2009), numa população de 400 doentes com dor crónica, encontraram uma prevalência de perturbações de ansiedade superior às perturbações depressivas, com percentagens de ansiedade equivalentes às encontradas neste estudo (73%). Mais ainda, num estudo recente que procurou avaliar a relação entre a HADS e diferentes variáveis, também não se encontrou qualquer efeito na relação entre ansiedade e depressão e o género e habilitações. (Rezaei, Doost, Molavi, Abedi, & Karimifar, 2014). No que diz respeito ao tipo de dor, verificou-se no presente estudo que os doentes com dor mista têm significativamente maiores níveis de ansiedade em comparação com os doentes com dor neuropática, com níveis bastante inferiores. Também Gormsen e colaboradores (2010) verificaram que doentes com dor neuropática, comparativamente com a população geral, não evidenciaram resultados sugestivos de perturbações de ansiedade. Tal pode dever-se ao facto de a dor neuropática ter usualmente uma origem periférica com poucos sintomas somáticos e mentais, ao contrário, por exemplo, da fibromialgia cuja interferência mais centralizada acaba por acometer estruturas responsáveis pelo controlo das experiências emocionais.

Quanto à vulnerabilidade ao stress, este estudo verificou que a grande maioria dos doentes é vulnerável ao stress (77,4%), sendo o fator perfeccionismo e intolerância à frustração a área com pontuação mais elevada e a carência e apoio social a área com menor pontuação. Não se verificaram diferenças entre a vulnerabilidade ao stress e género, idade, estado civil, emprego e tipo de dor. No entanto, quanto às habilitações verificou-se que os doentes com ensino superior são significativamente menos vulneráveis ao stress do que os restantes e que os do 1º e 2º Ciclos são os mais vulneráveis ao stress. Tal pode ser explicado pelo facto de os doentes com o ensino superior terem adotado mais algumas estratégias de *coping* face ao stress, derivado, por exemplo, dos exames, apresentações, entre outros, do que doentes com menor escolaridade. Também Matos (2012) verificou que o *coping* na dor crónica estava associado às habilitações literárias, com resultados mais elevados em doentes com o ensino superior.

No que diz respeito à incapacidade relacionada com a dor, no presente estudo não foram encontradas diferenças entre os níveis de incapacidade e as habilitações, estado civil, emprego, género e idade, e tipo de dor. No entanto, verificou-se que, em média, a dor provocava uma incapacidade de 40% nos mais variados grupos de atividades dos doentes, sendo a ocupação e a atividade sexual as áreas mais afetadas. De salientar que cerca de 20% da amostra não tem qualquer tipo de atividade sexual. Estes dados vão ao encontro de Breivik et al. (2007) que afirma que até 50%

dos doentes com dor crónica referiram uma capacidade reduzida para manter relacionamentos familiares e relações sexuais. O facto de a componente ocupação ser amplamente afetada pela dor crónica está bem espelhada nos dados relativos aos custos diretos e indiretos da dor crónica, já referidos anteriormente (Azevedo et al., 2012).

Já no que concerne à intensidade da dor, verificou-se, de uma forma global, níveis mais elevados de dor de forma habitual do que em contexto de consulta, excluindo a intensidade da dor em crise que é bastante superior às restantes, como de resto seria de esperar. Mais ainda, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos avaliados e a idade, habilitações, estado civil, emprego e tipo de dor. Contudo, no que diz respeito ao género, verificou-se que o género feminino tem uma intensidade de dor em consulta muito mais elevada, aproximadamente o dobro, do que o género masculino e que, de igual forma, o género feminino tem também uma intensidade de dor habitual significativamente mais elevada do que o género masculino. De acordo com este facto está também a literatura que aponta para que o sexo feminino, de uma forma geral, tenha mais intensidade de dor do que o sexo masculino em vários contextos (Yeng et al, 2001; Gormsen et al, 2010; Press, 2011; Kroenke et al, 2013)

Posteriormente, e no sentido de procurar analisar de que forma as variáveis se relacionavam entre si, obtiveram-se resultados interessantes. Verificou-se uma relação entre a vulnerabilidade ao stress, a depressão e a ansiedade, nomeadamente, e a título de exemplo, quanto maiores os níveis de depressão, maiores os de ansiedade e vice-versa ou, ainda, quanto maiores os níveis de ansiedade maior a vulnerabilidade ao stress. Ellegaard & Pedersen (2012) avaliaram também medidas como a depressão, stress e intensidade de dor, tendo verificado não só que as três estão interrelacionadas e se influenciam mutuamente, como também o stress é a mais proeminente, sobretudo quando o sujeito tem poucas estratégias de *coping* para com a dor. O presente estudo vai ao encontro dessas conclusões visto ter-se também verificado uma relação entre a depressão e a vulnerabilidade ao stress, variáveis que, apesar de não terem uma relação tão forte como a ansiedade, estão também diretamente relacionadas.

No seguimento das conclusões anteriores, obtiveram-se, de facto, alguns resultados igualmente relevantes no que diz respeito à vulnerabilidade ao stress. Verificou-se aqui que quanto mais elevados são os níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração e os níveis de privação de afeto e rejeição, também maiores são os níveis de ansiedade, e vice-versa. De igual forma, também se verificou que os níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração e os níveis de inibição e dependência funcional se relacionam diretamente com os níveis de depressão. Estes resultados são facilmente explicados pela experiência clínica, onde os doentes relatam que a principal queixa é não conseguirem realizar as tarefas que gostariam devido à dor e que, quando se queixam deste facto aos familiares ou amigos, muitas vezes não têm a melhor receptividade. Inclusive, nos dias em que a intensidade de dor é mais reduzida, aproveitam para fazer todas as tarefas da forma como idealizam, o que depois acaba por vir a agravar muito a dor com as consequências que daí decorrem para os dias

seguintes. De facto, a relação entre o suporte social percebido pelo doente e a dor é algo inconsistente. Por um lado, alguns estudos com doentes com dor crónica sugerem uma relação negativa entre o suporte social percebido e a interferência da dor e a sua gravidade, bem como na incapacidade física associada e ainda *distress* emocional (Matos & Bernard, 2013). Mais ainda, a evidência demonstra que quanto maior for este suporte, menos frequente é a adoção de estratégias de coping passivas, como inibição na realização de atividades física e sociais ou mesmo embotamento afetivo (Matos, 2012). Efetivamente, estes estudos enfatizam os benefícios de elevado suporte social percebido em pacientes com dor crónica.

Na maior parte das pessoas com dor crónica, a condição de dor tem efetivamente consequências ao nível das atividades do dia-a-dia, quer durante o período laboral ou de lazer. Num estudo realizado por Silveira, 2007 cit. por Kroenke et al., 2013, pacientes com dor crónica referiram uma insatisfação com a vida muito superior quando comparado com o grupo sem dor. Também no presente estudo, ao analisar a incapacidade relacionada com a dor, verificou-se que esta está diretamente relacionada com a componente depressão, o mesmo não acontecendo com as restantes medidas como a ansiedade. Importa também salientar a relação significativa encontrada entre os níveis de incapacidade relacionada com a dor e a EVA habitual, bem como com a EVA em crise e ainda com o fator condições de vida adversas, da escala de vulnerabilidade ao stress, todas elas diretamente relacionadas. Um estudo de Garbi (2013) corrobora estes resultados, pois verificou uma correlação positiva fraca entre intensidade de dor e incapacidade relacionada com a dor.

No que diz respeito à intensidade da dor, verificámos ainda uma relação muito significativa entre a intensidade da dor na consulta e a depressão, ou seja, conforme a intensidade da dor em consulta é maior, também mais elevados são os níveis de depressão dos doentes e vice-versa. Esta relação foi anteriormente descrita por Garbi (2013), que verificou uma correlação positiva moderada entre intensidade de dor e depressão. De referir também a relação do fator condições de vida adversas, da escala de vulnerabilidade ao stress, que se relaciona diretamente com a intensidade de dor em consulta e com a intensidade de dor habitual. Há que salientar que as perguntas integrantes do factor condições de vida adversas dizem sobretudo respeito às condições económicas do indivíduo, facto que permite também concluir que o estatuto socioeconómico está relacionado com a intensidade de dor nos dois contextos atrás referidos.

Percebemos assim a importância de uma abordagem multidisciplinar nos doentes com dor crónica, não só enquanto parte do tratamento mas também na prevenção. É evidente o papel que estas variáveis estudadas têm na qualidade de vida dos doentes e, inclusivamente, na forma como o doente percebe a dor. As múltiplas relações existentes entre as medidas estudadas mostram que as mesmas se influenciam de diferentes formas e, se queremos compreender a intensidade de dor referida pelo doente, temos de perceber de que forma outro tipo de sintomatologia pode estar a interferir para a queixa de dor, para além do seu carácter fisiológico.

Os resultados do estudo aqui apresentado demonstram a extrema importância de avaliar e intervir nestes campos através de, por exemplo, intervenção cognitivo-comportamental e/ou medicação, por forma a modificar a forma como a dor é processada e modulada pelas vias aferentes. Mais ainda, quando se vive com dor, o suporte social pode ter um papel fulcral na promoção e manutenção da autonomia e independência, sendo fundamental conseguir ultrapassar as barreiras causadas pela incapacidade funcional associada à dor crónica. De um modo geral, o suporte social disponível para estes casos pode passar não só pelas redes informais (como amigos e familiares), mas também pelas redes formais terapêuticas (centros de dia, clínicas, etc.).

Em linha com os resultados obtidos, um estudo sustentou a pertinência de uma abordagem biopsicossocial na avaliação e intervenção junto destes doentes, em função das especificidades de cada patologia. Esta opção é explicada pelo eventual benefício de uma abordagem terapêutica multidisciplinar que inclua uma intervenção no processo de *coping* com a dor crónica, com vista à promoção de estratégias eficazes e eliminação de estratégias ineficazes, em função das condições contextuais (Oliveira, Monteiro, Coutinho, Salvador, Costa, & Malcata, 2009).

Neste contexto, há, portanto, que destacar a importância da terapia cognitivo-comportamental (TCC) que, além de possuir um forte suporte empírico na intervenção da dor crónica (Clemente, 2006; Vandenbergue, 2005; Borges, C., Luiz, A., Domingos, N., 2009), tem resultados relevantes na conjugação das variáveis abordadas neste estudo. Esta intervenção foca-se essencialmente na redução da dor e do *distress* a partir da modificação das sensações físicas, pensamento catastrófico ou mesmo dos comportamentos mal adaptativos (Borges et al, 2009). De facto, as pessoas desenvolvem crenças acerca da dor que experimentam, nomeadamente sobre a possibilidade de ser curável ou não, evolução, se está a ser bem compreendida pelos médicos, tratamentos mais relevantes, causas da dor ou mesmo fatores de manutenção (Salvetti & Pimenta, 2004). Assim, as crenças têm de facto um papel muito relevante, não só na perceção da própria dor, mas também na adesão ao tratamento. Porém, nem todos os pacientes respondem a este tipo de terapia. Uma alternativa a esta intervenção é a terapia de aceitação e compromisso (ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*), que assenta na consciencialização e aceitação sem julgamento de todas as experiências, quer elas sejam positivas ou negativas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Existem ainda outras estratégias que estão a começar a ser adotadas, tais como: *mindfulness*, *phone delivered TCC*, *biofeedback* ou realidade virtual. Por exemplo, Delgado et al. (2007) cit. por Bernik et al. (2013) desenvolveram um tratamento preventivo para a depressão, com base no *mindfulness* e com incidência na terapia cognitiva, e concluíram que o mesmo é eficaz na melhoraria da sintomatologia ansiógena dos pacientes com fibromialgia a curto-prazo. Vásquez-Rivera et al. (2009) cit. por Gormsen (2009) verificaram também diminuições nos sintomas de ansiedade e depressão e melhorias nas capacidades distratoras para com a dor, num grupo clínico ao longo de 6 semanas, em doentes com fibromialgia. No entanto, numa meta-análise de Glombiewski et al., 2005 cit. por Bernik et al, 2013, um dos artigos mais importantes na área, consideraram-se 30 abordagens psicológicas diferentes para a fibromialgia, tendo constatado que a

TCC era mais eficaz na redução da dor do que outras intervenções psicológicas estruturadas como *mindfulness*, relaxamento ou psico-educação. Numa outra meta-análise de intervenções psicológicas para a dor crónica lombar inferior, verificaram-se evidentes melhorias em campos como intensidade da dor, interferência da dor, qualidade de vida e depressão, também com destaque para a TCC (Fishbain, 1997 cit. por Ellegaard et al., 2012). De salientar que, aproximadamente 90% dos pacientes com dor crónica usam ou já usaram pelo menos uma forma complementar de tratamento ou recurso à medicina alternativa, refletindo uma eficácia reduzida e desilusão dos doentes em relação à medicina tradicional. Contudo, a medicina alternativa carece de tratamentos e intervenções uniformizadas por forma a permitir uma maior consistência e qualidade dos dados para estudos científicos.

Por fim, importa referir algumas das limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o preenchimento das escalas utilizadas é o resultado de uma primeira consulta de avaliação na qual são ainda aplicadas outras escalas, pelo que a resposta de alguns doentes às mesmas pode ter sido influenciada por este facto, sobretudo nas pessoas mais idosas. De salientar ainda que todos os doentes desta amostra já eram seguidos na consulta médica da Unidade de Dor Crónica, pelo que a Consulta de Psicologia Clínica não é o primeiro momento de avaliação da dor destes doentes.

Este estudo pretende ainda ser mais um ponto de partida para futuros estudos, idealmente com amostras mais alargadas e integrando outras variáveis. Seria interessante estudar, por exemplo, de que forma estas mesmas medidas se encontram também relacionadas com as estratégias de *coping* do indivíduo ou mesmo realizar um estudo longitudinal para avaliar não só estas mesmas medidas ao longo do tempo, mas também para avaliar a eficácia do tratamento aplicado.

A dor crónica e a sua prevenção são, sem dúvida, uma das preocupações atuais dos responsáveis pela promoção de saúde, como é possível verificar pelo recentemente aprovado Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2013). De facto, este plano realça a importância de se compreender a dor como um “quinto sinal vital” (Direção Geral de Saúde, 2008), salientando a urgência de se controlar a mesma e de proporcionar aos doentes um tratamento diferenciado, por forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas e gerir de melhor forma os custos associados. Por conseguinte, torna-se premente a revisão das orientações técnicas para o tratamento da dor crónica, por forma a incluir as conclusões deste e de outros estudos multidisciplinares, bem como avaliar a forma como estão a ser aplicadas no terreno e sensibilizar os profissionais de saúde para que saibam proporcionar as respostas adequadas a cada situação.

Em suma, é imperativo assumir uma aposta na prevenção e no diagnóstico precoce, sobretudo no atual contexto de fortes restrições orçamentais no país. Todo o investimento que se faça neste domínio permitirá evitar um desequilíbrio no acesso aos cuidados de saúde, possibilitando que todos os doentes com dor crónica tenham uma melhor resposta e acompanhamento por parte dos serviços de saúde, com benefícios diretos para as suas atividades e qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms : Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 262–266. doi:10.1016/j.jad.2010.07.004
- Andrucio, C., Pimenta, D. M., & Koizumi, M. S. (2000). Dor Crônica E Depressão : Estudo Em 92 Doentes. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.34(1), 76–83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a10>
- APA - American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR* (4ed). Lisboa: Climepsi Editores
- Araújo, V. S. & Figueiredo, M. (2001). Dor : a hidra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 159–184. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/287/28730207.pdf>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 13(8), 773–83. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Azevedo, L.F, Pereira, A.C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L.,... Castro-Lopes, J.M. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crônica. *Dor*, 15. Disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2007/n4.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf)
- Bair, M., Robinson, R., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archive of Internal Medicine*, vol. 163. Disponível em: [www.medicine.gu.se/digitalAssets/1453/1453400\\_bair.pdf](http://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1453/1453400_bair.pdf)
- Bernik, M., Sampaio, T., & Gandarela, L. (2013). Fibromyalgia Comorbid with Anxiety Disorders and Depression : Combined Medical and Psychological Treatment. *Curr Pain Headache Rep.*, 1–9. doi:10.1007/s11916-013-0358-3
- Bjelland, I., Dahl, A. a, Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69–77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832252>.
- Bock, J.-O., Luppá, M., Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., Bickel, H., Fuchs, A., ... König, H.-H. (2014). Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*, 9(3), e91973. doi:10.1371/journal.pone.0091973
- Borges, C., Luiz, A., Domingos, N. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arq. Ciências da Saúde*, 16(4): 181-6. Disponível em: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-16-4/IDK7\\_out-dez\\_2010.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK7_out-dez_2010.pdf)
- Borja-Santos, R. (2014, Junho 19). Dor crônica custa mais de 4600 milhões de euros por ano em Portugal. Público, 11
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (London, England)*, 10(4), 287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

- Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes, R. & Oliveira, I. (2009). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arq Neuropsiquiatria*, 67 (4):982-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069205>
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). Pain Proposal Portugal: A dor crónica em Portugal. *Pfizer*, 1-7. Disponível em: [www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20Público/Notícias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20Público/Notícias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf)
- Clemente, V. (2006). O Tratamento Psicológico na Dor Lombar Crónica: Terapia Cognitivo-Comportamental. *Dor*, 14 (3), 35-39. Disponível em: [www.apir.pt/images/revista\\_dor/pdf/2006/n3.pdf](http://www.apir.pt/images/revista_dor/pdf/2006/n3.pdf)
- Danielsson, M., Heimerson, I., Lundberg, U., & Perski, A. (2014). Psychosocial stress and health problems: Health in Sweden: The National Public Health Report. *Journal of Public Health*, 40 (9), 121-134. doi:10.1177/1403494812459469
- Davis, M., Zautra, A., & Reich, J. (2001). Vulnerability to Stress Among Women in Chronic Pain From Fibromyalgia and Osteoarthritis. *The Society of Behavioral Medicine*, 23 (3). Disponível em: [http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2303\\_9](http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2303_9)
- Day, M. & Thorn, B. (2010). The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *Pain*, 151 (2), 467-474. doi:10.1016/j.pain.2010.08.015
- Dias, J.M. (s.d). Dor - Classificação. *APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*, 1-2
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [www.efic.org/declarationonpain.html](http://www.efic.org/declarationonpain.html)
- Ellegaard, H., & Pedersen, B. (2012). Stress is dominant in patients with depression and chronic low back pain . A qualitative study of psychotherapeutic interventions for patients with non-specific low back pain of 3 – 12 months' duration. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13:116. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/166/>
- Fine, P. G. (2011). Long-Term Consequences of Chronic Pain : Mounting Evidence for Pain as a Neurological Disease and Parallels with other chronic Disease States. *Pain Medicine*, 996–1004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752179>
- Fishbain, Cutler, Rosomoff & Rosomoff (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-37. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9186019>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2010). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain : Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin* 133(4), 581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gois, C., Dias, V. V, Raposo, J. F., Carmo, I., & Barbosa, A. (2012). Vulnerability to stress , anxiety and depressive symptoms and metabolic control in Type 2 diabetes. *BMC Research Notes*, 5(1), 1. doi:10.1186/1756-0500-5-271
- Gouveia, M. & Augusto, M. (2011). Custos Indirectos da Dor Crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2):100-107. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/custos-indirectos-da-dor-cronica-em-portugal-90077282>



- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain (London, England)*, *14*(2), 127.e1–8. doi:10.1016/j.ejpain.2009.03.010
- Granot, M. & Ferber, S. (2005). The Roles of Pain Catastrophizing and Anxiety in Prediction of Postoperative Pain Intensity: A Prospective Study. *Clinical Journal of Pain*, *21*(5), pp. 439-445. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16093750>
- Hayes S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale- A review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, *42*(1), 17–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9055211>
- IASP - International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of Chronic Pain* (2nd edition). Seattle: IASP Press
- Knaster, P., D, M., Karlsson, H., Ph, D., A, M., Estlander, A., & Kalso, E. (2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*, *34*(1), 46–52. doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.09.004
- Kroenke, K., Outcalt, S., Krebs, E., Bair, M. J., ... Yu, Z. (2013). Association between anxiety , health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, *35*(4), 359–365. doi:10.1016/j.genhosppsych.2013.03.020
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Margis, R., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores , estresse e ansiedade. *Revista Psiquiatria*. *25* (suplemento 1), 65–74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1.pdf>
- Mathew, J., Singh, S. B., Garis, S., & Diwan, A. D. (2013). Backing up the stories : The psychological and social costs of chronic low-back pain. *IJSP*, *7*(1), e29–e38. doi:10.1016/j.ijsp.2013.02.001
- Matos, A. (2012). *Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica* (tese de mestrado). Universidade do Porto, Porto
- Matos, M. & Bernard, M. (2013). The Portuguese formal social support for autonomy and dependence in pain inventory (FSSADI \_ PAIN): A preliminary validation study. *British Journal of Health Psychology*, 593–609. doi:10.1111/bjhp.12006
- Mostoufi, S. M., Afari, N., Ahumada, S. M., Reis, V., & Wetherell, J. (2012). Health and distress predictors of heart rate variability in fi bromyalgia and other forms of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *72*, 39–44. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.05.007

- Pace, M. C., Mazzariello, L., Passavanti, M. B., Sansone, P., Barbarisi, M., & Aurilio, C. (2006). *Neurobiology of Pain*, 12(April), 8–12. doi:10.1002/jcp20693
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, a, Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225–235. doi:10.1080/13548500500524088
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3<sup>a</sup> ed.). Berkshire: Open University Press
- Parkitny, L., Henry, J., Walton, D., Oliveira, L., Costa, P., Refshauge, K. M., ... Moseley, G. L. (2012). Rasch analysis supports the use of the Depression , Anxiety , and Stress Scales to measure mood in groups but not in individuals with chronic low back pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(2), 189–198. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.05.010
- Press, D. (2011). Life satisfaction in patients with chronic pain – relation to pain intensity, disability, and psychological factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 683–689. doi:10.2147/NDT.S25321
- Rezaei, F., Neshat Doost, H. T., Molavi, H., Abedi, M. R., & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36(2), 57–64. doi:10.1016/j.ejr.2013.12.007
- Rijavec, N., & Grubic, V. N. (2012). Depression And Pain : Often Together But Still A Clinical Challenge - A Review, *Psychiatria Danubina*, 24(4), 346–352. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23132184>
- Salvetti, M. & Pimenta, C. (2004). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev. Escola Enfermagem USP*, 41(1), 135-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf>
- Severeijns, R., Vlaeyen, J., Hout, M. & Weber, W. (2001). Pain Catastrophizing Predicts Pain Intensity, Disability, and Psychological Distress Independent of the Level of Physical Impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 165-172. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11444718>
- Sibille, K. T., Langae, T., Burkley, B., Gong, Y., Glover, T. L., King, C., ... Fillingim, R. B. (2012). Chronic pain , perceived stress , and cellular aging : an exploratory study. *Molecular Pain*, 8(1), 12. doi:10.1186/1744-8069-8-12
- Thorn, B. E., & Kuhajda, M. C. (2006). Group Cognitive Therapy for Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 62(11), 1355–1366. doi:10.1002/jclp.20315
- Usui, C., Hatta, K., Aratani, S., Yagishita, N., Nishioka, K., Okamura, S., ... Nishioka, K. (2013). Vulnerability to traumatic stress in fibromyalgia patients: 19 month follow-up after the great East Japan disaster. *Arthritis Research & Therapy*, 15(5), R130. doi:10.1186/ar4310
- Vandenbergue, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1),47-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24816.pdf>
- Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., & Santos, José C. (2013). Psychological distress: a study with portuguese nursing students. *Atención Primaria*, 45 (Espec Congres), 31.

- Varela, A. (2013). *Distress Psicológico: contributos para a adaptação portuguesa do sq-48*. Mestrado em Psicologia na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde. Tese não publicada. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Vaz Serra (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308. Disponível em: [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%20ao%20stress%20a%2023%20QVS\[1\].pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/193/1/Construcao%20de%20uma%20escala%20para%20avaliar%20a%20vulnerabilidade%20ao%20stress%20a%2023%20QVS[1].pdf)
- WHO - World Health Organization (1978). *CID-9 Classificação Internacional de Doenças*. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)
- Williams, D. A. (2013). The importance of psychological assessment in chronic pain. *Current Opinion Urology*, 23(6), 554–559. doi:10.1097/MOU.0b013e3283652af1
- Woolf, C. (2004). Pain: Moving for Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management. *Ann Intern Med.*, 140:441-451. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15023710>
- Wong, W. S., Chen, P. P., Yap, J., Mak, K. H., Tam, B. K. H., & Fielding, R. (2011). Assessing depression in patients with chronic pain : A comparison of three rating scales. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 179–187. doi:10.1016/j.jad.2011.04.012
- Yeng, L. T., Teixeira, M. J., Romano, M. A., Greve, J. M., Kaziyama, H. S. (2001). Avaliação funcional do doente com dor crônica. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80, 443-73. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/70047/72686>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361 – 370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

## **Anexos**

---



Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos

C.H.U.C. - EPE - Conselho de Administração

21.5

*Autorizado*

11.6.14

(Dr. José Martins Nunes - Presidente)
(Dr. Pedro Lopes - Vogal)
(Prof. Doutor António Augusto de Sá - Membro)
(Prof. Doutor António Marques - Director)

*NCA*  
*12.5.14*  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

Exm.º Senhor  
Dr. José Martins Nunes  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,  
EPE

Ref.ª: CHUC-008-14

23/05/2014

A pedido de **Dr. João Henrique Gonçalves Almeida**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **“ANSIEDADE, DEPRESSÃO E VULNERABILIDADE AO STRESS EM DOENTES COM DÔR CRÓNICA”** ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PI' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

*S. Saraiva*  
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

Ⓟ

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º <i>98191</i> <i>PCA</i>
Origem <i>13</i>
Data <i>28.5.2014</i>

**AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

CHUC	008	14
------	-----	----

**NOME DO PROJECTO:**

*ANSIEDADE, DEPRESSÃO E VULNERABILIDADE AO STRESS EM DOENTES COM DÓR  
CRÓNICA*

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

*Dr. João Henrique Gonçalves Almeida*

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 13/6/14

Presidente do Conselho de Administração

*Dr. José Martins Nunes*  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

## Comissão de Ética para a Saúde



Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Director Clínico  
C.H.U.C. EPE  
Visto para difusão  
13/5/14

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo  
Digmº Director Clínico do  
CHUC, EPE

S/Refª

S/Comunicação

N/Ref. - Ofício n.º  
CES/075

Data  
13.05.2014

**Assunto:** [CHUC-008-14] - *Estudo Observacional "Ansiedade, Depressão e Vulnerabilidade ao Stress em Doentes com Dor Crónica"* - Dr. João Henrique Gonçalves de Almeida - Aluno do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro (estudo a ser realizado na Unidade de Dor Crónica do HG-CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 09 de Maio de 2014, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo pretende "avaliar a relação entre diferentes variáveis relacionadas com a ansiedade, depressão e a vulnerabilidade ao stresse em doentes com dor crónica"; em particular, "estudar a relação que essas dimensões do funcionamento psicológico têm com as diferentes tipologias de dor crónica e conhecer a influência dessas variáveis no perfil de incapacidade em diferentes áreas de vida relacionada com a dor".

Trata-se apenas da utilização de dados anteriormente colhidos pelo investigador durante o seu estágio no âmbito da avaliação clínica normativa, não requerendo portanto novos procedimentos junto dos utentes, sendo adequado o processo de anonimização descrito.

Contacto:

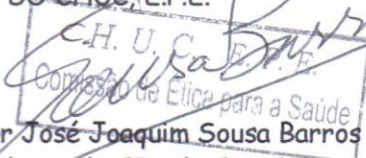
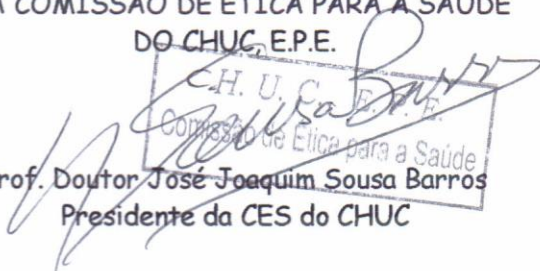
1

## Comissão de Ética para a Saúde

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.



Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

*A CES do CHUC:* Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Contacto:

2



**Exmo. Senhor**  
**Presidente do Conselho de Administração do**  
**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**

*Assunto:* Pedido de autorização para realizar um trabalho académico na **Unidade de Dor Crónica - Hospital Geral**, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O meu nome é João Henrique Gonçalves de Almeida e realizei, no ano letivo de 2012/13, o estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, no Centro de Medicina do Sono e na Unidade de Dor Crónica do Hospital Geral do CHUC, sob coorientação e supervisão da Psicóloga Clínica Dra. Vanda Clemente.

Estou, atualmente, em fase de conclusão do 2º ano do referido Mestrado. Para terminar os meus estudos do 2º Ciclo, necessito de realizar uma dissertação final.

Em consonância com a orientadora, Profª Doutora Anabela Pereira, docente da Universidade de Aveiro, venho requerer a V. Exa. autorização para poder utilizar, no meu trabalho, dados recolhidos com instrumentos de avaliação que apliquei junto dos doentes seguidos na Unidade de Dor Crónica, durante o meu estágio, no contexto do processo de avaliação clínica habitual.

A dissertação a desenvolver designar-se-á “*Ansiedade, Depressão e Vulnerabilidade ao Stress em doentes com Dor Crónica*”. Terá como coorientadora, Dra. Vanda Clemente, Psicóloga Clínica da Unidade de Dor Crónica, Mestre em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e prevê-se que o processo de recolha de dados tenha uma duração de dois meses.

O trabalho a desenvolver não acarreta qualquer tipo de custos para a instituição. Trata-se exclusivamente da utilização de dados, sob anonimato, referentes aos pacientes que eu acompanhei, para efeito único de tratamento e interpretação estatística dos dados, de forma a poder desenvolver a minha dissertação académica.

Ao solicitar a V. Exª esta autorização, comprometo-me, ao longo de todo o trabalho, a cumprir todos os pressupostos do código de ética, bem como, logo que concluído e após discussão, entregar superiormente um exemplar do trabalho, em formato digital (documento pdf).

Em melhor avaliação deste processo, anexo o meu curriculum resumido, documento do orientador académico, documento de autorização dada pela responsável da Unidade onde o estudo irá ser realizado e o desenho do projeto (com os objetivos e metodologia).

Agradecendo desde já a atenção dispensada, solicito uma resposta de V. Exª o mais rapidamente possível.

Muito respeitosamente,

*João Henrique Almeida*

## **Nome do projeto**

*Ansiedade, Depressão e Vulnerabilidade ao Stress nos Doentes com Dor Crónica*

## **Identificação do investigador**

João Henrique Gonçalves de Almeida, CC nº 13355979, com residência na Praceta da Via Sacra, 15-B, 3500-218, em Viseu, estagiário no Centro de Medicina do Sono e na Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no âmbito do 2º ano do ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sob supervisão da Universidade de Aveiro e orientação da psicóloga clínica da instituição Dra. Vanda Clemente.

## **Objetivo da investigação**

Pretende-se avaliar a relação entre diferentes variáveis, nomeadamente relacionadas com a ansiedade, depressão e a vulnerabilidade ao stress em doentes com dor crónica.

## **Protocolo de avaliação**

- Questionário sociodemográfico
- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH; Pais-Ribeiro et al., 2007)
  - Versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Snaith & Zigmond, 1983). Este instrumento tem como objectivo auxiliar o clínico no reconhecimento, em contexto hospitalar, de componentes emocionais, nomeadamente de ansiedade e depressão, subdividindo-se em sete itens para cada componente. Cada item possui uma categoria de resposta de 4 pontos (0-3) e o tempo médio necessário ao seu preenchimento é de 2-5 minutos.
- Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (23QVS; Serra, 2000)
  - Tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress. É um instrumento de autoavaliação, constituído por 23 questões de respostas do tipo *likert* e onde o tempo médio necessário para o seu preenchimento é de 5-10 minutos. Esta escala está elaborada para que,

quanto mais elevada for a cotação final, maior vulnerabilidade ao stress é evidenciada pelo sujeito.

- Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor (Azevedo et al. 1996)
  - Versão portuguesa adaptada do *Pain Disability Index* (Pollard C. & Tait C. 1990). Escala constituída por 7 itens e que medem o impacto global da dor na vida diária dos sujeitos, quantificando o nível de incapacidade com que habitualmente a pessoa se defronta numa escala de 0 a 10. O tempo médio para o seu preenchimento é de 2-5 minutos.
- Escala de Avaliação Global da Dor (EVA)

### **Procedimentos**

Cotação e observação dos resultados das escalas aplicadas aos doentes seguidos no contexto da consulta de Psicologia na Unidade de Dor Crónica.

### **Riscos para o participante**

Mínimos: a experiência não apresenta qualquer risco superior ao encontrado na sua vida diária.

### **Custos para o participante**

Não existe qualquer custo direto pela sua participação neste estudo.

### **Custos para a instituição**

Não existe qualquer custo direto para a instituição na realização deste estudo.

### **Confidencialidade**

A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante.

### **Informação de contacto do investigador**

[joahalmeida@ua.pt](mailto:joahalmeida@ua.pt); 911155377

## Anexo B – Escalas utilizadas no estudo (HADS, 23QVS, PDI, EVA)

### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (EADH)

(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2007)

---

Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz (X) em cada pergunta.

---

**1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

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

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**6. Sinto-me animado/a:**

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:**

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:**

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:**

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:**

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:**

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**13. De repente, tenho sensações de pânico:**

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:**

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

## 23 QVS (Vaz Serra, 2000)

Nome: \_\_\_\_\_

Cada uma das frases que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

Usando a chave apresentada, assinale a resposta que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que lhe acontece.

**Concordo em Absoluto – CA**

**Concordo Bastante – CB**

**Nem Concordo nem Discordo – NCD**

**Discordo Bastante - DB**

**Discordo em Absoluto - DA**

	CA	CB	NCD	DB	DA
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo       
alguém que me possa ajudar.
7. Dou e recebo afecto com regularidade.
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos       
desagradáveis que me ocorrem.
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me       
queixar do que me esforçar para as resolver.
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade.
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas       
importantes da minha vida não dependem de mim.
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me       
culpabilizado.
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça       
alguma coisa sem proveito.
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas       
do que às minhas próprias necessidades.
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que       
está a dizer, mesmo que não tenho razão.

16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem       
quanto esperava a realizar as minhas tarefas.

17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam       
ao afastamento das outras pessoas.

18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente       
aquilo que sinto.

19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma       
imediate aquilo que quero.

20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é       
capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem.

21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as       
despesas essenciais.

22. Perante os problemas da minha vida sou mais       
para fugir do que para lutar.

23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço.



## ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

As escalas de classificação apresentadas em baixo medem o impacto da dor na sua vida diária. Queremos saber até que ponto a sua dor o/a impede de realizar as suas actividades normais. Para cada um dos 7 tipos de actividades diárias apresentadas, assinale com um círculo o número que melhor reflecte o nível de incapacidade com que habitualmente se defronta. Uma classificação de 0 significa nenhuma incapacidade, e uma pontuação de 10 significa que a dor o impede de realizar quase todas as suas actividades diárias. A sua classificação deve reflectir o impacto global que a dor tem na sua vida, e não apenas quando a dor atinge o seu ponto máximo. Assinale com um círculo um número em todas as actividades apresentadas. Se achar que um determinado tipo de actividade não se aplica a si, assinale o “0”.

**1. Responsabilidades familiares/domésticas.** Refere-se a actividades relacionadas com a casa e família. Inclui tarefas e ocupações relacionadas com a casa (ex.: trabalho no quintal) e actividades e obrigações relacionados com outros membros da família (ex.: levar as crianças à escola).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

**2. Tempos de lazer.** Incluem-se passatempos, desportos e outras actividades de lazer.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

**3. Actividades Sociais.** Incluem-se festas, teatro, concertos, ir comer fora e outras actividades sociais onde participem familiares e amigos.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

**4. Ocupação.** Refere-se a actividades directamente relacionadas com o seu trabalho. Inclui-se igualmente trabalho não remunerado, tal como trabalho doméstico ou trabalho voluntário.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada		Incapacidade grave			Incapacidade total

**5. Comportamento Sexual.** Refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

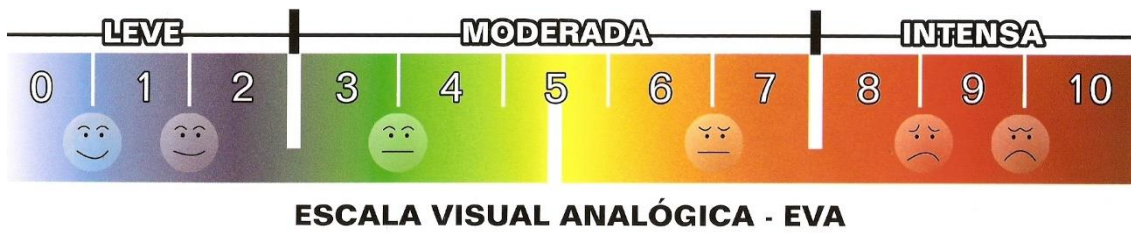
**6. Cuidados Pessoais.** Incluem-se cuidados pessoais e actividades independentes da vida diária (ex: tomar um duche, conduzir, vestir-se, etc.).

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

**7. Actividades Vitais.** Refere-se a actividades vitais básicas, como comer, dormir ou respirar.

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nenhuma incapacidade		Incapacidade ligeira			Incapacidade moderada			Incapacidade grave		Incapacidade total

## Escala Visual Analógica



## Anexo C - tabelas

### Anexo C1

*Comparação de médias entre os doentes do sexo masculino e feminino e as variáveis depressão, ansiedade, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade da dor.*

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differen ce	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Equal variances assumed	,390	,535	-2,934	51	,005	-1,723	,587	-2,902	-,544
	Equal variances not assumed			-2,588	13,621	,022	-1,723	,666	-3,155	-,291
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	Equal variances assumed	,211	,648	-3,652	51	,001	-2,645	,724	-4,099	-1,191
	Equal variances not assumed			-3,461	14,680	,004	-2,645	,764	-4,277	-1,013
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Equal variances assumed	1,093	,301	-1,532	51	,132	-,593	,387	-1,370	,184
	Equal variances not assumed			-1,394	14,050	,185	-,593	,425	-1,505	,319
Total Escala HADS, factor ansiedade	Equal variances assumed	,018	,895	-,788	51	,435	-,965	1,226	-3,426	1,495
	Equal variances not assumed			-,772	15,273	,452	-,965	1,251	-3,627	1,696



**Anexo C2** - Comparação de médias entre a idade e as variáveis depressão, ansiedade, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade da dor. Para tal dividiu-se a amostra em dois grupos, sendo o ponto de corte a média de idades.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed )	Mean Differenc e	Std. Error Differen ce	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Equal variances assumed	2,505	,120	1,852	51	,070	,923	,498	-,078	1,924
	Equal variances not assumed			1,846	49,054	,071	,923	,500	-,082	1,928
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	Equal variances assumed	,004	,953	1,481	51	,145	,957	,646	-,340	2,255
	Equal variances not assumed			1,484	50,923	,144	,957	,645	-,338	2,253
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Equal variances assumed	,586	,448	,718	51	,476	,229	,320	-,412	,871
	Equal variances not assumed			,718	50,898	,476	,229	,320	-,412	,871
Total Escala HADS, factor ansiedade	Equal variances assumed	,182	,672	-,304	51	,763	-,303	,999	-2,310	1,703
	Equal variances not assumed			-,303	50,063	,763	-,303	1,001	-2,315	1,708

	Equal										
	variances	,123	,727	,013	51	,990	,017	1,300	-2,592	2,626	
Total Escala	assumed	<hr/>									
HADS, factor	Equal										
depressão	variances			,013	50,867	,990	,017	1,297	-2,588	2,622	
	not										
	assumed	<hr/>									
Total Escala	Equal										
Índice de	variances	1,590	,213	,518	51	,607	1,986	3,833	-5,709	9,681	
Incapacidade	assumed	<hr/>									
Relacionado	Equal										
com a Dor	variances			,521	48,178	,605	1,986	3,812	-5,679	9,651	
	not										
	assumed	<hr/>									
Total Escala	Equal										
23QVS	variances	,064	,802	-,954	51	,345	-3,207	3,362	-9,957	3,544	
	assumed	<hr/>									
	Equal										
	variances			-,953	50,586	,345	-3,207	3,366	-9,965	3,552	
	not										
	assumed	<hr/>									

**Anexo C3 – Comparações múltiplas entre o estado civil e a ansiedade, depressão, stress e intensidade de dor**

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	casado(a)	divorciado(a)	,383	,774	,960	-1,68	2,44
		viuvo(a)	-,140	,827	,998	-2,34	2,06
		uniao de facto	-1,474	1,366	,704	-5,11	2,16
	divorciado(a)	casado(a)	-,383	,774	,960	-2,44	1,68
		viuvo(a)	-,524	1,047	,959	-3,31	2,26
		uniao de facto	-1,857	1,509	,611	-5,87	2,16
	viuvo(a)	casado(a)	,140	,827	,998	-2,06	2,34
		divorciado(a)	,524	1,047	,959	-2,26	3,31
		uniao de facto	-1,333	1,537	,822	-5,42	2,75
	uniao de facto	casado(a)	1,474	1,366	,704	-2,16	5,11
		divorciado(a)	1,857	1,509	,611	-2,16	5,87
		viuvo(a)	1,333	1,537	,822	-2,75	5,42
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	casado(a)	divorciado(a)	-,981	,996	,759	-3,63	1,67
		viuvo(a)	-,553	1,064	,954	-3,38	2,28
		uniao de facto	-,053	1,758	1,000	-4,73	4,62
	divorciado(a)	casado(a)	,981	,996	,759	-1,67	3,63
		viuvo(a)	,429	1,348	,989	-3,16	4,01
		uniao de facto	,929	1,942	,964	-4,24	6,09
	viuvo(a)	casado(a)	,553	1,064	,954	-2,28	3,38
		divorciado(a)	-,429	1,348	,989	-4,01	3,16
		uniao de facto	,500	1,978	,994	-4,76	5,76
	uniao de facto	casado(a)	,053	1,758	1,000	-4,62	4,73
		divorciado(a)	-,929	1,942	,964	-6,09	4,24
		viuvo(a)	-,500	1,978	,994	-5,76	4,76
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	casado(a)	divorciado(a)	-,496	,476	,726	-1,76	,77
		viuvo(a)	-,211	,509	,976	-1,56	1,14
		uniao de facto	-1,211	,840	,481	-3,45	1,02
	divorciado(a)	casado(a)	,496	,476	,726	-,77	1,76
		viuvo(a)	,286	,644	,971	-1,43	2,00
		uniao de facto	-,714	,929	,868	-3,18	1,76
	viuvo(a)	casado(a)	,211	,509	,976	-1,14	1,56
		divorciado(a)	-,286	,644	,971	-2,00	1,43
		uniao de facto	-1,000	,946	,717	-3,52	1,52
	uniao de facto	casado(a)	1,211	,840	,481	-1,02	3,45
		divorciado(a)	,714	,929	,868	-1,76	3,18
		viuvo(a)	1,000	,946	,717	-1,52	3,52
casado(a)	divorciado(a)	-1,380	1,512	,798	-5,40	2,64	
	viuvo(a)	-,404	1,615	,994	-4,70	3,89	



	uniao de facto	-1,237	2,668	,967	-8,33	5,86
	casado(a)	1,380	1,512	,798	-2,64	5,40
divorciado(a)	viuvo(a)	,976	2,046	,964	-4,46	6,42
	uniao de facto	,143	2,948	1,000	-7,70	7,98
	casado(a)	,404	1,615	,994	-3,89	4,70
viuvo(a)	divorciado(a)	-,976	2,046	,964	-6,42	4,46
	uniao de facto	-,833	3,002	,992	-8,82	7,15
	casado(a)	1,237	2,668	,967	-5,86	8,33
uniao de facto	divorciado(a)	-,143	2,948	1,000	-7,98	7,70
	viuvo(a)	,833	3,002	,992	-7,15	8,82
	divorciado(a)	-3,132	1,860	,343	-8,08	1,82
casado(a)	viuvo(a)	-3,465	1,987	,313	-8,75	1,82
	uniao de facto	3,368	3,281	,735	-5,36	12,09
	casado(a)	3,132	1,860	,343	-1,82	8,08
divorciado(a)	viuvo(a)	-,333	2,516	,999	-7,02	6,36
	uniao de facto	6,500	3,626	,289	-3,14	16,14
	casado(a)	3,465	1,987	,313	-1,82	8,75
viuvo(a)	divorciado(a)	,333	2,516	,999	-6,36	7,02
	uniao de facto	6,833	3,693	,263	-2,99	16,65
	casado(a)	-3,368	3,281	,735	-12,09	5,36
uniao de facto	divorciado(a)	-6,500	3,626	,289	-16,14	3,14
	viuvo(a)	-6,833	3,693	,263	-16,65	2,99
	divorciado(a)	1,173	5,691	,997	-13,96	16,31
casado(a)	viuvo(a)	-6,018	6,078	,756	-22,18	10,15
	uniao de facto	-14,684	10,038	,467	-41,38	12,01
	casado(a)	-1,173	5,691	,997	-16,31	13,96
divorciado(a)	viuvo(a)	-7,190	7,698	,787	-27,66	13,28
	uniao de facto	-15,857	11,094	,487	-45,36	13,65
	casado(a)	6,018	6,078	,756	-10,15	22,18
viuvo(a)	divorciado(a)	7,190	7,698	,787	-13,28	27,66
	uniao de facto	-8,667	11,297	,869	-38,71	21,38
	casado(a)	14,684	10,038	,467	-12,01	41,38
uniao de facto	divorciado(a)	15,857	11,094	,487	-13,65	45,36
	viuvo(a)	8,667	11,297	,869	-21,38	38,71

**Anexo C4 – Comparações múltiplas entre o estado civil e a vulnerabilidade ao stress**

Dependent Variable: Total Escala 23QVS						
Tamhane						
(I) Estado Civil	(J) Estado Civil	Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
		Difference (I-J)			Lower Bound	Upper Bound
casado(a)	divorciado(a)	-1,782	8,688	1,000	-34,05	30,48
	viuvo(a)	,623	3,304	1,000	-10,25	11,49
	uniao de facto	,289	4,838	1,000	-131,54	132,12
divorciado(a)	casado(a)	1,782	8,688	1,000	-30,48	34,05
	viuvo(a)	2,405	8,949	1,000	-29,59	34,40
	uniao de facto	2,071	9,622	1,000	-33,35	37,49
viuvo(a)	casado(a)	-,623	3,304	1,000	-11,49	10,25
	divorciado(a)	-2,405	8,949	1,000	-34,40	29,59
	uniao de facto	-,333	5,293	1,000	-65,57	64,91
uniao de facto	casado(a)	-,289	4,838	1,000	-132,12	131,54
	divorciado(a)	-2,071	9,622	1,000	-37,49	33,35
	viuvo(a)	,333	5,293	1,000	-64,91	65,57

**Anexo C5 – Comparações múltiplas entre as habilitações literárias e a ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade de dor.**

Tukey HSD							
Dependent Variable	(I) Habilitações literárias	(J) Habilitações literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound Upper Bound	
Total Escala 23QVS	sem escolaridade	1º ciclo	-8,722	8,148	,891	-32,93	15,48
		2º ciclo	-12,000	8,350	,705	-36,80	12,80
		3º ciclo	-7,556	8,546	,948	-32,94	17,83
		secundário	1,286	8,765	1,000	-24,75	27,32
		superior	9,000	9,147	,921	-18,17	36,17
	1º ciclo	sem escolaridade	8,722	8,148	,891	-15,48	32,93
		2º ciclo	-3,278	4,074	,965	-15,38	8,82
		3º ciclo	1,167	4,463	1,000	-12,09	14,42
		secundário	10,008	4,870	,328	-4,46	24,47
		superior	17,722*	5,527	,027	1,31	34,14
	2º ciclo	sem escolaridade	12,000	8,350	,705	-12,80	36,80
		1º ciclo	3,278	4,074	,965	-8,82	15,38
		3º ciclo	4,444	4,821	,939	-9,88	18,76

	secundário	13,286	5,199	,129	-2,16	28,73
	superior	21,000*	5,819	,009	3,71	38,29
	sem escolaridade	7,556	8,546	,948	-17,83	32,94
3º ciclo	1º ciclo	-1,167	4,463	1,000	-14,42	12,09
	2º ciclo	-4,444	4,821	,939	-18,76	9,88
	secundário	8,841	5,509	,600	-7,52	25,21
	superior	16,556	6,098	,091	-1,56	34,67
	sem escolaridade	-1,286	8,765	1,000	-27,32	24,75
secundário	1º ciclo	-10,008	4,870	,328	-24,47	4,46
	2º ciclo	-13,286	5,199	,129	-28,73	2,16
	3º ciclo	-8,841	5,509	,600	-25,21	7,52
	superior	7,714	6,401	,832	-11,30	26,73
	sem escolaridade	-9,000	9,147	,921	-36,17	18,17
superior	1º ciclo	-17,722*	5,527	,027	-34,14	-1,31
	2º ciclo	-21,000*	5,819	,009	-38,29	-3,71
	3º ciclo	-16,556	6,098	,091	-34,67	1,56
	secundário	-7,714	6,401	,832	-26,73	11,30
	1º ciclo	9,333	9,874	,932	-20,00	38,66
	2º ciclo	8,000	10,117	,968	-22,05	38,05
sem escolaridade	3º ciclo	8,389	10,355	,964	-22,37	39,15
	secundário	23,929	10,621	,234	-7,62	55,48
	superior	5,700	11,083	,995	-27,22	38,62
	sem escolaridade	-9,333	9,874	,932	-38,66	20,00
1º ciclo	2º ciclo	-1,333	4,937	1,000	-16,00	13,33
	3º ciclo	-,944	5,408	1,000	-17,01	15,12
	secundário	14,595	5,901	,153	-2,93	32,12
	superior	-3,633	6,697	,994	-23,53	16,26
Total Escala Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor	sem escolaridade	-8,000	10,117	,968	-38,05	22,05
	1º ciclo	1,333	4,937	1,000	-13,33	16,00
	2º ciclo	,389	5,841	1,000	-16,96	17,74
	secundário	15,929	6,300	,137	-2,79	34,64
	superior	-2,300	7,051	,999	-23,25	18,65
	sem escolaridade	-8,389	10,355	,964	-39,15	22,37
3º ciclo	1º ciclo	,944	5,408	1,000	-15,12	17,01
	2º ciclo	-,389	5,841	1,000	-17,74	16,96
	secundário	15,540	6,676	,204	-4,29	35,37
	superior	-2,689	7,389	,999	-24,64	19,26
	sem escolaridade	-23,929	10,621	,234	-55,48	7,62
secundário	1º ciclo	-14,595	5,901	,153	-32,12	2,93
	2º ciclo	-15,929	6,300	,137	-34,64	2,79

		3º ciclo	-15,540	6,676	,204	-35,37	4,29
		superior	-18,229	7,757	,195	-41,27	4,81
		sem escolaridade	-5,700	11,083	,995	-38,62	27,22
	superior	1º ciclo	3,633	6,697	,994	-16,26	23,53
		2º ciclo	2,300	7,051	,999	-18,65	23,25
		3º ciclo	2,689	7,389	,999	-19,26	24,64
		secundário	18,229	7,757	,195	-4,81	41,27
		1º ciclo	3,500	3,538	,919	-7,01	14,01
		2º ciclo	2,750	3,625	,973	-8,02	13,52
	sem escolaridade	3º ciclo	1,056	3,711	1,000	-9,97	12,08
		secundário	3,643	3,806	,929	-7,66	14,95
		superior	5,100	3,971	,792	-6,70	16,90
		sem escolaridade	-3,500	3,538	,919	-14,01	7,01
		2º ciclo	-,750	1,769	,998	-6,00	4,50
	1º ciclo	3º ciclo	-2,444	1,938	,804	-8,20	3,31
		secundário	,143	2,114	1,000	-6,14	6,42
		superior	1,600	2,400	,985	-5,53	8,73
		sem escolaridade	-2,750	3,625	,973	-13,52	8,02
		1º ciclo	,750	1,769	,998	-4,50	6,00
	2º ciclo	3º ciclo	-1,694	2,093	,964	-7,91	4,52
		secundário	,893	2,258	,999	-5,81	7,60
		superior	2,350	2,527	,937	-5,16	9,86
		sem escolaridade	-1,056	3,711	1,000	-12,08	9,97
		1º ciclo	2,444	1,938	,804	-3,31	8,20
	3º ciclo	2º ciclo	1,694	2,093	,964	-4,52	7,91
		secundário	2,587	2,392	,886	-4,52	9,69
		superior	4,044	2,648	,649	-3,82	11,91
		sem escolaridade	-3,643	3,806	,929	-14,95	7,66
		1º ciclo	-,143	2,114	1,000	-6,42	6,14
	secundário	2º ciclo	-,893	2,258	,999	-7,60	5,81
		3º ciclo	-2,587	2,392	,886	-9,69	4,52
		superior	1,457	2,779	,995	-6,80	9,71
		sem escolaridade	-5,100	3,971	,792	-16,90	6,70
		1º ciclo	-1,600	2,400	,985	-8,73	5,53
	superior	2º ciclo	-2,350	2,527	,937	-9,86	5,16
		3º ciclo	-4,044	2,648	,649	-11,91	3,82
		secundário	-1,457	2,779	,995	-9,71	6,80
Total Escala		1º ciclo	1,056	2,728	,999	-7,05	9,16
HADS, factor	sem escolaridade	2º ciclo	2,250	2,796	,965	-6,05	10,55
ansiedade		3º ciclo	2,111	2,861	,976	-6,39	10,61

	secundário	2,857	2,935	,924	-5,86	11,58
	superior	3,800	3,063	,815	-5,30	12,90
1º ciclo	sem escolaridade	-1,056	2,728	,999	-9,16	7,05
	2º ciclo	1,194	1,364	,950	-2,86	5,25
	3º ciclo	1,056	1,494	,980	-3,38	5,49
	secundário	1,802	1,630	,877	-3,04	6,64
	superior	2,744	1,850	,676	-2,75	8,24
2º ciclo	sem escolaridade	-2,250	2,796	,965	-10,55	6,05
	1º ciclo	-1,194	1,364	,950	-5,25	2,86
	3º ciclo	-,139	1,614	1,000	-4,93	4,66
	secundário	,607	1,741	,999	-4,56	5,78
	superior	1,550	1,948	,967	-4,24	7,34
3º ciclo	sem escolaridade	-2,111	2,861	,976	-10,61	6,39
	1º ciclo	-1,056	1,494	,980	-5,49	3,38
	2º ciclo	,139	1,614	1,000	-4,66	4,93
	secundário	,746	1,845	,999	-4,73	6,23
	superior	1,689	2,042	,961	-4,38	7,75
secundário	sem escolaridade	-2,857	2,935	,924	-11,58	5,86
	1º ciclo	-1,802	1,630	,877	-6,64	3,04
	2º ciclo	-,607	1,741	,999	-5,78	4,56
	3º ciclo	-,746	1,845	,999	-6,23	4,73
	superior	,943	2,143	,998	-5,42	7,31
superior	sem escolaridade	-3,800	3,063	,815	-12,90	5,30
	1º ciclo	-2,744	1,850	,676	-8,24	2,75
	2º ciclo	-1,550	1,948	,967	-7,34	4,24
	3º ciclo	-1,689	2,042	,961	-7,75	4,38
	secundário	-,943	2,143	,998	-7,31	5,42
sem escolaridade	1º ciclo	-1,778	1,309	,751	-5,67	2,11
	2º ciclo	-,917	1,341	,983	-4,90	3,07
	3º ciclo	-2,667	1,373	,390	-6,74	1,41
	secundário	-,429	1,408	1,000	-4,61	3,75
	superior	-2,400	1,469	,581	-6,76	1,96
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	sem escolaridade	1,778	1,309	,751	-2,11	5,67
	2º ciclo	,861	,654	,775	-1,08	2,81
	3º ciclo	-,889	,717	,815	-3,02	1,24
	secundário	1,349	,782	,523	-,97	3,67
	superior	-,622	,888	,981	-3,26	2,01
2º ciclo	sem escolaridade	,917	1,341	,983	-3,07	4,90
	1º ciclo	-,861	,654	,775	-2,81	1,08
	3º ciclo	-1,750	,774	,231	-4,05	,55

	secundário	,488	,835	,992	-1,99	2,97
	superior	-1,483	,935	,611	-4,26	1,29
	sem escolaridade	2,667	1,373	,390	-1,41	6,74
3º ciclo	1º ciclo	,889	,717	,815	-1,24	3,02
	2º ciclo	1,750	,774	,231	-,55	4,05
	secundário	2,238	,885	,136	-,39	4,87
	superior	,267	,980	1,000	-2,64	3,18
	sem escolaridade	,429	1,408	1,000	-3,75	4,61
secundário	1º ciclo	-1,349	,782	,523	-3,67	,97
	2º ciclo	-,488	,835	,992	-2,97	1,99
	3º ciclo	-2,238	,885	,136	-4,87	,39
	superior	-1,971	1,028	,405	-5,03	1,08
	sem escolaridade	2,400	1,469	,581	-1,96	6,76
superior	1º ciclo	,622	,888	,981	-2,01	3,26
	2º ciclo	1,483	,935	,611	-1,29	4,26
	3º ciclo	-,267	,980	1,000	-3,18	2,64
	secundário	1,971	1,028	,405	-1,08	5,03
	1º ciclo	-,056	1,659	1,000	-4,98	4,87
	2º ciclo	-,583	1,700	,999	-5,63	4,47
sem escolaridade	3º ciclo	-2,111	1,740	,828	-7,28	3,06
	secundário	,857	1,784	,997	-4,44	6,16
	superior	-2,600	1,862	,729	-8,13	2,93
	sem escolaridade	,056	1,659	1,000	-4,87	4,98
1º ciclo	2º ciclo	-,528	,829	,988	-2,99	1,94
	3º ciclo	-2,056	,909	,230	-4,75	,64
	secundário	,913	,991	,939	-2,03	3,86
	superior	-2,544	1,125	,230	-5,89	,80
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	sem escolaridade	,583	1,700	,999	-4,47	5,63
	1º ciclo	,528	,829	,988	-1,94	2,99
	2º ciclo	3º ciclo	-1,528	,981	,630	-4,44
secundário		1,440	1,058	,750	-1,70	4,58
superior		-2,017	1,185	,537	-5,54	1,50
	sem escolaridade	2,111	1,740	,828	-3,06	7,28
3º ciclo	1º ciclo	2,056	,909	,230	-,64	4,75
	2º ciclo	1,528	,981	,630	-1,39	4,44
	secundário	2,968	1,122	,106	-,36	6,30
	superior	-,489	1,241	,999	-4,18	3,20
	sem escolaridade	-,857	1,784	,997	-6,16	4,44
secundário	1º ciclo	-,913	,991	,939	-3,86	2,03
	2º ciclo	-1,440	1,058	,750	-4,58	1,70

	3º ciclo	-2,968	1,122	,106	-6,30	,36
	superior	-3,457	1,303	,105	-7,33	,41
	sem escolaridade	2,600	1,862	,729	-2,93	8,13
superior	1º ciclo	2,544	1,125	,230	-,80	5,89
	2º ciclo	2,017	1,185	,537	-1,50	5,54
	3º ciclo	,489	1,241	,999	-3,20	4,18
	secundário	3,457	1,303	,105	-,41	7,33
	1º ciclo	,000	,899	1,000	-2,67	2,67
sem escolaridade	2º ciclo	,083	,921	1,000	-2,65	2,82
	3º ciclo	,111	,943	1,000	-2,69	2,91
	secundário	,429	,967	,998	-2,44	3,30
	superior	-,200	1,009	1,000	-3,20	2,80
1º ciclo	sem escolaridade	,000	,899	1,000	-2,67	2,67
	2º ciclo	,083	,449	1,000	-1,25	1,42
	3º ciclo	,111	,492	1,000	-1,35	1,57
	secundário	,429	,537	,966	-1,17	2,02
	superior	-,200	,609	,999	-2,01	1,61
2º ciclo	sem escolaridade	-,083	,921	1,000	-2,82	2,65
	1º ciclo	-,083	,449	1,000	-1,42	1,25
	3º ciclo	,028	,532	1,000	-1,55	1,61
	secundário	,345	,573	,990	-1,36	2,05
	superior	-,283	,642	,998	-2,19	1,62
3º ciclo	sem escolaridade	-,111	,943	1,000	-2,91	2,69
	1º ciclo	-,111	,492	1,000	-1,57	1,35
	2º ciclo	-,028	,532	1,000	-1,61	1,55
	secundário	,317	,608	,995	-1,49	2,12
	superior	-,311	,672	,997	-2,31	1,69
secundário	sem escolaridade	-,429	,967	,998	-3,30	2,44
	1º ciclo	-,429	,537	,966	-2,02	1,17
	2º ciclo	-,345	,573	,990	-2,05	1,36
	3º ciclo	-,317	,608	,995	-2,12	1,49
	superior	-,629	,706	,947	-2,73	1,47
superior	sem escolaridade	,200	1,009	1,000	-2,80	3,20
	1º ciclo	,200	,609	,999	-1,61	2,01
	2º ciclo	,283	,642	,998	-1,62	2,19
	3º ciclo	,311	,672	,997	-1,69	2,31
	secundário	,629	,706	,947	-1,47	2,73

Escala de  
Avaliação Global  
da Dor - Crise

**Anexo C6 – Comparações múltiplas entre a situação laboral e a ansiedade, depressão, vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor e intensidade da dor.**

Tukey HSD								
Dependent Variable	(I) Empregado/Não empregado	(J) Empregado/Não empregado	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Total Escala 23QVS	empregado	nao empregado ou reformado	-,168	3,858	,999	-9,49	9,15	
		baixa	-1,242	5,136	,968	-13,65	11,16	
	nao empregado ou reformado	empregado	,168	3,858	,999	-9,15	9,49	
		baixa	-1,074	4,796	,973	-12,66	10,51	
	baixa	empregado	1,242	5,136	,968	-11,16	13,65	
		nao empregado ou reformado	1,074	4,796	,973	-10,51	12,66	
	Total Escala Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor	empregado	nao empregado ou reformado	-,451	4,285	,994	-10,80	9,90
			baixa	-7,562	5,705	,388	-21,34	6,22
nao empregado ou reformado		empregado	,451	4,285	,994	-9,90	10,80	
		baixa	-7,111	5,327	,383	-19,98	5,76	
baixa		empregado	7,562	5,705	,388	-6,22	21,34	
		nao empregado ou reformado	7,111	5,327	,383	-5,76	19,98	
Total Escala HADS, factor depressão		empregado	nao empregado ou reformado	-,915	1,438	,801	-4,39	2,56
			baixa	-3,248	1,915	,216	-7,87	1,38
	nao empregado ou reformado	empregado	,915	1,438	,801	-2,56	4,39	
		baixa	-2,333	1,788	,399	-6,65	1,98	
	baixa	empregado	3,248	1,915	,216	-1,38	7,87	
		nao empregado ou reformado	2,333	1,788	,399	-1,98	6,65	
	Total Escala HADS, factor ansiedade	empregado	nao empregado ou reformado	,569	1,131	,870	-2,16	3,30
			baixa	-,542	1,505	,931	-4,18	3,09
nao empregado ou reformado		empregado	-,569	1,131	,870	-3,30	2,16	
		baixa	-1,111	1,405	,710	-4,51	2,28	
baixa		empregado	,542	1,505	,931	-3,09	4,18	
		nao empregado ou reformado	1,111	1,405	,710	-2,28	4,51	



Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	empregado	nao empregado ou reformado	,403	,565	,757	-,96	1,77
		baixa	-,967	,752	,409	-2,78	,85
	nao empregado ou reformado	empregado	-,403	,565	,757	-1,77	,96
		baixa	-1,370	,702	,135	-3,07	,33
	baixa	empregado	,967	,752	,409	-,85	2,78
		nao empregado ou reformado	1,370	,702	,135	-,33	3,07
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	empregado	nao empregado ou reformado	,660	,736	,645	-1,12	2,44
		baixa	-,562	,980	,835	-2,93	1,81
	nao empregado ou reformado	empregado	-,660	,736	,645	-2,44	1,12
		baixa	-1,222	,915	,382	-3,43	,99
	baixa	empregado	,562	,980	,835	-1,81	2,93
		nao empregado ou reformado	1,222	,915	,382	-,99	3,43
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	empregado	nao empregado ou reformado	-,205	,348	,827	-1,05	,64
		baixa	-1,020	,464	,081	-2,14	,10
	nao empregado ou reformado	empregado	,205	,348	,827	-,64	1,05
		baixa	-,815	,433	,155	-1,86	,23
	baixa	empregado	1,020	,464	,081	-,10	2,14
		nao empregado ou reformado	,815	,433	,155	-,23	1,86

**Anexo C7 – Comparações múltiplas entre o tipo de dor e a ansiedade, depressão, incapacidade relacionada com a dor e intensidade da dor em consulta e em crise.**

Tukey HSD								
Dependent Variable	(I) Tipo de Dor	(J) Tipo de Dor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Total Escala 23QVS	Neuropática	Funcional	5,867	5,691	,732	-9,27	21,00	
		Mista	-4,275	5,401	,858	-18,64	10,09	
		Nociceptiva	-2,444	6,210	,979	-18,96	14,07	
	Funcional	Neuropática	-5,867	5,691	,732	-21,00	9,27	
		Mista	-10,142	3,910	,058	-20,54	,26	
		Nociceptiva	-8,311	4,968	,349	-21,52	4,90	
	Mista	Neuropática	4,275	5,401	,858	-10,09	18,64	
		Funcional	10,142	3,910	,058	-,26	20,54	
		Nociceptiva	1,831	4,632	,979	-10,49	14,15	
	Nociceptiva	Neuropática	2,444	6,210	,979	-14,07	18,96	
		Funcional	8,311	4,968	,349	-4,90	21,52	
		Mista	-1,831	4,632	,979	-14,15	10,49	
	Total Escala Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor	Neuropática	Funcional	2,567	6,851	,982	-15,65	20,79
			Mista	-,326	6,501	1,000	-17,62	16,96
			Nociceptiva	3,056	7,475	,977	-16,82	22,93
Funcional		Neuropática	-2,567	6,851	,982	-20,79	15,65	
		Mista	-2,893	4,707	,927	-15,41	9,62	
		Nociceptiva	,489	5,980	1,000	-15,41	16,39	
Mista		Neuropática	,326	6,501	1,000	-16,96	17,62	
		Funcional	2,893	4,707	,927	-9,62	15,41	
		Nociceptiva	3,382	5,576	,930	-11,45	18,21	
Nociceptiva		Neuropática	-3,056	7,475	,977	-22,93	16,82	
		Funcional	-,489	5,980	1,000	-16,39	15,41	
		Mista	-3,382	5,576	,930	-18,21	11,45	
Total Escala HADS, factor depressão		Neuropática	Funcional	-,433	2,216	,997	-6,33	5,46
			Mista	-3,341	2,103	,394	-8,93	2,25
			Nociceptiva	-,833	2,418	,986	-7,26	5,60
	Funcional	Neuropática	,433	2,216	,997	-5,46	6,33	
		Mista	-2,907	1,522	,237	-6,96	1,14	
		Nociceptiva	-,400	1,934	,997	-5,54	4,74	
	Mista	Neuropática	3,341	2,103	,394	-2,25	8,93	
		Funcional	2,907	1,522	,237	-1,14	6,96	

	Nociceptiva	2,507	1,804	,511	-2,29	7,30
	Neuropática	,833	2,418	,986	-5,60	7,26
Nociceptiva	Funcional	,400	1,934	,997	-4,74	5,54
	Mista	-2,507	1,804	,511	-7,30	2,29
	Funcional	-1,300	1,623	,854	-5,62	3,02
Neuropática	Mista	-4,152*	1,540	,046	-8,25	-,06
	Nociceptiva	-2,167	1,771	,615	-6,88	2,54
	Neuropática	1,300	1,623	,854	-3,02	5,62
Funcional	Mista	-2,852	1,115	,063	-5,82	,11
Total Escala HADS, factor ansiedade	Nociceptiva	-,867	1,417	,928	-4,63	2,90
	Neuropática	4,152*	1,540	,046	,06	8,25
Mista	Funcional	2,852	1,115	,063	-,11	5,82
	Nociceptiva	1,986	1,321	,444	-1,53	5,50
	Neuropática	2,167	1,771	,615	-2,54	6,88
Nociceptiva	Funcional	,867	1,417	,928	-2,90	4,63
	Mista	-1,986	1,321	,444	-5,50	1,53
	Funcional	-,767	,893	,826	-3,14	1,61
Neuropática	Mista	,196	,847	,996	-2,06	2,45
	Nociceptiva	,500	,974	,956	-2,09	3,09
	Neuropática	,767	,893	,826	-1,61	3,14
Funcional	Mista	,962	,613	,405	-,67	2,59
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Nociceptiva	1,267	,779	,374	-,81	3,34
	Neuropática	-,196	,847	,996	-2,45	2,06
Mista	Funcional	-,962	,613	,405	-2,59	,67
	Nociceptiva	,304	,727	,975	-1,63	2,24
	Neuropática	-,500	,974	,956	-3,09	2,09
Nociceptiva	Funcional	-1,267	,779	,374	-3,34	,81
	Mista	-,304	,727	,975	-2,24	1,63
	Funcional	-2,167	1,136	,238	-5,19	,85
Neuropática	Mista	-1,616	1,078	,446	-4,48	1,25
	Nociceptiva	-,944	1,239	,871	-4,24	2,35
	Neuropática	2,167	1,136	,238	-,85	5,19
Funcional	Mista	,551	,780	,894	-1,52	2,63
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	Nociceptiva	1,222	,992	,609	-1,41	3,86
	Neuropática	1,616	1,078	,446	-1,25	4,48
Mista	Funcional	-,551	,780	,894	-2,63	1,52
	Nociceptiva	,671	,925	,886	-1,79	3,13
	Neuropática	,944	1,239	,871	-2,35	4,24
Nociceptiva	Funcional	-1,222	,992	,609	-3,86	1,41
	Mista	-,671	,925	,886	-3,13	1,79

Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Neuropática	Funcional	-,700	,567	,608	-2,21	,81
		Mista	-,370	,538	,901	-1,80	1,06
		Nociceptiva	-,389	,618	,922	-2,03	1,25
	Funcional	Neuropática	,700	,567	,608	-,81	2,21
		Mista	,330	,389	,831	-,70	1,37
		Nociceptiva	,311	,494	,922	-1,00	1,63
	Mista	Neuropática	,370	,538	,901	-1,06	1,80
		Funcional	-,330	,389	,831	-1,37	,70
		Nociceptiva	-,019	,461	1,000	-1,25	1,21
	Nociceptiva	Neuropática	,389	,618	,922	-1,25	2,03
		Funcional	-,311	,494	,922	-1,63	1,00
		Mista	,019	,461	1,000	-1,21	1,25

**Anexo C8** – *Comparações múltiplas entre o tipo de dor e a vulnerabilidade ao stress e a intensidade da dor de forma habitual.*

Tamhane							
Dependent Variable	(I) Tipo de Dor	(J) Tipo de Dor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Total Escala 23QVS	Neuropática	Funcional	5,867	4,737	,793	-8,07	19,81
		Mista	-4,275	2,884	,645	-12,98	4,43
		Nociceptiva	-2,444	4,080	,993	-15,22	10,33
	Funcional	Neuropática	-5,867	4,737	,793	-19,81	8,07
		Mista	-10,142	4,691	,231	-23,82	3,53
		Nociceptiva	-8,311	5,508	,611	-24,24	7,61
	Mista	Neuropática	4,275	2,884	,645	-4,43	12,98
		Funcional	10,142	4,691	,231	-3,53	23,82
		Nociceptiva	1,831	4,026	,998	-10,56	14,22
	Nociceptiva	Neuropática	2,444	4,080	,993	-10,33	15,22
		Funcional	8,311	5,508	,611	-7,61	24,24
		Mista	-1,831	4,026	,998	-14,22	10,56
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Neuropática	Funcional	-,767	1,154	,989	-4,94	3,41
		Mista	,196	1,098	1,000	-4,08	4,47
	Funcional	Nociceptiva	,500	1,314	,999	-3,78	4,78
		Neuropática	,767	1,154	,989	-3,41	4,94

	Mista	,962	,550	,441	-,61	2,53
	Nociceptiva	1,267	,908	,708	-1,52	4,06
	Neuropática	-,196	1,098	1,000	-4,47	4,08
Mista	Funcional	-,962	,550	,441	-2,53	,61
	Nociceptiva	,304	,837	1,000	-2,40	3,01
	Neuropática	-,500	1,314	,999	-4,78	3,78
Nociceptiva	Funcional	-1,267	,908	,708	-4,06	1,52
	Mista	-,304	,837	1,000	-3,01	2,40

**Anexo C9** – *Correlação dos fatores ansiedade e depressão da escala HADS, com a vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor, intensidade da dor e os fatores perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e deprivação de afecto e rejeição.*

		Total Escala HADS, factor ansiedade	Total Escala HADS, factor depressão
Spearman's rho	Total Escala HADS, factor ansiedade	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,466**
		N	,000
			53
	Total Escala HADS, factor depressão	Correlation Coefficient	,466**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,000
			53
	Total Escala Índice de Incapacidade Relacionado com a Dor	Correlation Coefficient	,118
		Sig. (2-tailed)	,295*
		N	,400
			,032
		53	
		53	
Total Escala 23QVS	Correlation Coefficient	,493**	
	Sig. (2-tailed)	,397**	
	N	,000	
		,003	
		53	
		53	

Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Correlation Coefficient	,207	,191
	Sig. (2-tailed)	,136	,171
	N	53	53
Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	Correlation Coefficient	,113	,375**
	Sig. (2-tailed)	,422	,006
	N	53	53
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Correlation Coefficient	,177	-,052
	Sig. (2-tailed)	,205	,709
	N	53	53
perfeccionismo e intolerância à frustração	Correlation Coefficient	,464**	,391**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004
	N	53	53
inibição e dependência funcional	Correlation Coefficient	,217	,293*
	Sig. (2-tailed)	,119	,033
	N	53	53
carência de apoio social	Correlation Coefficient	,232	,249
	Sig. (2-tailed)	,094	,072
	N	53	53
condições de vida adversas	Correlation Coefficient	,134	,254
	Sig. (2-tailed)	,340	,067
	N	53	53
dramatização da existência	Correlation Coefficient	,252	,265
	Sig. (2-tailed)	,068	,055
	N	53	53

	Correlation	,218	,039
	Coefficient		
subjugação	Sig. (2-tailed)	,117	,781
	N	53	53
	Correlation	,416**	,137
	Coefficient		
deprivação de afecto e rejeição	Sig. (2-tailed)	,002	,329
	N	53	53

**Anexo C10** – *Correlação das variáveis vulnerabilidade ao stress, incapacidade relacionada com a dor, intensidade da dor e os fatores perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e deprivação de afecto e rejeição (23QVS).*

		Total Escala Índice de incapacidade Relacionado com a Dor.	Total Escala 23 QVS	Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Escala de Avaliação Global da Dor - Consulta	Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Perfeccionismo e intolerância à frustração	Inibição e dependência funcional	Carência de apoio social	Condições de vida adversas	Dramatização da existência	Subjugação	Deprivação de afecto e rejeição
Total Escala de Avaliação Global da Dor -	Pearson Correlação	1	,204	,459**	,194	,297*	,240	,127	-,242	,278*	,161	,230	-,097
	Sig. (2-tailed)		,143	,001	,164	,031	,084	,365	,081	,044	,250	,097	,489
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Total Escala 23 QVS	Pearson Correlação	,204	1	,144	,014	,016	,805**	,689**	,240	,534**	,537**	,588**	,570**
	Sig. (2-tailed)	,143		,304	,918	,909	,000	,000	,083	,000	,000	,000	,000
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Escala de Avaliação Global da Dor - Habitual	Pearson Correlação	,459**	,144	1	,446**	,449**	,035	,152	,082	,309*	,023	-,032	,041
	Sig. (2-tailed)	,001	,304		,001	,001	,801	,278	,557	,024	,870	,822	,770
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Escala de Avaliação Global da	Pearson Correlação	,194	,014	,446**	1	,283*	-,040	,059	,141	,328*	-,135	-,164	-,189



Dor - Consulta	Sig. (2-tailed)	,164	,918	,001	,040	,774	,675	,314	,017	,335	,241	,175	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	
Escala de Avaliação Global da Dor - Crise	Pearson Correlation	,297*	,016	,449**	,283*	1	-,058	,111	,044	,063	-,195	,006	,084
	Sig. (2-tailed)	,031	,909	,001	,040		,680	,427	,756	,655	,162	,963	,548
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Perfeccionismo e intolerância à frustração	Pearson Correlation	,240	,805**	,035	-,040	-,058	1	,469**	-,012	,245	,496**	,504**	,305*
	Sig. (2-tailed)	,084	,000	,801	,774	,680		,000	,931	,077	,000	,000	,026
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Inibição e dependência funcional	Pearson Correlation	,127	,689**	,152	,059	,111	,469**	1	,038	,342*	,164	,225	,213
	Sig. (2-tailed)	,365	,000	,278	,675	,427	,000		,785	,012	,239	,105	,125
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Carência de apoio social	Pearson Correlation	-,242	,240	,082	,141	,044	-,012	,038	1	,209	,004	-,198	,227
	Sig. (2-tailed)	,081	,083	,557	,314	,756	,931	,785		,134	,979	,154	,101
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
Condições de vida adversas	Pearson Correlation	,278*	,534**	,309*	,328*	,063	,245	,342*	,209	1	,103	,167	,179
	Sig. (2-tailed)	,044	,000	,024	,017	,655	,077	,012	,134		,461	,232	,199





