

Ana Raquel Ferreira Cunha

Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual em indivíduos com Dor Crónica

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Ana Raquel Ferreira Cunha

Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual em indivíduos com Dor Crónica

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2017

Ana Raquel Ferreira Cunha

Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual em indivíduos com Dor Crónica

Ana Raquel Ferreira Cunha

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau do Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Rute Meneses.

Resumo

A dor crónica representa um problema de saúde pública que afecta o indivíduo em vários domínios na sua vida, podendo acarretar efeitos a nível do funcionamento sexual, bem como alterações importantes na sua qualidade de vida. Assim, os objectivos da presente investigação são: caracterizar a qualidade de vida e o funcionamento sexual de indivíduos com dor crónica, bem como analisar a relação entre qualidade de vida e funcionamento sexual, características sociodemográficas e clínicas.

Para concretizar esta investigação recorreu-se a uma amostra de conveniência de 51 indivíduos com dor crónica (37 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 76 anos de idade ($M=50,4$; $DP=12,2$)), utentes da Unidade da Dor do Hospital São João – EPE do Porto, que responderam a um questionário Sociodemográfico e Clínico, para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos, ao Inventário Resumido da Dor (BPI), para o estudo da dor, ao World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), para estudo da qualidade de vida, e à Escala de Funcionamento Sexual do MSQOL-54, para análise do funcionamento sexual.

Globalmente, os resultados apontam que a amostra estudada apresentava dor e qualidade de vida moderadas. Quanto ao funcionamento sexual, o feminino encontrava-se afectado, ao contrário do funcionamento sexual masculino. Também se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente à relação entre alguns indicadores de qualidade de vida e funcionamento sexual feminino.

O estudo mostra assim a importância da qualidade de vida e do funcionamento sexual e sugere-se o desenvolvimento de outros estudos no sentido de reforçar estes resultados.

Palavras Chave: Dor crónica, funcionamento sexual, qualidade de vida.

Abstract

Chronic pain represents a public health problem that affects the individual in several domains in his life, and can have effects on sexual functioning, as well as important changes in his quality of life. Thus, the objectives of the present investigation are: characterize the quality of life and sexual functioning of individuals with chronic pain, as well as analyze the relationship between quality of life and sexual functioning, sociodemographic and clinical characteristics.

To accomplish this research, we used a convenience sample of 51 individuals with chronic pain (37 females and 14 males, aged 20-76 years ($M = 50.4$, $SD = 12,2$)), patients of the Pain Unit of the São João Hospital - EPE of Porto, who answered a Sociodemographic and Clinical questionnaire for the collection of sociodemographic and clinical data, the Summary Pain Inventory (BPI), for the study (WHOQOL-Bref) for the study of quality of life, and the MSQOL-54 Sexual Function Scale, for analysis of sexual functioning.

Overall, the results indicate that the sample studied had pain and moderate quality of life. As for sexual functioning, the female was affected, as opposed to male sexual functioning. There are also statistically significant differences regarding the relationship between some indicators of quality of life and female sexual functioning.

The study shows us the importance of quality of life and sexual functioning and suggests the development of other studies in order to reinforce these results.

Key Words: Chronic pain, Sexual functioning, Quality of life

Agradecimentos

À Prof. Doutora Rute Meneses, orientadora da dissertação, por todo o interesse demonstrado, pelo conhecimento transmitido, pelo empenho, compreensão e disponibilidade e todas as reflexões e incentivos ao longo deste trabalho.

À Dr.^a Virgínia Rebelo, supervisora de estágio, pela experiência proporcionada, por toda a sua presença e motivação, pela partilha de conhecimentos e experiências ao longo deste percurso, e pelo ser humano extraordinário que demonstrou ser.

Aos meus pais, pela oportunidade de realização do meu percurso académico, pela compreensão, por ouvirem os meus desabafos, por terem-me incentivado e ensinado a “lutar” pelos meus objectivos.

Ao meu namorado, que acompanhou todo o meu percurso, que esteve sempre ao meu lado, por me ter motivado a continuar, pela compreensão das minhas ausências em prol deste trabalho, pelas palavras de incentivo, pelo amor, dedicação e carinho, pela sua presença e apoio ao longo de todos os meus projectos.

A todos os meus amigos que me acompanharam e me apoiaram ao longo deste percurso, que tornaram esta etapa mais feliz e a encheram de momentos inesquecíveis.

Por fim, agradeço a todos os profissionais da Unidade de Dor do Hospital São João, pelo acolhimento e envolvimento.

Um obrigada a todos os participantes neste projecto, pela disponibilidade, pois sem eles não seria possível a sua concretização.

A todos os que apoiaram o desenvolvimento deste trabalho, Obrigada!

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Índice	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Gráficos	viii
Índice de Figuras	ix
Lista de Abreviaturas	x
Introdução	1

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo I- Dor

1.1 Caracterização da dor	4
1.2 Dor crónica	7
1.3 Modelos explicativos da dor	11
1.4 Avaliação da dor	15

Capítulo II: Funcionamento Sexual

2.1 Caracterização do funcionamento sexual	21
2.2 Avaliação e intervenção no funcionamento sexual	25
2.3 Funcionamento sexual em indivíduos com dor crónica	30

Capítulo III- Qualidade de Vida

3.1 Caracterização da qualidade de vida	33
3.2 Avaliação e intervenção na qualidade de vida	38
3.3 Qualidade de vida em indivíduos com dor crónica	43
3.4 Qualidade de vida e funcionamento sexual	47

Parte II- Estudo Empírico

Capítulo IV – Objectivos e Método da Investigação

4.1. Objectivos	49
4.1.2 Participantes	49
4.1.3 Material	52
4.1.4 Procedimento	57

Capítulo V- Apresentação e discussão dos resultados

5.1. Resultados	58
5.1.1 Caracterização de dor da amostra	59
5.1.2 Caracterização da qualidade de vida da amostra	64
5.1.3 Caracterização do funcionamento sexual da amostra	64
5.1.4 Relação entre qualidade de vida e funcionamento sexual da amostra	66
5.1.5 Relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e sociodemográficas da amostra	67
5.1.6 Relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e clínicas da amostra	69
5.2 Discussão	72
Conclusão	78
Referências Bibliográficas	80

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características socio-demográficas da amostra	51
Tabela 2 – Caracterização de Clínica da Amostra	52
Tabela 3 – Coeficiente de Consistência Interno do Inventário Resumido de Dor (BPI)	56
Tabela 4 – Caracterização da Dor Máxima da Amostra ($N=51$)	60
Tabela 5- Caracterização do Mínimo de dor na Amostra ($N=51$)	61
Tabela 6- Caracterização da Média de Dor da Amostra ($N=51$)	61
Tabela 7 – Caracterização momentânea de Dor ($N=51$)	62
Tabela 8 – Caracterização da Severidade da Amostra ($N=51$)	63
Tabela 9 – Caracterização da Interferência de Dor na Amostra ($N=51$)	63
Tabela 10 – Caracterização das Áreas de Interferência de Dor ($N=51$)	64
Tabela 11- Alívio da Medicação da Amostra ($N=51$)	64
Tabela 12 – Caracterização da Qualidade de Vida da Amostra ($N=51$)	65
Tabela 13 – Caracterização da Função Sexual Masculina ($N=14$) e Feminina ($N=37$)	66
Tabela 14. Caracterização das áreas mais afectadas pela Função Sexual Feminina ($N=37$)	66
Tabela 15 – Caracterização das áreas mais afectadas na Função Sexual Masculina ($N=14$)	66
Tabela 16 – Caracterização da Satisfação Sexual ($N=51$)	67
Tabela 17 – Relação entre Funcionamento Sexual Masculino e Qualidade de Vida ($N=14$)	67
Tabela 18 - Relação entre Funcionamento Sexual Feminino e Qualidade de Vida ($N=37$)	67
Tabela 19 Relação entre as variáveis Psicossociais (Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual) e Escolaridade	69
Tabela 20. Relação entre as variáveis Psicossociais (Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual) e Situação Profissional	70
Tabela 21. Relação entre Dor no Presente e Qualidade de Vida ($N=51$)	71

Tabela 22. Relaçãp entre Interferência de Dor e Qualidade de Vida (N=51)	71
Tabela 23. Relaçãp entre Alívio de Dor e Qualidade de Vida	72
Tabela 24. Relaçãp entre Dor no Presente Momento e Funcionamento Sexual	72
Tabela 25. Relaçãp entre Interferência de Dor e Funcionamento Sexual	72
Tabela 26. Relaçãp entre Alívio da Dor e Função Sexual	73

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição Máxima de Dor ($N=51$)	60
Gráfico 2 - Distribuição Mínimo de Dor ($N=51$)	61
Gráfico 3 – Distribuição da Média de Dor da Amostra ($N=51$)	61
Gráfico 4 – Distribuição da Dor no Momento Presente ($N=51$)	62
Gráfico 5 – Distribuição da Severidade da Dor ($N=51$)	63
Gráfico 6 – Distribuição do Alívio de Dor com Medicação ($N=51$)	64

Índice de Figuras

Figura 1 - Escala Visual Analógica (Direcção – Geral de Saúde, 2003, p. 2)	17
Figura 2 - Escala Numérica (Direcção – Geral da Saúde, 2003, p. 2)	18
Figura 3 - Escala Qualitativa (Direcção – Geral da Saúde , 2003, p. 2)	18
Figura 4 -Escala Facial de Dor (Direcção- Geral da Saúde, 2003, p.3)	19

Lista de Abreviaturas

BPI- Brief Pain Inventory

DSFI- Inventário de Funcionamento Sexual de Derogatis

EN- Escala Numérica

EQ-5D- EuroQol

EVA- Escala Visual Analógica

FSFI- Índice Internacional de Função Erétil

GRISS- Inventário de Satisfação Sexual Golombok Reust

MPQ- McGill Pain Questionnaire

OMS- Organização Mundial de Saúde

QDV- Qualidade de Vida

WHO- World Health Organization

Introdução

A dor é um fenómeno universal, experienciado por todo e qualquer ser humano ao longo do seu ciclo vital (Turk, 2003). Diz respeito a uma realidade bastante complexa, na medida em que se trata, por um lado, de um fenómeno multidimensional que envolve vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, por outro, é um fenómeno subjectivo, dado que unicamente poderá ser descrito pela pessoa que a sente (Turk, 2003).

A dor é tão antiga como o Homem e não é estática nem fixa, pelo contrário, é tão versátil como é o pensamento e a descrição das experiências a ela associadas, porque o indivíduo nunca sente a mesma dor e porque a ela estão ligadas ideias, mitos, tentativas e provas de superação/recuperação, sendo esta experiência sempre subjectiva e pessoal (Dias, 2006).

Reportando para a actualidade, a dor crónica afecta milhões de pessoas no mundo e tende a ter um impacto profundo na qualidade de vida desses indivíduos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas sofre de dor crónica de intensidade moderada a severa e uma em cada três é incapaz de manter uma vida independente devido à dor.

Vários investigadores já se debruçaram a estudar as diferentes formas como a dor crónica é impactante em diferentes níveis da cultura: económico, afectivo e espiritual. Entre metade a dois terços das pessoas que sofrem de dor crónica têm menor capacidade para praticar exercícios, manter a qualidade do sono, realizar tarefas domésticas, participar em actividades sociais, caminhar ou ter relações sexuais (WorldHealthOrg.[WHO], 2008).

A qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre a sua própria condição de bem-estar em diferentes áreas, incluindo os seus objectivos, expectativas e interesses (Capela et al, 2009). Como a dor crónica representa uma importante causa de redução de funcionalidade do indivíduo, é um factor determinante para o comprometimento da sua qualidade de vida (Capela et al.,

2009). Segundo Fleck et al. (1999), a presença de dor durante a vida do doente é considerada como uma dimensão negativa na avaliação da sua qualidade de vida.

Uma vez que a dor pode afectar a qualidade de vida, considerou-se ser importante analisar a qualidade de vida dos indivíduos que convive diariamente com a experiência da dor crónica.

Uma outra dimensão que pode estar afectada pela dor crónica e/ou suas terapêuticas é o funcionamento sexual. É essencial fazer uma abordagem da pessoa acerca da sua sexualidade e, nomeadamente, do funcionamento sexual, embora ainda haja alguns constrangimentos. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado uma maior abertura dos profissionais de saúde para abordar junto da pessoa esta temática. Assim, actualmente aos profissionais de saúde é-lhes exigida preparação para intervirem junto da pessoa numa perspectiva holística e integradora que inclua também a sexualidade (Moreira, 2003; Soares, 2003). A sexualidade é encarada como uma realidade própria e essencial para o bem-estar do indivíduo, independentemente da sua idade, sexo, personalidade, pelo que a saúde sexual passou a fazer parte da preocupação de cada homem e de cada mulher, quer na vertente da fertilidade quer na do prazer (Moreira, 2003). Assim tornou-se, indispensável compreender a percepção de funcionamento sexual dos doentes (Meneses et al., 2010).

Consequentemente, foi considerado pertinente estudar a qualidade de vida e o funcionamento sexual de indivíduos com dor crónica e a relação entre estas variáveis. Neste sentido, os objectivos do presente estudo são: caracterizar a amostra quanto à dor, caracterizar o seu funcionamento sexual e a sua qualidade de vida; explorar a relação entre qualidade de vida e funcionamento sexual da amostra; explorar a relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e sociodemográficas da amostra; e, por último explorar a relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e clínicas da amostra.

A revisão de literatura foi feita através de diversas fontes científicas, com o intuito de conseguir uma visão o mais completa possível dos conceitos abordados, e a recolha de dados foi realizada através de instrumentos de avaliação específicos para cada

variável. Assim, a presente investigação encontra-se estruturada em duas partes: a Parte I – Enquadramento Teórico; e a Parte II Estudo Empírico.

O enquadramento teórico do presente estudo desdobra-se em capítulos, sobre a abordagem teórica da dor, mais especificamente da dor crónica, do funcionamento sexual e da qualidade de vida. Deste modo, o primeiro capítulo aborda a caracterização da dor e da dor crónica, bem como os modelos explicativos da dor, assim como a sua avaliação. O segundo capítulo debruça-se sobre a caracterização do funcionamento sexual, a sua avaliação e intervenção, e, por fim, sobre o funcionamento sexual em indivíduos com dor crónica. Finalmente, o último capítulo diz respeito à qualidade de vida, focando a caracterização da qualidade de vida, sua avaliação e intervenção e a qualidade de vida em indivíduos com dor crónica. Para concluir esta parte, é ainda explorada a relação entre qualidade de vida e funcionamento sexual.

A Parte II, relativa à contribuição empírica, inclui os aspectos referentes à investigação realizada, nomeadamente, os objectivos da investigação, o método, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Assim, para a realização da investigação, os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico e clínico, o Inventário Resumido da Dor (BPI), o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) e a Escala de Função Sexual do MSQOL-54.

Antes de apresentação das referências bibliográficas é apresentada a conclusão integradora do estudo.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I - Dor

1.1 Caracterização da Dor

A palavra dor deriva do termo latino *poena*, que significa punição (Rodrigues, 2007). Todos conhecem a experiência de dor, dado que se trata de um fenómeno universal (Rodrigues, 2007), mas se por um lado é uma experiência universal ela é também uma experiência totalmente singular: a relação que o indivíduo tem com as suas dores é única e íntima, na medida em que reenvia para uma intensidade e uma significação que lhe são próprias (Fleming, 2003). Consequentemente, a descrição da dor subjectiva torna-se difícil para o indivíduo que a percebe, tal como para os outros se torna difícil compreendê-la, devendo assim ser o próprio sujeito a descrever e transmitir aquilo que sente através da linguagem e comportamentos, sendo por isso uma partilha subjectiva e pessoal (Dias, 2007).

A dor faz parte da vida do Homem e das suas vivências, desde os primórdios da humanidade (Bidarra, 2010). Contudo, a forma como esta foi sendo compreendida foi variando mediante os aspectos culturais, havendo, no entanto, um aspecto uniforme no decorrer do tempo: o facto de a dor acarretar grande sofrimento (Bidarra, 2010).

A dor expressa-se no Homem das mais variadas formas e também mais inesperadas, impondo-se sem o controlo da sua vontade, unido os seres humanos numa experiência comum e inelutável (Fleming, 2003).

Segundo a International Association for the Study of Pain (2011) a dor é descrita como uma experiência sensorial e emocional nada agradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão. Assim sendo, a dor pode estar associada a uma lesão tecidual e a variáveis cognitivas e/ou emocionais, onde a dor é independente do dano tecidual.

É inquestionável a importância da dor no desenvolvimento do ser humano, tendo inicialmente como função informar sobre um perigo ou uma instabilidade do organismo (Dias, 2007). O problema emerge quando a dor prolonga-se após a eliminação do que a

causou, não exercendo nenhum papel para a sobrevivência do indivíduo ou mesmo para o seu crescimento pessoal (Dias, 2007).

A dor pode se classificar em dor aguda ou em dor crónica. Apesar de existirem aspectos comuns, os relatos de dor aguda têm ênfase nas características da dor, nas repercussões biológicas da dor e do alívio, enquanto os relatos de dor crónica enfatizam, além destes, aspectos psicológicos, sociais e culturais que devem ser incluídos (Bastos, 2005). É importante distinguir dor aguda de dor crónica, bem como perceber de forma muito simples a fisiopatologia da dor.

A dor aguda surge como um indicador de uma possível lesão, ocorrendo de forma súbita, sendo na maior parte das vezes acompanhada por mudanças do sistema nervoso autónomo (Angellotti, 2007). Apresenta-se como sendo uma dor pontual, resultante de traumas ou associada a patologias e durabilidade inferior a seis meses (Angellotti, 2007). Neste tipo de dor, o seu alívio e desaparecimento é esperado após intervenção, sendo que responde geralmente de forma eficaz às terapêuticas e não tende a ser recorrente (Lima & Trade, 2007).

A dor crónica não é apenas a continuação da dor aguda. É definida como uma experiência psicofisiológica desagradável que permanece apesar de ter diminuído ou desaparecido o dano tecidual (INCA, 2011). Ao contrário da dor aguda, que tem uma função biológica de alerta, sendo como um sintoma que impele a um diagnóstico e que, uma vez tratada, diminui ou cessa, a dor crónica perdura no tempo e, frequentemente, torna-se doença (Bastos, 2005). O diagnóstico de dor crónica surge quando esta persiste por mais de 6 meses ou mais que o tempo previsto para recuperação do doente (Oliveira, 2000).

Na presença da dor crónica, a constante procura de alívio acarreta pensamentos de desmoralização, desesperança, falta de ajuda e depressão (Turk & Monarch, 2002). As pessoas tornam-se limitadas nas suas actividades pessoais, sociais e laborais, aumentam o uso de medicação e recorrem muitas vezes ao serviço de saúde (Turk & Monarch, 2002).

O impacto psicológico na dor crónica é mais exacerbado do que da dor aguda e encontra-se frequentemente associado a sintomatologia ansiosa e depressiva (Turk & Monarch, 2002).

Em termos genéricos, a dor deriva de uma sucessão de acontecimentos, por norma, iniciada por um estímulo nociceptivo que é alvo de actividade mental de prospecção, discriminação e eleição, resultando numa percepção primária predominantemente sensorial (Gonçalves, 2002). Segue-se um segundo componente da percepção da dor, que é a percepção secundária, mais activa, cognitiva e emocional que, inserido no todo, contexto biopsicológico e social da pessoa, resulta na elaboração da experiência da dor por parte da pessoa (Gonçalves, 2002).

Para ter conhecimento de dor é necessário existir sensação, sendo esta sensação resultado de um estímulo físico ou psíquico que impele receptores que transmitem a informação codificada até ao sistema nervoso central (Gonçalves, 2002). Contudo, para existir experiência de dor é preciso algo mais. Ainda segundo este autor, o ser humano tem de estar consciente, pois se estiver inconsciente, por exemplo, através da anestesia geral, não experimentará a dor, apesar dos circuitos nociceptivos estarem intactos. Se a experiência de dor apenas aparece a quem está consciente, então tem de se aceitar que a experiência de dor não está separada, mas sim interdependente, de toda a actividade cerebral e mental (Gonçalves, 2002).

A dor provocada por estímulos semelhantes é percebida de forma diferente por cada pessoa, sendo que o estímulo doloroso é modulado em diversos níveis no sistema nervoso central por meio de sistemas anatómica e neurofisiologicamente diferentes (Sakata & Issy, 2008).

O significado atribuído ao estímulo determina um comportamento de dor (Gomes, 2008). Pode-se assim, afirmar que o componente comportamental é muito importante e refere-se a todos os actos realizados em resposta à experiência de dor, tal como as expressões imediatas da dor, a forma como a dor é comunicada aos outros, as estratégias de confronto empregues e as mudanças no comportamento como resultado do aparecimento e/ou manutenção da dor (Gomes, 2008).

Consequentemente, a dor é uma experiência subjectiva e individual, como resultado de interrelações entre a interpretação das reacções fisiológicas e componentes afectivas, cognitivas e comportamentais (Angelloti, 2008; Lumley et al., 2011).

A maneira como a dor se manifesta exteriormente relaciona-se intimamente com os restantes factores, em especial com os factores social e psicológico, quer se trate de expressões voluntárias ou involuntárias do corpo (Hanson & Gerber, 1990 citado por Gomes, 2008).

O conhecimento de que alguém sente dor pode em geral ser obtido pela manifestação de sofrimento pelo comportamento, utilizando a queixa gemido, lamentação, gestos e/ou posições com vista a expor ou a diminuir a dor (Cailliet, 1999).

A dor tem tendência a assumir um valor de identidade, dando ao indivíduo um estatuto, um reconhecimento, uma legitimidade para se desfazer das responsabilidades que tem (Breton, 2007). Nestes casos a diferença é grande entre as descrições dos indivíduos da percepção da sua dor e a sua aparência saudável, estando demonstradas as defesas psicológicas, sociais, culturais e relacionais (Breton, 2007).

Em suma, a dor é uma experiência universal, sendo apresentada e manifestada de variadas formas em cada ser humano, mas quando a dor progride para crónica as características são mais acentuadas porque as diferentes dimensões interagem de uma forma complexa e dinâmica.

1.2 Dor Crónica

O termo crónico deriva da raiz grega *cronos*, que significa tempo (Catalano & Hardim, 2004). Como já referido anteriormente, e tal como a própria etimologia sugere, a dor crónica é prolongado no tempo, podendo perdurar por meses ou anos (Catalano & Hardim, 2004), pois persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão que causa dor contínua ou recorrente (Santos, Moraes, Pastore & Cendoroglo, 2015). É um estado de dor persistente, sendo as causas mais frequentes a osteoartrose e outras patologias músculo-esqueléticas, afectando todas as faixas etárias, sendo mais incidente em idades avançadas e nas mulheres (Rustoen et al, 2004).

De uma forma geral, a dor crónica parece atingir mais mulheres do que homens, observando-se um aumento da prevalência em ambos os sexos com o avançar da idade (Blyth et al., 2001).

A dor crónica não afecta apenas o indivíduo, mas também a sua família e a sociedade, uma vez que direcciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbilidade e subcarregando o sistema de saúde (Santos et al., 2015).

A dor crónica, quando diagnosticada como tal, em termos de sintomatologia, implica que o indivíduo vivenciou primeiramente sintomatologia aguda (Martins, França & Kimura, 1996). Assim sendo, só com o passar do tempo (com terapêutica associada ou não) é que esta se pode vir a designar como dor crónica (Martins et al., 1996). Há, portanto, uma série de questões que se prolongam no tempo, que se tornam recorrentes e contínuas, o que pressupõe mudanças no indivíduo, de adaptação à nova situação (Martins et al., 1996).

A classificação da dor crónica é feita, dependendo da patologia, como oncológica e não oncológica e, dependendo da fisiopatologia, como dor orgânica e dor emocional (Ferrándis & Catalá, 2003).

Segundo um estudo realizado recentemente pelo Pain Proposal, a dor crónica afecta cerca de 36% da população adulta em Portugal, com consequências no seu bem-estar, saúde, capacidade de trabalhar e realizar as actividades do quotidiano. Aproximadamente 50% referiam que esta afectava de forma moderada ou grave, as suas actividades domésticas e laborais, 4% perderam o emprego em consequência da mesma, 13% obtiveram reforma antecipada, 35% estavam insatisfeitos com o tratamento para a dor crónica, tendo sido diagnosticada depressão em 17% destes adultos (Castro-Lopes et al., 2010).

Segundo o Relatório Eurobarómetro (2002, citado por Pain Associates International Network, 2004), Portugal é não só um dos países europeus com uma maior incidência

de doenças crónicas, como também é o segundo país da Europa com maior percentagem de indivíduos em tratamentos de longa duração.

A dor crónica é prevalente na população em geral, sendo o sintoma mais presente na doença oncológica, e provavelmente o mais temido por toda a população (Ferrándis & Catalá, 2003).

Assim, a dor crónica enquanto grave problema para a população portuguesa, foi já reconhecida pelas autoridades nacionais, através da aprovação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, o qual define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam as boas práticas organizacionais (DGS, 2008), sendo este reestruturado com o Programa Nacional de Controlo de Dor (DGS, 2011). Segundo os últimos dados disponíveis, em Portugal existem 53 unidades de Dor Crónica, cobrindo apenas 59% dos hospitais públicos, ao contrário dos 75% previstos pelo Plano Nacional de Luta contra a Dor (INCA, 2011).

Mais do que um sintoma, a dor crónica torna-se uma doença, sendo o controlo desta o principal objectivo do tratamento (Dias, 2007). As componentes emocionais que estão envolvidos na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativas do que propriamente as sensitivas (Dias, 2007). Estes doentes apresentam frequentemente comorbilidade com a depressão, ansiedade, distúrbios de sono e da sexualidade, abuso de substâncias, isolamento e dificuldade nas relações interpessoais (Dias, 2007). Pode, ainda, acarretar fadiga, anorexia, constipação e dificuldade de concentração (Santos et al., 2015).

A incapacidade de controlo da dor traz um forte sofrimento físico e psíquico, podendo interferir de modo significativo na qualidade de vida (QDV) dos indivíduos que a experimentam, afectando de várias formas as suas actividades quotidianas (Santos, et al., 2015).

A dor crónica é, usualmente, acompanhada por um conjunto de alterações somáticas e psicossociais, que intensificam o sofrimento do doente de forma notável (Dias, 2007).

Estas alterações incluem a imobilização e conseqüente enfraquecimento muscular e articular, a depressão do sistema imunitário e maior susceptibilidade a contrair doenças, a falta de apetite e nutrição deficiente, dependência medicamentosa, dependência

exagerada da família e de profissionais de saúde, utilização exagerada dos diversos sistemas de saúde, menor rendimento no local de trabalho ou incapacidade na realização de uma actividade, invalidez, tendência para introversão, isolamento do meio familiar e social, medo, frustração e suicídio (Dias, 2007).

A dor implica a pessoa na sua totalidade e singularidade, podendo levar a pessoa ao limite: do que tolera ao insuportável, da sanidade à patologia psíquica, da luta à desistência, do significado à ausência do sentido, das defesas psicológicas ao seu desmantelamento, da actividade mais elaborada do pensamento até ao seu empobrecimento (Catana, 2005).

Para além de ter um forte impacto no indivíduo é uma doença fortemente social, afectando, directa ou indirectamente, os familiares próximos, amigos e vizinhos (Breton, 2007).

Alguns estudos clínicos demonstram que indivíduos com dor crónica apresentam vários distúrbios psicológicos, como altos níveis de ansiedade, depressão, stress e redução na qualidade de sono (Pais-Vieira, Mendes-Pinto, Lima & Galhardo, 2009). Para além disso, alterações neuronais importantes foram descritas em pacientes com dor crónica, em regiões corticais e pré-frontais (Pais-Vieira et al., 2009), sendo estas áreas cruciais para o desempenho normal de muitas funções cognitivas nos seres humanos, particularmente em tarefas relacionadas com o planeamento estratégico e tomada de decisões (Ji et al., 2010).

Segundo vários autores, a dor crónica tem muita interferência na vida do indivíduo, sendo considerada uma perturbação psicofisiológica, promovendo uma desadaptação do indivíduo, acarretando múltiplas incapacidades a nível físico e emocional (Apkarian, Baliki & Geha 2009; Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Breton, 2007; Filligim et al., 2009; Lumley et al., 2011; Neubern, 2010): cognitivas (memória, atenção, concentração, processo de pensamento); funcionais (dependência, fadiga, inactividade, desmotivação); fisiológicas (perda de apetite, alterações sexuais); emocionais (apatia, tristeza, ansiedade, preocupação); comportamentais (comportamentos de risco, ideação suicida); sociais (isolamento, dificuldade em relações interpessoais); económicas (dificuldades económicas, dependência económica); (Apkaarian et al., 2009; Araújo-

Soares & McIntyre, 2000; Breton, 2007; Filligim et al., 2009; Lumley et al., 2011; Neubern, 2010).

Com isto a entrada do Psicólogo Clínico nas Unidades da Dor ligou-se ao reconhecimento do carácter complexo e plural da dor, sendo que a abordagem psicológica da dor crónica requer uma avaliação detalhada das interacção de sensações, cognições, condutas e emoções para se compreender o papel que cada um desempenha na manutenção da perturbação (Catana, 2005).

No indivíduo com dor crónica, o psicólogo tem como principal objectivo ajudá-lo a adaptar-se a uma nova condição de vida, tendo por base uma visão humanística que envolva os doentes e os seus familiares, pelo que o ser humano é encarado na sua globalidade e integridade, com os seus direitos bem definidos e respeitados (Dias, 2007).

1.3 Modelos Explicativos da Dor

A dor apenas se tornou alvo de investigação nos últimos 50 anos. Os primeiros modelos da dor descreviam-na com base no modelo biomédico, como resposta automática a um factor externo (Odgen, 2004).

Modelo Biomédico. A visão biomédica concebia a dor segundo um modelo unidimensional, fisiológico-sensorial, implicando uma transmissão directa da dor desde a periferia na espinal medula até ao cérebro (Flor & Turk, 2011). A dor era considerada um mecanismo directo: quando ocorria uma lesão a mensagem era transmitida directamente ao cérebro (Catalano & Hardin, 2004). O pressuposto era que a intensidade da dor seria directamente proporcional à dimensão do dano, ou seja, se havia um ferimento óbvio, o indivíduo sentiria dor, se o ferimento não fosse visível, era improvável que doesse muito (Catalano & Hardin, 2004).

A teoria ainda supõe que o controlo da dor deveria consistir na eliminação da sua causa, cortando ou bloqueando o seu percurso através de meios farmacológicos, cirúrgicos ou outros mecanismos físicos (Catalano & Hardim, 2004). O tratamento

visava, assim, exclusivamente os factores físicos que poderiam estar a criar o sintoma e não a dor em si (Catalano & Hardim, 2004).

Quando a dor se arrasta e a resposta médica não surte efeito, pode-se concluir que o conceito de estímulo-resposta é uma explicação inadequada (Catalano & Hardim, 2004). Consequentemente, devido a esta visão simplista, o Modelo Biomédico foi contestado várias vezes (Flor & Turk, 2011), dado que pacientes com o mesmo tipo de patologia física associada relatavam diferentes níveis de intensidade de dor e que havia casos em que as intervenções cirúrgicas para interrupção do percurso da dor falhavam no alívio da mesma.

Modelo Biopsicossocial. Face a isto, tornou-se cada vez mais notável que o modelo biomédico não seria suficiente para explicar o desenvolvimento e manutenção da dor crónica, pelo que surgiram conceitos biopsicossociais com vista a incorporar os diversos factores que poderão estar associados à complexidade da dor crónica (Osborne et al., 2006).

Os primeiros modelos explicativos da dor não davam lugar à Psicologia, no entanto, ao longo do séc. XX, esta viria a demonstrar um papel importante na compreensão da dor, que se sustentou em várias observações (Ogden, 2004). A primeira observação, já referida anteriormente, remete para o facto dos tratamentos médicos para a dor só serem uteis para o tratamento da dor aguda, sendo ineficazes no tratamento da dor crónica, o que levou a concluir que poderiam existir outras variáveis envolvidas na sensação de dor (Ogden, 2004). Uma outra observação prende-se com o facto de indivíduos com o mesmo grau de lesão dos tecidos diferirem nos seus relatos da sensação dolorosa, e/ou resposta dolorosa, prendendo-se este facto com o significado que o indivíduo dá à experiência de dor. A terceira observação refere-se à dor do membro fantasma: indivíduos com membros amputados têm tendência a sentir dor no membro ausente, podendo esta aumentar após a amputação (Ogden, 2004).

O modelo biopsicossocial defende a existência de três “áreas” que afectam e influenciam o indivíduo na experiência de dor, sendo estas: o estado fisiológico da dor, o mundo psicológico do indivíduo (variáveis internas e externas) e o meio ambiente do mesmo, onde se incluem os familiares e pessoas mais próximas, bem como o contexto

cultural onde está integrado (Seldrake, 2005). Estas áreas estão intimamente ligadas e influenciam-se mutuamente (Brown et al., 2005).

Neste modelo é reforçada a ideia de que a dor crónica não tem só uma base neurofisiológica e física, mas que envolve igualmente o condicionamento dos sistemas neurofisiológicos pela própria dor e pela experiência psicossocial (Seldrake, 2005). Aqui se enquadra a nocicepção, as emoções, pensamentos, crenças e comportamentos do indivíduo (Silva & Branco, 2001).

No que respeita às emoções, é um facto reconhecido que a dor não é apenas uma experiência sensorial, mas também emocional. Verifica-se que indivíduos que apresentam estados emocionais negativos (e.g., ansiedade e depressão) têm tendência a apresentar percepção de maior severidade da dor, bem como uma maior implicação dos estados de dolorosos no funcionamento normal do quotidiano (Silva & Branco, 2001).

Comparativamente com o tradicional modelo biomédico, esta abordagem biopsicossocial prevê uma perspectiva muito vasta, multidimensional e complexa sobre a dor (Moore, 2009), tornando-se actualmente a abordagem mais amplamente aceite para compreender a dor (Roditi & Robinson, 2011).

Teoria do Portão do Controlo da Dor. Melzack e Wall (citado por Odgen, 2004) desenvolveram a teoria do portão de controlo da dor, que representou uma tentativa de introdução da Psicologia na sua compreensão, sugerindo que, embora a dor possa ainda ser compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, esta é complexa e medida por uma rede de processos interactivos.

Segundo a teoria do portão, a modulação de experiência de dor e da sua reacção efectua-se a três níveis: na periferia, na medula espinal e no cérebro, sendo estes os principais “portões de controlo” (Bastos, 2005). O controlo é exercido em sentido ascendente, inibindo ou facilitando a propagação do estímulo da periferia (local da lesão) para o cérebro, e descendente, do cérebro até aos cornos posteriores da medula. A abertura e o fecho do portão, que é figurativo da passagem ou não da informação dolorosa ao longo das vias nervosas, são controlados pelas substâncias químicas produzidas pelo sistema nervoso (Bastos, 2005). Os neurotransmissores de excitação

produzidos quando há lesão dos tecidos actuam abrindo o portão no caso da sua libertação ou acção não ser bloqueada pelos neurotransmissores de inibição (e.g., serotonina), que fecham o portão (Bastos, 2005). A propagação da informação no sentido ascendente é também condicionada pelo tipo de fibras nervosas que predominam na condução dos estímulos, isto é, as fibras grossas levam ao encerramento do portão, enquanto que as fibras finas levam à sua abertura. Também na regulação descendente o influxo sensitivo ligado aos processos cognitivos, emocionais e a estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais promove o encerramento do portão (Bastos, 2005; Melzack, 1987)

Esta teoria integra a Psicologia no tradicional modelo biomédico da dor e descreve não só um papel para as suas causas e intervenções fisiológicas, mas também para intervenções e causas psicológicas (Odgen, 2004).

Em termos gerais, a dor deriva de uma sucessão de acontecimentos, regra geral iniciado por um estímulo nociceptivo que é alvo de actividade mental, resultando de uma percepção primária. Segue-se um segundo componente da percepção da dor, percepção secundária, sendo este mais activo, cognitivo e emocional, que inserido no contexto biopsicossocial origina a elaboração da experiência da dor (Bastos, 2005). Este segundo componente é também afectivo, e não-reactivo, isto é, a lesão activa no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que algo está a acontecer e sentimentos vitais de mal-estar desagradável. É também um sentimento anímico intimamente ligado ao significado, constituindo-se uma memória de dor afectiva (Bastos, 2005).

Em face do acontecimento que despoleta a lesão, a pessoa reage com emoção, que provoca uma resposta fisiológica por activação neurovegetativa ou stresse de intensidade bastante variável, e simultaneamente uma resposta psicológica com expressão e comportamentos de dor, tais como a vocalização, a postura e a alteração de actividade (Bastos, 2005). Existe, portanto, um componente afectivo específico e intrínseco à própria dor e diferente da reacção afectiva que se pode seguir à experiência da dor e respectivas consequências (Bastos, 2005).

Este modelo comprovou a pertinência e a necessidade da integração de factores neurofisiológicos e psicológicos para uma compreensão mais completa do fenómeno da dor (Araujo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002), fortificando a relação entre o corpo e mente na compreensão do mesmo (King, 2006).

1.4 Avaliação da dor

A dor crónica e o seu tratamento é um processo dinâmico que coloca um grande desafio e requer um longo tempo de intervenção aos técnicos, pois não é um estado fixo, imutável e de resignação (Gonçalves, 2002). É um fenómeno com dimensões psicológicas acompanhado de correlatos orgânicos, sendo alvo de estudo de diversas áreas do conhecimento (Frutoso & Cruz, 2004). Os aspectos envolvidos na compreensão da dor englobam, por exemplo, a fisiologia humana, constituição genética do indivíduo, história e estilo de vida, tipos de aprendizagem, ambiente social e cultural da pessoa, entre outros (Frutoso & Cruz 2004).

Com a avaliação psicológica da dor pretende-se avaliar o impacto da experiência dolorosa na vida do indivíduo, sendo este o principal objectivo (Frutoso & Cruz, 2004), explorando diversas dimensões psicológicas da vivência da dor, mais concretamente, dimensão cognitiva, afectiva, psicossocial e sociocultural (Catana, 2005).

A avaliação pode ser realizada através de entrevista e questionários específicos e de forma a contemplar temáticas como: a experiência de dor e suas implicações a nível da capacidade funcional do paciente; os tratamentos realizados; o contexto profissional, familiar e social; a morbilidade psicológica; os recursos pessoais disponíveis para lidar com a dor; o uso de substâncias; a motivação, preocupações e expectativas associadas ao tratamento da dor (Turk et al, 2002).

Gomes (2008) afirma que por si só a avaliação psicológica inicial poderá assumir um papel terapêutico visto que poderá suscitar uma reflexão mais aprofundada acerca da vivência pessoal da problemática dolorosa e suas implicações no quotidiano do indivíduo, bem como sobre a motivação para assumir um papel activo no plano de tratamento e sobre as expectativas acerca da intervenção psicológica no âmbito da dor (Gomes, 2008).

As medidas psicológicas são uma importante ferramenta metodológica, pois proporcionam a investigação da experiência de dor em termos de intensidade e/ou frequência de ocorrência, e dos aspectos subjectivos relacionados com essa experiência (Frutoso & Cruz, 2004). Os seus resultados devem auxiliar na compreensão da situação e no planeamento de estratégias de intervenção, prevenção e tratamento (Frutoso & Cruz, 2004). Nesta perspectiva, a literatura reporta a existência de vários instrumentos utilizados frequentemente em contexto de avaliação de dor crónica.

A avaliação e tratamento dos pacientes com dor têm um melhor resultado, sobretudo na dor crónica, se forem realizadas de modo multidisciplinar (Gonçalves, 2002). Estas deverão ser realizadas por uma equipa alargada, passando pela formação sobre os componentes psicológicos da dor e pela reconceptualização de que a dor é muito mais do que um sintoma clínico (Gonçalves, 2002). Na dor crónica, o doente faz parte integrante dessa equipa nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais; é o foco da avaliação e intervenção (Gonçalves, 2002).

A criação de serviços ou de unidades de dor constituem um meio de providenciar o suporte interdisciplinar necessário para uma segura e eficaz gestão de dor (Bastos, 2005). A entrada do psicólogo nas unidades de dor veio incitar o reconhecimento do carácter plural da abordagem ao doente com dor crónica (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

Segundo Lebovits, (2000), os objectivos da avaliação psicológica em doentes com dor são os seguintes: determinar o grau de adaptação psicológica à dor (estado de humor, estratégias de *coping*, família e nível de funcionamento físico); avaliar o estado psicológico do doente após o diagnóstico de dor crónica; estabelecer a importância da componente psicológica na manutenção e exacerbação das queixas álgicas; formular um diagnóstico e elaborar um plano terapêutico em cooperação com o doente e restante equipa multidisciplinar; prever o resultado de procedimentos médicos invasivos; identificar possíveis reforços da dor (ambiente, comportamentos do doente, família, entre outros); e avaliar a probabilidade do desenvolvimento da dor crónica.

Existem diversos instrumentos que têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Alguns instrumentos avaliam a dor como uma qualidade simples, única e unidimensional, que varia apenas em intensidade, já outros avaliam a dor como sendo multidimensional, considerando-a como uma experiência composta também por factores afectivo-emocionais (Sousa & Silva, 2004).

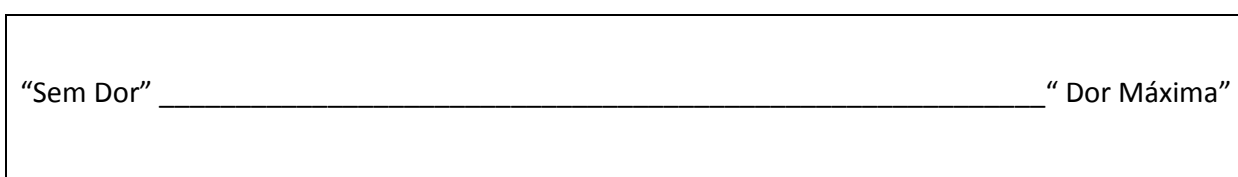
Os instrumentos unidimensionais são escalas cujo uso é rápido e cómodo (Breton, 2007), mas são indicados apenas para quantificar a severidade ou a intensidade da dor, dado não considerarem outros aspectos da mesma (Andrade, Pereira & Sousa, 2006). Apesar de apresentam a vantagem de serem rapidamente administrados, tornando-os vantajosos em casos em que é necessário uma frequente mensuração da dor ou com pacientes que apresentam baixa tolerância a avaliações muito longas, são criticados por não possibilitarem mensuração multidimensional dessa experiência (Andrade, et al., 2006).

Diversos autores confirmam a utilização dos instrumentos unidimensionais como predominantes até a década de 60 do século XX, pois acreditava-se, ainda, na experiência dolorosa como sendo o resultado da ativação direta de um sistema de projeção que servia de trajetória da periferia ao córtex cerebral, dependente exclusivamente da área lesada (Toniolli & Pagliuca, 2003).

As escalas numéricas, nominais e analógico-visuais inserem-se no grupo dos instrumentos unidimensionais (Sousa & Silva, 2004), que de seguida serão apresentadas de uma forma breve.

Escala Visual Analógica (EVA). A EVA constituída por uma linha horizontal, em que a extremidade esquerda marca a ausência de dor e a direita indica dor máxima, devendo o paciente assinalar a intensidade de dor que está a sentir (Breton, 2007).

Figura 1. *Escala Visual Analógica (Direcção – Geral de Saúde, 2003, p. 2)*



Escala Numérica (EN). A EN consiste numa régua dividida em dez partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (DGS, 2003). O doente atribui notas de 0, correspondente a "sem dor", a 10, que significa "dor máxima" (Breton, 2007). Caracteriza-se por ser de fácil e rápida administração, apresentando, contudo, limitações na aplicação junto de indivíduos com alterações cognitivas e/ou baixos níveis literários, devido à necessidade de domínio das propriedades aritméticas (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

Figura 2. Escala Numérica (Direcção– Geral da Saúde, 2003, p. 2)

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Escala Qualitativa. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima" (DGS, 2003).

Apresenta como vantagem a sua fácil e rápida administração. Como limitações, e na sequência do que acontece com as escalas supramencionadas, esta escala pode ser inadequada para indivíduos com alterações cognitivas e visuais e/ ou baixos níveis literários (Andrade et al., 2006). Porém, existe uma variação da escala, apresentada em forma de termómetro, mostrando-se esta versão mais adequada junto de pacientes com alterações cognitivas moderadas a graves ou que apresentem dificuldades de abstracção (Andrade et al., 2006).

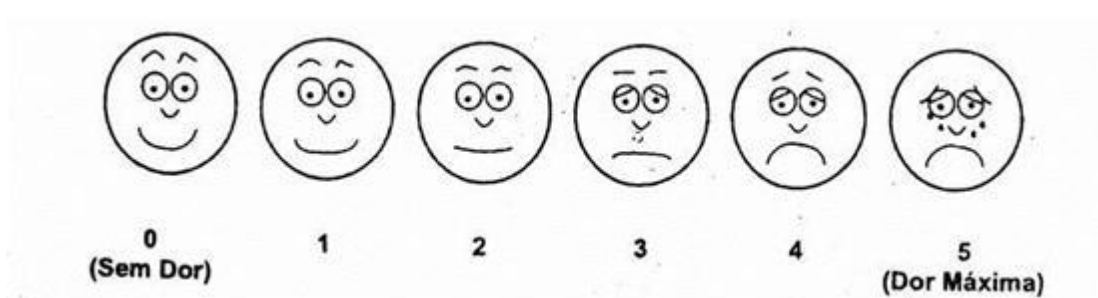
Figura 3. Escala Qualitativa (Direcção – Geral da Saúde, 2003, p.2)

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Escala de Faces. Nesta escala é pedido ao indivíduo que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, em que à expressão de felicidade corresponde a classificação "sem dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "dor máxima" (Fig. 4). Mostra-se como alternativa fidedigna para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixas habilitações

literárias, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves (Andrade et al., 2006).

Figura 4. *Escala Facial de Dor* (Direcção Geral da Saúde, 2003, p.3)



Os instrumentos multidimensionais avaliam duas ou mais dimensões da dor (Toniolli & Pagliuca, 2003) a partir de diferentes indicadores de resposta (Sousa, 2002). As principais dimensões avaliadas são a sensorial, a afectiva e a avaliativa, sendo que algumas escalas multidimensionais incluem indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais (Sousa, 2002). Com estas escalas, torna-se possível avaliar a dor nas suas múltiplas dimensões que estão reflectidos na linguagem usada para descrever a experiência dolorosa de cada individuo (Sousa, 2002). Estes instrumentos são utilizados à luz do modelo biopsicossocial, entendendo a dor em diversas dimensões e tentando caracteriza-la (Sousa, 2002).

De seguida, serão apresentadas de forma sucinta dois instrumentos multidimensionais que têm sido frequentemente utilizados tanto na prática clínica como na investigação.

BPI (*Brief Pain Inventory*). O inventário resumido da dor foi concebido com o objectivo de ser facilmente aplicável, rápido e simples, constituindo um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa perspectiva multidimensional, com boas propriedades psicométricas, que tem vindo a ser bastante utilizado em contexto clínico e de investigação (Azevedo et al., 2007). É constituído por 15 itens que avaliam a existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação das

áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por 4 itens (máximo, mínimo, média e neste momento), com escalas de classificação numérica de 0 a 10, um item para registo das estratégias terapêuticas utilizadas, e uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação de 0 a 10, que avaliam a interferência da dor nas actividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver. A evidência existente demonstra que este instrumento é válido, reproduzível e sensível na detecção, acompanhamento e caracterização da dor (Azevedo et al., 2007). A sua qualidade e importância torna-se evidente pela existência de versões validadas em mais de 10 línguas e por ser recomendado na área de medicação e avaliação da dor (Azevedo et al., 2007).

MPQ (*McGuill Pain Questionnaire*). O MPQ foi elaborado em 1975 por Melzack, com o objectivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente (Santos et al., 2006). É um dos questionários mais referidos mundialmente e usados na prática clínica (Santos et al., 2006). Este questionário é composto por 78 termos que descrevem a qualidade e a intensidade da dor (Bennet, 2002). Estes termos são apresentados como 20 categorias de entre três e cinco descritores semelhantes (Bennet, 2002). Os participantes assinalam nas categorias os descritores que correspondem à sua experiência de dor (Bennet, 2002). Este questionário possui quatro subescalas: a sensorial e avaliativa classificam a intensidade e o tipo de dor experienciada, a terceira escala mede a resposta emocional à dor e a quarta inclui uma miscelânea de itens (Bennet, 2002).

As dez primeiras categorias enumeram os sinais sensoriais (tremores, arrepios, pulsação, ferroadas, espasmos, etc.); os cinco seguintes referem-se a sinais afectivos (cansaço, esgotamento, hediondo, intenso, horrível, intolerável, etc.); as outras categorias abrangem particularidades diversas (Breton, 2007).

O questionário McGill de Dor é considerado o melhor instrumento para caracterizar e discernir os componentes afectivos, sensitivos e avaliativos da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais (de Matos Pimenta & Teixeira, 1996).

Todavia, a experiência clínica tem mostrado que a versão portuguesa nem sempre é bem compreendida pelos doentes nomeadamente por aqueles que tem baixa escolaridade, como é frequente nos serviços públicos.

Capítulo II - Funcionamento Sexual

2.1 Caracterização do funcionamento Sexual

A sexualidade é inerente à vida de todos os seres humanos, desenvolvendo-se num processo contínuo, que se inicia mesmo antes do nascimento e só termina com a morte (Gallati et al., 2014).

A sexualidade humana é o produto final de todo um processo de evolução histórica complexa, analogamente às evoluções de aptidões como o desenvolvimento da linguagem oral e escrita (Lourenço, 2002). Visto em alguns momentos como uma prática errada, mas um comportamento definido, o sexo sempre foi praticado, mas não englobava todas os domínios do que hoje é denominado sexualidade (Chalar-Silva, 1989, citado por Nedeff, 2001).

A sexualidade é um tema que, actualmente, é abordado com menos tabus e preconceitos e que se aborda com mais abertura a diferentes níveis: individual, mediático, educacional e médico-psicológico (Wood et al., citado por Gomes, 2014). As grandes mudanças da sexualidade começaram a desenrolar-se a partir de 1960, com o aparecimento da pílula contraceptiva no mercado mundial (Gomes, 2014). Considera-se este acontecimento como um marco, pois veio claramente dissociar o processo reprodutivo da componente erótica da sexualidade (Gomes, 2014), concedendo à mulher uma nova liberdade e autonomia, ao possibilitar-lhe o controlo da sua fertilidade sem estar dependente do comportamento do parceiro, assim como assinala o fim do modelo reprodutivo. Ainda de acordo com este autor, durante a vigência do modelo reprodutivo do sexo, a sexualidade e as atividades sexuais não ligadas à reprodução eram fortemente reprimidas, o que conduziu ao aparecimento de tabus e mitos que tornavam a sua prática problemática e, muitas vezes, vivida com grandes sentimentos de culpa (Gomes, 2014).

Até há pouco tempo, ainda se acreditava que o declínio da função sexual se dava por volta dos cinquenta anos, sendo inevitável devido à menopausa feminina e ao aparecimento progressivo das disfunções de erecção masculina, além de que a actividade sexual perdia inevitavelmente seu objectivo de procriação e, conseqüentemente, a justificação social (Vasconcellos et al., 2004).

A tese de Freud veio mais tarde a ser confirmada com o aparecimento do conceito de saúde sexual e com a sua dissociação progressiva do conceito de reprodução, o que coloca em evidência a autonomização da vida sexual e a sua importância para a realização e o bem-estar dos indivíduos durante toda a vida (Vasconcellos et al., 2004)

Parte integrante da vida humana e da qualidade de vida, a sexualidade é um dos motivadores do bem-estar individual, não se referindo apenas ao acto sexual em si, mas ao todo que vai desde a auto-imagem e a valorização do “eu” até a relação com o outro (Almeida et al., 2015).

A sexualidade expressa-se no estilo de vida que se adopta, no modo como se demonstram os afectos e na apreciação erotizada dos estímulos sensoriais (Lourenço, 2002). A sexualidade é também parte integrante da identidade básica do indivíduo: o ser humano tem uma identidade sexual que se torna parte integrante do que é, que é inseparável da sua humanidade (Lourenço, 2002). Estando a sexualidade mediatizada por tudo o que o ser humano é, conseqüentemente influencia nos esquemas mentais, nas particularidades do pensamento, afectos e comportamentos (Lourenço, 2002).

A sexualidade envolve também um processo fisiológico, assim como outras dimensões mais subjectivas do ser humano, tais como a capacidade de manter um relacionamento íntimo com o parceiro, expressar sentimentos e pensamentos, aproximar-se e separar-se sem ansiedade excessiva, manter um padrão de relacionamento diferente de uma relação filial-parental e até mesmo vivenciar a própria agressividade sem muita ansiedade (Fleury, 2004).

É difícil definir a função sexual “normal” ou a frequência normal de actividade sexual devido à grande variedade de práticas sexuais entre os diferentes grupos culturais e etnias (Filocamo et al., 2009).

Segundo a OMS a sexualidade é descrita como uma dimensão essencial na qualidade de vida de qualquer ser humano (WHO, 2004). A sexualidade representa um papel central no ser humano, que segue todo o seu percurso vital, que incorpora aspectos como o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução, sendo experienciada e traduzida em elementos como pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações e influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2004).

O estudo do funcionamento sexual centra-se em aspectos de funcionalidade, ou seja, na realização ou obtenção do acto sexual, secundarizando a satisfação com essa concretização (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005). O estudo do disfuncionamento sexual tem sobrevalorizado um modelo masculino, embora se reconheça que os homens e as mulheres divergem de forma patente nas respostas fisiológicas, na vivência subjectiva do desejo sexual e no modo como são estimulados (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

O ciclo da resposta sexual é descrito através das seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (Almeida et al., 2015). O desejo é caracterizado por fantasias acerca da actividade sexual e vontade de ter actividade sexual; a excitação é o sentimento subjectivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes; o orgasmo é o clímax do prazer sexual, com libertação da tensão sexual; e a resolução é a sensação de relaxamento e bem-estar geral (Almeida et al., 2015).

Para além das dimensões do funcionamento sexual, desejo, excitação, orgasmo, e resolução, existe uma outra dimensão a ter em consideração: a satisfação sexual. Esta pode ser definida como o grau de correspondência entre a actividade sexual de uma pessoa e as suas expectativas. Davidson, Darling e Norton (1955) consideram que o sentimento de satisfação com a vida sexual está intrinsecamente relacionado com as experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas actuais e aspirações futuras. Já Delamater (1991, citado por Pechorro et al., 2009) define satisfação sexual como o grau em que a actividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais.

A satisfação sexual é considerada para alguns autores como o barómetro da qualidade do casamento, sendo que o modo como os cônjuges se sentem na esfera sexual do seu relacionamento está intimamente ligado à forma como sentem todo o relacionamento (Henderson-King & Veroff, 1994). Byrers & Demmons (1999) acrescentam que, quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a satisfação sexual.

Segundo Galati, Alves Jr, Delmaschio e Horta (2014), a função sexual foi reconhecida pela OMS como um indicador de saúde e, conseqüentemente, a disfunção sexual passou a ser vista como um problema de saúde.

A disfunção sexual encontra-se directamente ligada ao funcionamento inadequado de uma das fases que compõem o ciclo sexual (Almeida et al., 2015). Segundo o DSM-5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), as disfunções sexuais constituem um grupo heterogéneo de perturbações que são caracterizadas tipicamente por uma alteração clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual, sendo assim caracterizadas por uma perturbação no desejo sexual e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo da resposta sexual e causam sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal (DSM-5, 2014).

De acordo com o DSM-5, as disfunções sexuais incluem a ejaculação retardada, a disfunção eréctil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminina, a perturbação de dor genitopélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino, a ejaculação prematura (precoce), a disfunção sexual induzida por substância/medicamento, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas.

Na classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a definição de disfunção sexual abrange as diversas formas nas quais o indivíduo está inibido de participar num relacionamento sexual como ele(a) gostaria e representa a existência de um mal-estar subjectivo inerente à disfunção sexual (Seara, 2012).

2.2 Avaliação e Intervenção no Funcionamento Sexual

Embora a temática da sexualidade seja cada vez mais falada, ainda é considerada um tema um pouco restrito em algumas vertentes, que variam muito consoante a mentalidade e a cultura de cada sociedade (Koch, et al., 2002).

Actualmente ainda é notório que os próprios profissionais de saúde não questionam os utentes sobre esta dimensão das suas vidas (Moreira, 2013). Este estigma contribui assim para que os doentes não se sintam seguros para abordar os problemas sexuais e consequentemente, para que exista uma falha no apoio multidisciplinar destes doentes (Koch, et al., 2002).

Diversas vezes os indivíduos estão muito mais focados nas problemáticas da dor, ocupados em lidar com os problemas físicos, como por exemplo o cansaço ou fraqueza muscular, na tentativa de encontrar estratégias para viver com estas incapacidades, o que faz com que desvalorizem a componente sexual (Demirkiran et al., 2006). No entanto, alguns doentes apercebem-se da “decadência” sexual, mas necessitam de um acompanhamento específico, para que possam compreender as alterações corporais e funcionais que apresentam (Demirkiran et al., 2006).

É indispensável que o doente consiga compreender que as alterações sexuais que se manifestam são consequência da doença, como também é crucial contar com o apoio da outra parte (parceiro sexual), e que os parceiros compreendam que a diminuição da libido ou da resposta sexual não demonstra falta de atracção ou afecto por eles (Mota, 2015). A participação da(o) parceira(o) também se revela muito importante, pois aumenta a informação sobre o funcionamento sexual e melhora as capacidades comunicacionais, o desejo e a confiança sexual do casal, além de aumentar a motivação do indivíduo para continuar o tratamento (Costa, 2010; Lidório & Tataren, 2015). Uma avaliação e tratamento eficaz da disfunção sexual requerem um conhecimento adequado de todos os factores que a influenciam a função sexual (Mota, 2015).

Esta avaliação deve ser feita através da recolha da história clínica completa (Demirkiran, 2006). Todos devem ser orientados por uma equipa multidisciplinar composta por neurologista, urologista, psiquiatra, psicólogo e/ou sexólogo e enfermeiro,

habilitados e sensibilizados para o diagnóstico destes sintomas que muitas vezes não são abordados (Demirkiran, 2006).

A diminuição do desejo sexual, dificuldades de excitação, não conseguir atingir o orgasmo ou ejacular, ou fazê-lo precocemente, assim como sentir ansiedade em relação ao ato sexual, dor ou não conseguir ter uma relação satisfatória são problemáticas prevalentes (Hill et al., 2011). As idades que referem maiores problemas a nível da sexualidade, é a faixa etária entre os 50 e os 64 anos (Harden et al., 2008), ainda assim são os que recebem um menor cuidado por parte dos profissionais de saúde, nessa temática (Lindau et al., 2011).

O método de avaliação psicológica mais frequentemente utilizado é a entrevista clínica (Nobre, 2006). Segundo Hawton (1995, citado por Nobre, 2006), uma entrevista clínica deve abordar um conjunto de temáticas: contexto familiar e desenvolvimento infantil, pois a família e os valores que transmitem constituem um dos factores etiológicos de maior importância; desenvolvimento sexual e experiências prévias, ocorrendo na adolescência os fenómenos que marcam inevitavelmente a história sexual; informação sexual, pois a inadequação da informação sexual que é transmitida aos adolescentes, constitui um factor de primordial importância no desenvolvimento de crenças sexuais erróneas e eventualmente de dificuldades no próprio desempenho sexual; relacionamento actual entre o casal; a actividade profissional, com uma breve avaliação da situação profissional de cada um dos membros do casal, tendo em conta a sua satisfação e o êxito, eventuais fontes de stress e forma como interferem no relacionamento; interesses, avaliando brevemente os interesses de cada um dos membros do casal, da sua compatibilidade e a forma como interferem no relacionamento; crenças religiosas, sendo importante avaliar as crenças religiosas de ambos os parceiros, a forma como interferem e exercem influência no desenvolvimento de crenças e atitudes face à sexualidade; doenças psiquiátricas, havendo uma especial ênfase para as perturbações depressivas, perturbações psicóticas, alcoolismo e toxicod dependência.

A entrevista clínica pode ser complementada por instrumentos de avaliação específicos, sendo que existe diversos já adaptados à população portuguesa como se abordará de seguida.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). O FSFI foi desenvolvido por Rosen et al. (2000), estando a versão Portuguesa a cargo de Nobre (2003). Este questionário avalia seis dimensões da função sexual feminina, como interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual (Rosen, et al., 2000). Este instrumento é constituído por 19 itens com uma escala de resposta tipo Likert, permitindo calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual (Rosen et al., 2000).

O FSFI tem uma consistência interna boa dado que obteve alfas de Cronbach de 0.82 e superiores para cada uma das suas dimensões e de 0.95 para a escala total (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009). Assim, este instrumento tem sido vastamente utilizado por diversos especialistas de diferentes formações (psicólogos, urologista, ginecologistas) (Nobre, 2006).

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF). O IIEF foi desenvolvido por Rose et al. (1997) e a versão Portuguesa foi desenvolvida por Nobre (2003). O IIEF é um questionário breve e de fácil administração, composto por 15 itens para a avaliação do funcionamento sexual masculino com 5 dimensões: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral (Nobre, 2006). Este instrumento permite o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada, assim como o índice total de funcionamento sexual (que resulta do somatório das diversas dimensões avaliadas), sendo que os resultados mais elevados indicam melhores índices de funcionamento sexual (Nobre, 2006).

Inventário de Funcionamento Sexual de Derogatis (DSFI). O DSFI foi desenvolvido por Derogatis e Melisaratos (1979). É um questionário construído por 245 itens, que avaliam dez áreas do funcionamento sexual e psicológico, masculino e feminino: informação, experiência, desejo, atitudes, sintomas psicológicos, afectos, definição do papel do género, fantasia, imagem corporal e satisfação sexual (Nobre, 2006). Ainda que seja um instrumento extenso e com alguma idade, o DSFI continua a ser amplamente utilizado sobretudo em contextos clínicos, uma vez que permite a obtenção de uma grande diversidade de informação relacionada com a funcionalidade sexual (Nobre, 2006).

Inventário de Satisfação Sexual Golombok Rust (GRISS). O GRISS foi inicialmente desenvolvido por Golombok e Rust (1986) e em Portugal foi traduzido por Vilarinho e Nobre (2006). Este instrumento permite avaliar a satisfação sexual e é constituído por duas versões, uma para o género feminino e outra para o género masculino (Golombok & Rust, 1986). Este inventário é composto por 28 questões, respondidas segundo uma escala de tipo Likert, na qual o 1 corresponde a “Nunca”, o 2 corresponde a “Quase nunca”, o 3 corresponde a “Ocasionalmente”, o 4 corresponde a “Habitualmente” e o 5 corresponde a “Sempre” (Golombok & Rust, 1986). Avalia nove dimensões: disfunção erétil, ejaculação prematura, anorgasmia, vaginismo, baixa frequência sexual, má comunicação, insatisfação, ausência de sensualidade e evitamento (Nobre, 2006). Para cada uma destas dimensões pode ser calculados índices específicos (Nobre, 2006). O GRISS encontra-se entre as medidas de funcionamento sexual mais utilizadas, quer em contextos clínicos quer em estudos epidemiológicos (Nobre, 2006).

Após a avaliação é necessário planear a intervenção. A intervenção no âmbito sexual deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, podendo visar os seguintes aspectos: educação e informação sexual, desmistificação de crenças erróneas, reestruturação cognitiva, reestruturação comportamental e terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica (Cardoso, 2004; Melnick et al., 2008; Nobre, 2006).

A **educação e informação sexual**, numa intervenção inicial, orientada para o fornecimento de informações específicas respeitantes às consequências do quadro clínico sobre a sexualidade, pode por si só facilitar o processo de modificação das atitudes/crenças (Melnick et al., 2008; Nobre, 2006).

A **desmistificação de crenças erróneas**, estimulando e desconstruindo as representações sociais negativas e preconceituosas dominantes (Cardoso, 2004). Esmorecer a aceitação passiva das limitações e dificuldades sexuais, incentivando uma atitude activa de redescoberta da sexualidade a partir da nova realidade (Cardoso, 2004).

A **restruturação cognitiva**, com o intuito de corrigir distorções no processamento cognitivo de conteúdo sexual, como, por exemplo a catastrofização, as generalizações negativas, a antecipação do insucesso, a focalização no desempenho, a escassez de

pensamentos eróticos e a auto-desvalorização, pode prevenir e/ou reformular afectos negativos: tristeza, preocupação, desilusão, culpa, vergonha, hostilidade, medo, rejeição (Cardoso, 2004). Combater expectativas irrealistas face às eventuais restrições impostas pela doença, promovendo expectativas de eficácia e de confiança (Cardoso, 2004).

A **restruturação comportamental**, ajuda a eliminar ou diminuir factores de risco e fomentar a coesão das bases afectivas do casal, ajudando a reforçar as aptidões comunicacionais, mais especificamente a verbalização de expectativas, dificuldades e medos (Cardoso, 2004). Com esta técnica também é possível promover a assertividade sexual, assim como incentivar o alargamento dos interesses eróticos e das formas de expressão sexual, com a (re)valorização da sexualidade extra-genital, uso de novas técnicas e/ou coadjuvantes sexuais, a adopção de posições compatíveis com as limitações físicas e com o evitamento de dor ou desconforto. Trabalhar igualmente a amplificação sensorial, ou seja, a focalização cognitiva sobre estímulos prazerosos, intensificando-os mentalmente de forma a potencializar a satisfação associada à actividade sexual (Cardoso, 2004).

A **Dessensibilização Sistemática**, é uma técnica que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a situações que causam ansiedade também pode ser utilizada nestes casos (Melnick et al., 2008).

A **Terapia de Grupo Sexual** é um método que têm sido igualmente utilizado no sentido de avaliar e intervir em problemas tanto intra-psíquicos como interpessoais, uma vez que funciona como um sistema de apoio ao indivíduo que se sinta envergonhado, ansioso ou culpado acerca da sua condição; nestes casos os grupos oferecem a oportunidade de recolher informações precisas, proporcionando uma validação consensual das preferências individuais podendo aumentar a auto-estima e auto-aceitação (Melnick et al., 2008).

Ainda no que diz respeito à intervenção, a recomendação de uma **prática de exercício físico** regular também é muito importante, devido aos factores de risco associados às disfunções sexuais, havendo várias investigações que indicam que a causa da maior parte das disfunções sexuais seja multifactorial, destacando Wespes et al. (2013) o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo e a hipercolesterolemia. Além destes

factores biológicos mencionados, também destacam alguns factores psicológicos, tais como a ansiedade e a depressão. Os mesmos autores referem que os estudos têm demonstrado que a modificação de estilos de vida, como a prática de exercício físico, é eficaz para melhorar a função sexual. A prática regular de exercício físico tem inúmeros benefícios no estado de saúde da pessoa, pois: promove a saúde mental, conduzindo a estados de menor ansiedade e depressão; induz a um melhor desempenho nas actividades laborais, recreativas e desportivas; aumenta a força muscular e a resistência cardiovascular; promove a qualidade de vida e autonomia funcional nas pessoas idosas; melhora a sensibilidade à insulina nos diabéticos; ajuda a baixar os valores de colesterol; diminui a quantidade de massa gorda corporal; aumenta a densidade óssea; melhora a circulação sanguínea e diminui o risco de mortalidade e morbidade (Medeiros, 2013). A concepção de que a actividade física regular contribui para o desenvolvimento dos níveis gerais de saúde e bem-estar e da aparência física, ambos aspectos que concorrem para uma sexualidade mais saudável e satisfatória, é reforçada por Vilarinho (2010) que também considera o contributo para o aumento da satisfação sexual física, a partir da estimulação do Sistema Nervoso Simpático.

2.3 Funcionamento Sexual em indivíduos com dor crónica

Nos indivíduos com dor crónica, em que a dor maioritariamente se transforma numa doença, esta pode ter efeitos ao nível da sexualidade: efeitos físicos directos, com interferência na resposta sexual e na própria interacção sexual, como a dor, mal-estar geral e a fadiga; assim como efeitos psicológicos, com diminuição da auto-estima no próprio e na relação pessoa/companheiro, tais como deterioração da relação, sentimentos de culpa do companheiro e medos; efeitos dos tratamentos farmacológicos, consequências da cirurgia, efeitos psicológicos decorrentes do tratamento e a própria atitude dos profissionais de saúde – receios e preconceitos – relativamente à sexualidade da pessoa (Bancroft, citado em Abrantes, 2003).

A maioria dos estudos encontrados centra-se na disfunção sexual. Em Portugal, um estudo publicado em 2011 mostra que a prevalência de disfunção sexual na população masculina foi de 24%, contudo a prevalência global de disfunção sexual significativa com necessidade de intervenção terapêutica foi de 5,8% (Vendeira, Pereira, Serrano, & Carvalheira, 2011). As disfunções sexuais mais frequentes no homem foram: a

diminuição do desejo sexual (15,5%), a disfunção eréctil (13%) e a disfunção ejaculatória (11,6%) (Vendeira, Pereira, Tomada, & Carvalho, 2011). Na população feminina portuguesa foi identificada uma prevalência de disfunção sexual de 56% (Vendeira et al., 2011). No entanto, a prevalência global de disfunção sexual significativa de grau moderado a grave, com necessidade de intervenção terapêutica, foi de 19%. As disfunções sexuais femininas mais frequentes foram: a diminuição do desejo sexual (35%), a dor ou o desconforto durante a relação sexual (34%), a diminuição da excitação/lubrificação (32%) e a dificuldade no orgasmo (32%) (Vendeira et al., 2011).

Mais concretamente nas doenças crónicas, Packpour, Nikoobakht e Campbell (2015) desenvolveram um estudo transversal em pacientes de uma clínica de dor crónica. Neste estudo participaram cerca de 742 pessoas com dor crónica lombar, sendo 351 do sexo masculino e 391 do sexo feminino, todos com idade igual ou superior a 18 anos, dentro de um relacionamento e com uma vida sexual activa. A média de idades dos participantes masculinos foi de 48.51 e dos participantes femininos de 43.04. Os instrumentos utilizados para avaliar o funcionamento sexual foram o Índice de Funcionamento Sexual Feminino e o Índice de Função Eréctil Masculino; quanto à avaliação da intensidade da dor, foi utilizada a Escala Visual Analógica. Quanto aos resultados, tanto na análise feminina como na masculina verificou-se uma relação significativa entre intensidade de dor e sintomas depressivos, indicando que um aumento de dor está associado ao aumento de sintomas depressivos. Quanto ao funcionamento sexual, tanto com o aumento da intensidade da dor como com os sintomas depressivos, há uma diminuição no nível de funcionamento sexual.

Bahouq et al (2013) desenvolveu um estudo com o objectivo de descrever o impacto da dor crónica lombar na função sexual dos pacientes. Este estudo incluiu 100 pessoas sexualmente activas com dor crónica lombar, com média de idade de 43,28 anos, utilizando como instrumentos de avaliação de dor a EVA e de função sexual o Sexual Quality of Life (SQOL). Os resultados demonstraram que 81% dos pacientes apresentaram dificuldades sexuais relacionadas com a dor crónica. A diminuição da libido e as posições sexuais dolorosas foram relatadas, respectivamente em 14,8 e 97,5% dos casos. A média de diminuição de frequência de relações sexuais estava em -

10,4 ± 4,8 por mês. Os resultados demonstraram também que os homens sofriam mais do que as mulheres de problemas sexuais (respectivamente, 90 % vs. 72%; $p=0,02$).

Burri, Lanchance e Whiliams (2014) realizaram um estudo transversal, onde participaram 853 indivíduos gémeos do sexo feminino, sendo 166 indivíduos com dor crónica generalizada e 687 indivíduos saudáveis, com o objectivo de identificar problemas sexuais e de angústia. As idades variavam entre os 26 e os 82 anos, com uma média de idade de 57,7 anos. Os instrumentos utilizados foram o FSFI e a Female Sexual Distress Scale (FSDS). Os resultados sugeriam que a idade parece ter uma influência substancial, sendo a dor crónica generalizada mais prevalente em mulheres mais velhas. Talvez por isso e pelo efeito bem documentado da idade sobre a sexualidade, encontraram diferenças significativas na lubrificação recente e angústia sexual. A lubrificação ao longo da vida, dor sexual e angústia sexual foi detectada em mulheres com e sem dor crónica generalizada. Todavia, de acordo com o FSFI, as mulheres que sofriam de dor crónica generalizada relataram mais problemas com lubrificação recente e ao longo da vida ($p<0,01$ para ambos) e mais dor ao longo da vida sexual ($p<0,05$) do que as que não tinham dor.

Assim, Burri et al. (2014) concluíram que as mulheres que sofriam de dor crónica generalizada relataram problemas de excitação genital mais recentes (por exemplo, diminuição da lubrificação) em comparação com as suas homólogas saudáveis, tendo mais problemas de excitação. Afirmaram ainda que o principal factor que afectava a resposta sexual das mulheres não era apenas a constante presença de dor mas também os aspectos psicológicos (tais como os sintomas da depressão, stress) relacionados com sintomas somáticos, tais como fadiga e distúrbios do sono. Além disso, muitos dos fármacos utilizados em casos de dor crónica generalizada podem interferir negativamente com a função sexual (Burri et al., 2014).

No Brasil, Costa, Silva, Muniz e Mota (2014) realizaram um estudo transversal, em que avaliaram mulheres com diagnóstico de Artrite Reumatóide inicial. Foram avaliadas 68 pacientes, das quais 54 (79,4%) relataram actividade sexual nas últimas quatro semanas. A média de idade foi de 49,7 ± 13,7 anos e a maioria era casada (61,4%). O instrumento utilizado foi o FSFI. A prevalência de disfunção sexual (FSFI ≤26) foi de 79,6%.

Num estudo realizado apenas com homens, com dor pélvica crónica, por Liang et al. (2010), que incluiu um total de 12 743 homens, com idades entre os 15 e os 60 anos, foi utilizado o IIEF e o National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index. Os principais resultados obtidos mostraram que 23,6% dos participantes tinham função sexual diminuída; 8,2% a libido diminuída; e 15,3% problemas com ejaculação precoce.

Num outro estudo, realizado por Sönmez et al, (2011), participaram um grupo de 43 pacientes com dor crónica pélvica e um grupo de controlo de 20 indivíduos saudáveis, com média de idades de 33,7 anos. Os instrumentos de avaliação usados foram o IIEF, Erectile dysfunction (ED), ejaculation precox (EP) e pain on ejaculation (PEP). As principais conclusões foram que os indivíduos com dor crónica pélvica possuem pior função sexual que o grupo de controlo.

Com base nestes estudos conclui-se que a dor crónica pode apresentar um efeito significativo na função sexual dos indivíduos e que a dor crónica e suas consequências tornaram-se uma preocupação mundial. De facto, segundo dados da OMS, a dor crónica afecta 30% da população mundial e tem vindo a ser investigada em todo o mundo (Capela et al., 2009).

Capítulo III - Qualidade de Vida

3.1 Caracterização da Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida (QDV) começa a surgir nos anos 1960, mais concretamente num relatório do governo dos EUA que incluía um conjunto de indicadores sociais e ambientais de qualidade de vida, estabelecidos como objectivos concretos para o povo americano (Pedro & Pais-Ribeiro, 2008).

Porém, foi partir dos anos 80 do século XX que o conceito de QDV começou a ter uma maior importância no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, ampliando a sua relevância no discurso e prática médica (Canavarro et al., 2010). Tornando-se então possível incorporar nas medidas tradicionais de saúde outros aspectos relevantes, que vão para além da mera ausência de doença, que afectam a vida diária do indivíduo e,

consequentemente, o seu sentimento subjectivo de satisfação com a vida (Gameiro et al., 2008).

Entretanto, segundo Leal (2008), só na década de 90 se conclui acerca da multidimensionalidade e também da subjectividade deste conceito, uma vez que cada pessoa avalia a sua qualidade de vida de forma muito particular, nas diferentes perspectivas de QDV.

QDV tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem comum, sendo que todos têm uma noção do que é a QDV. Deste modo, é fácil estar-se a discutir sobre a QDV, chegando ou não a acordo, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito (Pais-Ribeiro, 2009). Esta popularidade do conceito tornou-se aliás, um dos principais obstáculos à sua discussão científica (Pais-Ribeiro, 2009).

Em 1994 a OMS definiu QDV como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOLGroup, 1994). Fica assim evidente o carácter subjectivo da auto-avaliação do indivíduo, encontrando-se este necessariamente posicionado num contexto social, cultural e físico específico (WHOQOL Group, 1995).

Apesar desta definição da OMS, muitos autores consideram que a definição QDV permanece controversa (Brown, Bowling & Flynn, 2004; Gameiro et al., 2008; Huguet et al., 2009; Pais-Ribeiro, 2009; Silva et al., 2003). Contudo, é geralmente aceite que se trata de um constructo multidimensional, ou seja, a QDV é constituída por vários domínios ou dimensões, que se inter-relacionam, não constituindo um conceito unitário, que se constrói sobre diferentes áreas (como a política ou sócio-económica), domínios (micro e macro) e componentes (como, por exemplo, as relações familiares e com os outros, o bem-estar emocional, a saúde), e é frequentemente utilizado como um indicador de avaliação das políticas públicas (Brown, Bowling & Flynn, 2004; Silva et al., 2003).

Torna-se um termo de difícil definição também pelo facto de incluir uma variedade potencial de condições que o afectam: a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e

comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas (Huguet et al., 2009).

Neste sentido, encarando o Homem como um ser biopsicossocial, este conceito pode ser influenciado por vários factores, nomeadamente, o género, idade, factores culturais (Mukherjee, 2013), família, dificuldades económicas, estilo de vida, contexto que o rodeia (Fonseca & Paúl, 2008), assim como clima político e liberdade religiosa (Mukherjee, 2013). Apesar de todos estes factores, é a saúde que detém maior influência na QDV (Fonseca & Paúl, 2008).

Algumas das definições baseiam-se na satisfação com as diversas áreas da vida do indivíduo, outras na sensação de bem-estar, e outras vão mais além e referem a dicotomia entre o que o indivíduo deseja ou espera e o que na realidade tem, outras ainda focam-se na funcionalidade (Pais-Ribeiro, 2009). Para uma melhor compreensão do conceito, serão apresentadas de seguida algumas das definições propostas por diversos autores.

Frisch (1994, citado por Fagulha, Duarte & Miranda, 2000) define QDV como a satisfação que é atingida pelo indivíduo nas áreas que enaltece, correspondendo a um juízo que o indivíduo faz do seu contentamento perante a vida.

Cramer (1994, citado por Meneses, 2005) explica que a QDV é sinónimo de bem-estar físico, social e mental, excluindo a ideia de apenas ausência de doença, como a clássica definição de saúde da OMS.

Para Cummins (1997, citado por Fonseca, 2011) a QDV é objectiva e subjectiva, considerando cada eixo como o agregado de sete domínios: bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, bem-estar comunitário e emocional. Os domínios objectivos compreendem medidas culturalmente relevantes de bem-estar objectivo, já os subjectivos compreendem a satisfação de domínios ponderados pela importância atribuída pelos indivíduos. O autor sugere separar os componentes objectivos dos subjectivos em eixos.

Auquier et al. (1997, citado por Minayo, 2000) classificam a QDV como um conceito ambíguo, como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de um indivíduo para o outro.

Martin e Stockler (1998, citado por Minayo, 2000) propõem que a QDV seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade, isto é, que quanto menor a distância entre a expectativa e a própria realidade, melhor será a QDV do indivíduo.

Para concluir, existindo várias definições de QDV, são notáveis as diferentes visões, seja da ciência, de várias disciplinas, seja do senso comum, ou até mesmo de abordagens individuais ou colectivas quando o tema é debatido (Minayo, Hartz & Buss 2000). É um conceito de difícil definição, pois inclui uma variedade possível de condições que o afectam: a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde. Assim sendo, a investigação foca-se cada vez mais em aspectos específicos da QDV, outrora negligenciados, como a sexualidade (Huguete et al., 2009).

A QDV pode ainda ser abordada como a de saúde do indivíduo e inclui a sensação de bem-estar e felicidade (Lima et al., 2009). Envolve ainda aspectos físicos, mentais e sociais (Lima et al., 2009). Para Minayo, Hartz e Buss (2000), existe uma relação inerente entre as condições, QDV e saúde.

Em relação ao campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QDV embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX (Minayo, 2000). Tem havido desde então um aumento crescente da necessidade de avaliar mais formalmente o impacto da doença na saúde física, psicológica e social do sujeito, sendo cada vez mais notório para os profissionais de saúde que quando os doentes os procuram não o fazem exclusivamente por razão da sua doença, mas porque a sua QDV está deteriorada (Santos & Pais-Ribeiro, 2001).

A noção de QDV no âmbito da saúde, quando observada no sentido mais amplo, tem por base a compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais

e tem no conceito de promoção da saúde o seu foco mais relevante (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Em todos os conceitos de QDV, pode se encontrar como dimensão comum a saúde, que surge como uma das dimensões determinantes do conceito e da investigação sobre QDV (Queiroz, 2010). É nesta perspectiva que a QDV se relaciona com o efeito funcional de uma doença e seu tratamento, tal como é percebido pelo doente (Queiroz, 2010). Desta forma, é compreensível que, neste contexto, a QDV se relacione concretamente com a saúde e a capacidade do doente e seus familiares se ajustarem a uma doença específica e às suas sequências, isto é, ao impacto da doença na sua vida quotidiana, tal como é percebida ao nível dos aspectos relacionados com a sintomatologia depressiva, da mobilidade, dor, sono, reacções emocionais, energia e isolamento social. É de constatar que as avaliações de QDV são cada vez mais incorporadas as práticas do sector da saúde (Queiroz, 2010).

A este respeito Smith, Avis e Assman (1999, citado por Canavarro, 2010), tentando esclarecer a relação entre QDV e saúde, elaboraram diversos estudos sobre a importância relativa de três grandes dimensões: saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social. Apuraram que, em diversos tipos de doentes, como, por exemplo, indivíduos hipertensos, pessoas contaminadas pelo vírus HIV/SIDA ou portadores de algum cancro, destas três dimensões, a que tinha maior valor preditivo sobre a QDV era a saúde mental/bem-estar psicológico. Quando procuraram utilizar como critério a variável saúde, verificaram que o aspecto que tinha maior poder preditivo era a dimensão do funcionamento físico, que incluía aspectos como energia, dor e fadiga. Destes estudos, os autores retiraram a conclusão que a QDV e a saúde são dois constructos diferentes.

A necessidade de estudar a QDV e a saúde tornou-se tão significativa que, a partir do início dos anos 90 do século XX, surgiu a revista *Quality of Life Research*, editada pela *International Society for Quality of life Research*. Esta sociedade tem como missão o estudo científico da QDV relevante para a saúde e os cuidados de saúde (Canavarro, 2010). Promove a investigação rigorosa sobre a avaliação da QDV relacionada com saúde, desde a sua conceptualização até à sua aplicação prática (Canavarro, 2010).

Neste contexto, os instrumentos de avaliação da QDV podem proporcionar novos “insights” relativos à natureza da doença, nomeadamente através da avaliação da forma como esta afecta o bem-estar subjectivo de uma pessoa nas diferentes áreas da sua vida (Paredes et al., 2008). Este conhecimento compreensivo do impacto da doença crónica nos diferentes aspectos da vida do indivíduo apresenta-se como uma importante condição prévia quer para um tratamento mais eficaz, quer para a prestação de cuidados adequados (Paredes et al., 2008).

Em síntese, a avaliação da QDV é indispensável na medida em que permite, entre outros aspectos, conhecer o impacto da doença e do seu tratamento em diversas áreas de vida do doente, avaliar a eficácia dos tratamentos, aceder melhor ao doente, à sua evolução e adaptação à doença, melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos, definir e desenvolver estratégias e potenciar recursos pessoais com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes e facilitar a sua vida (Paredes et al., 2008).

3.2 Avaliação e Intervenção na Qualidade de Vida

Nas últimas décadas tem-se verificado um crescente interesse de médicos e investigadores em avaliar a QDV recorrendo a uma medida quantitativa que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos económicos e cujos resultados possam ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre indivíduos com diferentes patologias (Ciccornelli et al., 1999).

Na avaliação da QDV é importante ressaltar que esta requer o mesmo rigor científico que é aplicado a outras medidas de resultados laboratoriais ou clínicas (Lydick & Yawn, 2000, citado por Meneses, 2005).

Os instrumentos de QDV permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planeamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (Masson, Monteiro & Vedovato, 2010).

O interesse pela avaliação da QDV é relativamente recente, tanto na prática clínica quanto nas políticas públicas, como a nível de prevenção de doenças e promoção da

saúde (Campos & Neto, 2008), estando a ser cada vez mais usada para ajudar a determinar se os tratamentos são mais benéficos do que maléficos (Fleck, 2008).

Existem inúmeras razões para a QDV ser avaliada, tanto em investigações como na prática clínica diária. O uso na prática clínica facilita a comunicação entre médico-doente, assim como ajuda a encontrar informações acerca dos problemas que afectam o paciente, também poderá ajudar a melhorar o alívio dos sintomas e a reabilitação para cada paciente (Walters, 2009). A avaliação da QDV pode também revelar outros problemas que são tão ou mais importante para os pacientes do que apenas sintomas de alívio (Walters, 2009; Neto & Ferreira, 2003). Outra razão para avaliar a QDV é a frequente observação de que dois pacientes com os mesmos critérios clínicos muitas vezes têm respostas diferentes ao mesmo tratamento (Neto & Ferreira, 2003).

Na área da investigação, os instrumentos de QDV proporcionam informações de como o processo de doença impossibilita o bem-estar do paciente em várias dimensões da sua vida, que podem ser direccionadas às políticas de saúde que visam a melhoria da QDV da população (Seidl & Zannon, 2004). No campo económico, a avaliação de QDV auxilia a definição da relação custo-benefício no impacto que uma doença pode determinar na capacidade produtiva de um sujeito, além de avaliar a qualidade dos recursos de saúde disponíveis (Seidl & Zannon, 2004).

Na grande maioria dos instrumentos disponíveis para medir a QDV são referidos, segundo Gordia et al. (2011), os domínios físico: dor, fadiga, capacidades e limitações; psicológico: percepção do estado de saúde, depressão, auto-estima, ansiedade e imagem corporal; relacionamentos sociais: apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e relações interpessoais; autonomia: mobilidade, actividades quotidianas, capacidade para o trabalho; e bem-estar: corporal, emocional, saúde mental e vitalidade.

Walters (2009) defende a existência de dois tipos de medidas de QDV: as genéricas e as específicas. As genéricas podem ser aplicadas tanto a pessoas doentes como a pessoas saudáveis (Walters, 2009). Têm como vantagens poder ser vastamente aplicadas e permitirem comparar as pontuações dos doentes com diferentes doenças entre eles e com a restante população. Têm as desvantagens de poder falhar no foco das preocupações dos doentes e terem pouca sensibilidade para detectar as diferenças que

podem surgir na consequência de tratamentos (Ferreira & Neto, 2008). Neste contexto, desenvolveram-se questionários para condições ou doenças específicas (Ferreira & Neto, 2003).

Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e específica certos aspectos da QDV, tornando possível uma maior possibilidade de detecção de melhoria ou não do aspecto em estudo (Campos & Neto, 2008). A principal característica destes instrumentos é a sensibilidade para medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção (Campos & Neto, 2008). Podem ser específicos para uma determinada população, doença, ou para uma determinada situação (Campos & Neto, 2008).

Todos os instrumentos utilizados para avaliar a QDV devem apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações (Campos & Neto, 2008). Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados, quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares. Validade é a capacidade de um instrumento medir o que realmente se pretende medir (Ferreira & Neto, 2003). Os principais tipos de validade que devem ser considerados na seleção ou construção de uma medida de QDV são: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. A sensibilidade a mudanças é definida como a habilidade da escala para registrar alterações devido a um tratamento ou mudanças associadas à própria história natural da doença (Campos & Neto, 2008; Ferreira & Neto, 2003).

De seguida serão apresentados alguns exemplos de instrumentos de avaliação da QDV adaptados à população portuguesa.

The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). O SF-36 é um questionário multidimensional de fácil aplicação e compreensão (Aguiar et al., 2008). Este instrumento é constituído por 36 itens distribuídos por oito subescalas, sendo elas: Componente Física (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral) e Componente Mental (Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental) (Aguiar et al., 2008). Cada escala possui uma fórmula de pontuação específica que varia entre 1 a 6 pontos (Bennet, 2002). Cada uma

das dimensões é classificada de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível) (Aguiar et al., 2008). A criação da versão portuguesa, com adaptação cultural e linguística do SF-36, foi efectuada por Ferreira em 2000. Em 2003, com uma amostra representativa da população portuguesa ($N=2459$) foram obtidos resultados genéricos para cada uma das dimensões. Severe et al. (2006), com uma amostra de 1446 adultos, demonstrou que este questionário avalia efectivamente a dimensão física e mental do estado de saúde, comprovando a sua fidelidade e validade. Esta escala mostrou-se uma medida eficaz na avaliação do estado de saúde, para o que foi originalmente desenvolvida (Bennet, 2002) Em várias pesquisas é possível verificar que este instrumento é muito utilizado, tanto para avaliar o estado de saúde como QDV (Aguiar et al., 2008; Bennet, 2002).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Este instrumento, na sua versão original, foi desenvolvida pelo WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), tendo sido traduzido para Português por Canavarro et al., em 2006. O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada do WHOQOL-100 e surgiu da necessidade de ter um instrumento de administração rápida (Sousa, 2013).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 questões. A primeira questão é relativa à QDV em geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões estão divididas pelos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Este instrumento pode ser utilizado tanto em populações saudáveis como em populações com doenças crónicas (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2010). As questões da WHOQOL-Bref possuem quatro tipos de escala de respostas do tipo de Likert de 5 pontos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Fleck, 2000). O WHOQOL-Bref apresenta boas qualidades psicométricas, com consistência interna, validade de conteúdo, validade discriminante e fiabilidade teste-reteste na aplicação do instrumento numa população de características heterogéneas (Fleck, 2008).

EuroQol (EQ-5D). Em 1987, um grupo de investigadores de vários países e áreas que partilhava um interesse comum pela medição da QDV relacionada com a saúde, deu origem ao grupo EuroQol (Ferreira, 2003). O EQ-5D foi especialmente desenvolvido para complementar outros instrumentos de medição da QDV (Ferreira, 2003). É um instrumento multidimensional, que avalia o estado de saúde (Aguiar et al., 2008). O EQ-

5D inclui cinco domínios: mobilidade, cuidados próprios, actividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão (Ferreira, 2003). Para cada item, existe um aumento gradual de 1, 2 e 3 (sem problemas, algum problema e problema grave, respectivamente) (Aguilar et al., 2008). Inclui também uma escala analógica visual que varia entre 0 (pior imaginável) a 100 (melhor imaginável), tendo o indivíduo de marcar qual o valor que atribui ao seu estado de saúde actual (Aguilar et al., 2008; Ferreira, 2003).

Em relação à intervenção, ainda que não seja fácil encontrar literatura sobre as intervenções focadas na QDV, pode considerar-se que as intervenções eficazes nas suas dimensões constituem modos de promover a QDV. Tendo em consideração que vários autores defendem que medir saúde é como medir QDV, então estratégias de promoção de saúde podem ser de promoção da QDV.

Em várias bases de dados, como, por exemplo, B-on, Scientific Electronic Library Online - SciELO e RCCAP, ao utilizar as palavras-chave “intervenção” e “qualidade de vida” ou “promoção” “qualidade de vida” são vários os artigos que surgem, mas todos muito genéricos ou muito relacionados com a promoção de saúde.

Deste modo, as intervenções na QDV devem visar a elevação da qualidade com o propósito da promoção do bem-estar humano e na organização de uma sociedade cada vez melhor, tendo em conta o carácter multidimensional desse conceito (Souza & Carvalho, 2003).

Uma proposta que se implica na elevação da QDV deve estimular e proporcionar condições de bem-estar e desenvolvimento individual e colectivo (Souza & Carvalho, 2003). Neste sentido, as acções dirigidas à saúde, em particular, adquirem grande importância (Souza & Carvalho, 2003). Uma boa saúde é uma dimensão importante da QDV e melhor recurso para o progresso pessoal, económico e social. Entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a noção de saúde engloba muito mais que apenas o carácter estático, exclusivamente de ausência de doença, o qual não abarcava a amplitude de aspectos que a saúde representa (Souza & Carvalho, 2003).

Diversos profissionais de saúde têm promovido o desenvolvimento de inúmeros programas educativos e projectos de intervenção psicológica, individuais ou em grupo, na área dos cuidados de saúde primários e secundários, numa perspetiva de promoção da saúde (António, 2010).

Nas doenças crónicas, um maior nível de conhecimento sobre a doença e as suas complicações está relacionado com uma melhoria da QDV, e com uma maior aceitação da doença (António, 2010).

A promoção da QDV através da intervenção psicológica centra-se na mudança de estilo de vida, nomeadamente, a nível dos processos cognitivos e emocionais associados a aspectos físicos, comportamentos, psicológicos e sociais, sendo bastante pertinente e de grande importância (Gaspar et al., 2008). Esta mudança inclui uma abordagem focada nos aspectos positivos e não nas disfunções/perturbações e intervir a nível interpessoal e comunitário devido à importância dos aspectos sociais, que se desenvolvem conjuntamente com aspectos funcionais e psicológicos (Gaspar et al., 2008). As intervenções têm, assim, por finalidade melhorar o bem-estar e elevar os níveis de QDV (Gaspar et al., 2008).

3.3 Qualidade de Vida na Dor Crónica

O conceito de QDV foi incorporado na pesquisa na área da saúde, durante a década de 80 do século XX, com o principal objectivo de avaliar o impacto da QDV na saúde, como critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Paredes et al., 2008).

A dor crónica, devido à sua natureza subjectiva, pode ser entendida de diferentes maneiras por cada indivíduo, de acordo com diferentes factores, tais como a idade, sexo, contexto cultural e experiências anteriores (Castro et al., 2011). Além disso, pacientes com dor crónica, que maioritariamente precisam de tratamento contínuo durante um longo período, apresentam alterações importantes na sua QDV (Masheb, 2009). A dor crónica pode produzir impactos negativos sobre a QDV do indivíduo pois a dor torna-se o foco primário de sua atenção (Ruivo et al., 2015). Alguns autores sugerem que quanto maior for a intensidade da dor, menor será a percepção de controlo do indivíduo sobre a

sua vida, causando mudanças nas actividades de vida diária, alterando o equilíbrio emocional do indivíduo e causando prejuízos de natureza social e profissional, como fadiga física e emocional, distúrbios de sono, dificuldade em se alimentar, perda de contacto social e absentismo no trabalho, inevitavelmente atingindo várias dimensões da QDV (Castro et al., 2011; Cunha & Mayrinc, 2011; Ruivo et al., 2012).

A duração da dor é um aspecto importante para avaliar o impacto da dor na QDV de milhões de pessoas que sofrem de dor crónica (Pedrosa et al., 2011). Segundo a OMS (2004), “uma em cada cinco pessoas sofre de dor crónica de intensidade moderada a grave e uma em cada três é incapaz de manter uma vida independente devido à dor”

A dor crónica, por si só, provoca sofrimento e restrições na QDV dos indivíduos, tais como: stresse, irritabilidade, desesperança, depressão, fadiga e incapacidades (Silva & Martins, 2014). Uma boa QDV auxilia o equilíbrio e o bem-estar da vida do indivíduo (Cunha & Mairync, 2011).

A dor crónica, como já referido, exerce impacto negativo sobre a QDV dos indivíduos. Em geral, há um declínio significativo da funcionalidade, das relações sócio-familiares e da QDV nos indivíduos com dor crónica (Couvreur, 2001). Considerado o sintoma mais temido, a dor é vista como uma ameaça ao modo de vida. É uma causa profunda de perturbação da QDV uma vez que frequentemente não afecta apenas um órgão, podendo irradiar para outras partes do corpo ou mesmo para todo o corpo (Couvreur, 2001). Assim a QDV das pessoas afectadas, directa ou indirectamente, por dor crónica, pode ficar drasticamente diminuída (Pain Associates International Network, 2004).

Os pacientes com dor crónica costumam associar QDV a relacionamentos positivos, actividades de recreação e sentimentos de segurança, além de relacionarem QDV à habilidade de cuidar de si próprios e à independência funcional (Ferreira & Neto, 2003).

O Relatório Pain in Europe (2003) mostra que, na Europa, entre metade e dois terços dos indivíduos com dor crónica foi menos capaz ou foi mesmo incapaz de praticar exercício, de dormir tranquilamente (sono reparador), conduzir, participar actividades sociais, caminhar ou ter relações sexuais. Um em quatro deixou de se relacionar com a

família e os amigos; um em três foi incapaz de manter um estilo de vida independente; um em cinco apresentava depressão devida à dor; um terço dos doentes sofria constantemente de dor e 17% dos doentes sofria tanto que nalguns dias “desejava morrer”.

Para Martins et al. (1996), a complexidade inerente à vivência da cronicidade da doença tem conduzido a que diversos autores tenham desenvolvido estudos que visam analisar o impacto desta condição sobre a QDV das pessoas com doença crónica, de acordo com diferentes aspectos. A QDV constitui um conceito intensamente subjectivo, envolvendo todos os elementos essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural e espiritual (Martins et al., 1996).

Num estudo de Pedrosa et al. (2011) 100 doentes que se queixavam de dor crónica, com média de idade de 64,83 anos, sendo 67% do género masculino, 54% casados, 18% viúvos, 14% divorciados, 7% solteiros ou em união estável, foram avaliados através da EVA de dor e do WHOQOL-Bref. Os resultados indicaram que a média para a dor crónica foi de $5,59 \pm 3,16$ pontos. As médias para a QDV foram: no domínio físico, $44,75 \pm 16,98$; na faceta geral, $50,0 \pm 22,40$; no ambiental, $55,06 \pm 13,51$; no psicológico, $56,21 \pm 17,19$; e no social, $68,33 \pm 21,84$. Assim, o domínio físico foi, dentre os domínios analisados, o que revelou menor QDV nos doentes com dor crónica avaliados.

Cunha e Mayrinc (2011) realizaram um estudo transversal descritivo, exploratório com uma amostragem de conveniência composta por 50 idosos, com diagnóstico clínico de dor crónica e idade igual ou superior a 60 anos, com o objectivo de avaliar a influência da dor crónica na QDV dos idosos. Os instrumentos utilizados foram o WHOQOL-Bref e a EVA de dor. Dos pacientes, 76% eram mulheres, com média de idade de $72 \pm 7,36$ anos, sendo 38% casados, 28% viúvos, 22% solteiros e 12% separados. Foram identificados 34% com distúrbios da coluna; 22% com artrite reumatóide, 18% com osteoporose, 14% com artrose e 12% com tendinopatias. Como resultados, o WHOQOL-Bref permitiu evidenciar a relação negativa entre dor crónica e QDV no domínio físico e nas relações sociais dos idosos estudados. Observou-se que a dor se associou à fadiga, aos distúrbios do sono, à dependência de tratamentos ou ao uso de medicamentos. Através da EVA foi identificado um padrão de dor moderada. Para

concluir, pode se afirmar que existe uma relação negativa entre dor crónica e QDV dos idosos avaliados.

No mesmo seguimento, Gagliese e Melzack (2003) defendem que a diminuição da QDV nos domínios físico e de relações sociais dos idosos com dor crónica pode afectar também a manutenção da autonomia, pois estes poderão deixar ou limitar o desempenho das suas funções do dia-a-dia, tornando-se dependentes a nível social, económico e cultural.

Nestes últimos três estudos é possível verificar que, dos domínios do WHOQOL-Bref, embora as populações sejam distintas, o domínio físico estava em todos “afectados”.

Um outro estudo realizado em Portugal, por Oliveira et al. (2009), teve como objectivo avaliar as diferenças na QDV do ponto de vista da saúde física e mental, limiar e percepção de dor e utilização de estratégias de *coping* passivo com a dor crónica. A amostra tinha um total de 86 pacientes, com três subgrupos, sendo 25 com Fibromialgia (FM), 31 com Artrite Reumatóide (AR) e 30 com Osteoartrose (AO). A idade média situou-se nos 55,15 anos (entre os 23 e os 80 anos). Em relação ao género, 77,9% eram indivíduos do sexo feminino. Igual percentagem, 77,9%, foi encontrada no que se refere ao estado civil de casado. Quanto aos instrumentos utilizados para a avaliação, recorreram a um Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC), ao Questionário de Estado de Saúde (SF-36), Questionário de Formas de Lidar com a Dor (PCI), escala visual analógica da dor (EVA) e avaliação do limiar da dor com aplicação do dolorímetro. Os resultados indicam que os pacientes com FM perceberam, por um lado, os níveis mais reduzidos de QDV e limiar de dor e, por outro lado, os níveis mais elevados de percepção da dor (EVA) e utilização de estratégias de *coping* passivo. O padrão de associações entre variáveis nos três grupos em estudo sugere que o processo de dor crónica tende a ser gerido com mais sucesso entre os pacientes com OA, seguindo-se AR e, por fim, FM.

Desta forma, é importante reflectir sobre QDV, para que os indivíduos com dor crónica, desde o início tenham conhecimento e informação para que o impacto da sua satisfação na sua QDV seja o menor possível.

3.4 Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual

Pode defender-se que uma QDV satisfatória está intimamente associada a função sexual, pois a actividade sexual tem impacto na satisfação sexual do doente, em diversos aspectos da vida pessoal e nas suas relações (Brito et al., 2010).

Tal como a QDV, a sexualidade relaciona-se directamente com o bem-estar e com as experiências de cada um. Isto torna claro que a sexualidade não é um conceito que possa ser considerado separadamente do conceito de saúde.

A pesquisa bibliográfica sobre este tópico foi efectuada recorrendo às base de dados RCAAP e PUBMED, Scientific Electronic Library Online – SciELO, com as seguintes palavras-chave “quality of life and sexual function and pain” e “Quality of life and sexuality”. Na base de dados RCAAP, foram encontradas 28 publicações, mas dessas publicações foram excluídas as que não mencionavam as duas variáveis em estudo. Assim, foram seleccionadas 2 publicações que preenchem os critérios estabelecidos. Na base de dados PUBMED, foram encontradas 404 publicações, das quais só duas foram utilizadas neste estudo, uma vez que as outras não cumpriam os requisitos em causa. Não tendo sido identificados estudos que remetam para a QDV, funcionamento sexual e dor crónica, e em ambos os sexos, optou-se por ter em consideração os estudos que se passarão a mencionar.

Heukelom et al. (2016) realizaram um estudo sobre QDV relacionada com a saúde e funcionamento sexual de homens HIV-positivo, em que foram analisados três grupos com tratamentos diferentes: 54 indivíduos com imiquimod, 48 indivíduos com fluorouracilo tópica, e 46 com electrocauterização, tratamentos administrados durante 16 semanas. A QDV e funcionamento sexual foram avaliados antes, durante, e 4 semanas após o tratamento. Foi utilizado o EQ5D e itens do Índice Internacional de Função Erétil. Todas as opções de tratamento tiveram um impacto negativo na QDV relacionada com a saúde. Eletrocautério tem efeitos significativamente mais negativos sobre a QDV relacionada com a saúde, do que imiquimod e fluorouracilo e também tem um efeito negativo sobre o funcionamento sexual.

Caruso et al. (2015) desenvolveu um estudo acerca da dor pélvica crónica, QDV e saúde sexual de mulheres. Este estudo foi constituído por 56 mulheres, avaliadas através da EVA, SF-36, FSFI e Female Sexual Distress Scale (FSDS). Os resultados indicam que a redução progressiva da síndrome de dor durante o período de tratamento contribuiu para melhorar a QDV e a vida sexual das mulheres.

Num estudo realizado por Huguet et al. (2009), sobre QDV e sexualidade de mulheres com cancro de mama, em que participaram 110 mulheres, conclui-se que um melhor nível socioeconómico e de escolaridade, relação marital estável e cirurgia com conservação mamária estavam associados a melhor QDV, inclusive a sexual.

Já no que diz respeito a um estudo de Bertan e Castro (2010), estes concluíram, com uma amostra de 82 pacientes com cancro, com idades compreendidas entre 20 e 50 anos, que os pacientes que apresentaram maior QDV eram pacientes que apresentaram maior índice de satisfação sexual.

Perante a apresentação da síntese da literatura revista, segue-se a parte empírica do presente estudo, que nela foi baseada.

Parte II: Estudo Empírico

Capítulo IV – Objectivos e Método da Investigação

4.1 Objectivos

O objectivo geral deste estudo é explorar a relação entre qualidade de vida e funcionamento sexual em pessoas com dor crónica, utentes de Unidade da Dor do Hospital São João (HSJ) - EPE. Neste sentido, elaboram-se os seguintes objectivos específicos:

1. Caracterizar a amostra quanto à dor;
2. Caracterizar a QDV de indivíduos com dor crónica;
3. Caracterizar o funcionamento sexual de indivíduos com dor crónica;
4. Explorar a relação entre QDV e funcionamento sexual da amostra;
5. Explorar a relação entre características psicossociais (QDV e funcionamento sexual) e sociodemográficas da amostra; e
6. Explorar a relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e clínicas, da amostra.

4.1.1 Participantes

Uma população, também designada por universo, é composta por um conjunto de indivíduos que apresentam uma ou mais características em comum (Reis, 2005). Uma amostra é um subconjunto retirado da população (Gomes, 2007).

Os participantes da presente investigação foram seleccionados através de uma amostragem não probabilística, isto é, de conveniência (Pais-Ribeiro, 1999). Assim a amostra recolhida intencionalmente é composta por 51 utentes inscritos na consulta da Unidade da Dor do HSJ. A amostra foi recolhida sequencialmente em função de dois critérios: ter 18 ou mais anos de idade e ter diagnóstico de dor crónica.

Ao analisar a tabela 1, que contém a síntese das características sociodemográficas, recolhidas através do Questionário Sociodemográfico, pode verificar-se que a amostra é

maioritariamente constituída por mulheres, grande parte da amostra é casado(a), sendo que a maior parte referia viver com o marido/esposa ou companheiro(a), considerando ter uma relação “boa” com o marido/esposa ou companheiro(a) e tinha filhos. Quanto ao grau de escolaridade a maior percentagem frequentara a escola primária/ 1º ciclo, na situação profissional havia uma oscilação, com valores próximos, entre empregados, desempregado e reformado, e com idades compreendidas entre os 20 e os 76 anos.

Tabela 1. *Características Socio-demográficas da amostra (N=51)*

Características Sócio- Demográficas	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	37	72,5
Masculino	14	27,5
Nível de Escolaridade		
Escola Primária/ 1º Ciclo	23	45,1
Ciclo Preparatório/ 2º Ciclo	6	11,8
3º Ciclo	12	23,5
Ensino Secundário	5	9,8
Licenciatura	5	9,8
Situação Profissional		
Empregado	18	35,3
Desempregado	14	27,5
Reformado	15	29,4
Outro	4	7,8
Estado Civil		
Solteiro	5	9,8
Casado(a)/ União de Facto	40	78,4
Divorciado(a)/Separado(a)	4	7,8
Viúvo(a)	2	3,9
Filhos		
Sim	42	82,4
Não	9	17,6
Relação Com o/a Companheiro(a)		
Boa	29	56,9

Razoável	9	17,6
Má	4	7,8

Quanto às características clínicas, observou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: Lombalgia e Cervicalgia, sendo que toda a amostra respondeu que tomava medicação.

Tabela 2. *Caracterização Clínica da Amostra (N=51)*

Características Clínicas	N	%
Diagnósticos		
Fibromialgia	4	7,8
Lombalgia	21	41,2
Cervicalgia	10	19,6
Dor Neuropática	3	5,9
Lupus Eritemoso Sistémico	2	3,9
Dor Crónica Generalizada	2	3,9
Doença Oncológica	2	3,9
Esclerose Múltipla	2	3,9
Dores Osteoarticulares	1	2,0
Dor Crónica Pós Cirurgia	1	2,0
Síndrome Miofacial Atípico	2	3,9
Lesão do Plexo Braquial	1	2,0
Toma Medicação		
Sim	51	100
Não	0	

1*

*Por questões éticas e por indicação da orientadora da presente Dissertação de Mestrado, uma cópia do protocolo de avaliação utilizado, bem como das respectivas autorizações obtidas serão facultadas em dossier separado apenas aos membros do júri.

4.1.2 Material

A realização deste estudo foi apoiada em vários instrumentos de avaliação, que de seguida serão descritos.

Questionário Sócio-demográfico e Clínico. Este questionário foi estruturado especificamente para o presente estudo e foi elaborado de modo a caracterizar os participantes, sendo constituído pelos seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, com quem vive, há quanto tempo está numa relação amorosa, se tem filhos, se vive com o companheiro(a) e como considera a relação. As variáveis clínicas foram seleccionadas para fazer uma breve caracterização acerca da condição de saúde dos participantes, inclui os itens: qual o seu diagnóstico/doenças e se toma medicação. O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi construído com base em instrumentos utilizados noutros estudos e de forma a atender aos objectivos específicos do presente estudo.

Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventoty- Short Form). O Inventário Resumido da Dor (BPI) representa um instrumento de avaliação da dor da autoria de Cleeland e Ryan (1994), tendo sido realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) a sua tradução, adaptação cultural e validação para Portugal, por Azevedo et al. (2007). O BPI, é um questionário que tem como objectivo avaliar a intensidade da dor e a incapacidade associada à dor no funcionamento diário dos indivíduos, especificamente a nível de severidade e a nível da interferência (Ferreira-Valente et al., 2012).

Inicialmente foi criada uma versão longa do BPI, que se revelou demasiado extensa para ser utilizada repetidamente na monitorização clínica ou na investigação (Cleeland, 2009). Perante essa realidade foi desenvolvida uma versão mais reduzida do BPI (Cleeland, 2009). Esta versão é amplamente utilizada para a avaliação da dor em contextos clínicos e de investigação, em diferentes patologias incluindo a dor crónica (Cleeland, 2009; Ferreira-Valente et al., 2012; Sousa & Silva, 2005). Embora inicialmente tenha sido desenvolvido para avaliar a dor oncológica, evidenciou ser uma medida adequada para a dor não oncológica (Cleeland, 2009).

O instrumento é constituído por 15 itens. O primeiro item é dicotómico e permite verificar a existência de dor; o segundo item identifica e localiza a dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano; os quatro itens seguintes (dor máxima, mínima, média e no presente momento) permitem classificar a dor a partir de escalas numéricas de classificação 0-10 (0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “pior dor que se pode imaginar”). Estes itens correspondem à subescala de Severidade da dor. O item 7 avalia as estratégias terapêuticas utilizadas, e um outro avalia através de uma escala classificativa percentual, a eficácia destes. E por último, os restantes 7 itens constituem a subescala da Interferência Funcional nas actividades gerais (mobilidade, humor, relações com as pessoas, trabalho, sono e prazer em viver), também classificados com escalas numéricas de classificação 0-10 (0 corresponde a “não interferiu” e 10 corresponde a “interferiu completamente”) (Azevedo et al., 2007). Segundo Cleeland (2009) o primeiro item, que diz respeito às dores comuns nas últimas semanas, é opcional.

O BPI é de cotação fácil, rápida e simples, afigurando-se como um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa óptica multidimensional (Azevedo et al., 2007). A cotação do instrumento é realizada a partir da soma dos itens de cada escala e dividido pelo número de itens (Azevedo et al., 2007). Portanto, a avaliação da severidade recai em 4 itens (intensidade máxima de dor, intensidade mínima de dor, intensidade média de dor, intensidade de dor neste preciso momento), somando a pontuação obtida em cada um destes itens, dividindo pelo número de itens, tendo o doente de responder aos 4 itens (Cleeland, 2009). Este resultado permite obter uma visão mais concreta e uma orientação classificativa da percepção do nível de severidade de dor do doente na última semana (Azevedo et al., 2007). Utilizando a mesma lógica para a avaliação da interferência, que incorpora 7 itens (Azevedo et al., 2007), é possível obter uma classificação do grau de severidade da dor, somando a pontuação obtida em cada item, dividindo pelo número de itens.

Considerando a dor não-oncológica referem-se as seguintes classificações: interferência leve (1-3), interferência moderada (4-6) e interferência severa (7-10) (Hauber, et al., 2008). Só se poderá obter esse valor se mais de 50% dos itens, ou seja, se mais de 4 itens tiverem sido completados pelo respondente (Cleeland, 2009). Este valor irá permitir obter uma orientação sobre a importância da percepção da

interferência da dor na vida do indivíduo na última semana, potenciando uma reflexão sobre o quanto a sua dor tem interferido nas mais diversas áreas do seu dia-a-dia (Azevedo et al., 2007).

O tempo de aplicação do instrumento é estimado entre 5 a 15 minutos, sendo desta forma um instrumento de rápido preenchimento e adequado a populações clínicas (Azevedo et al., 2007)

A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa, como já foi referido, foi realizada pela FMUP, a partir de um estudo que contemplou uma amostra de 331 doentes seguidos em 13 Unidades de Dor Crónica a nível nacional. A análise descritiva dos itens permitiu verificar níveis elevados de severidade e interferência funcional da dor nestes doentes (Azevedo et al., 2007). No que diz respeito à análise de consistência interna para as subescalas, verificou-se um valor de alfa de 0,985 para a subescala severidade da dor e um valor de alfa de 0,842 para a subescala interferência da dor, apresentando neste sentido uma boa consistência interna (Azevedo et al., 2007).

Os estudos realizados em Portugal têm demonstrado boas qualidades psicométricas, nomeadamente validade e fidelidade (Azevedo et al., 2007; Ferreira-Valente et al., 2012), o que vai ao encontro das investigações em diferentes culturas e línguas com este instrumento (Ferreira-Valente et al., 2012). Por exemplo, nos EUA, o Eastern Cooperative Oncology Group realizou um estudo nacional com uma amostra de 1261 doentes oncológicos de 80 centros, constatando uma boa consistência interna (*Alfa de Cronbach*): subescala severidade entre 0,80 e 0,87 e subescala interferência da dor entre 0,89 e 0,92 (Cleeland, 2009).

O presente estudo, a análise da consistência interna realizada, através do *Alfa de Cronbach*, corrobora com a boa consistência interna desta escala.

Tabela 3. *Coeficientes de Consistência Interna do Inventário Resumido da Dor (BPI)*

Dimensões	Alfa obtido no presente estudo	Valor de Alfa do estudo de Azevedo et al.(2007)
Severidade	0,91	0,98
Interferência	0,80	0,84

A escolha do BPI para o presente estudo, deveu-se ao facto, de este ser um instrumento de avaliação da severidade e da interferência da dor no funcionamento diário do indivíduo (Azevedo et al., 2007). Para além deste aspecto, o BPI constitui um instrumento válido, reprodutível e sensível na caracterização da dor, permitindo uma aplicação e cotação fácil, rápida e simples e apresenta boas qualidades psicométricas (Azevedo et al., 2007).

Importa salientar que a qualidade e importância deste instrumento foram realçadas pela existência de versões validadas em mais de 10 línguas, sendo este, recomendado por profissionais na área da medição e avaliação da dor (Azevedo, et al., 2007).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Este instrumento, na sua versão original, foi desenvolvido pelo WHOQOL Group, tendo sido traduzido para Português por Canavarro et al. em 2006. O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada WHOQOL-100 e surgiu da necessidade de ter um instrumento de administração rápida (Sousa, 2013).

O WHOQOL-BREF é composto por 26 perguntas, duas mais gerais, relativas à percepção geral da QDV e à percepção geral de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Neste sentido, enquanto que na versão longa do instrumento de avaliação da QDV da OMS cada uma das facetas é avaliada por 4 perguntas, no WHOQOL-BREF cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta (Vaz Serra et al., 2006). Desta forma, este instrumento conserva as 24 facetas do WHOQOL-100 e mantém a essência subjectiva e multidimensional do conceito de QDV (Vaz Serra et al., 2006).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 itens, em que 24 itens distribuem-se por quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e os restantes 2 itens, que avaliam a QDV geral e a percepção geral de saúde constituem a Faceta Geral da QDV (Pedrosa et al., 2011). O domínio Físico engloba sete itens: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; actividades de vida diária; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio Psicológico contém seis itens: sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais (Pedrosa et al., 2011). No domínio Relações Sociais encontram-se três itens: relações pessoais, apoio social e actividade sexual. E por último, no domínio Ambiente, existem oito itens: segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais - disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/ barulho/trânsito/ clima) e transporte (Pedrosa et al., 2011).

A nível de Saúde, o WHOQOL-Bref avalia o impacto da doença na QDV das pessoas e pode ser utilizado em ensaios clínicos ou em pesquisas epidemiológicas, uma vez que facilita a compreensão das doenças e o desenvolvimento de novos tratamentos (Pedrosa et al., 2011). Este instrumento ajuda a monitorizar as mudanças ao longo das intervenções realizadas (Pedrosa et al., 2011).

A consistência interna avaliada através do α de Cronbach foi de 0,92, considerando-se todas as questões da escala, variando entre 0,64 e 0,87, ao considerar os domínios individualmente (Canavarro et al., 2010). A consistência interna da WHOQOL-Bref neste estudo, avaliada pelo *alfa de Cronbach* de todas as questões da escala é de 0,86.

A escolha do WHOQOL-Bref deveu-se ao facto deste avaliar globalmente a QDV em diferentes aspectos da vida das pessoas, podendo ser aplicado a todas as pessoas independentemente do diagnóstico e do tratamento. Por outro lado, a sua utilização em elevado número de estudos, em diversos países, evidenciou boas propriedades psicométricas, sendo uma referência na medição da QDV (Simões, Sousa, Vilar & Paredes, 2010).

A Escala de Função Sexual do MSQOL-54. Esta escala é constituída por 4 itens, estando traduzido em diversas línguas. É de rápida e simples administração, cotação e interpretação, sendo que valores mais elevados correspondem a piores resultados ao nível do funcionamento sexual. (Meneses et al., 2013).

O questionário completo, o Multiple Sclerosis Quality of Life (MSQoL-54), é uma escala desenvolvida por Vickrey, Hays, Harooni, Myers e Ellison (1995), específica para avaliar a QDV de indivíduos com esclerose múltipla (Pedro & Pais Ribeiro, 2010). O MSQOL-54 apresenta 54 questões e divide-se em duas partes – questionário genérico de saúde - o SF-36 - e 18 questões de avaliação específica da doença. O questionário avalia dois grandes domínios - Saúde Física e Saúde Mental, que englobam 12 subescalas (Pedro & Pais Ribeiro, 2010). O domínio da Saúde Física engloba: função sexual, função física, fadiga, dor, vitalidade, papel das limitações físicas; o domínio da saúde mental inclui: função social, função cognitiva, bem-estar emocional, papel das limitações emocionais, preocupação com saúde e qualidade de vida (Pedro & Pais Ribeiro, 2010).

Para fazer a cotação deste instrumento, obtém-se a nota bruta de cada dimensão somando os valores de cada item depois de transformados. Os itens e dimensões da MSQOL-54 são cotados de tal modo que à nota mais elevada corresponde uma melhor percepção do estado de saúde ou melhor qualidade de vida. Saliente-se ainda que a MSQOL-54 apresenta alfas entre 0,75 e 0,96 (Pedro & Pais Ribeiro, 2010).

4.1.4 Procedimento

Inicialmente, solicitou-se autorização para utilizar os instrumentos BPI, WHOQOL-Bref e Escala de Função Sexual de MSQOL-54. O uso do BPI foi possível através da autorização cedida à Unidade da Dor do HSJ para investigações neste contexto. No que diz respeito ao WHOQOL-Bref e à Escala de Função Sexual de MSQOL-54, foram solicitadas as autorizações à Prof. Doutora Cristina Canavarro e ao Prof. Doutor Pais Ribeiro e à Prof. Doutora Luísa Pedro, respectivamente. Após a obtenção destas autorizações, procedeu-se ao pedido de autorização para realização do estudo, por escrito, à Comissão de Ética do HSJ, tendo esta sido concedida.

Após obtenção das devidas autorizações, o contacto com os utentes da Unidade da Dor foi possibilitado pela psicóloga da Unidade, Dr.^a Virgínia Rebelo. A recolha de dados foi realizada aquando das consultas dos doentes previamente agendadas pela Dr.^a Virgínia Rebelo, de modo a evitar a deslocação do doente apenas para a investigação.

Assim, após a manifestação de interesse e de disponibilidade por parte do doente, a Dr.^a Virgínia Rebelo e/ou investigadora, no âmbito das suas actividades de estágio, apresentava o estudo, realçando que a participação era voluntária e não havia nenhum tipo de consequências pela recusa ou desistência de participação na investigação, sendo sublinhados a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, que apenas seriam utilizados para fins de investigação, sendo tudo isto também esclarecido na ficha de informação que era fornecida ao potencial participante. Esta recolha de dados era realizada de forma individual, numa única sessão, no consultório de Psicologia da Unidade da Dor, através de auto-preenchimento dos questionários, na presença da investigadora para que, fosse possível o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir.

No que respeita à ordem de administração do protocolo de investigação, após o preenchimento do formulário de consentimento informado, foi administrado o Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, seguido do BPI, WHOQOL-Bref e Escala de Função Sexual de MSQOL-54.

Por fim, os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada no Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 24, usado para o tratamento de dados.

Capítulo V- Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1 Resultados

Os resultados serão apresentados respeitando a ordem de numeração dos objectivos da investigação referidos anteriormente.

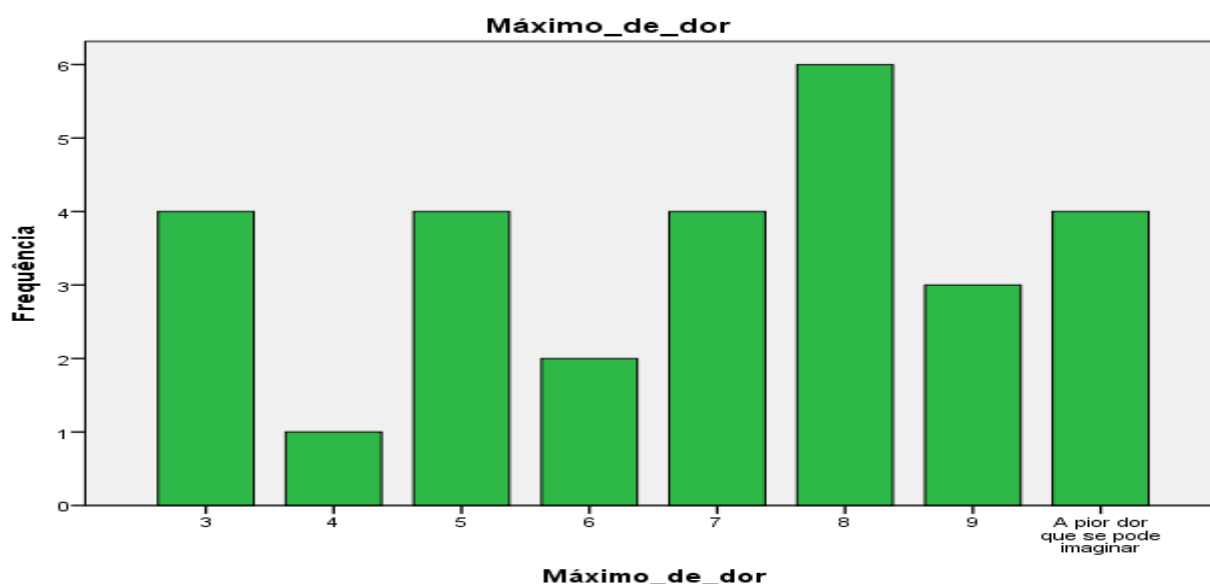
5.1.1 Caracterização da dor da amostra

Através da análise das respostas ao item do BPI “máximo de dor” é possível verificar como demonstra a Tabela 4 e o Gráfico 1, que a média representa uma dor moderada, havendo respostas que atingiram o máximo de dor possível, com o valor 8 a ser o mais frequente indicado.

Tabela 4. *Caracterização da Dor Máxima da Amostra (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Máximo de dor	6,82	2,31	3	10

Gráfico 1. *Distribuição do Máximo de Dor (N=51)*

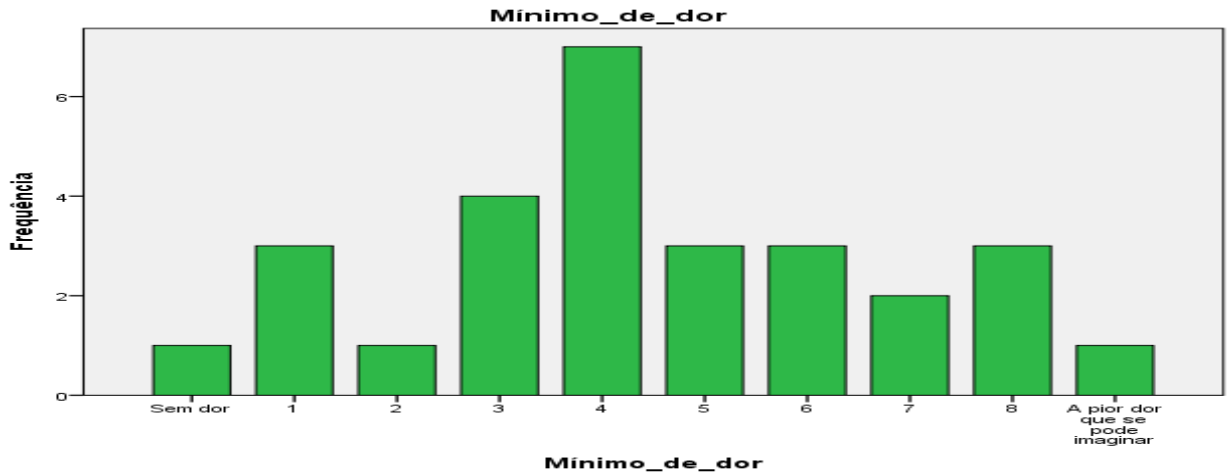


Relativamente à análise do item do BPI relativo ao “mínimo de dor” verifica-se que a média de percepção da dor dos participantes correspondeu a uma dor moderada, havendo uma oscilação de respostas entre o mínimo e o máximo de dor possível, com o valor 4 a ser o mais frequentemente indicado, como se pode apurar na Tabela 5 e no Gráfico 2.

Tabela 5. Caracterização do Mínimo de Dor da Amostra (N=51)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Mínimo de Dor	4,50	2,44	0	10

Gráfico 2. Distribuição do mínimo de Dor (N=51)

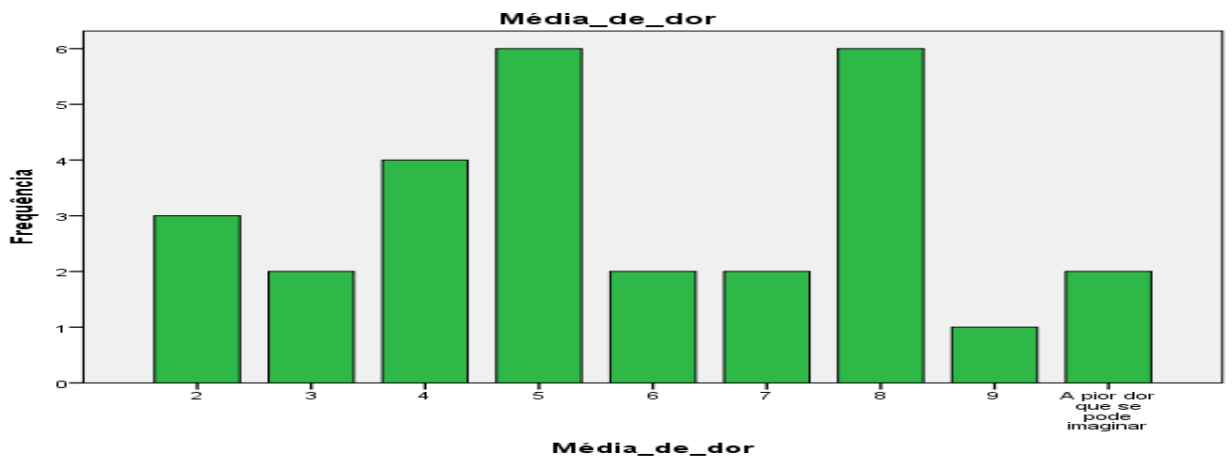


Relativamente à análise das respostas ao item do BPI relativo à “média de dor”, constata-se que a média da percepção de dor dos participantes refere-se a uma dor moderada, com o valor 5 e 8 mais frequentemente indicado.

Tabela 6. Caracterização da Média de Dor da Amostra (N=51)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Média de Dor	5,75	2,38	2	10

Gráfico 3. Distribuição da Média de Dor da Amostra (N=51)

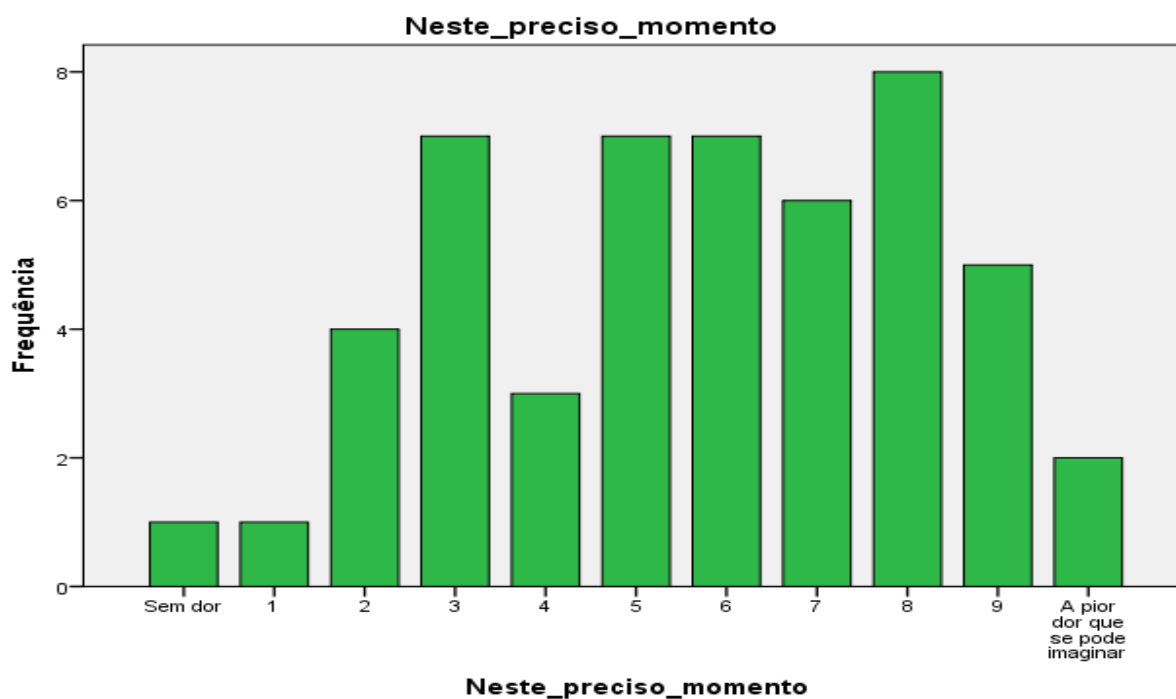


Através da análise das respostas ao item do BPI relativo à “dor neste preciso momento”, patente na Tabela 7 e no Gráfico 4, verifica-se que a média da percepção de dor dos participantes no momento da avaliação correspondeu a uma dor moderada, havendo resposta entre o mínimo e o máximo de dor possíveis, com o valor 8 a ser o mais frequentemente indicado.

Tabela 7. *Caracterização momentânea da Dor da Amostra (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Dor neste preciso momento	5,69	2,51	0	10

Gráfico 4. *Distribuição da Dor no Momento Presente (N=51)*

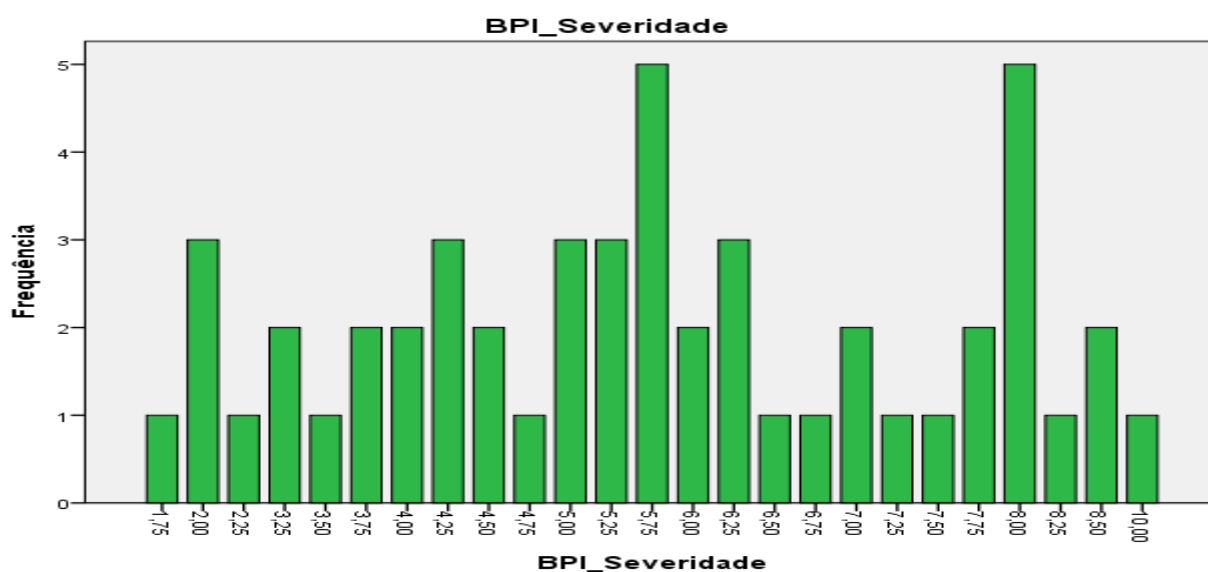


Relativamente à percepção de gravidade da dor na última semana, recolhida através da Subescala Severidade da Dor do BPI, verificou-se uma média correspondente a uma classificação de severidade de dor moderada (Cf. Tabela 8 e Gráfico 5).

Tabela 8. *Caracterização da Severidade da Dor da amostra (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min/Max
Severidade da Dor	5,59	2,10	1,76-10

Gráfico 5: *Distribuição da Severidade de Dor (N=51)*



Quanto à percepção do doente sobre o impacto da sua dor nas actividades do quotidiano na última semana, obtida através da Subescala Interferência da Dor do BPI, foi obtido um valor médio que corresponde a um grau de interferência da dor moderado (cf. Tabela 9).

Tabela 9. *Caracterização da Interferência da Dor da amostra (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Interferência de Dor	5,64	2,10	0,86	9,57

Ainda relativamente à Subescala Interferência da Dor, os resultados indicam uma dor que interfere em todas as áreas abordadas pelo BPI (Cf. Tabela 10). Mais especificamente, a área mais afectada pela dor corresponde à actividade geral, em seguida o trabalho normal, interferência para andar a pé, no sono, na disposição e prazer de viver, tendo sido a área de relações com outras pessoas, a área pontuada pelos participantes, como menos afectada pela dor.

Tabela 10. *Caracterização das áreas de Interferência da Dor (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Actividade Geral	7,20	2,12	2	10
Disposição	5,57	3,45	0	10
Andar a pé	6,25	3,26	0	10
Trabalho Normal	6,69	2,46	0	10
Relação com as outras pessoas	3,04	3,20	0	10
Sono	6,20	3,55	0	10
Prazer de Viver	4,61	3,60	0	10

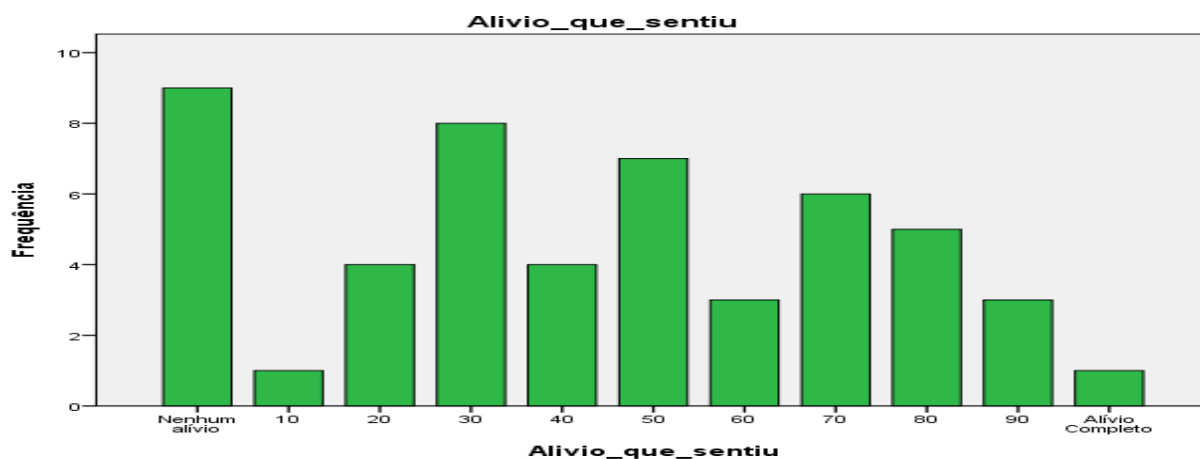
No que diz respeito à utilização de medicamentos para o alívio da dor e à importância deste alívio, todos os participantes utilizavam medicação para o tratamento da sua dor, sendo em média a percepção do alívio do tratamento inferior a 50%, tendo sido o alívio completo atingido pelo menos por um dos participantes.

Tabela 11. *Alívio da medicação da Amostra (N=51)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Alívio da Medicação	43,33	29,51	0	100

Mais especificamente, e tal como o Gráfico 2 demonstra, 60% da amostra refere um alívio da medicação igual ou inferior a 50%.

Gráfico 6. *Distribuição do Alívio da Dor com Medicação (N=51)*



5.1.2 Caracterização da Qualidade de Vida da amostra

Quanto à caracterização da QDV, é importante lembrar que os *scores* transformados dos domínios do WHOQOL-BREF variam entre 0 e 100, em que 0 corresponde a “pouca QDV” e 100 a “boa QDV” (Canavarro et al., 2010). Assim, pode-se verificar que o domínio das Relações Sociais foi aquele que, em média, obteve maior pontuação, sendo que o domínio Físico apresentou a média mais baixa (cf. Tabela 9), sendo o único dos *scores* em que o valor médio foi inferior ao ponto médio.

Em termos médios, pode-se ainda observar que os domínios Psicológico e Ambiental apresentam valores próximos, no entanto, a dispersão verificada no domínio Ambiental é menor. O domínio das Relações Sociais foi o único em o valor máximo foi alcançado pelo menos uma vez por um dos participantes.

Tabela 12. *Caracterização da Qualidade de Vida da Amostra (N=51)*

	M	DP	Min	Max
Domínio Físico	43,70	16,71	7,14	78,57
Domínio Psicológico	59,63	20,36	4,17	91,67
Domínio Relações Sociais	63,72	18,01	16,67	100,00
Domínio Ambiente	55,93	12,18	28,13	87,50
Faceta Geral	12,50	21,55	12,50	100,00

5.1.3 Caracterização do Funcionamento Sexual da amostra

Segundo a Escala de Funcionamento Sexual do MSQOL, quanto mais o valor se aproxima de 100, melhor será a função sexual. Assim, pode-se verificar, através da análise da Tabela 10, que há diferenças entre a função sexual masculina e a função sexual feminina, sendo o valor médio da função sexual feminina inferior. Também é possível observar que na função sexual masculina ninguém pontuou o mínimo, e na função sexual feminina tal verificou-se. Contudo, é importante referir que a amostra é composta maioritariamente por mulheres, havendo um desequilíbrio entre o número de participantes de ambos os sexos. É ainda de referir que em ambos os sexos houve pelo menos um participante que pontuou o máximo possível.

Tabela 13. *Caracterização da Função Sexual Masculina (N=14) e Feminina (N=37)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Função Sexual Masculina	83,93	22,29	33,30	100
Função Sexual Feminina	59,01	34,49	0	100

Quanto às áreas avaliadas pela Escala de Funcionamento Sexual Feminino do MSQOL-54, é possível verificar-se que a área mais afectada é a falta de interesse sexual, em seguida a dificuldade em ter um orgasmo, lubrificação inadequada, sendo a capacidade para satisfazer o parceiro pontuada como a menos afectada.

Tabela 14. *Caracterização das Áreas mais Afectadas da Função Sexual Feminina (N=37)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Falta de Interesse Sexual	45,04	43,19	0	100
Lubrificação Inadequada	69,37	39,99	0	100
Dificuldade em ter orgasmo	50,45	44,87	0	100
Capacidade para satisfazer parceiro	71,17	38,62	0	100

Quanto às áreas avaliadas pela Escala de Funcionamento Sexual Masculino do MSQOL-54, pode-se verificar que todas pontuam com médias elevadas, sendo a área falta de interesse sexual a única que atingiu o valor mínimo mais baixo.

Tabela 15. *Caracterização das Áreas mais Afectadas da Função Sexual Masculina (N=14)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Max
Falta de Interesse Sexual	80,95	33,88	0	100
Dificuldade em manter erecção	88,100	21,10	33,30	100
Dificuldade em ter orgasmo	85,70	28,40	33,30	100
Capacidade para satisfazer a parceira	80,94	31,27	33,30	100

Relativamente à Satisfação Sexual, também avaliada pela Escala de Funcionamento Sexual do MSQOL-54, pode-se verificar na tabela 13 que a está ligeiramente superior ao ponto médio da escala.

Tabela 16. *Caracterização da Satisfação Sexual (N=51)*

	M	DP	Min	Max
Satisfação Sexual	57,84	30,20	0	100

5.1.4 Relação entre Qualidade de vida e Funcionamento Sexual da amostra

Primeiramente apresentar-se-á a análise da relação entre o funcionamento sexual masculino e os indicadores de QDV (Cf. Tabela 14) e de seguida a análise da relação entre o funcionamento sexual feminino e os indicadores da QDV.

Tabela 17. *Relação entre Funcionamento Sexual Masculino e Qualidade de Vida (N=14)*

	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio R.Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Função Sexual Masculina	-0,170	0,562	0,238	0,413	0,367	0,197	0,014	0,963	-0,109	,710

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a função sexual masculina e os *scores* de QDV.

Tabela 18. *Relação entre Funcionamento Sexual Feminino e Qualidade de Vida (N=37)*

	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio R.Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Função Sexual Feminina	0,315	0,059	0,569	0,001	0,719	0,001	0,329	0,047	0,231	0,169

Como se pode verificar pela análise da Tabela 18, o Domínio das Relações Sociais apresenta uma correlação estatisticamente significativa e positiva com o Funcionamento

sexual, num grau forte (Filho & Junior, 2009), sugerindo que quanto melhor forem as relações sociais, melhor será o funcionamento sexual. Também se pode verificar que o Domínio Psicológico mostra uma correlação estatisticamente significativa, positiva e moderada (Filho & Júnior, 2009) com o funcionamento sexual e o Domínio Ambiente apresenta uma correlação estatisticamente significativa, positiva num grau fraco (Filho & Júnior 2009) com o funcionamento sexual.

5.1.5 Relação entre características psicossociais (qualidade de vida e funcionamento sexual) e sociodemográficas da amostra

A análise da relação entre características psicossociais e sociodemográficas da amostra foi feita utilizando as variáveis nível de escolaridade e situação profissional. Para o efeito, e devido à dispersão dos participantes em cada uma das variáveis, optou-se por grupos. Em relação à escolaridade, formaram-se dois grupos: o Grupo 1 – 1º ciclo; e o Grupo 2 – do 2º ciclo até à licenciatura. Em relação à situação profissional, formaram-se três grupos: Grupo 1- empregados; Grupo 2; Desempregados; e Grupo 3- Reformados.

Optou-se pela utilização de testes não paramétricos, mais concretamente o teste U de Man-Whitney e o Kraskal-Wallis, pois estes são utilizados quando não se encontram reunidas as condições básicas dos procedimentos estatísticos, o pressuposto da normalidade ou da homogeneidade de variâncias, a natureza escalar das variáveis e quando a amostra apresenta uma dimensão reduzida (Pereira, 2008).

Através do teste não paramétrico U de Man Whitney, foi possível verificar que não existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de QDV e funcionamento sexual em função da escolaridade (Cf. Tabela 19).

Tabela 19. *Relação entre as Variáveis Psicossociais (Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual) e Escolaridade*

	Grupo I					Grupo II					Escolaridade
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>p</i>
D. F.	43,01	39,25	12,01	17,86	71,43	44,26	39,22	19,66	7,14	78,57	0,085
D. P.	55,49	58,33	20,74	12,50	91,77	63,14	70,83	19,74	4,17	87,50	0,086
D. R.	60,14	58,33	17,39	25,99	100	66,66	75,00	18,28	16,67	100	0,074
D. A.	53,12	53,12	10,40	31,25	68,75	58,33	59,37	13,22	28,13	87,50	0,137
F. G	59,78	50	18,82	37,50	100	59,82	62,50	23,90	12,50	100	0,678
F.S.M.	85,71	91,67	19,07	58,33	100	82,13	100	26,55	33,30	100	0,101
F.S.F.	47,91	35,50	33,95	0	100	67,46	83,32	33,21	0	100	0.100

Através do teste não paramétrico Kraskas-Wallis, foi possível verificar, que existem diferenças estatisticamente significativas na QDV em função da situação profissional, em quase todos os domínios excepto no Domínio das Relações Sociais. No Domínio Físico, após analisar, é possível verificar que existe uma maior nível de interferência na categoria empregado, que nas restantes categorias.

Quanto ao Domínio Psicológico, verifica-se que os indivíduos empregados (27,4) e reformados (24,15) tinham uma melhor QDV do que os desempregados (14,96).

Em relação ao Domínio Ambiente e à Faceta Geral, ambos tem a categoria empregado e reformado em posições semelhantes, e a categoria empregado com uma interferência menor.

Tabela 20. *Relação entre as Variáveis Psicossociais (Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual) e Situação Profissional*

	Grupo I					Grupo II				
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
D. F.	51,78	55,35	16,76	28,57	78,57	37,71	35,51	12,34	21,43	71,43
D. P.	67,40	70,83	12,86	37,50	83,33	50,59	50,00	22,75	12,50	91,67
D. R. S.	71,29	75,00	13,16	41,67	100	59,52	54,16	21,64	16,67	100
D. A.	59,92	62,50	11,44	40,63	84,38	49,10	46,87	7,88	37,50	65,63
F. G.	65,27	68,75	19,43	25,00	87,50	50,82	50,00	22,17	12,50	100
F.S.M.	78,32	100,0	30,97	33,30	100	77,08	75,00	21,92	58,33	100
F.S.F.	80,77	91,67	24,85	16,68	100	48,33	50,00	38,25	0	100

	Grupo III					
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>P</i>
D.F.	39,04	42,85	14,37	7,14	64,29	0,038
D.P.	64,10	66,66	15,91	25,00	87,50	0,022
D.R.S.	61,11	58,33	16,83	25,00	83,33	0,095
D.A.	60,00	62,50	12,56	31,25	87,50	0,007
F.G.	64,16	62,50	19,40	37,50	100	0,041
F.S.M.	97,22	100	4,80	91,68	100	0,042
F.S.F.	50,00	37,50	30,77	16,65	100	0,052

Legenda: D.F. – Domínio Físico; D.P. – Domínio Psicológico; D.R.S. – Domínio das Relações Sociais; D.A- Domínio Ambiental; F.G. Faceta Geral; F.S.M. – Função Sexual Masculina; F.S.F – Função Sexual Feminina.

5.1.6 Relação entre características psicossociais (Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual) e clínicas (incluindo dor) da amostra

Como se pode verificar pela análise da Tabela 21, todos os domínios da QDV apresentaram uma correlação estatisticamente significativa e negativa com a dor no presente momento, sugerindo que quanto maior a dor no momento da avaliação menor a QDV. Também se pode verificar que o Domínio Físico apresenta uma correlação estatisticamente significativa, num grau forte, enquanto o Domínio Psicológico e a

Faceta Geral apresentam uma correlação estatisticamente significativa num grau moderado. O Domínio das Relações Sociais e o Domínio Ambiente apresentam uma correlação de grau fraco.

Tabela 21. *Relação entre Dor no Presente e Qualidade de Vida (N=51)*

	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio R.Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Dor no presente momento	-0,708	0,001	-0,425	0,003	-0,318	0,003	-0,317	0,014	-0,560	0,001

Para explorar a relação entre QDV e interferência da dor recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas fracas e negativas, entre os Domínios das Relações Sociais e Ambiente e Interferência de dor, sugerindo que os doentes que referiram melhores relações sociais e melhor ambiente perpeccionaram menos interferência da dor. Também se verificaram correlações estatisticamente significativas moderadas e negativas (Filho & Junior, 2009), entre os Domínios Físico, Psicológico e Faceta geral e a interferência de dor (Cf. Tabela 22).

Tabela 22. *Relação entre Interferência da Dor e Qualidade de vida (N=51)*

	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio R.Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Interferência Dor	-0,672	0,001	-0,566	0,001	-0,355	0,016	-0,383	0,006	-0,443	0,001

Para explorar a relação entre QDV e alívio da dor proporcionado pela medicação, recorreu-se à correlação linear de *Pearson*.

É possível verificar, analisando a Tabela 23, que existem correlações lineares estatisticamente significativas e positivas entre o alívio de dor e quase todos os indicadores da QDV, excepto o Domínio das Relações Sociais. Em relação ao Domínio Físico, Domínio Ambiente e Faceta Geral, as correlações lineares são moderadas (Filho

& Junior, 2009), sendo a correlação relativa ao Domínio Psicológico fraca (Filho & Junior, 2009). Estas sugerem assim que quando o alívio da dor proporcionado pela medicação aumenta, a QDV aumenta/melhora.

Tabela 23. *Relação entre Alívio da Dor e Qualidade de Vida (N=51)*

	Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio R.Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Alívio da dor	0,406	0,003	0,390	0,006	0,254	0,072	0,408	0,003	0,577	0,001

Quanto ao Funcional Sexual, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a função sexual (masculina/feminina) e a dor no momento da avaliação.

Tabela 24. *Relação entre Dor no Presente Momento e Funcionamento Sexual*

	Funcionamento Sexual Masculino (N=14)		Funcionamento Sexual Feminino (N=37)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>P</i>
	Dor no presente momento	0,251	0,387	-0,272

Relativamente à função sexual em função da interferência da dor, apenas se verificou uma correlação linear estatisticamente significativa e negativa num grau fraco (Filho & Junior, 2009), entre a interferência da dor e a função sexual feminina, sugerindo que quanto maior for a interferência da dor, menor será o funcionamento sexual masculino (Cf. Tabela 25).

Tabela 25. *Relação entre Interferência de Dor e Funcionamento Sexual*

	Funcionamento Sexual Masculino (N=14)		Funcionamento Sexual Feminino (N=37)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>P</i>
	Interferência da Dor	0,767	0,087	-0,340

Quanto à função sexual, apenas se verificou uma correlação linear estatisticamente significativa, positiva e forte, entre o alívio da dor proporcionado pela medicação e a função sexual feminina (Cf. Tabela 26).

Tabela 26. *Relação entre Alívio da Dor e Função Sexual*

	Funcionamento Sexual Masculino (N=14)		Funcionamento Sexual Feminino (N=37)	
	R	p	r	p
Alívio da dor	0,789	0,079	0,866	0,029

5.2 Discussão

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados obtidos numa amostra de 51 pessoas com dor crónica, estudadas em relação à dor, à QDV e ao funcionamento sexual, confrontando-os com os achados de estudos com objectivos semelhantes.

Neste estudo participaram maioritariamente doentes do sexo feminino (72,5%), o que vai de encontro com vários estudos que demonstraram, efectivamente, que a incidência e a severidade da dor crónica são mais elevadas nas mulheres (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006; Martinez et al., 2004; Dijken et al., 2008;). A maior parte dos elementos deste estudo não era profissionalmente activa, sendo 29,4% reformados e 27,5% desempregados, o que poderá estar relacionado com a faixa etária estudada. A maior parte dos participantes deste estudo tinha o 1º ciclo (45,1%), havendo vários estudos que relacionam o baixo nível de escolaridade com a dor crónica (Bener et al., 2003; Day & Torn, 2010).

O primeiro objectivo visava caracterizar a amostra relativamente à dor. Verificou-se, que, quanto à pontuação relativa aos níveis de dor, esta variou entre 0 e 10, sendo que o nível de dor no momento da avaliação se revelou maioritariamente elevado, encontrando-se entre os níveis de dor moderado e intenso. Estes resultados vão de encontro a um estudo realizado por Matos (2012).

Verificou-se ainda que a Interferência da Dor ocorreu sobretudo nas actividades em geral, o que vai de encontro a vários estudos, que referem que a dor interfere nas várias

dimensões, física, psicológica, social, estando assim directamente relacionada com uma má qualidade de vida (Araujo-Soares & McIntyre, 2000; Capela et al., 2009; Matos, 2012; Silva, 2010; Stefane, Santos, Marinovic & Hortense, 2013).

Estes achados também vão de encontro com a literatura que indica que os indivíduos com dor crónica apresentam níveis de dor mais intensos, como na investigação de Capela et al. (2009), envolvendo 304 doentes com dor, divididos em três grupos em função do seu tipo de dor, dor difusa e crónica (n=106), dor regional (=151) e dor esporádica (n=47), tendo verificado que os valores mais elevados de dor correspondiam ao grupo da dor difusa e crónica.

Quanto à caracterização da QDV de indivíduos com dor crónica (segundo objectivo), perante a análise realizada verifica-se que os indivíduos obtiveram valores médios mais elevados, indicadores de melhor QDV, no domínio das Relações Sociais, seguido do Psicológico, Ambiente e Físico.

O Domínio Físico, que compreende os subdomínios dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; actividades de vida diária; dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho, foi o Domínio mais afectado. O tal vai de encontro com outros estudos realizados, em que este domínio foi igualmente o mais afectado (Cunha & Maynric, 2011; Gaglieses & Melzac, 2003; Pedrosa et al., 2011).

De facto, a literatura prévia apresenta que a dor crónica está associada a um défice significativo na função física, social e saúde mental, com interferência na QDV (Borges et al., 2009; Day & Thotn, 2010). De uma forma geral, os estudos sugerem que a presença de dor crónica está associada a uma diminuição significativa na QDV (Brown et al., 2000; Silva et al, 2003; Silva, 2010).

Quanto à caracterização do funcionamento sexual de indivíduos com dor crónica (terceiro objectivo), os principais resultados centram-se a nível de funcionamento sexual feminino, em que a área mais afectada é a falta de interesse sexual, em seguida a dificuldade em ter um orgasmo, lubrificação inadequada, sendo a capacidade para satisfazer o parceiro, pontuada como a menos afectada.

O resultado que indica que a área mais afectada no funcionamento sexual feminino é a falta de interesse sexual vai de encontro ao que a literatura refere em estudos em que se demonstra que a diminuição da libido é uma das causas mais referidas (Abdel-Nasser et al., 2006; Bahouq et al.). Outros estudos também afirmam que devido às mulheres tenderem a ter um papel social de cuidadoras, as mulheres têm uma maior sobrecarga de trabalho, sendo que tal aumenta os seus níveis de stresse e diminuiu a sua autoestima, que, por sua vez, influencia a sua disposição para a relação sexual (Cotrim, 2007).

No presente estudo, observou-se que a média de funcionamento sexual masculino é elevada, estando próxima do máximo possível. Este resultado diverge do estudo de Bahouq et al. (2013), cujos resultados demonstram que os homens têm um pior funcionamento sexual que as mulheres. A divergência dos resultados pode estar relacionada com diversos factores, como o tamanho reduzido da amostra do presente estudo, sendo a amostra feminina consideravelmente maior que a masculina, assim como também a desejabilidade social e eventual desconforto entre a diferença considerável de idades entre a investigadora e os participantes. São também de referir possíveis diferenças culturais como factores a considerar na compreensão das diferenças encontradas.

Como referido anteriormente, a dor crónica pode acarretar efeitos directos, com interferência na resposta sexual e na própria interacção sexual com a dor, mal estar geral e fadiga, assim como efeitos psicológicos com a diminuição da auto-estima do próprio e na relação pessoa/companheiro;, bem como efeitos dos tratamentos farmacológicos (Brancof, citado por Abrantes, 2003), que podem contribuir para a diminuição do funcionamento sexual dos indivíduos com dor crónica (Brancof, citado por Abrantes, 2003; Viana Queiroz, 2002).

No que diz respeito à satisfação sexual, verifica-se que a média global (feminino e masculina) era ligeiramente superior ao ponto médio da escala. Os resultados do presente estudo podem dever-se a inúmeros factores. A maioria dos indivíduos inquiridos no presente estudo apontaram uma relação boa com o companheiro(a), o que poderá dever-se ao facto de se sentirem satisfeitos na sua relação conjugal, tal como referido na literatura, quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a

satisfação sexual (Byers & Demmons, 1999; Henderson King & Veroff, 1994). No caso da satisfação sexual feminina, os estudos têm vindo a apontar que as mulheres estão mais independentes no que concerne à satisfação sexual (Pechorro et al., 2009). Outros factores que podem estar relacionados com a satisfação sexual feminina são os factores interpessoais, isto é, sentirem-se desejadas e serem capazes de satisfazer o parceiro, que são factores mais importantes para a mulher do que os factores de funcionamento físico-sexual (Pechorro et al., 2009).

Quanto à relação entre funcionamento sexual feminino e QDV (quarto objectivo), foi possível verificar, correlações estatisticamente significativas e positivas, sugerindo que quanto melhor for o funcionamento sexual melhor será a QDV, o que vai de encontro com alguns estudos encontrados na literatura que o comprovam também (Bertan & Castro, 2010; Caurso et al., 2015; Huguet et al., 2009).

No funcionamento sexual masculino, não se verificaram correlações estatisticamente significativas com a QDV, ao contrário de um estudo realizado por Heukelom et al. (2016), sobre QDV relacionada com saúde e funcionamento sexual de homens, em que os resultados apontam para efeitos significativos na QDV e no funcionamento sexual. Este resultado pode dever-se à reduzida dimensão da amostra masculina.

Relativamente à função sexual e escolaridade (quinto objectivo), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível de funcionamento sexual em função da escolaridade, o que não vai de encontro aos dados que a literatura fornece. Estudos encontrados apontam para que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados os valores de funcionamento sexual (Barrientos & Páez, 2006; Laumann et al., 1999; Vilarinho, 2010).

Este resultado pode estar relacionado com o facto das pessoas mais instruídas, de modo geral, possuírem mais informação relativamente à sua resposta sexual, usufruírem de mais recursos, quer em termos de internet, quer através de bibliografia, na medida em que apresentem dificuldades ou simplesmente procurem incrementar a qualidade e riqueza das suas experiências sexuais (Laumann et al., 1999). Na presente amostra tal não se verifica, visto que grande parte da mesma (45,1%) tem apenas o 1º ciclo.

No que diz respeito ao último objectivo, pretendia-se explorar a relação entre características psicossociais e clínicas da amostra. Na relação entre dor no momento da avaliação e o funcionamento sexual masculino e feminino não foram encontradas correlações estatisticamente significativas na amostra em estudo, não estando de acordo com a literatura consultada. Estes resultados não confirmam a literatura, tendo em conta que a dor crónica compromete muitas vezes o funcionamento sexual (Viana de Queiroz, 2002), pela potencial alteração nas fases de resposta sexual e pela própria condição médica (Pablo & Soares, 2004). A investigação de Flor et al. (1987 citado por Figueira, Machado & Alves, 2002), em doentes com dor crónica, verificou que 77% dos doentes analisados relataram uma alteração da frequência da sua actividade sexual e que 67% se encontravam insatisfeitos com a sua vida sexual.

Quanto ao estudo da Relação entre dor no presente momento e QDV, os resultados apresentam uma correlação linear estatisticamente significativa e negativa, sugerindo que quanto maior a dor no momento da avaliação, menor será a QDV. Isto demonstra, tal como na literatura apontada que a dor crónica pode produzir impactos negativos sobre a QDV, pois ela tende a tornar-se o foco primário de sua atenção, causando mudanças na vida diária do indivíduo.

O estudo da relação entre Interferência de Dor e QDV, apresentou uma correlação linear estatisticamente significativa, apontando portanto no sentido da literatura consultada. Tal vai de encontro com o estudo de Ruviaro e Filipin (2012), sobre a interferência da dor crónica na QDV dos indivíduos, que demonstrou que a primeira possui impacto desfavorável na QDV, interferindo nas actividades diárias de até dois terços dos pacientes, especialmente na capacidade de realizar exercícios, praticar desportos, desempenhar tarefas da vida diária, bem como executar actividades laborais. A dor tem também interferência no sono, no humor e no lazer, ou seja, a dor crónica tem impacto negativo na capacidade funcional, principalmente na realização de actividades de vida diária (Silvia & Martins, 2012).

Quanto ao alívio da dor pela medicação, os resultados estão de acordo com uns verificados num estudo realizado por Blake (2007), que executou 10 entrevistas em doentes com dor crónica, concluindo que os doentes que tomavam medicação ficavam

satisfeitos com os efeitos benéficos da mesma, relatando melhorias nas suas actividades diárias.

Não obstante, a dor também se associa à dependência dos tratamentos ou ao uso de medicamentos (Cunha & Mayrinc, 2011).

Conclusão

A dor, principalmente a dor crónica, é considerada, na actualidade, como um importante problema de saúde pública, pois atinge a população adulta com alta prevalência (Capela et al., 2009).

A dor crónica pode acarretar consequências a nível da QDV e do funcionamento sexual dos indivíduos. Factores como a depressão, incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, mudanças na sexualidade, alterações na dinâmica familiar, desequilíbrio económico, desesperança, sentimento de morte e outros, encontram-se associados a quadros de dor crónica (Cunha & Mayrinc, 2011). A dor passa a ser o centro, direcciona e limita as decisões e comportamentos do indivíduo, a impossibilidade de controlá-la traz sempre sofrimento físico e psíquico (Cunha & Mayrinc 2011).

Do ponto de vista teórico, este estudo representa um contributo para o actual conhecimento acerca da relação entre QDV e funcionamento sexual em pessoas com dor crónica. Ficou evidente a presença de dor moderada na amostra, com relações negativas com alguns indicadores da QDV e funcionamento sexual.

Considera-se que, no presente estudo, existem algumas limitações, que são importantes mencionar e reflectir, posto que a tomada de consciência das mesmas serve de ponto de partida para novas e futuras investigações neste campo de investigação.

Uma das limitações prende-se com o tamanho reduzido da amostra, além da mesma ser circunscrita a apenas um serviço de dor. Assim, posteriores estudos deveriam considerar a amplificação da amostra, assim como o alargamento do estudo a utentes de unidades de dor de outras instituições de saúde.

Uma outra limitação deste estudo é o facto de o seu desenho ser de natureza transversal, não permitindo observar a evolução dos participantes ao longo do processo de tratamento de dor. Seria importante o desenvolvimento de estudos de carácter longitudinal que permitissem uma maior compreensão de como os diferentes tipos de

dor crónica afectam a QDV e o funcionamento sexual dos indivíduos com dor crónica, no sentido de tornar mais eficaz a intervenção biopsicossocial neste domínio.

Para concretizar os objectivos do presente estudo foi necessário recorrer a testes não paramétricos, sendo que a sua utilização destes pode tornar-se uma desvantagem, pois não são tão sensíveis. Para reverter este acontecimento era necessário aumentar o número de participantes.

Considera-se que a alta prevalência de dor crónica poderá estar relacionada com a presença de vários factores predisponentes, agindo simultaneamente na amostra estudada. Segundo a literatura, género feminino e baixa escolaridade são factores de risco para a dor, e tais factores são características da amostra do presente estudo.

Após a realização deste estudo, emergem novas ideias que poderiam ser proveitosas para futuras investigações. Seria então pertinente explorar outras variáveis importantes e que, segundo a literatura, se encontram relacionadas com o funcionamento sexual, a QDV e a dor crónica, destacando-se a religião, actividade física, auto-estima e estratégias de *coping*.

Apesar da pequena amostra estudada, é importante salientar que são necessárias medidas estratégicas preventivas visando o bem-estar, a QDV e o bom funcionamento sexual dos indivíduos com dor crónica.

Em síntese, tendo a dor crónica fomentado interesse para a sua investigação, pretendeu-se contribuir para aumentar o conhecimento sobre esta problemática de forma a diminuir o sofrimento dos doentes. Os resultados do presente estudo sugerem, assim, a importância da avaliação da QDV e do funcionamento sexual, que todos os profissionais de saúde devem ter em atenção, como boa prática.

Referências Bibliográficas

- Abdel-Nasser, A. M., & Ali, E. I. (2006). Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 25(6), 822-830.
- Abrantes, P. (2003). *Sexualidade e doença crónica*. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 513-530). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Aguiar, C., Vieira, A., Carvalho, A. F., & Montenegro-Junior, R. M. (2008). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq. bras. endocrinol. metab*, 52(6), 931-939.
- Almeida, P. H., Ferreira, C. D. C., Kurizky, P. S., Muniz, L. F., & Mota, L. M. (2015). How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function. *Revista brasileira de reumatologia*, 55(5), 458-463.
- Andrade, F. A., Pereira, L. V. & Sousa, F. (2006). Mensuração da dor no idoso. *Revista Latino-am Enfermagem*, 14(2) 271-276. doi:/10.1590/S0104-11692006000200018
- Angelotti, G. (2007). *Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Dor*. São Paulo: All Books: Casa do Psicólogo.
- António, P. (2010). A Psicologia e a Doença Crónica: Intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 15-27.
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais- DSM-5*. (5ª Edição). Lisboa: Climepsi.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in neurobiology*, 87(2), 81-97. doi: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018

- Araújo, D. B., Borba, E. F., Abdo, C. H. N., Souza, L. D. Á. L., Goldenstein-Schainberg, C., Chahade, W. H., & Almeida Silva, C. A. (2010). Função Sexual em Doenças Reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 35(1).
- Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!.. Avaliação da eficácia de um programa de intervenção multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia Saúde e Doenças*, 1(1). 101-112.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T. & Figueiredo, M. (2002). Intervenção Psicológica: Possibilidades de colaboração entre distintos campos científicos na Dor Crónica. *Dor*, 10 (1), 10-19.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L. Lemos, L., Romão, J., Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-56.
- Bahouq, H., Fadoua, A., Hanan, R., Ihsane, H., & Najia, H. H. (2013). Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*, 14(1), 1.
- Barrientos, J. & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-368.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinariedade e Organização das unidades de Dor Crónica. In Caseiro, J. M. (coord.) *Biblioteca da Dor*. Lisboa: Permanyer.
- Bennett, P. (2002). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi
- Bertan, F. & Castro, E. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Revista salud & sociedad*, 1(2), 76-88.

- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor oncológica*. (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Blake, S., Ruel, B., Seamark, C., & Seamark, D. (2007). Experiences of patients requiring strong opioid drugs for chronic non-cancer pain: a patient-initiated study. *British Journal of General Practice*, 57, 101-109.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 89(2), 127-134. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00355-9
- Borges, C. S., Luiz, A. M. & Domingos, M. A. (2009). Intervenção cognitiva comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivos da revista Ciência da Saúde*, 16(4), 181-186.
- Breton, D. (2007). *Compreender a Dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Brito, N., Tavares, N., Macedo, L. & Gonçalves, B. (2010). Avaliação da qualidade de vida de pacientes climatéricas em uma unidade de saúde. *Rev para med*. 23(2), 1-7.
- Brown, B. T., Bonello, R. & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism chiropratic & osteopathy. *Biomed Central*, 13(5) 1-9.
- Brown, G. C., Brown, M. M., Sharma, S., Brown, H., Gozum, M., & Denton, P. (2000). Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population. *Journal of Diabetes Complications*, 14 (19), 18-24.
- Burri, A., Lachance, G., & Williams, F. M. (2014). Prevalence and risk factors of sexual problems and sexual distress in a sample of women suffering from chronic widespread pain. *The journal of sexual medicine*, 11(11), 2772-2784.

- Byers, E. S. & Demmons, S. (1999). Sexual Satisfaction and Sexual Self-Disclosure Within Dating Relationships. *Journal of Sex Research*. Retrieved from http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_2_36/ai_54882520
- Cailliet, R. (1999): *Dor: Mecanismos e tratamentos*. Porto Alegre: Artmed.
- Campos, M. O., & Rodrigues Neto, J. F. (2014). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de saúde pública*, 32(2), 232.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Canavarro, M. C, & Vaz Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Capela, C., Marques, A. P., Assumpção, A., Sauer, J. F, Cavalcante, A. B., Chalot, S. D. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(3), 263-268. doi: 10.1590/S1809-29502009000300013
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 385-394.
- Caruso, S., Iraci, M., Cianci, S., Casella, E., Fava, V., & Cianci, A. (2015). Quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain when treated with dienogest. *Journal of endocrinological investigation*, 38(11), 1211-1218.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). Pain Proposal– A Dor Crónica em Portugal. Retrieved from <http://www.pfizer.pt>

- Castro, M. M., Quarantini, L. C., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. D. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev Psiq Clín*, 38(4), 126-9.
- Catalano, E. M., & Hardin, K. N. (2004). *Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.
- Catana, C. (2005). Dor crónica na perspectiva da psicologia clínica. *Dor*. 13(3), 15-18.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I.; Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 149-153.
- Cleeland, C. (2009). *The Brief Pain Inventory: User Guide*. Retrieved from http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_UserGuide.pdf
- Costa, C. A., Santos, C., Alves, P. & Costa, A. (2007). Dor Oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XII (6), 855-67.
- Costa, L. V., (2010). *Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção Erétil*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Costa, T. F., Silva, C. R., Muniz, L. F. & Mota, L. M. (2014). Vaccination in patients from Brasília cohort with early rheumatoid arthritis. *Revista brasileira de reumatologia*, 54(5), 349-355.
- Cotrim, H. (2007). Impacto do Cancro Colorectal no Doente e Cuidadores/Família: Implicações para o Cuidar. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.

- Couvreur, C. (2001), *A Qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI*. Loures, Lusociência. Retrieved from www.painineurope.com.
- Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crónica na qualidade de vida em idosos. *Revista de Dor*, 12(2), 120-124.
- Davidson, J., Darling, C., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32, 235–243. doi: 10.1080/00224499509551794
- Day, M. A., & Thorn, B. E. (2010). The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *PAIN*, 151(2), 467-474.
- de Mattos Pimenta, C. A., & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 30, 473-483.
- Demirkiran, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D., & Aslan, K. (2006). Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences?. *Multiple sclerosis*, 12(2), 209-211.
- Dias, A. (2007). *Dor Crónica – Um Problema de Saúde Pública*. Retrieved from <http://www.psicologia.com.pt>
- Direcção-Geral de Saúde. (2003). *A dor como 5º Sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor Circular Normativo nº 09/DGCG de 14/06/2003*.
- Direcção-Geral de Saúde (2008). *Plano Nacional de Luta contra a dor*. Retrieved from <http://www.min-saude.pt>.
- Direcção-Geral de Saúde (2011). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Retrieved from <http://www.min-saude.pt>.

- Dijken B., Fjellman-Wiklund A., Hildingsson C. (2008) Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population-based study. *J Rehabil Med*, 40, 864-869.
- Fagulha, T., Duarte, M. E. & Miranda, M. J. (2000). A “ qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica?. *Psychologica*, 25, 5-17.
- Ferreira, L. D. N. (2003). Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 51-63.
- Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L. & Jensen M. P. (2012). Further validation of portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clínica y Salud*, 1(23), 89-96.
- Ferrándiz, M., & Catalá, E. (2003). Las Clínicas del dolor: Dinámica de actuación ante um paciente com dolor crónico. In E. Catalá & L. Aliaga (Edts), *Manual de tratamiento del Dolor* (pp. 17-26). Barcelona: Permanyer.
- Filho, D. B., & Junior, J. A. (2009). Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 1(18), 115-146.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The journal of pain*, 10(5), 447-485.
- Filocamo, M. T., Zanazzi, M., Li Marzi, V., Lombardi, G., Del Popolo, G., Mancini, G., Salvadori, M. & Nicita, G. (2009). Sexual Dysfunction in Women During Dialysis and after Renal Transplantation. *The journal of sexual medicine*, 6(11), 3125-3131.
- Figueiras, M. J., Machado V. A., & Alves, M. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com ajustamento marital. *Análise Psicológica*. 1(20), 77-90.

- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M.P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 21(1), 19-28.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: Pensar no sofrimento*. Edições Afrontamento.
- Fleury, H. J. (2004). Sexualidade: menopausa e andropausa. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 12(2), 85-98.
- Flor, H., & Turk, D. C. (2011). Chronic pain: An integrated biobehavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 117-118.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11753>
- Fonseca, V. C. (2011). *Qualidade de vida e psicopatologia: intervenção terapêutica em hospital de dia* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Medicina de Coimbra, Coimbra.
- Frutoso, J. T. & Cruz, R. M. (2004). Relato Verbal na avaliação Psicológica da Dor. *Avaliação Psicológica*. 3(2), 107-114.
- Galati, M., Alves Jr, E., Delmaschio, A., & Horta, A. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF*, 19(2), 243-252.

- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1),103-112.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G. D., & Leal, I. P. (2008). Promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 55-71.
- Gagliese, L., & Melzack, R. (2003). Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain*, 104(3), 597-608. doi: /10.1016/S0304-3959(03)00117-9
- Golombok, S. & Rust, J. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165
- Gomes, A. (2008). Abordagem Psicológica no controlo da dor. Caseiro, J.M. (coord) Biblioteca Dor. Lisboa: Permanyer
- Gomes, J. L. (2007). *Interferência Estatística: Teoria e Exercícios com Excel e SPSS*. Editora : Furure Trends
- Gonçalves, A. (2002). Aspectos Psicológicos da Dor Crónica. *Biblioteca Dor*. 10 (1), 5-9.
- Gomes, F. A. (2014). A sexualidade das pessoas idosas. In M. T. Veríssimo (Eds.), *Geriatrics fundamental: Saber e praticar* (pp. 403-411). Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Gordia, A. P., Quadros, T., Oliveira, M. & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, 3 (1), 40-52.
- Harden, J., Northouse, L., Cimprich, B., Pohl, J. M., Liang, J., & Kershaw, T. (2008). The influence of developmental life stage on quality of life in survivors of prostate cancer and their partners. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(2), 84-94.

- Henderson-King, D., & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social & Personal Relationships*, *11*(4), 509-534. doi: 10.1177/0265407594114002
- Heukelom, M. L., Richel, O., Nieuwkerk, P. T., Vries, H.J., Prins J.M. (2016). Health-Related Quality of Life and Sexual Functioning of HIV-Positive Men Who Have Sex With Men Who Are Treated for Anal Intraepithelial Neoplasia. *Diseases of the Colon & Rectum*, *59*(1), 42-47. doi: 10.1097/DCR.0000000000000511
- Hill, E. K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E. R., Yamada, S. & Lindau, S. T. (2011). Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. *Cancer*, *117*(12), 2643-2651.
- Huguet P. R., Morais S. S., Osis M. J., Pinto-Neto & A. M., Gurgel M. S. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, *31*(2), 61-67.
- INCA (2001). Cuidados paliativos oncológicos - Controle da dor. Retrieved from http://www.inca.gov.br/publicações/manual_dor.pdf.
- Ji, G., Sun, H., Fu, Y., Li, Z., Pais-Vieira, M., Galhardo, V., & Neugebauer, V. (2010). Cognitive impairment in pain through amygdala-driven prefrontal cortical deactivation. *The Journal of Neuroscience*, *30*(15), 5451-5464
- Kreling, G. D., Cruz, L. M., & Pimenta, D. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev bras enferm*, *59*(4), 509-13.
- King, S. S. (2006). Transtornos Dolorosos. In Hales, R. E. & Yudofsky, S. C. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. (4ª ed.) (pp. 963-980). Porto Alegre: Artmed.
- Kluthcovsky, A. C. & Kluthcovsky, F. A. (2010). WHOQOL-Breef um instrumento para avaliar a qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatria Rio Gd Sul*, *31*(3), 1-12. doi: 10.1590/S0101-81082009000400007.

- Koch T., Kralik D. & Eastwood S. (2002). Constructions of sexuality for women living with multiple sclerosis. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 137-145. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02253
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado) Universidade dos Açores.
- Lebovits, A. H. (2000). The psychological assessment of patients with chronic pain. *Current review of pain*, 4(2), 122-126. doi: 10.1007/s11916-000-0045-z
- Liang, C. Z., Hao, Z. Y., Li, H. J., Wang, Z. P., Xing, J. P., Hu, W. L., & Li, Y. (2010). Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. *Urology*, 76(4), 962-966.
- Lidório, A. A., & Tataren, J. C. Disfunções sexuais masculinas. *Psicologia Clínica na Análise do Comportamento*, 1-18.
- Lindau, S. T., Surawska, H., Paice, J., & Baron, S. R. (2011). Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. *Psycho-Oncology*, 20(2), 179-185.
- Lima, M. A. G., & Trad, L. A. B. (2007). A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica The medical perspective towards chronic pain: biomedical model and clinical practice. *Cad. saúde pública*, 23(11), 2672-2680.
- Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de saude publica*, 25(10), 2159-2167.
- Lourenço, M. (2002). Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. *Saúde Mental* 4 (2), 20-28.

- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Poster, L. S. & Keffe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of a recent research. *Journal of Clinical Psychology, 9*(67), 942-968.
- Matos, A. (2012). *Ansiedade, depressão e coping na dor crónica* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto
- Martinez, J. E., Macedo, A. C., Novato, F. C., Jorge, C. M., & Teixeira, D. T. (2004). Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento da saúde de Sorocaba. *Acta fisiátrica, 11*(2), 67-71.
- Martins, L.M., França, P.D., Kimura, M. (1996), Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Rev Latino-am.enfermagem, 4* (3), 5-18.
- Masheb, R. M., Kerns, R. D., Lozano, C., Minkin, M. J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *PAIN, 141*(1), 31-40.
- Masson, V. A., Monteiro, M. I., & Vedovato, T. G. (2011). Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas– Revisão de literatura. *Campinas: Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, 45-54*. Retrieved from http://www.fae.br/2009/mestrado/down/precesso_2012-1/006
- Medeiros, P. (2013). *O seu treinador pessoal*. Lisboa: Esfera dos livros.
- Melnik, T., Soares, B. G., & Nasello, A. G. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *The journal of sexual medicine, 5*(11), 2562-2574.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain, 30*(2), 191-197. doi: 10.1016/3004-3959(87)91074-8

- Meneses, R., (2005). Promoção da Qualidade de vida de doentes crónicos: Contributo no contexto das Epilepsias Focais. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R., Pais Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Vilhena, E., Mendonça, D., Silva, A. (2010). Funcionamento sexual e seus correlatos na doença neurológica: epilepsia vs. Esclerose Múltipla. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1) 72-73.
- Meneses, R., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Cardoso, H., Mendonça, D., ... & Martins-da-Silva, A. (2013). Funcionamento sexual e saúde mental em seis doenças crónicas: convergências e divergências. In: S.Neves, J.Pais-Ribeiro, M.Rezende, M. Heleno, G- Buena-Casal, & J. Tobal (Edts). Atas do II Congresso IberoAmericano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde (s. pag.). Faro Portugal: CIEO-Universidade do Algarve.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5(1), 1-13.
- Moreira, A. M. (2003). Disfunções sexuais masculinas: Definição, classificação e incidência. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 131-144). Coimbra: Quarteto.
- Moreira, T. (2013). *Vivência da sexualidade e apoio psicossocial do doente oncológico* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Trás dos Montes e Alto Douro.
- Mota, J. (2015). *A sexualidade e o idoso* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mukherjee, S. (2013). Quality of Life of Elderly: hope and beyond hurt. *Indian Journal of Gerontology*, 27(3), 450-467.
- Neubern, M. S. (2010). Psicoterapia, Dor e Complexidade: Construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(26), 515-523.

- Nedeff, C. C. (2001). Contribuições da sexologia sobre a sexualidade infantil nos dois primeiros anos de vida: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 3(2), 83-91.
- Neto, J. F. R., & Ferreira, C. G. (2003). Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *CEP*, 13(1), 42-46.
- Nobre, P. (2003). *Disfunções sexuais: Contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Manuais Universitários 11. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J. (2000). Aspectos Comportamentais das Síndromes de Dor Crónica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58(2), 238-247.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., & Malcata, A. (2009). Qualidade de Vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 34, 511-519.
- Osborne, T. L., Raichle, K. A., & Jensen, M. P. (2006). Psychologic interventions for chronic pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 17(2), 415-433.
- Pablo, C. & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 357-370.
- P.A.I.N. (Pain Associates International NetWork), 2004. Dor Crónica Musculo-esquelética. Retrieved <http://www.grunenthal.pt>

- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia Saúde e Doenças*, 9(1),73-87.
- PAIN in EUROPE, (2003) Retrieved from www.painineurope.com.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia Saúde e Doenças*. 6 (2), 191-202.
- Pais-Vieira, M., Mendes-Pinto, M., Lima, D., & Galhardo, V. (2009). Cognitive impairment of prefrontal-dependent decision-making in rats after the onset of chronic pain. *Neuroscience*, 161(3), 671-679.
- Pakpour, A. H., Nikoobakht, M., & Campbell, P. (2015). Association of pain and depression in those with chronic low back pain: the mediation effect of patient sexual functioning. *The Clinical journal of pain*, 31(1), 44-51.
- Pedro, L., & Pais-Ribeiro, J. L. (2008). Características psicométricas dos instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida na esclerose múltipla: uma revisão bibliográfica. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(3), 309-314.
- Pedro, L. M. R., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Implicações da situação profissional na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla. *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1286-1294.

- Pedrosa, D. F., Pelegrin, A. K., Siqueira, H. B., da Silva, T. D., Colhado, O. C., & Sousa, F. A. (2011). Avaliação da qualidade de vida em clientes com dor crônica isquêmica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 67-72.
- Perrocho, P., Dinis, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(XXVII):99-108.
- Queiroz, J. (2010) *Aneurismas Cerebrais – Qualidade de vida e estratégias de prevenção a adoptar* (Dissertação de mestrado) Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Reis, E. (2005). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Silábo
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 41-9.
- Rodrigues, A. (2007). *O Doente com Dor Crónica: estudo da repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diárias* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., *et al.* (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Ruivo, M. A., Alves, M. C., Bérzin, M. D. G. R., & Bérzin, F. (2015). Prevalence of pain at the head, face and neck and its association with quality of life in general population of Piracicaba city, Sao Paulo: an epidemiological study. *Revista Dor*, 16(1), 15-21.
- Rustoen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S., & Miaskowski, C. (2004). Gender differences in chronic pain—findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Management Nursing*, 5(3), 105-117.

- Ruviaro, L. F., & Filippin, L. I. (2012). Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev. dor*, *13*(2), 128-131.
- Santos, C., & Ribeiro, J. L. P. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico: revisão bibliográfica. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/57246>
- Santos, C. C., Pereira, L. S., Resende, M. A. D., Magno, F., & Aguiar, V. (2006). Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta fisiátrica*, *13*(2), 75-82.
- Santos, F. C., Moraes, N. S. D., Pastore, A., & Cendoroglo, M. S. (2015). Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level. *Revista Dor*, *16*(3), 171-175.
- Sakata, R. K. & Issy, A. M. (2008). Nomenclatura e Classificação de Dor. In Sakata, R. K. & Issy, A. M. (coords.) *Guia de Dor*. (2nd ed). (1-5). São Paulo: Manole
- Seara, M. (2012). *Imagem corporal e função sexual das mulheres mastectomizadas* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, *20*(2), 580-588.
- Seldrake, A. (2005). Models of health and illness. In C. Banks & K. Mackrodt *Chronic Pain Management*. (pp.1-35). London: Whurr Publishers.
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão Portuguesa do MOS SF-36. *Revista de Exemplo*, *19*(4), 281-7.

- Stefane, T., Santos, A. M. D., Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta paul enferm*, 26(1), 14-20.
- Silva, A. N. & Martins, M. R. (2014). Dor, cinesiofobia e qualidade de vida de pacientes com dor lombar. *Revista Dor*, 15(2) 117-120. doi: 10.5935/1806-0013.20140023
- Silva, C. (2010). *Dor lombar crônica e Qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Medicina de Coimbra, Coimbra.
- Silva, J. A. P. & Branco, J. C. (2001). Dor em reumatologia: Abordagem bio-psico-social. *Dor*. 9(1) 6-11.
- Silva, R. M., Araújo, C. B. & Silva, A. R. V. (2003) Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Revista Brasileira em Promoção à Saúde*, Fortaleza, 16(1-2), 28-33.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M., & Paredes, T. (2010). Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. *Qualidade de vida e saúde*, 129-170.
- Soares, C. (2003). Disfunções sexuais femininas. In L. Fonseca, C. Soares & J. Machado Vaz (Eds.), *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 51-70). Coimbra: Quarteto.
- Sönmez, N. C., Kiremit, M. C., Güney, S., Arisan, S., Akca, O., & Dalkılıç, A. (2011). Sexual dysfunction in type III chronic prostatitis (CP) and chronic pelvic pain syndrome (CPPS) observed in Turkish patients. *International urology and nephrology*, 43(2), 309-314.
- Sousa, F. (2002). Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10(3), 446-447.

- Sousa, F. F. & Silva J. A. (2004). Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. *Revista da Dor*, 5(4), 408-429.
- Sousa, F. F. & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista Dor*, 6(1),469-513.
- Sousa, P. J. (2013). *Qualidade de Vida de um Idoso – um Estudo de revisão*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de psicologia*, 8(3), 515-523.
- Toniolli, A. & Pagliuca, L. (2003).Tecnologia táctil para avaliação de dor em cegos. *Revista Latino-am Enfermagem*, 11(2), 220-226.
- Turk, D. C., (2003). Assess the person, not just the pain. *Pain, Clinical Updates*, 1(3), 1-8.
- Turk, D. & Monarch, E. (2002). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88-95.
- Turk, D. C., Monarch, E. S., & Williams, A. D. (2002) Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: Comprehensive approach. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 219–233.
- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P. D., Vion-Dury, K., Ruschel, Â., Couto, M. Colomby, P. & Giami, A. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas-comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 413-419.
- Vendeira, P. S., Pereira, N. M., Serrano, F., & Carvalheira, A. A. (2011). Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais femininas em Portugal. *Isex Cadernos de Sexologia*, (4), 7-14.

- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.
- Viana de Queiroz, M. (2002). Classificação das doenças reumáticas e o seu impactomédico, social e económico. In Viana de Queiroz M, (coord). *Reumatologia – Fundamentos I*. (pp 68-78). Lisboa- Lidel.
- Vilarinho, C. S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais*. (Dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Walters, S .J. (2009). Quality of life outcomes in clinical trials and health-care evaluation: A practical guide to analysis and interpretation. West Sussex, England: Wiley
- Wespes, E., Eardley, F. G., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Hatzimouratidis, K., Moncada, I. Vardi, Y. (2013). Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Association of Urology*, 57(5), 804-814.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization (2004). Sexual Health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*. 67, 1-8.
- World Health Organization. (2004) World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en>

World Health Organization. (2008). The global burden of disease: update 2004.

Retrieved from

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html