

Charlotte Fabienne Veiga Coelho

Dor, Ansiedade, Depressão e Funcionamento Sexual em mulheres com
Fibromialgia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Charlotte Fabienne Veiga Coelho

Dor, Ansiedade, Depressão e Funcionamento Sexual em mulheres com
Fibromialgia

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2011

Charlotte Fabienne Veiga Coelho

Dor, Ansiedade, Depressão e Funcionamento Sexual em mulheres com
Fibromialgia

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

Resumo

A fibromialgia representa uma condição reumática caracterizada por dor crónica generalizada, difusa e persistente, com natureza desconhecida e sem causa orgânica detectável. Esta entidade frequente nos contextos de Reumatologia e Medicina Geral, agrega na sua configuração uma vasta gama de manifestações clínicas de distintas naturezas, que reflectem a sua presença nos diversos contextos de vida de quem com ela convive quotidianamente. Atendendo à dor, à ansiedade, à depressão e às dificuldades ao nível do funcionamento sexual na qualidade de manifestações clínicas habitualmente verificadas nos doentes com fibromialgia, desenvolveu-se um estudo destas dimensões, objectivando analisar a dor, a ansiedade, a depressão e o funcionamento sexual em mulheres com fibromialgia e pretendendo oferecer uma contribuição empírica para a compreensão destes fenómenos.

No presente estudo participaram 60 mulheres com fibromialgia, entre os 23 e os 70 anos de idade ($M=53,3$ anos), utentes da Consulta da Dor do Hospital de São João – EPE, do Porto. Foram administrados, no contexto de uma entrevista pessoal, um questionário sócio-demográfico, para a recolha de dados sócio-demográficos, a *Escala Visual Analógica* (EVA) e o *Inventário Resumido da Dor* (BPI), para o estudo da dor, a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS), para a exploração da ansiedade e da depressão e o *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* (FSFI) para a análise do funcionamento sexual.

Os resultados indicam que, a amostra apresentava, em média, níveis elevados de dor, de ansiedade e de depressão, ostentando ainda uma forte presença de dificuldades na área do funcionamento sexual. De uma forma geral, estes achados, com implicações práticas, vão de encontro à literatura consultada.

Palavras-chave: fibromialgia, dor, ansiedade, depressão, funcionamento sexual.

Abstract

Fibromyalgia is a rheumatic condition characterized by chronic widespread pain, diffuse and persistent, with an unknown nature and no detectable organic cause. This entity often in contexts of Rheumatology and General Medicine, in its configuration adds a wide range of clinical manifestations of different nature, reflecting its presence in the various contexts of life of those who live with it daily. Given the pain, anxiety, depression and difficulty with sexual function in the quality of clinical manifestations commonly observed in patients with fibromyalgia, developed a study of these dimensions, analyzing objectify the pain, anxiety, depression and sexual functioning in women with fibromyalgia and intending to provide an empirical contribution to understanding these phenomena.

In the present study involved 60 women with fibromyalgia, between 23 and 70 years of age ($M= 53,3$ years), users of Pain Management Unit of the Hospital de São João - EPE, Porto. Were administered, in the context of an personal interview, a socio-demographic questionnaire, to collect socio-demographic data, the *Visual Analogue Scale* (VAS) and the *Brief Pain Inventory (Short form)* (BPI) for the study of pain, the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) for the exploration of anxiety and depression, and the *Female Sexual Function Index* (FSFI) for the analysis of sexual functioning.

The results indicate that the sample had, on average, high levels of pain, anxiety and depression, also boasting a strong presence of difficulties in the area of sexual functioning. Overall, these findings with practical implications, goes according with the consulted literature.

Keywords: fibromyalgia, pain, anxiety, depression, sexual functioning.

Résumé

La fibromyalgie est une affection rhumatismale caractérisée par une douleur chronique très répandue, diffuse et persistante, avec une nature inconnue et aucune cause organique détectable. Cette entité souvent dans des contextes de Rhumatologie et de Médecine Générale, dans sa configuration, ajoute un large éventail de manifestations cliniques de différentes natures, reflétant sa présence dans les différents contextes de la vie de ceux qui, avec elle, vivent quotidiennement. Compte tenu de la douleur, l'anxiété, la dépression et des troubles de la fonction sexuelle, dans la qualité de manifestations cliniques fréquemment observées chez les patients souffrant de fibromyalgie, il a été développée une étude de ces dimensions, objectivant analyser la douleur, l'anxiété, la dépression et le fonctionnement sexuel chez les femmes souffrant de fibromyalgie, ayant aussi l'intention de fournir une contribution empirique à la compréhension de ces phénomènes.

Dans la présente étude ont participé 60 femmes souffrant de fibromyalgie, entre 23 et 70 ans ($M=53,3$ ans), utilisatrices du Centre de Traitement de la Douleur de l'Hôpital de São João - EPE, Porto. Ils ont été administrés, dans le cadre d'un entretien personnel, un questionnaire socio-démographique, a fin de collecter des données socio-démographiques, l'*Échelle Visuelle Analogique* (EVA), le *Brief Pain Inventory (Short form)* (BPI), pour l'étude de la douleur, l'*Échelle Hospitalière de l'Anxiété et de la Dépression* (HADS) pour l'exploration de l'anxiété et la dépression, et L'*Index du fonctionnement Sexuel Féminin* (FSFI) pour l'analyse du fonctionnement sexuel.

Les résultats indiquent que l'échantillon avait, en moyenne, des niveaux élevés de douleur, d'anxiété et de dépression, étant également doté d'une forte présence de difficultés au niveau du fonctionnement sexuel. Globalement, ces résultats, avec des implications pratiques, va à l'encontre de la littérature.

Mots-clés: fibromyalgie, douleur, anxiété, dépression, fonctionnement sexuel.

Dedicatória

Aos meus pais e à minha irmã,
Humberto, Anabela e Sandie.
Pelo amor e apoio incondicional, pelas alegrias e pela luta, por tudo o são.
Por fazerem parte da minha vida.
A vós devo tudo.

Agradecimentos

À Prof. Doutora Rute Meneses, orientadora da dissertação, por toda a disponibilidade, competência, compreensão e apoio que deu a este trabalho.

À Dra. Virgínia Rebelo, supervisora do estágio, por todo o empenho, toda a presença, motivação e todas as experiências positivas e momentos.

À Dra. Ondina Pinto, por todo o apoio, todas as palavras e toda a motivação que dedica aos bons desempenhos nos estágios, à superação de desafios e ao valor da luta, do trabalho e da determinação para alcançar os nossos objectivos.

À Doutora Armanda Gomes, coordenadora da Unidade de Dor Crónica do HSJ. Pela oportunidade de aprender, observar e participar no trabalho desenvolvido

A todos os profissionais da Unidade da Dor do HSJ pelo acolhimento, todo o sentimento de integração e toda a disponibilidade manifestada.

À Prof. Doutora Teresa McIntyre e ao Prof. Doutor Pedro Nobre pelas autorizações para utilizar os seus instrumentos no presente trabalho e por toda a disponibilidade e interesse manifestados.

Ao Hospital de São João, pela oportunidade de aprendizagem e evolução, e pela riqueza da minha experiência de estágio. Esta experiência foi indubitavelmente positiva e benéfica para a minha evolução enquanto profissional e enquanto ser humano. Levo comigo a melhor memória desse percurso.

Ao Cláudio, pela força, cumplicidade, sinceridade, protecção e compreensão. Pela tua presença no meu caminho e por seres um dos meus pilares. Obrigada por tudo.

Ao Jorge Coelho e à Joana Ferreirinha, por toda a genuidade, amizade e pela presença nos momentos de sol e de chuva, por todos os bons momentos.

Ao Vasco, por todo a alegria que transporta e todo o amor que desperta em mim.

Aos meus grandes amigos de curso, Daniela Jardim, Sofia Ferreira, Maria Luís Machado, Abel Carvalho, Daniela Santos e Raquel Guimarães. Pela amizade, sinceridade e por todas as gargalhadas e memórias que vou guardar sempre comigo.

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

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Résumé	iii
Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Índice Geral	vii
Índice de Anexos	x
Índice de Tabelas	x
Índice de Gráficos	xi
Índice de Figuras	xi
Introdução Geral	1

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEORICO

CAPÍTULO I - FIBROMIALGIA

1.1. Aspectos históricos e caracterização actual da Fibromialgia	4
1.2. Etiologia	9
1.3. Epidemiologia	15
1.4. Diagnóstico	16
1.5. Tratamento	18

CAPÍTULO II – DOR

2.1. Aspectos históricos e caracterização actual da dor	20
2.2. Mecanismo da dor	25
2.3. Dor crónica e aspectos psicossociais	29
2.4. Avaliação psicológica da dor crónica	36

CAPÍTULO III – ANSIEDADE E DEPRESSÃO

3.1. Aspectos históricos e caracterização actual da ansiedade	39
3.2. Aspectos históricos e caracterização actual da depressão	43
3.3. Ansiedade e depressão na fibromialgia	45

CAPÍTULO IV – FUNCIONAMENTO SEXUAL

4.1. Aspectos históricos da sexualidade humana e caracterização actual do Funcionamento Sexual Feminino	47
4.2. Abordagens teóricas da resposta sexual	50
4.3. Disfunções sexuais femininas	54
4.4. Ansiedade, depressão, funcionamento sexual e fibromialgia	56

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

1.1. Objectivos da investigação	63
1.2. Método	63
1.2.1. Participantes	63
1.2.2. Material	66
1.2.3. Procedimento	79
1.3. Resultados	81
1.3.1. Caracterização de um grupo de indivíduos com fibromialgia quanto à dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual	81
1.3.1.1. Dor	81
1.3.1.2. Ansiedade	87
1.3.1.3. Depressão	88
1.3.1.4. Funcionamento Sexual	90
1.3.2. Análise da relação entre a dor e características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio- demográficas da amostra	91

1.3.3. Identificação de preditores psicossociais e socio-demográficos da dor da amostra	93
1.3.4. Análise da relação entre as características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) da amostra	95
1.3.5. Análise da relação entre características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio-demográficas da amostra	96
1.4. Discussão dos Resultados	98
1.5. Conclusão geral	108

Referências bibliográficas

Anexos

Anexos

Anexo A - Localização dos 18 pontos dolorosos

Anexo B - Escala de gravidade e índice dos pontos dolorosos

Anexo C - Os nociceptores

Anexo D - Disfunções sexuais femininas

Anexo E - Características da amostra quanto a outras doenças

Anexo F - Divisão da EVA para efeitos de registo

Anexo G - Dados de cotação do FSFI

Anexo H - Distribuição de frequência para o item “máximo de dor” (BPI)

Anexo I - Distribuição de frequência para o item “mínimo de dor” (BPI)

Anexo J - Distribuição de frequência para o item “média de dor” (BPI)

Anexo K - Distribuição de frequência para os itens da subescala Interferência da Dor (BPI)

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características socio-demográficas da amostra	63
Tabela 2 - Caracterização quantitativa da dor da amostra (EVA; N=60)	79
Tabela 3 - Distribuição da amostra pelas categorias de dor (EVA)	80
Tabela 4 - Caracterização da severidade da dor da amostra (BPI)	80
Tabela 5 - Distribuição da amostra pelas categorias de severidade da dor (BPI)	81
Tabela 6 - Distribuição de frequências da mediação para a dor da amostra (BPI)	82
Tabela 7 - Caracterização da interferência da dor da amostra (BPI)	83
Tabela 8 - Distribuição da amostra pelas categorias de interferência da dor (BPI)	83
Tabela 9 - Caracterização da ansiedade da amostra (HADS)	85
Tabela 10 - Distribuição da amostra pelas categorias de ansiedade (HADS)	85
Tabela 11 - Caracterização da depressão da amostra (HADS)	86
Tabela 12 - Distribuição da amostra pelas categorias de depressão (HADS)	87

Tabela 13 - Caracterização do funcionamento sexual da amostra (FSFI)	88
Tabela 14 - Correlação de Pearson entre dor e características psicossociais da amostra (N=60)	90
Tabela 15 - Correlação de Pearson entre dor e características socio-demográficas (idade e anos de escolaridade) da amostra	91
Tabela 16 - Severidade da dor como preditora da interferência da dor: regressão linear simples	92
Tabela 17 - Ansiedade e Depressão como preditores da Interferência da dor: regressão linear múltipla	92
Tabela 18 - Correlação de Pearson para as variáveis Ansiedade, Depressão, Funcionamento Sexual	93
Tabela 19 - Correlação de Pearson entre as variáveis socio-demográficas (idade e anos de escolaridade) e variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Funcionamento Sexual)	94

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos valores de dor no momento presente (EVA)	79
Gráfico 2 - Distribuição dos valores de severidade da dor (BPI)	81
Gráfico 3 - Distribuição dos valores quanto à medicação para a dor (BPI)	82
Gráfico 4 - Distribuição dos valores de interferência da dor (BPI)	84
Gráfico 5 - Distribuição dos valores de ansiedade (HADS)	86
Gráfico 6 - Distribuição dos valores de depressão (HADS)	87
Gráfico 7 - Distribuição dos valores do funcionamento Sexual (FSFI)	89

Índice de Figuras

Figura 1 - Desenho da transmissão da dor segundo René Descartes	21
Figura 2. Mecanismo biológico da <i>Gate Control Theory of Pain</i>	25

Introdução geral

A fibromialgia corresponde a uma condição crónica caracterizada primordialmente pela presença de dor musculoesquelética generalizada, cuja etiologia é indeterminada (Sakata & Issy, 2008; Santos, 2006; Branco, 2005), envolvendo ainda uma série de manifestações clínicas que acarretam consequências ao nível dos vários contextos vitais do doente, afectando geralmente a sua qualidade de vida. A característica elementar da fibromialgia corresponde à dor crónica. Classicamente, o fenómeno da dor define-se por uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (*International Association for the Study of Pain*, 1979), podendo ser classificado em dois tipos: dor aguda e dor crónica (*American Psychiatric Association*, 1994). Fenómeno multidimensional, a dor constitui uma experiência dinâmica (Direcção Geral da Saúde, 2003) e subjectiva (Stein & Kopf, 2010) que ultrapassa a mera componente sensorial estendendo-se numa multiplicidade de componentes (entre as quais emocionais) (Júnior & Figueiró, 2001), que, em conjunto, interferem na vivência dolorosa, nomeadamente na percepção da intensidade e da interferência da dor, assim como na sua manutenção (Bidarra, 2010).

Quer na fibromialgia, quer na dor crónica, estes componentes emocionais afiguram-se frequentemente sob a forma de ansiedade e depressão (Winfield, 2007; Sakata & Issy, 2008), dimensões de elevada co-morbilidade (Lourenço, 2002). A ansiedade corresponde a um estado emocional caracterizado por apreensão ou receio (Mota-Cardoso, 2001), assistido por sintomas psíquicos e somáticos (como medo, pânico, palpitações, sudação, tremores) (Picado, 2007) e fisiológicos (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005). Em níveis normais, a ansiedade estimula a acção do indivíduo, sendo familiar à maior parte dos humanos (p.e. face um exame ou uma intervenção em público) (Picado, 2007). Quando patológica, a resposta à situação que a desencadeia é desproporcional, podendo ainda surgir perante a não existência de objecto específico (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005). A depressão, por seu turno, representa um estado clínico associado a uma diminuição notável do funcionamento físico e social (McQuaid et al., 1999; Simon et al., 1995, citado por Gameiro et al., 2008), sendo essencialmente caracterizado por humor depressivo e anedonia, aos quais

se juntam sentimentos de culpa e baixa auto-estima (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998), alterações do sono, do apetite, perturbações gastrointestinais, cardiovasculares e gerais, bem como disfunção sexual (Teixeira, 2002). O plano psicomotor é marcado por queixas dolorosas (Teixeira, 2002) e lentificação em vários níveis (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). Sintomas de ansiedade como irritabilidade e preocupação também são frequentes (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). A disfunção sexual nos pacientes com fibromialgia corresponde a uma dimensão altamente prevalente (Kalichman, 2009; Orellana et al., 2008), sendo apontadas manifestações clínicas associadas à doença como dor, alterações do sono, fadiga, ansiedade e a depressão, como factores relevantes na contribuição da diminuição do funcionamento sexual nestes pacientes (Yunus et al., 1999, citado por Da Costa et al., 2004).

Assim, foi considerado pertinente estudar a presença de dor, ansiedade, depressão e o funcionamento sexual nos doentes com fibromialgia e a relação entre estas variáveis. Neste sentido, os objectivos do estudo prendem-se com a caracterização de um grupo de indivíduos com fibromialgia quanto à dor, à ansiedade, à depressão e ao funcionamento sexual; com a análise da relação entre a dor e características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio-demográficas da amostra; a identificação de preditores psicossociais e socio-demográficos da dor da amostra; a análise da relação entre as características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) da amostra; e por último, a análise da relação entre características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio-demográficas da amostra.

A pesquisa teórica foi levada a cabo recorrendo a diversas fontes científicas, de diversas áreas, ambicionando o alcance de uma visão completa dos conceitos abordados. A recolha dos dados, junto de 60 mulheres com fibromialgia, seleccionadas por conveniência, foi suportada através dos seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, *Escala Visual Analógica* (EVA) e *Inventário Resumido da Dor* (BPI) para a dor, *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) para a ansiedade e a depressão, e *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* (FSFI) para o funcionamento sexual.

Deste modo, a estrutura da presente dissertação é delineada pela presença de cinco capítulos, em que nos quatro primeiros capítulos constam o enquadramento teórico da fibromialgia, da dor, da ansiedade e depressão e do funcionamento sexual, e no último capítulo consta a contribuição empírica.

O enquadramento teórico do presente trabalho baseia-se na abordagem teórica da fibromialgia, da dor, da ansiedade, da depressão e do funcionamento sexual. Neste sentido, o primeiro capítulo pretende debruçar-se sobre a caracterização clínica da fibromialgia, apresentando a sua conceptualização e as manifestações associadas, concepções etiológicas referidas na literatura, assim como a epidemiologia, os critérios de diagnóstico e a abordagem terapêutica desta doença. O segundo capítulo aborda o conceito da dor, expondo a sua definição e o seu mecanismo. A dor crónica será aprofundada por corresponder ao tipo de dor presente na fibromialgia, sendo apresentadas as suas manifestações psicossociais (entre as quais encontram-se a ansiedade e a depressão) e abordada a questão do processo de avaliação do doente com dor crónica. O terceiro capítulo debruça-se ao nível da ansiedade e da depressão, remetendo para a questão destas entidades na fibromialgia. Na qualidade de fenómenos frequentemente presentes quer na fibromialgia, quer na dor crónica, torna-se pertinente a abordagem teórica destas duas realidades. Por fim, o quarto capítulo respeita a dimensão do funcionamento sexual feminino, abordando modelos do ciclo de resposta sexual humana, as disfunções sexuais femininas, e a questão da ansiedade/depressão no funcionamento sexual, e destas na fibromialgia.

O quinto capítulo, respeitante à contribuição empírica, agregando no seu corpo, aspectos referentes à investigação realizada, nomeadamente, os objectivos da investigação, o método, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Deste modo, para o alcance dos objectivos foram recolhidos dados na amostra através da administração dos seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, *Escala Visual Analógica* (EVA), *Inventário Resumido da Dor* (BPI), *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS) e *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* (FSFI).

No final do trabalho, nomeadamente na discussão dos resultados serão confrontados os nossos resultados com os resultados obtidos por outros estudos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - FIBROMIALGIA

“De que estou cansado, não sei:
De nada me serviria sabê-lo,
Pois o cansaço fica na mesma.
A ferida dói como dói
E não em função da causa que a produziu.”
(Fernando Pessoa, 1993, p. 78).

1.1. Aspectos históricos e caracterização actual da Fibromialgia

Desde o século XVI que a literatura médica europeia facultava descrições sobre dor e sofrimento do sistema musculoesquelético (Chaitow, 2002). Ao longo do tempo, a fibromialgia foi apresentada sob várias designações, entre as quais *neurastenia*, *fibrosite*, *fibromiositis*, *miofibrosite*, *miofascite*, *miogelose*, *reumatismo muscular* e *síndrome poliálgica idiopática difusa* (Hernández-García, 2004; Branco, 2002; Chaitow, 2002).

A precursora da fibromialgia foi a *fibrosite* (De Marins, 2009). No século XX, o neurologista inglês William Gowers propôs o termo *fibrosite*, crendo que a inflamação constituiria uma condição chave do chamado reumatismo muscular (Chaitow, 2002; De Marins, 2009) e que as alterações clínicas da *fibrosite* se encontrariam relacionadas com aspectos como a fadiga e os distúrbios do sono (Bastos & Oliveira, 2003). Onze anos mais tarde, Llewellyn ampliou o campo do termo *fibrosite* a outras condições, nas quais incluiu a gota (Chaitow, 2002). Em 1938, Kellegren (citado por Chaitow, 2002) fez uma das primeiras referências na literatura sobre os pontos-gatilho, descrevendo em *Observations on Referred Pain Arising from Muscle* na Revista *Clinical Science*, várias características destes pontos verificadas em doentes com *fibrosite/mialgia*, assinalando a existência de padrões consistentes de dor que poderiam ser tratados através de

injecções de novocaína. Os pontos foram identificados nas matérias musculares e noutras estruturas (como dentes, ossos, entre outros), tendo sido diferenciados dos “spots” nos músculos, tendões, articulações e tecido periósteeo (Kellegren, 1938, citado por Chaitow, 2002).

O termo *fibromialgia*, mantido na actualidade, foi introduzido na década de 70 do século XX (Hernández-Garcia, 2004), com o contributo dos estudos de Smythe e de Moldofsky, que identificaram determinadas áreas anatómicas através da designação de “tender-points”, mais dolorosas em doentes com fibromialgia do que em doentes sem fibromialgia (Bastos & Oliveira, 2003). Uma simples revisão da literatura especializada da década de 80 do século XX testemunha as dificuldades encontradas relativamente ao número de pontos sensíveis a serem considerados na fibromialgia (De Marins, 2009). Em 1981, Bennett referiu a existência de 25 pontos sensíveis, tendo Yunus, no mesmo ano, aumentado essa anotação para 40 pontos (De Marins, 2009). Ao estudar 65 pontos anatómicos, em 1988, Simms defendeu a presença de 19 pontos que melhor diagnosticariam a fibromialgia (De Marins, 2009). No ano de 1992, o *Second World Congress on Myofascial Pain and Fibromyalgia* em Copenhaga, deu origem a um documento de consenso sobre a fibromialgia - a Declaração de Copenhaga (1992, citado por Chaitow, 2002). Este documento reconheceu cientificamente os critérios estipulados pelo *American College of Rheumatology* (ACR) em 1990, para o diagnóstico da fibromialgia¹, fazendo ainda referência a manifestações clínicas como fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono não reparador (Winfield, 2007; Branco, 2005; Branco, 2002; Chaitow, 2002). Os critérios facultados pelo ACR representam a classificação mais referenciada no domínio científico, sendo reputados por terem contribuído para um consenso científico na matéria da classificação da fibromialgia, representando um ponto importante, particularmente no sentido de uniformizar estudos de investigação (Branco, 2005).

A fibromialgia corresponde a uma condição reumática não-deformante e não-inflamatória, de evolução crónica, caracterizada por dor musculo-esquelética generalizada e difusa, de natureza desconhecida e sem causa orgânica detectável (Branco, 2008; Sakata & Issy, 2008; Santos, 2006; Branco, 2005). Sendo a dor de origem desconhecida, a realização de exames físicos não revela deformações/alterações

da força ou atrofia musculares, tendo ainda em conta que as articulações ostentam uma amplitude de movimentos normal e o exame neurológico não exhibe alterações (Branco, 2005). Etimologicamente, a palavra *fibromialgia* resulta da combinação de três termos, nomeadamente *fibro* - do Latim *Fibra*, de tecido; *mia* - do Grego *Myos*, de músculo; e *algia* - do Grego *Algos*, de dor (Malheiro & Pereira, 2010). A caracterização da fibromialgia na qualidade de condição reumática é devida à concepção teórica de que o termo reumático remete para o envolvimento das estruturas articulares e não articulares (Block, 1993, citado por Chaitow, 2002).

A característica objectiva básica da fibromialgia corresponde à presença de pontos dolorosos simétricos e com localização definida (Thieme, Flor & Turk, 2006). Porém, o estado de hiperalgesia difuso e crónico que os doentes manifestam não se limita a estes pontos dolorosos, sendo referido em outros locais (Branco, 2005). As dores difusas incidem nos tecidos moles, não constituindo patologia articular ou óssea, apesar do doente relatar frequentemente essa sensação (Branco, 2005). A dor na fibromialgia é geralmente caracterizada pela percepção de níveis elevados de dor (Oliveira et al., 2009). Vários estudos comparativos demonstram claramente que, em comparação com outros doentes reumáticos e com dor, os doentes com fibromialgia apresentam níveis de dor significativamente mais elevados, como a investigação de Oliveira et al. (2009), que concluiu que os pacientes com fibromialgia apresentam níveis mais elevados de percepção da dor e percepcionam níveis mais reduzidos de limiar de dor; o trabalho comparativo de Quartilho (2004), que concluiu que a intensidade da dor se revelou mais intensa nos doentes com fibromialgia em comparação com outros doentes reumáticos; ou ainda o estudo de Capela et al. (2009), que, ao comparar três grupos de doentes através do seu tipo de dor (dor difusa e crónica, dor regional e dor esporádica), verificou que o grupo de doentes com dor difusa e crónica ($n=106$), apresentou os níveis mais elevados de dor.

A adjectivação da dor nos doentes com fibromialgia, correspondente com frequência a expressões como “terrível, horrível, de morrer, no corpo todo”, subscreve a esta percepção genérica de níveis elevados da intensidade da dor (Santos, 2006), que é em muitos casos acompanhada pela percepção de níveis elevados da interferência da dor, que se reflecte principalmente na diminuição funcional do doente em várias

actividades da sua vida diária (p.e., a execução dos trabalhos domésticos, fazer compras, ou trabalhar 8 horas por dia) (Winfield, 2007). Estes dados confirmam-se através de investigações como a de Jones et al. (2008), que, no estudo do funcionamento físico (auto-relato) em mulheres com fibromialgia, verificaram esta percepção de menor capacidade funcional relativamente às actividades gerais da vida diária; ou de Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2010), que verificaram uma considerável interferência da dor na vida diária dos doentes com dor musculoesquelética.

O padrão doloroso na fibromialgia é ainda marcado por hipersensibilidade, rigidez, padrões atípicos de adormecimento e parastésias (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007). As localizações atípicas e variáveis das parastésias afastam a possibilidade de uma síndrome neurológica e/ou de compressão nervosa periférica (Branco, 2005). A dor pode ser de vários tipos: picada, queimadura, moimha lancinante, entre outros (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007). Este quadro doloroso evolui por entre surtos de agravamento com dor intensa, e por momentos de apaziguamento em que a dor é menos intensa, sendo frequentes as descrições dos doentes quanto à evolução da dor através de expressões como “bons e maus dias” (Winfield, 2007). Os doentes com fibromialgia referem muitas vezes factores de agravamento e factores de alívio em relação às suas dores, em que geralmente o frio, a humidade, a ansiedade, a fadiga e a tensão, agravam as dores, enquanto o calor e o tempo seco aliviam as dores (Branco, 2005).

A fibromialgia representa uma entidade na qual as manifestações clínicas são numerosas e diversas (Sakata & Issy, 2008). Além da dor, a rigidez muscular e a fadiga persistentes representam características muito frequentes (Branco, 2006; Thieme, Flor & Turk, 2006; Branco, 2002). Embora a fadiga seja usualmente relatada como falta de forças, não é todavia localizada (Branco, 2005). Segundo Bastos e Oliveira (2003), 90% das pessoas com fibromialgia refere fadiga muscular, com redução da resistência aos exercícios e cansaço intenso. Esta sensação crónica de mal-estar geral, cansaço e fadiga não melhora com o repouso (Branco, 2002), sendo ilustrada pelos doentes através de descrições como “arrasadora, esgotante, debilitante” (Branco, 2005). A falta de qualidade do sono representa outro aspecto frequente nos casos de fibromialgia (Chaitow, 2002), ilustrando-se através de um sono de baixa qualidade, vivido como não

reparador (Dauvilliers & Touchon, 2001). Aspectos específicos como dificuldades em iniciar o sono, despertar nocturno frequente, dificuldades em retomar o sono, sono agitado e superficial, despertar precoce, ou até perturbações do sono, constituem pontos habitualmente verificados nestes doentes, em que ao sono não reparador se adiciona o cansaço, a rigidez matinal e a elementar dor, formando, em conjunto, factores que podem contribuir para uma baixa qualidade de vida (Sakata & Issy, 2008; Branco, 2005; Bastos & Oliveira, 2003). Indubitavelmente, a qualidade do sono avoca um papel vital no estado de saúde e bem-estar de cada indivíduo. A natureza difusa e complexa da dor pode remeter para o envolvimento de um mecanismo fisiológico central, factores psicológicos e alterações do sono que podem actuar como factores que contribuem para a doença (Sakata & Issy, 2008). Uma vez que os estímulos nocivos interferem no sono, as alterações do sono podem contribuir para experiência da dor (Moldofsky, 2001, citado por Gui et al., 2010), podendo desempenhar um papel relevante não apenas na etiologia da dor crónica, mas também na perpetuação dos sintomas da fibromialgia (Teixeira et al., 2001, citado por Gui et al., 2010).

A todas estas manifestações clínicas podem ainda ser acrescentadas outras variantes que integram o quadro clínico da fibromialgia, como cefaleias, pernas cansadas, movimentos periódicos dos membros, fenómeno de Raynaud, síndrome de disfunção da articulação temporomandibular, edema subjectivo, intolerância ao calor e frio, sudorese nas extremidades dos membros inferiores e superiores do corpo, tonturas (Sakata & Issy, 2008; Winfield, 2007; Branco, 2005; Hernández-Garcia, 2004). A nível gastrointestinal, nomeiam-se alterações como síndrome do cólon irritável, dispneia, náusea e dificuldades digestivas (Gui et al. 2010). A nível geniturinário, podem estar presentes aspectos como polaciúria, cistite, vulvodínia, incontinência urinária por urgência, bexiga irritável e dismenorreia (Sakata & Issy, 2008; Hernández-Garcia, 2004). Indica-se ainda a possível existência de anomalia auditiva e ocular, congestão nasal e palpitação ou dor torácica (Sakata & Issy, 2008).

O plano psicológico do doente com fibromialgia é frequentemente parametrizado por alterações (Smith, 2009; Sakata & Issy, 2008; Branco, 2002) entre as quais se

destacam a ansiedade e a depressão¹ (De Marins, 2009; Winfield, 2007; Ledingham, Doherty & Doherty, 1993), que se reflectem geralmente no funcionamento diário do indivíduo e nos vários contextos da sua vida (laboral, familiar, social, conjugal, sexual, entre outros) (Branco, 2002). Segundo Pascual (2004, citado por Malheiro & Pereira, 2010), os pacientes com fibromialgia exibem níveis mais altos de dor, ansiedade e depressão, assim como uma maior tendência de focalização nos sintomas corporais e pior qualidade de vida, em comparação com indivíduos saudáveis. O domínio cognitivo pode ser marcado por alterações ao nível da atenção, da memória e da concentração (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). Salientam-se ainda as dificuldades ou disfunções sexuais² (Kalichman, 2009; Orellana et al., 2008). Em alguns casos, estes aspectos podem encontrar-se exacerbados pelo consumo de fármacos psicotrópicos (Winfield, 2007). Estudos indicam que, a nível laboral, uma percentagem considerável de doentes com fibromialgia altera o seu estilo de vida, suspendendo ou alterando até as suas actividades profissionais (Sá et al., 2005). Em alguns países a fibromialgia justifica compensações financeiras por incapacidade (Sá et al., 2005).

Relativamente a doenças concomitantes, a literatura reporta que a fibromialgia encontra-se frequentemente associada a outras doenças reumáticas (lombalgia, osteoartrose, artrite reumatóide, espondilite anquilosante, lúpus eritematoso sistémico), doenças vasculares, neoplásicas, endocrinológico-metabólicas, neurológicas e infecciosas (Branco, 2005). Em suma, reflectindo sobre as manifestações clínicas da fibromialgia, é possível retirar que todo este quadro clínico se traduz numa condição debilitante e incapacitante para o indivíduo, que se confronta diariamente com limitações nas várias dimensões da sua vida (Chaitow, 2002).

1.2. Etiologia

A dimensão etiológica da fibromialgia representa uma área de grande questionamento e falta de respostas (Winfield, 2007). A investigação científica integra

¹ A questão da ansiedade e a depressão na fibromialgia será abordada de forma mais completa no Capítulo III.

² O plano do funcionamento sexual nos doentes com fibromialgia encontra-se apresentado de forma mais completa no Capítulo IV.

numerosos estudos que visam a identificação de mecanismos biológicos patentes à fibromialgia, contudo, os resultados são pouco consistentes e esclarecedores (Santos, 2006), não existindo uma causa conhecida (Thieme, Flor & Turk, 2006), uma definição etiológica consensual, embora constitua uma entidade clínica individualizada, com critérios de diagnóstico conhecidos (Quartilho, 1999). Em detrimento desta falta de consenso quanto à etiologia da fibromialgia, um aspecto em que muitos autores concordam é que não existe uma causa única para a fibromialgia (Branco, 2002; Chaitow, 2002). Clauw (s/d, citado por Chaitow, 2002) afirma que a fibromialgia representa uma constelação de várias manifestações que se sobrepõem, e que a etiologia da fibromialgia representa uma cadeia de fenómenos, na qual a maioria dos elos são desconhecidos ou mal definidos (Branco, 2002).

Segundo Waddell (2004), cerca de metade das pessoas com fibromialgia relembra o início da doença através de uma queixa específica de dor, que se ampliou com o tempo noutras partes do corpo, e um quarto dos pacientes apresenta um histórico marcado por situações de *stress* elevado, que constituíram, na visão dos mesmos, um ponto disparador para o problema musculo-esquelético. A Direcção Geral da Saúde (DGS) (2004) refere sinais de alerta para o desenvolvimento da fibromialgia, apontando aspectos como história familiar da doença, síndrome dolorosa prévia, preocupação com o prognóstico de outras doenças coexistentes, traumatismo vertebral (especialmente cervical), incapacidade para lidar com adversidades, história de depressão/ansiedade, sintomas persistentes de virose, alterações do sono, disfunção emocional significativa e dor relacionada com a prática da profissão.

Várias têm sido as propostas apresentadas para explicar o mecanismo subjacente à fibromialgia (Chaitow, 2002). Tendo em conta as suas diversas expressões, a literatura aponta que algumas condições são vistas como tendo uma ligação causal, enquanto outras são perspectivadas como manifestações de disfunções derivadas de uma série de factores etiológicos que têm influência no indivíduo, com prováveis predisposições congénitas (Chaitow, 2002).

Estudos recentes realizados a nível do sistema nervoso central indicam a presença de várias alterações nos doentes com fibromialgia, como a redução dos níveis

plasmáticos, alterações no LCR da serotonina, do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) e elevação dos níveis de substância P, anomalia do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal e hipovascularização de algumas regiões do cérebro (Sakata & Issy, 2008; Riberto & Pato, 2004; Branco, 2002; Russell et al., 1994; Vaeroy et al., 1988, citado por Akkus, Delibas & Tamer, 2000). Um déficit de estrogénio também tem sido proposto como um dos factores associados, tendo em conta que a fibromialgia ocorre geralmente em mulheres no início da menopausa (Waxman & Zatskis, 1986, citado por Clayton et al., 2002).

Na visão da hipótese cronobiológica de Moldofsky (1993, citado por Chaitow, 2002), Professor de Psiquiatria e de Medicina da University of Toronto, a raiz causal da fibromialgia encontra-se nos ritmos biológicos alterados, nos quais se integram funções fisiológicas diurnas, influências ambientais sazonais e psicossociais, e ainda influências comportamentais. O autor referiu a presença de uma síndrome do sono não reparador, descrita através de dor, fadiga, dificuldades cognitivas e irritação intestinal. A origem da doença residiria em perturbações do SNC, no qual existiriam alterações das funções metabólicas. As perturbações ambientais afectariam as funções cerebrais e os sintomas somáticos (Moldofsky, 1993, citado por Chaitow, 2002). A fisiologia do sono alterado, em conjunto com os sintomas somáticos e psicológicos, poderiam constituir o produto de incidentes traumáticos agudos (Moldofsky, 1993, citado por Chaitow, 2002).

Outros autores referem a existência de uma predisposição genética na fibromialgia, enfatizando as tendências familiares no desenvolvimento da doença (Chaitow, 2002). Uma investigação de Buskila (1996, citado por Chaitow, 2002) referiu o factor genético como principal nos casos de fibromialgia. Segundo o *Fibromyalgia Network* (1995; 1996, citado por Chaitow, 2002), 43% a 45% dos pacientes com fibromialgia apresenta hiper mobilidade generalizada nas articulações, característica adquirida geneticamente e mais observada em mulheres. Segundo os trabalhos de Nancy Kilmas (1995, citado por Chaitow) e outros pesquisadores da University of Miami, a predisposição genética, seguida de experiência traumática importante, de cariz físico ou psicológico, ou de uma infecção, ou do efeito de um aglomerado de situações de *stress* múltiplos de menor importância pode encontrar-se na origem da fibromialgia. Estes trabalhos propõem a existência de uma predisposição genética inicial seguida de um

evento etiológico, por exemplo, um único trauma, uma reactivação da actividade viral dormente, ou ainda, uma infecção única (Kilmas, 1995, citado por Chaitow). Assim, a presença de um destes elementos pode conduzir a uma resposta imunológica contínua principal, que é perpetuada através de uma activação suplementar de agentes infecciosos ou através de uma disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal relacionada com a influência do *stress* (Kilmas, 1995, citado por Chaitow, 2002).

A visão da hipótese integrada proposta por Robert Bennett (1993, citado por Chaitow, 2002) parte de duas concepções actuais existentes sobre a etiologia da fibromialgia. Por um lado, a concepção de que nenhum defeito muscular global foi comprovado na explicação da fibromialgia, por outro lado, a noção de alterações no músculo focal devido a quatro factores, nomeadamente, a redução dos fosfatos de alta energia, fibras lesadas difusamente, mudanças focais na tensão de oxigénio e faixas de contracção repetitivas (Bennett, 1993, citado por Chaitow, 2002). Este Professor de Medicina da University of Oregon defendia que estas alterações de cariz muscular podiam ter a sua causa num microtrauma muscular, podendo, por conseguinte, a etiologia da fibromialgia corresponder a uma predisposição do indivíduo para desenvolver um microtrauma muscular (Bennett, 1993, citado por Chaitow, 2002).

Na visão da hipótese nociceptiva, a dor não só constitui o sintoma final básico da fibromialgia, assim como também representa a sua causa (Chaitow, 2002). Nesta perspectiva, Wolfe (1994, citado por Chaitow, 2002) propôs a existência de três aspectos de base, nomeadamente, a presença de uma sequência de estímulos de dor crónica que conduzem a um limiar de dor reduzido; a existência de uma ampliação da dor (limiar reduzido) que progride, influenciada pela genética, doença, perturbação do sono e factores psicológicos (*stress* psicossocial e forma de lidar com a doença); e uma evolução consequente da fibromialgia. Sucintamente, este modelo acredita que a alostase actua no lugar da homeostase (Chaitow, 2002). Assim, os stressores múltiplos que influenciam os pacientes, parecem produzir os seus efeitos negativos em consequência de elementos que activem e mantenham uma actividade hipotalâmica aumentada, seja infecção, *stress* químico, físico ou emocional (Chaitow, 2002). Uma outra hipótese, a hipótese da disfunção imunológica, admite a existência de um ou mais elementos que provocam respostas excessivas no sistema imune, conduzindo a um

aumento da produção de citocinas (Oldstone, 1989; Landay, 1991; Bakheit, 1992; Macintyre, 1993, citado por Chaitow, 2002).

A existência de uma disfunção metabólica nos casos de fibromialgia foi defendida pela hipótese de retenção de Paul St. Amand (1997, citado por Chaitow, 2002), médico e professor clínico assistente de Medicina em Harbor, UCLA. Esta visão postula que a fibromialgia representa uma doença de retenção semelhante à gota, mas com um maior envolvimento nos tecidos, envolvendo então a existência de uma disfunção metabólica, cujos processos metabólicos mais afectados envolveriam a geração de ATP defeituoso por um ciclo de ácido cítrico completamente operacional que produz calor em vez de energia (Chaitow, 2002).

A hipótese de hormona de *stress* propôs a noção de que a fibromialgia circundaria uma deficiência de cortisol, quando activada por infecção, trauma ou eventos psicossociais, atendendo às características desta deficiência que correspondem a fadiga, fraqueza, dores musculares e nas articulações, sintomas intestinais, náusea, reacções alérgicas aumentadas e perturbação do humor (Chaitow, 2002). A hipótese de disfunção na hormona da tiróide presume uma semelhança de sintomas entre a fibromialgia e o hipertiroidismo, nomeadamente ao nível da depressão, ansiedade, memória alterada, perturbações do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais, irregularidades menstruais, fadiga, hipoglicemia, maior susceptibilidade às infecções, sintomas músculo-esqueléticos e problemas de pele (Chaitow, 2002). Na perspectiva de Lowe (1997, citado por Chaitow, 2002), perante o funcionamento normal da tiróide, a fibromialgia pode constituir o resultado de uma falha nas concentrações hormonais normais da tiróide na regulação da transcrição génica (Chaitow, 2002). A hormona da tiróide regula a substância P em pequenos núcleos cerebrais, na pituitária anterior, na medula lombar e nos gânglios da raiz dorsal, e assim, a regulação inadequada da transcrição genica pela tiróide pode ser responsável por um nível aumentado de substância P e por todos os outros dados objectivos e sintomas da fibromialgia (Yellin, 1997, citado por Chaitow, 2002).

A dimensão multidimensional da fibromialgia não pode descurar a sua vertente psicológica. Neste sentido, numa hipótese psicológica, refere-se a existência de

numerosos estudos que sublinham a importância do laço entre fibromialgia e ansiedade, fibromialgia e depressão, e fibromialgia e somatização (Laroche, 2009). A ansiedade e a depressão induzem uma amplificação da intensidade da dor, dos comportamentos de dor, evitamentos e sentimento de invalidez, assistindo-se frequentemente à presença de catastrofismo ou dramatização que representam uma resposta cognitiva e afectiva com ruminação, desespero e impotência (Laroche, 2009). A literatura tem identificado certos factores de risco quanto à dor na fibromialgia, os quais abrangem eventos stressantes precoces na vida (p.e., violência, maus-tratos, abusos), síndromes dolorosas prévias, traumatismos físicos (p.e., acidentes), eventos catastróficos (p.e., guerra) e infecções ao início da fibromialgia (Laroche, 2009).

O modelo integrador proposto por Kirmayer e Robbins (1998, citado por Quartilho, 2004) integra a componente da somatização na fibromialgia. A somatização deve ser conceptualizada como um processo envolvendo não apenas mecanismos psicológicos e sociais, mas também biológicos, devendo existir uma conexão fenomenológica entre os dois conceitos e uma leitura transversal (Quartilho, 2004).

Os indivíduos que concedam mais atenção à dor tendem a ter mais comportamentos em função das suas experiências prévias de dor (McCracken, 1997, citado por Quartilho, 2004), sendo esta atenção influenciada por características da personalidade do indivíduo (p.e., neuroticismo, e orientada por processos cognitivos de atribuição e interpretação, que circunscrevem os sintomas no corpo e alertam para a eventual existência de “doença grave”, “auto-descoberta” que proporciona uma activação de respostas psicológicas (p.e., preocupação com doenças, reacção de catastrofização, recurso aos cuidados de saúde com promoção do papel de doente) (Quartilho, 2004). O estatuto de incapacidade envolve um complicado legitimação ao nível dos vários contextos (p.e., familiar, social, cuidados de saúde), na medida em que os sintomas são muitas vezes alvo de deslegitimação, representando a razão fundamental pela qual os doentes com fibromialgia vivenciam tão usualmente o sentimento de incompreensão, ou até mesmo de rótulo ou estigma social (Quartilho, 2004). Mais, os processos de ordem fisiológica, psicológica, interpessoal e sociocultural constituem potenciais factores de contribuição nos ciclos viciosos de amplificação dos sintomas (p.e., através da preocupação com a doença e das respostas de catastrofização,

susceptíveis de engendrar um maior nível de ansiedade que, conseqüentemente, pode promover sintomas somáticos relacionados com a activação do sistema nervoso autónomo) (Quartilho, 2004). A presença destes sintomas pode estimular o doente a procurar de forma mais intensiva os cuidados de saúde e a evitar a realização das tarefas diárias, atendendo ao comportamento do papel de doente que ocasiona componentes como descondicionamento físico, alterações do sono e outras formas de desregulação fisiológica (Quartilho, 2004). Por último, as representações culturais dos sintomas e deste comportamento de doente (passível de despoletar conflitos interpessoais, potenciadores de uma amplificação do nível de activação emocional, que, em conjunto, contribuem para a persistência dos sintomas somáticos), reforçam as atribuições patogénicas para novas sensações e para a situação de mal-estar e incapacidade (Quartilho, 2004).

Numa visão global, é possível verificar que existe uma vasta gama de propostas teóricas que pretende compreender e explicar a etiologia da fibromialgia. Todas elas focam pontos diferentes, reforçando a falta de consenso existente quanto a esta matéria (Thieme, Flor & Turk, 2006). Apesar desta falta consensual, a dimensão multidimensional desta doença e a multiplicidade das suas manifestações clínicas representam um ponto claro, o que reflecte a necessidade de uma abordagem terapêutica de cariz multidisciplinar.

1.3. Epidemiologia

A fibromialgia representa uma das doenças musculoesqueléticas mais comuns (Sakata & Issy, 2008), um diagnóstico frequente em Reumatologia (Waddell, 2004; Chaitow, 2002) e uma importante percentagem das consultas de clínica geral (Branco, 2005). Estima-se que a fibromialgia afecta entre 2% e 4% da população adulta portuguesa (Branco, 2005; Viana de Queiroz, 2002b). Estudos estrangeiros apontam para uma realidade similar (2%) na população geral adulta dos países ocidentais (Graff-Radford, Reeves & Jaeger, 1987, citado por Branco, 2002). Nos EUA, de acordo com os critérios do ACR, a fibromialgia afecta 3,4% das mulheres e 0,5% dos homens na população geral (Gilliand, 1998, citado por Sá et. al., 2005).

A fibromialgia é mais frequente nas mulheres do que nos homens, sendo cerca de 9 vezes mais afectadas (Branco, 2005; Viana de Queiroz, 2002b) e representando cerca de 90% dos casos (Malheiro & Pereira, 2010). Atendendo às várias indicações da literatura, refere-se que a maioria dos doentes afectados encontra-se entre os 20/30 e os 50/60 anos de idade (Smith, 2009; Vaz et al., 2009; Branco, 2005). Embora a fibromialgia se possa iniciar em qualquer idade, é mais frequentemente (Santos, 2006) e mais problemática a partir da meia-idade (Waddell, 2004), geralmente no início da menopausa (Waxman & Zatskis, 1986, citado por Clayton et al., 2002).

É importante denotar que apesar da fibromialgia prevalecer principalmente em adultos, pode também, embora com menos frequência, acometer crianças, adolescentes e idosos (Bastos & Oliveira, 2003). No que diz respeito a factores socioeconómicos, é reconhecida uma prevalência de baixos níveis educacionais, baixos rendimentos e estado civil divorciado nos doentes com fibromialgia (DGS, 2004; Riberto & Pato, 2004).

1.4. Diagnóstico

A fibromialgia representa uma condição de difícil validação diagnóstica (Malheiro & Pereira, 2010), afigurando um quadro complexo, exigente de um diagnóstico cauteloso na medida em que se assiste à existência de vários aspectos subjectivos (p.e., dor, fadiga, alterações cognitivas), frequentemente relatados como graves e incapacitantes, e aspectos objectivos (p.e., hipersensibilidade dolorosa generalizada à palpação clínica) (Branco, 2005).

Segundo os critérios estipulados pelo ACR (1990, citado por Branco, 2005), o diagnóstico da fibromialgia deverá ter em conta dois aspectos de base, nomeadamente, história de dor generalizada e dor à palpação digital em 11 de 18 dos *tender-points*. A história de dor generalizada respeita uma presença mínima de três meses, sendo classificada como generalizada quando se averiguam todas as seguintes: dor do lado esquerdo e dor do lado direito do corpo, dor acima da cintura, dor abaixo da cintura e dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior ou coluna dorsal ou coluna lombar) (Branco, 2005). A dor à palpação digital deve estar presente em pelo menos 11

dos 18 pontos bilaterais e simétricos (Smith, 2009; Branco, 2005) (cf. anexo A), no local, sem irradiação, devendo a palpação digital ser efectuada com uma força aproximada de 4 kg/cm² (Smith, 2009; Sakata & Issy, 2008; Thieme, Flor & Turk, 2006; Branco, 2005; Bastos & Oliveira, 2003).

O exame manual dos *tender-points* permite a utilização de uma escala gradativa de intensidade da dor (cf. anexo B), que faculta um índice dos pontos dolorosos (IPD) através da soma das gravidades dos 18 pontos definidos (Branco, 2002). Para que um ponto doloroso seja considerado como positivo, o doente deve relatar que a palpação foi “dolorosa”, não devendo ser considerada uma resposta de “sensível” como um ponto positivo (Smith, 2009; Branco, 2005). Segundo Vaz et al. (2009), os critérios de classificação propostos pela ACR (1990) permitem identificar os doentes com fibromialgia com uma sensibilidade de 88,4%, uma especificidade de 81,1% e uma exactidão de 84,9%.

Para esta classificação diagnóstica da fibromialgia é necessário que os doentes satisfaçam ambos os critérios anteriormente referidos, anotando que a presença de uma segunda entidade clínica não constitui um elemento que exclui o diagnóstico de fibromialgia (Smith, 2009; Thieme, Flor & Turk, 2006; Bastos & Oliveira, 2003). Contudo, apesar da importância destes critérios, é importante ter em conta que estes podem existir sem que o doente padeça de fibromialgia, sendo por conseguinte fundamental que perante a suspeita diagnóstica, após a aplicação dos critérios do ACR (1990, citado por Branco, 2005), sejam avaliados os seguintes aspectos: sintomas funcionais adicionais (p.e. alterações do sono, fadiga, síndrome do cólon irritável, cefaleias); sinais psíquicos (p.e., depressão, ansiedade, neuroticismo, personalidade “pró-dolorosa”); agressores ou traumatismos psicológicos e físicos (p.e. família, trabalho, económico); e consequências da fibromialgia (p.e. incapacidade), assim como os efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento (Branco, 2005).

A fibromialgia pode enquadrar um conjunto de alterações metabólicas reumáticas que devem ser excluídas clínica e/ou laboratorialmente antes de ser realizado o seu diagnóstico (Santos, 2006). Além disso, devido à semelhança de determinadas manifestações clínicas da fibromialgia com manifestações clínicas de outros

diagnósticos, é importante que seja efectuado o diagnóstico diferencial e, neste sentido, quadros clínicos como hipertiroidismo, hipoparatiroidismo, lúpus eritematoso sistémico, espondilite anquilosante, artropatias, polimiotopias, doenças do tecido conjuntivo e diabetes fosforada partilham manifestações clínicas com a fibromialgia (Santos, 2006).

O síndrome da fadiga crónica também apresenta sintomatologia semelhante à fibromialgia, sobretudo nos elementos de fadiga (Waddell, 2004; Chaitow, 2002). A dor miofascial crónica apresenta pontos-gatilho miofasciais activos e manifestações dolorosas caracterizadas por sensação de ardor e câibras, em que a dor pode ser localizada ou afectar só um músculo ou um grupo muscular, inversamente à fibromialgia, contudo, na dor miofascial, a dor também pode incidir em grandes áreas do corpo, tal como acontece no quadro doloroso da fibromialgia (Waddell, 2004; Chaitow, 2002).

Não é conhecida a existência de exames de diagnóstico passíveis de identificar a presença de fibromialgia, sendo os exames complementares de diagnóstico geralmente normais ou negativos (e úteis para o diagnóstico diferencial), e caso se detecte alguma alteração, é provavelmente devida a outra patologia associada e não à fibromialgia (Santos, 2006). O diagnóstico da fibromialgia deve assentar numa base de diagnóstico de exclusão, explorando a eventual existência de uma doença de base (De Marins, 2009). Em suma, do ponto de vista clínico, a fibromialgia seria como uma “cebola”, em que em redor do núcleo central, caracterizado por dor generalizada e pontos dolorosos à palpação, se podem encontrar vários estratos de diversos sintomas, em quantidade e qualidade variáveis entre os doentes e até no mesmo doente, em momentos diferentes da evolução da fibromialgia (Branco, 2005).

1.5. Tratamento

Não existe conhecimento de uma terapêutica específica que seja, de um modo geral, genérica para os casos de fibromialgia (Bailey, 1999, citado por Correia & Bárcia, 2008). As abordagens mais eficazes correspondem geralmente a combinações terapêuticas que conjugam tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (Branco, 2005), assentando numa linha pluridisciplinar e multifactorial (Santos, 2006).

Segundo a DGS (2004), a fibromialgia deve ser tratada nos cuidados primários de saúde, sendo geralmente o objectivo de base do tratamento a melhoria dos sintomas (Santos, 2006), tomando como primeiros focos de intervenção a dor, o sono não-reparador e as alterações de humor (p.e. ansiedade e depressão), quer a nível farmacológico, quer a nível não-farmacológico (Winfield, 2007).

A dimensão não-farmacológica do tratamento deve incluir abordagens de ordem física, psicológica e comportamental (Winfield, 2007; DGS, 2004). Após a realização do diagnóstico, o doente deve ser elucidado sobre a natureza da doença, os factores de alívio e de agravamento e o habitual bom prognóstico da doença (DGS, 2004). É importante uma orientação sobre estilos de vida, prática e tipo de exercício, técnicas de relaxamento (DGS, 2004), técnicas para melhoria da qualidade e quantidade do sono e apoio psicológico (Branco, 2005; DGS, 2004). O apoio psicológico e psiquiátrico deve abordar questões tais como manifestações afectivas, emocionais ou psiquiátricas associadas à fibromialgia; desadaptação significativa para as funções (familiares, laborais, entre outras) que interfira com o desempenho e a responsabilidade e/ou perturbe ou prejudique as relações; e ainda a incapacidade (emocional, cognitiva ou comportamental) para lidar com os sintomas e disfunção da fibromialgia (Branco, 2005). Estes doentes devem ser ajudados de forma compreensiva e afável, mas firme e orientadora (Branco, 2005).

Relativamente à abordagem farmacológica, esta incorpora frequentemente, pela sua eficácia, analgésicos, anti-depressivos tricíclicos e inibidores selectivos de recaptação da serotonina, relaxantes musculares e indutores do sono (DGS, 2004). Mais especificamente, a farmacoterapia geralmente utilizada na fibromialgia agrega no início do tratamento fármacos como amitriptilina, ciclobenzaprina e tizanidina (Branco, 2005). Para a dor, é recomendado o uso de analgésicos como a flupirtina, o tramadol, o paracetamol, a codeína, a clonixina e a gabapentina, para melhoria dos sintomas depressivos, a administração de fluoxetina ou de milnacipran, para os sintomas de ansiedade, o emprego de sedativos (p.e. alprazolam), e para as alterações do sono a utilização de hipnóticos (p.e. zolpidem) ou indutores do sono (p.e. trazodone) (Branco, 2005).

Assim, perante a ausência de uma terapêutica específica para os casos de fibromialgia (Bailey, 1999, citado por Correia & Bárcia, 2008), aponta-se para uma combinação de abordagens terapêuticas (Branco, 2005), assentando numa base multidisciplinar e individualizada a cada caso (Winfield, 2007). Por último, será pertinente referir que embora os doentes com fibromialgia sejam maiores utilizadores de consultas médicas, todavia, comparativamente com outros doentes de Reumatologia, não consomem mais fármacos e nem as taxas de hospitalização são superiores (Branco, 2002).

CAPÍTULO II – DOR

“Não sei o que é nem consinto
À alma que o saiba bem.
Visto da dor com que minto
Dor que a minha alma tem.”
(Fernando Pessoa, 1995, p. 134)

2.1. Aspectos históricos e caracterização actual da dor

A dor corresponde à experiência humana mais vivenciada entre os seres humanos, para além da morte (Le Breton, 2007, citado por Martins, 2009). Fenómeno existente desde o início dos tempos, a História testemunha os vários esforços realizados para a sua compreensão e tratamento, apresentando uma evolução de modelos totalmente orgânicos, para uma visão envolvendo componentes físicas e psicológicas (Bidarra, 2010).

A palavra *dor* deriva do termo latino *poena*, que denotava punição (Gonçalves, 2002). A dor e o medo constituem os sofrimentos mais arcaicos do ser humano, perante os quais este se mantinha impotente, ao contrário do que sucedia por exemplo, com o frio e a fome (Filho, 1992). Os recursos utilizados no alívio da dor apresentam um longo caminho (Filho, 1992). No Homem Primitivo, unicamente a dor de origem exógena fundamentava o sofrimento. Os outros tipos de dor eram tratados através de recursos

como métodos de natureza paranormal, como magia, amuletos ou exorcismo com o intuito de expelir o elemento maligno instalado no corpo do indivíduo com dor endógena (Bastos, 2005). Num período posterior, os mágicos e os curandeiros introduziram ervas medicinais nos seus tratamentos (Bastos, 2005). Nas civilizações Assírio-Babilónica e Hebraica, a dor era descrita à luz de uma dimensão religiosa, sendo explicitada a sua etiologia através de factores como intoxicação por espíritos malignos ou castigo divino por pecados (Bastos, 2005). Na Índia Antiga, os povos Hindus e Budistas ostentavam a crença de que as dores provinham da frustração dos desejos insatisfeitos (Bastos, 2005).

A primeira abordagem organicista da dor é devida ao povo grego (Bastos, 2005). Aristóteles, quatro séculos a.C., assim como Platão, tentaram compreender a dor de uma forma racional, visando a compreensão dos seus mecanismos para poder evitá-la (Schowb, 1997). Ambos conceptualizavam a dor como uma emoção e não como uma sensação (Schowb, 1997). Na Idade Média, a Medicina árabe deu importância à dor e às substâncias analgésicas (Schowb, 1997). No Renascimento, com a Academia Laurentina, surge uma visão anatómica e fisiológica moderna da dor, como sensação transmitida pelo sistema nervoso (Schowb, 1997). Leonardo da Vinci identificou anatomicamente os nervos, determinando a sua relação com a dor, prosseguindo com a teoria de Galeno sobre o cérebro como coordenador das sensações (Bastos, 2005). A visão cartesiana veio defender uma relação causa-efeito no tratamento da dor, alertando para a presença de disfunção orgânica (Deodato, 2003). No século XVII, René Descartes propôs pioneiramente a explicação da transmissão da dor numa figuração ascendente directa que vai da periferia até ao SNC, definindo os nervos como tubos através dos quais eram transmitidas as sensações ao cérebro, tornando-se conscientes na glândula pineal (Bastos, 2005). As vias nervosas da sensação da periferia até ao cérebro foram ilustradas numa célebre figura de um indivíduo com o pé estimulado pelo fogo (cf. Figura 1) (Bastos, 2005), apelando para uma sensação de queimadura que irrita os filamentos de um nervo do pé e ascende ao cérebro (Cailliet, 1999).

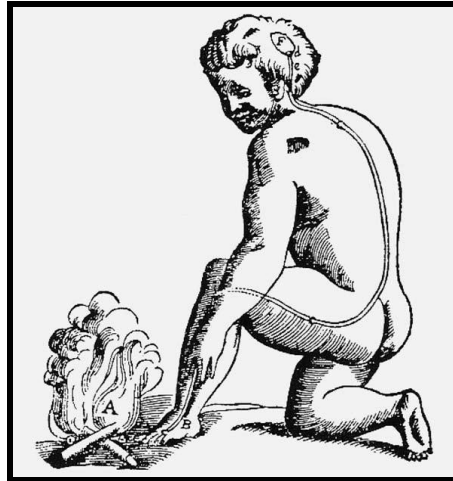


Figura 1 - Desenho da transmissão da dor segundo René Descartes (Bastos, 2005, p. 11).

No início do século XIX assiste-se às primeiras teorias modernas sobre a dor, no mesmo período do desenvolvimento da Fisiologia (Schowb, 1997). Vários estudos demonstraram o papel dos cornos posteriores da medula na sensibilidade dolorosa e dos cornos anteriores no controlo motor, assim como a importância do sistema nervoso na transmissão da dor (Schowb, 1997). A *Gate Control Theory of Pain* de Melzack e Wall (1965, citado por Bastos, 2005) representa uma teoria que marcou a investigação da dor, tendo salientado a existência de vias periféricas transmissoras do estímulo com os sistemas espinais de transmissão, que podia ser regulado por estruturas superiores³ (Bastos, 2005).

Segundo a *Internacional Association Study of Pain* (IASP) (1994, citado por Seixas et al., 2009, p. 234), a dor define-se por uma “*experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual presente ou potencial, ou descrita como tal lesão*”. Esta definição não relaciona exclusivamente a sensação dolorosa ao estímulo nociceptivo (Júnior & Figueiró, 2001), referindo a presença de uma dimensão emocional no fenómeno da dor, e cuja interferência na vivência da dor é reconhecida (Bidarra, 2010), estando portanto os factores nociceptivos e afectivos apresentados de uma forma concomitante. (Stein & Kopf, 2010). Em consonância com a IASP, o

³ A *Gate Control Theory of Pain* encontra-se abordada de forma completa no presente Capítulo, em *Mecanismo da dor*.

Committee on Pain, Disability and Chronic Illness Behaviour do *Institute of Medicine* resguarda que a experiência de dor representa mais do que um mero processo sensorial, estendendo-se para uma percepção complexa que abrange níveis superiores do SNC, estados emocionais elevados e processos mentais superiores (Osterweis et al., 1987, citado por King, 2006). Assim, a definição da IASP remete essencialmente para factores sensoriais (sistema nociceptivo, lesão visceral, somática músculo-esquelética e neuropatias, entre outros), para factores emocionais (raiva, tristeza, medo, frustração, ansiedade, depressão, entre outros) e ainda, para factores cognitivos (pensamento, memória, atenção, raciocínio, tomada de decisão, entre outros), na vivência da dor (Frutuoso & Cruz, 2004).

A dor representa um fenómeno multidimensional, uma experiência dinâmica, pessoal e subjectiva (DGS, 2003). Esta subjectividade da dor apela ao seu significado pessoal que sustenta um valor relativo no plano semiológico da descrição qualitativa da dor (Bidarra, 2010). Fenómeno subjectivo e individual (DGS, 2003), a dor é uma experiência que não pode ser repetida apenas pela sua evocação (Júnior & Figueiró, 2001), verificando-se uma notável variabilidade na sua percepção e expressão perante a mesma estimulação dolorosa (DGS, 2003).

A dor acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003), representando uma queixa frequente que conduz as pessoas a procurarem assistência médica (Bastos, 2005). Correspondendo ao 5º sinal vital (DGS, 2003), a caracterização da dor apela ao seu carácter funcional, instituindo frequentemente um sinal de alerta de perigo ou instabilidade do organismo (Gomes, 2008) com uma função adaptativa (DGS, 2003). Todavia, apesar desta característica protectora do indivíduo, por vezes, o quadro algico persevera após os tratamentos e/ou após a eliminação da causa inicial, deixando de cumprir um papel de manutenção da sobrevivência do indivíduo (Barber & Adrian, 1982, citado por Gomes, 2008), podendo perdurar no tempo e tornar-se na doença em si mesma (Bastos, 2005). Para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida, a experiência dolorosa pode contribuir para o surgimento de co-morbidades orgânicas e psicológicas, que podem levar à perpetuação do fenómeno de dor (DGS, 2008).

Segundo a quarta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (APA, 1994), a Perturbação de Dor caracteriza-se pelo princípio da presença e da interferência dos factores psicológicos no fenómeno da dor. O diagnóstico de Perturbação de Dor é determinado pela presença de cinco critérios diagnósticos, tal como o DSM-IV expõe (APA, 1994):

“A. Dor em uma ou mais localizações anatómicas, que constitui como o factor predominante do quadro clínico, e cuja gravidade é suficiente para merecer atenção clínica; B. A dor causa de sofrimento clinicamente significativo e incapacidade social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento individual; C. Os factores psicológicos desempenham um papel importante no início, exacerbação e manutenção da dor; D. O sintoma ou défice não é intencional ou simulado (como na Perturbação Factícia ou na Simulação); E. A dor faz parte do quadro de uma Perturbação do Humor, da Ansiedade ou Psicótica, e não preenche critérios para ser classificada como Dispareunia” (p. 474).

Em função da sua duração, a dor pode ser classificada em dois tipos: dor aguda e dor crónica (APA, 1994). A dor aguda define-se pela presença de dor num período de tempo inferior a seis meses (King, 2006; APA, 1994). Este tipo de dor caracteriza-se por um início súbito, encontrando-se frequentemente associado a uma lesão ou patologia bem identificadas e compreensíveis (Magalhães & Ramos, 2002), como afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias (INCA, 2001). O seu alívio ou desaparecimento é esperado após intervenção na sua causa (cura da lesão, imobilização ou resposta a medicamentos) respondendo geralmente de forma eficaz às intervenções na causa e não tendendo a ser recorrente (INCA, 2001). As manifestações clínicas mais frequentes associadas à dor aguda correspondem a aumento da pressão arterial, taquicardia, agitação psicomotora e ansiedade (INCA, 2001). Os doentes com dor aguda referem usualmente uma intensidade forte ou incapacitante da dor com impacto elevado na qualidade de vida (INCA, 2001).

A dor crónica é classicamente caracterizada pela presença de dor num período de tempo igual ou superior a seis meses (Magalhães & Ramos, 2002). Este tipo de dor não corresponde exclusivamente ao prolongamento da dor aguda, sendo caracterizado por processos de estimulações nociceptivas repetidas que conduzem a uma variedade de modificações no sistema nervoso central (INCA, 2001). De padrão evolutivo e intensidade com variação individual, a dor crónica é geralmente difícil de delimitar no espaço e no tempo, mantendo-se através de processos patológicos crónicos, de forma contínua ou recorrente (INCA, 2001). As respostas físicas, emocionais e comportamentais à dor são passíveis de amplificação ou redução através de variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais do indivíduo e do meio (INCA, 2001). As respostas emocionais como ansiedade e depressão são frequentes neste quadro (INCA, 2001). Enquanto a dor aguda se afigura como sinal ou sintoma que induz ao diagnóstico de determinada doença, e que uma vez tratada diminui ou cessa a dor, a dor crónica perdura no tempo e torna-se, frequentemente, na doença em si mesma (Bastos, 2005).

2.2. Mecanismo da dor

De acordo com a IASP (1994, citado por Castro Lopes, 2003), a dor pode existir sem estímulo periférico ou lesão aparente (dor psicogénica) (Castro Lopes, 2003). Contudo, na maioria dos casos a dor resulta da activação de neurónios aferentes primários específicos, os nociceptores, ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central (Castro Lopes, 2003). A dor resultante de uma exagerada estimulação dos nociceptores localizados na pele, vísceras e outros órgãos denomina-se dor nociceptiva (Castro Lopes, 2003) (cf. Anexo C). A dor derivada de disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico corresponde à dor neuropática, também designada por dor central caso a lesão se averigúe no sistema nervoso central (IASP, 1979, citado por Castro Lopes, 2003).

Uma das teorias clássicas da dor, foco de grande atenção, corresponde à *Gate Control Theory of Pain*, desenvolvida por Ronald Melzack e Patrick Wall (1965, citado por King, 2006). Esta teoria defende que os nociceptores activam neurónios espinhais de projecção e inibem interneurónios inibitórios que são estimulados por fibras inócuas

(Castro Lopes, 2003). Estes interneurónios vão inibir os terminais centrais dos nociceptores e os neurónios de projecção (Castro Lopes, 2003) (ver Figura 2).

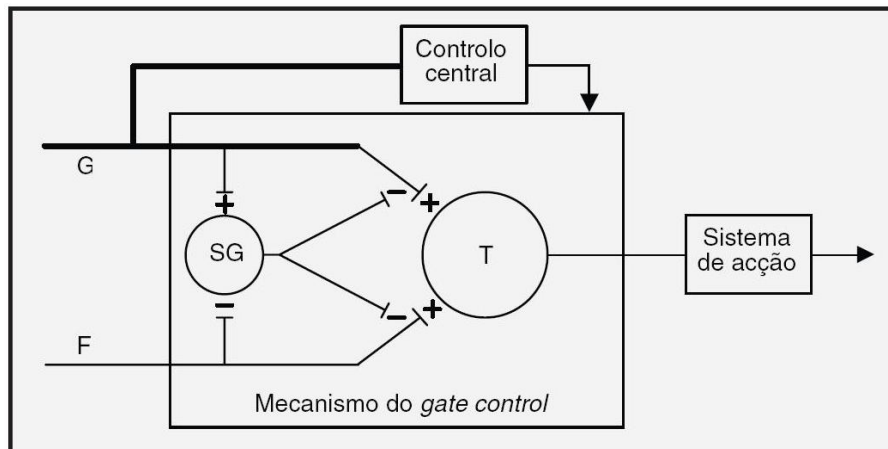


Figura 2 - Mecanismo biológico da *Gate Control Theory of Pain* (Castro Lopes, 2003, p. 28).

Como se verifica através da Figura 2, a *Gate Control Theory of Pain* indica que a transmissão de impulsos nervosos da periferia para a espinal medula é alterada por um mecanismo de comporta no corno dorsal (King, 2006). Vários factores encontram-se na origem da determinação da posição do portão e da quantidade de informações transmitidas subsequentemente para o cérebro (King, 2006). Fibras grossas (G) e fibras finas (F) levam impulsos da periferia para a substância gelatinosa (SG) e para as células de transmissão (T) (neurónios de projecção) da espinal medula, fechando deste modo o portão, enquanto a activação das fibras pequenas aumenta as transmissões, abrindo o portão (King, 2006). A mediação entre o impacto das fibras grossas e das fibras finas sobre as células T é executada pela substância gelatinosa (King, 2006).

A modulação da experiência da dor e reacção à mesma efectua-se em três níveis: na periferia, na medula espinal e no cérebro, sendo estes os principais “portões de controlo” (Bastos, 2005). O controlo é praticado numa direcção ascendente, auxiliando ou inibindo a divulgação do estímulo da periferia para o cérebro, e numa direcção descendente, do cérebro até aos cornos posteriores da medula (Bastos, 2005). A abertura e o fecho do portão, que personificam a passagem ou não da informação dolorosa ao longo das vias nervosas são controlados pelas substâncias químicas originadas pelo

sistema nervoso (Bastos, 2005). Os neurotransmissores de excitação produzidos na condição de lesão dos tecidos agem abrindo o portão se a sua libertação ou acção não for bloqueada pelos neurotransmissores de inibição (p.e., serotonina, encefalinas) que fecham o portão (Bastos, 2005). A propagação da informação no sentido ascendente é ainda regularizada pelo tipo de fibras nervosas que prevalecem na condução dos estímulos (fibras grossas A-Beta acarretam o fecho do portão; fibras finas A-Delta e C conduzem à abertura do portão) (Bastos, 2005). Na regulação descendente, o influxo sensitivo relacionado com os processos cognitivos, emocionais e a estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais fomenta o fecho do portão (Bastos, 2005).

Embora preponderantemente neurofisiológica, a *Gate Control Theory of Pain* afigurou um empreendimento pioneiro na introdução de sistemas psicológicos na explicação do processamento da informação nociceptiva, referindo o sistema sensorio-discriminativo, que interfere com a transmissão de informação temporal e espacial sobre a estimulação; o sistema motivacional-afectivo, que trabalha como um moderador emocional da dor; e o sistema cognitivo-avaliativo, que compreende as alterações na qualidade ou na intensidade da dor quando o significado da dor muda (Gomes, 2008). Este modelo ressalva a não linearidade directa da dor em função do estímulo ou da sensação de origem, admitindo uma variabilidade inter-pessoal e intra-pessoal das respostas dolorosas em função do estado bio-psico-social do indivíduo, tendo em conta a interferência de mecanismos neurobiológicos no agravamento e no alívio da dor (Bastos, 2005).

Neste modelo, a dor apresenta-se como o resultado de um processo biopsicológico complexo, integrando a influência da percepção da dor, do papel activo e não passivo do indivíduo, o papel da variabilidade individual, as causas múltiplas na dor e a combinação de aspectos físicos e psicológicos na origem das dores (Ogden, 2004). Assim, os aspectos psicológicos, cognitivos e comportamentais, interagem com o mecanismo biológico da abertura ou fecho do portão, levando a um sistema de acção que origina a dor (Ogden, 2004). Esta teoria demonstrou a necessidade da integração de factores neurofisiológicos e psicológicos numa compreensão mais completa do fenómeno da percepção da dor (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002), reforçando o papel da interacção entre corpo e mente no fenómeno da dor (King, 2006).

Posto isto, considera-se então que a sensação representa somente uma das vertentes estruturais da percepção da dor (Gonçalves, 2002). Compreender a dor de um doente requer uma reflexão sobre a dinâmica multidimensional subjacente a este fenómeno, tendo em atenção todas as especificidades que moldam a experiência dolorosa (Birrada, 2010). Em detrimento da dor não ser tradicionalmente considerada como um transtorno psicológico, como visto, as definições actuais remetem para a existência de factores psicológicos na sua vivência (King, 2006), apontando para a necessidade de combater o conceito dualista de que a dor se encontra dividida entre dor associada a causas orgânicas identificáveis (a “dor real”) e dor considerada secundária a factores psicológicos (a “dor imaginária”), pois mesmo nos casos em que os factores etiológicos envolvidos na dor são psicológicos, a percepção que o paciente tem é de uma dor e de um sofrimento reais (Osterweis et al., 1987, citado por King, 2006).

No processo doloroso, face ao estímulo sensorial, o indivíduo tende a responder emocionalmente, o que apronta uma resposta fisiológica por activação neurovegetativa ou *stress* de intensidade variável, e paralelamente uma resposta psicológica com expressão e comportamentos de dor. Perante o estímulo que leva à percepção primária essencialmente sensorial (conhecimento sensorial), o estado fisiológico altera-se e o organismo responde a essa alteração, sinalizando o indivíduo, quanto mais rápido, automático, intenso, súbito e percebido como ameaça é o estímulo. A sensação de dor constitui o produto de um estímulo físico ou psíquico que activa receptores que comunicam a informação codificada até ao sistema nervoso central (Gonçalves, 2002).

O significado da dor representa um elemento subjectivo, subjugado perante a avaliação cognitiva do acontecimento como um todo que o indivíduo efectua, influenciando o seu comportamento (Bastos, 2005). A experiência de dor encontra-se ligada à consciência, de tal forma que se um indivíduo estiver inconsciente, por exemplo, através da anestesia geral, não sentirá dor, em detrimento da integridade dos circuitos nociceptivos. Esta reflexão permite verificar que a experiência de dor não se encontra isolada, estando interdependente de toda a actividade cerebral e mental (Gonçalves, 2002).

A sensação é também afectiva e específica (o sentir), representando a experiência emocional da dor que ocorre na sequência de um conjunto de sentimentos (Gonçalves, 2005). A lesão desperta no indivíduo elementos sensoriais profundamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está a acontecer” e sentimentos vitais de mal-estar, sendo ainda um sentimento anímico estreitamente relacionado com o significado, assumindo uma memória de dor afectiva (Gonçalves, 2005). O parâmetro motivacional da dor ajusta-se nas representações cognitivas ou simbólicas de consequências positivas ou negativas, antecipadas ou previstas, e afectos conscientes ou inconscientes, que, simultaneamente com outros comportamentos psicológicos, modelam a experiência de dor e os respectivos comportamentos (Gonçalves, 2005). As respostas emocionais e os comportamentos de dor podem existir sem haver estímulo nociceptivo, nomeadamente a partir da evocação da representação de dor voluntária ou involuntária, algumas vezes divergente do estímulo sensorial (Gonçalves, 2005). As respostas de dor são susceptíveis de alterar de intensidade em função da representação de ameaça, sendo uma avaliação subjectiva (Gonçalves, 2005).

Assim, a dor pode permanecer em detrimento do estímulo nociceptivo, com base no significado e na emoção compreendidos na experiência da dor, que conservam a própria dor, o que justifica os casos em que os estímulos nociceptivos mínimos conduzem a um comportamento continuado da dor (Gonçalves, 2002), e reforça que a vertente mental da dor pode agir como um factor para a manutenção ou exacerbação da dor (Bastos, 2005). Deste modo, sintetiza-se que a percepção da dor abrange no seu processo, a influência da memória, motivações, cognições e emoções, o que fomenta o princípio da variabilidade das respostas inter-pessoais e intra-pessoais face aos estímulos dolorosos (Gonçalves, 2002).

2.3. Dor crónica e aspectos psicossociais

O termo *crónico* deriva da raiz grega *cronos*, que significa tempo (Catalano & Hardin, 2004). Como referido anteriormente, e tal como a própria etimologia sugere, a dor crónica é mais prolongada no tempo comparativamente com a dor aguda (APA, 1994), podendo perdurar no tempo por meses ou anos (Catalano & Hardin, 2004).

Experiência psicofisiológica desagradável, a dor crónica pode existir na presença ou ausência de uma lesão objectivável (p.e. fibromialgia) (Sadock & Sadock, 2008), permanecendo em detrimento da diminuição ou do desaparecimento do dano (Rodrigues & Gomes, 2008). De uma forma simplificada, distingue-se dois tipos de dor crónica, nomeadamente, a dor crónica não oncológica e a dor crónica oncológica (Teixeira, 2003).

A dor crónica representa um verdadeiro problema de saúde pública (Dias & Brito, 2002). Representante de uma das queixas mais frequentes na Medicina Geral (King, 2006), este fenómeno afecta cerca de 19% da população adulta europeia (Ferreira-Valente, Pais Ribeiro & Jensen, 2009b), mais concretamente, um em cada cinco adultos, com uma intensidade moderada a severa, afectando a qualidade de vida, principalmente nos contextos social e laboral (Breivik et al., 2006). Em termos epidemiológicos, o relatório *Pain in Europe* (2003, citado por Silva, 2007) estima que em Portugal, a dor crónica afecte dois milhões de pessoas. Um relatório do Observatório Nacional da Saúde (ONSA – Portugal) sobre a epidemiologia da dor ressaltou que apenas 1% a 2% dos casos de adultos com dor crónica correspondem a dor de origem oncológica (Silva, 2007). Relativamente aos factores de risco associados com estados de dor crónica generalizada, a DGS (2004) refere o sexo feminino, idade entre os 40 e os 60 anos, baixo rendimento económico, baixo nível educacional e estado civil divorciados/separados. Especificando a questão do sexo feminino na dor crónica, num parâmetro experimental, as mulheres apresentam um limiar de dor mais baixo, uma maior intensidade e menor tolerância aos estímulos dolorosos, em comparação com os homens (Rubádková, 2007). Na própria eficácia da terapia analgésica, esta diferenciação sexual encontra-se comprovada (Rubádková, 2007). Os organismos biológicos relacionados com a diversificação sexual da dor encontram-se codificados geneticamente e derivam da função de hormonas sexuais, das disparidades anatómicas, sendo largamente alterados pelos factores culturais e psicossociais (Rubádková, 2007). A nível dos factores socioculturais, a mulher transporta papéis sociais definidos, que acarretam uma maior sensibilidade e maior vulnerabilidade para a dor (Rubádková, 2007).

Existente em vários tipos de patologias, a dor crónica afecta significativamente a qualidade de vida dos que a vivenciam (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2010) e o ambiente que a envolve (Bidarra, 2010). Esta manifestação de dor para além do tempo esperado é também frequentemente assistida por um conjunto complexo de alterações somáticas, psicológicas e sociais que integram o problema da dor crónica e intensificam notavelmente o sofrimento do doente (Rodrigues & Gomes, 2008), interferindo na génese, manutenção e expressão da vivência dolorosa (Júnior & Figueiró, 2001). A dor crónica alimenta geralmente sentimentos de frustração, tristeza e solidão, levando a pessoa a preferir optar pelo isolamento, o que pode acarretar numerosos problemas para o indivíduo, nomeadamente ao nível do funcionamento diário, da execução das tarefas do quotidiano, do estado de saúde geral, dos contextos laboral, familiar, sexual, conjugal, social, financeiro e ainda, no próprio contexto intrapessoal do indivíduo (McCracken & Wowles, 2009; Catalano & Hardin, 2004). A dor crónica relembra continuamente ao sujeito que está doente, podendo converter-se facilmente num foco de atenção, cooperando para uma vivência psicológica de perda de bem-estar físico/psicológico e de perda de autonomia (Viana de Queiroz, 2002b).

As condições de dor crónica prosperam características comportamentais e psicológicas que exacerbam o quadro algico para além dos aspectos físicos da dor, nomeadamente história insucessos repetidos no controlo da dor (que despoleta sentimentos de desistência, desesperança e desespero), debilidade física notável (oriunda da inactividade e perda de interesse em actividades do quotidiano), e desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos, ligados a sintomas disfuncionais como o evitamento ou redução significativa da actividade física habitual (incluindo as actividades de prazer e mestria), perturbações do sono e da alimentação, conflitos familiares ou sociais, utilização inadequada do sintoma para conquistar a atenção dos outros, outros ganhos pessoais e o consumo exagerado de medicação para o controlo da dor, da ansiedade e da depressão (Hanson & Gerber, 1990, citado por Gomes, 2008).

A ansiedade e a depressão representam alterações psicológicas das mais comuns nas pessoas com dor crónica (Sakata & Issy, 2008; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009b). De acordo com vários autores, estes pacientes teriam mais tendência para apresentar perturbações depressivas e perturbações de ansiedade (McCracken &

Wowles, 2009; King, 2006; Harrison, Geddes & Sharpe, 2002). Segundo uma investigação efectuada por Dersh et al. (2002, citado por McCracken & Wowles, 2009), 17% a 29% dos doentes com dor crónica manifestam problemas de ansiedade. Outras investigações indicam a prevalência da depressão em pacientes com dor crónica numa realidade entre 10% a 100% (King, 2006).

Como visto, os aspectos psicológicos subjectivos associados à dor crónica influenciam a experiência da dor (Gonçalves, 2002), nomeadamente, ansiedade e depressão, frequentemente associados à exacerbação e intensificação da percepção da vivência dolorosa nos doentes com dor crónica (Rodrigues & Gomes, 2008; INCA, 2001). Muitas das técnicas da redução da dor envolvem a redução da ansiedade (Soares, 1997). Segundo a DGS (2004), a ansiedade corresponde a uma das características da personalidade pró-dolorosa, influenciando as diferenças individuais na resposta às experiências de dor similares (Melzack, 1973, citado por Davidoff, 2001) e a forma como o indivíduo percepção a situação (Soares, 1997).

A associação entre ansiedade e dor pode actuar por meio de um sistema somático, em que a ansiedade colabora no sentido de um aumento da tensão muscular, que vai ampliar as respostas nociceptivas e a experiência da dor (Miró et al., 2008; Soares, 1999; Woby et al., 2007, citado por Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009a). A dor que se arrasta no tempo despoleta no indivíduo pensamentos e sentimentos de medo e frustração (Catalano & Hardin, 2004). O medo, emoção relacionada com a ameaça à integridade biológica e ao bem-estar, associado à dor, é susceptível de engendrar estados de ansiedade, constituindo um sinal de alarme para o indivíduo, que usualmente se fixa no medo face a determinadas tarefas, que acabam por ser evitadas na ausência de dor, existindo, por conseguinte, estímulos que pela co-ocorrência com a dor, deixam de ser neutros e despertam a mesma resposta na ausência de dor (condicionamento clássico) (Gonçalves, 2002). Assim, a antecipação da dor pode despoletar ansiedade com resposta psicofisiológica, tensão psíquica e física e aumentar a susceptibilidade para sentir dor, sendo geralmente a resposta a este quadro, a diminuição significativa da actividade, visando o alívio (Gonçalves, 2002). Deste modo, a evolução patológica do medo à dor conduz frequentemente o doente evitar actividades sem relação com a dor, dando assim início a um círculo vicioso de dor que se vai

apertando, caracterizado por um crescente evitamento e modificação do estilo de vida do doente (Gonçalves, 2002).

Além da ansiedade, a depressão representa também um factor susceptível de influenciar a percepção da dor (INCA, 2001). Segundo Viana de Queiroz (2002b), a relação da dor crónica com a depressão é dupla, na medida em que, por um lado, a experiência crónica de dor é frequentemente assistida por desespero, que conduz facilmente à depressão, e, por outro lado, o estado deprimido altera a resposta individual à dor física, com amplificação da intensidade da percepção dolorosa (Viana de Queiroz, 2002b). A depressão associada à dor pode favorecer o surgimento de sentimentos de passividade, baixa auto-estima e uma diminuição na crença de que a dor pode ser tratada ou controlada (Soares, 1999, citado por Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009a). A percepção de baixa auto-eficácia encontra-se frequentemente associada a uma menor tolerância à dor (Bandura et al., 1987, citado por Vandenberghe, 2005).

Tomando por base o trabalho de Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2009b), em que as pessoas com dor crónica tendem a desenvolver depressão, refere-se a investigação de prevalência da dor crónica efectuada na Europa por Breivik et al. (2006), que verificou que 21% dos participantes foram diagnosticados com depressão por causa da dor crónica. Um estudo de base populacional realizado em cinco países europeus, incluindo Portugal, objectivando a avaliação das relações entre sintomatologia algica e morbidade depressiva, erigiu uma prevalência de 2.4% a 4% (Ohayon & Schatzberg, 2002; 2003, citado por Gusmão et al., 2005) para a depressão *major*, seguindo a classificação do DSM-IV, através de entrevistas estruturadas via telefónica.

Um estudo de Castro et al. (2009) sobre as co-morbilidades psiquiátricas nos doentes com dor crónica verificou uma elevada prevalência das perturbações do humor e perturbações de ansiedade, reportando uma associação desta prevalência com a presença de dor crónica. Ainda, a investigação de Capela et al. (2009), sobre a qualidade de vida, a dor, a ansiedade e a depressão em doentes com queixas de dor, divididos em três grupos mediante a característica da dor: dor difusa e crónica, dor regional e dor esporádica, verificou que em todos os parâmetros avaliados (qualidade de vida, dor,

ansiedade e depressão), os valores mais elevados corresponderam ao grupo com dor difusa e crónica. Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2009b), numa investigação sobre ansiedade e depressão em pessoas com dor crónica musculoesquelética, verificaram que a ansiedade e a depressão exerciam uma influência negativa na vivência da pessoa com dor, concluindo ainda o impacto emocional negativo da interferência da dor.

Segundo Rodrigues e Gomes (2008), a dor crónica e a ansiedade/depressão entretêm uma relação bidireccional, em que as características e especificidades da dor crónica levam a um aumento da ansiedade e depressão, o que por sua vez se poderá traduzir numa amplificação da percepção de dor. Apesar desta bilateralidade, como Soares (1997) refere, aumentos na gravidade da dor predizem geralmente grandes interferências na vida do sujeito e uma diminuição do auto-controlo. Em conjunto, estes aspectos predizem aumentos nos níveis de depressão, uma vez que, ao contrário da dor aguda, em que depois do tratamento se assiste a uma diminuição da ansiedade e da dor e aumento do sentimento de controlo, na dor crónica, observa-se geralmente que a dor não diminui após o tratamento, constando-se um aumento da ansiedade e da tensão associada à dor (Soares, 1997). O que, atendendo à persistência da dor no tempo, torna o sujeito mais vulnerável a fenómenos de aprendizagem e condicionamento, conduzindo frequentemente esta cronicidade dolorosa a mudanças no estilo de vida, nas actividades e nos relacionamentos sociais (Soares, 1997).

Alguns autores têm descrito que, independentemente do diagnóstico médico ou da extensão de danos físicos, factores avaliativos, tais como pensamentos negativos, influenciam a forma como o indivíduo lida com a sua dor (Junior et al., 2008). A perseverança da dor acarreta frequentemente cognições irracionais e disfuncionais concentradas em torno da dor ou de aspectos relacionados, que, juntamente com outros aspectos psicofisiológicos, podem motivar a persistência da dor, tendo grande interferência nos domínios emocional e comportamental e nas alterações psicofisiológicas (Gonçalves, 2002). Estes pensamentos são automáticos e debilitantes, aumentando a ansiedade e a dor porque se fixam na catástrofe e no ressentimento, construindo uma realidade fatalista de dimensões negativas e na qual a pessoa se sente injustiçada e impotente com variações de mensagens relativas à dor, tais como “estou

destinado a uma vida inteira de dor”, “eu não tenho controlo sobre a minha dor”, “isso vai ficar cada vez pior”, ou ainda “nunca mais vou conseguir aproveitar a vida” (Catalano & Hardin, 2004).

Esta falta de optimismo relativamente ao processo de recuperação, assistida de crenças disfuncionais quanto ao seu estado de saúde e à evolução do mesmo, conjuga-se, assim, com o medo constante da dor e uma focalização mental na mesma (Catalano & Hardin, 2004), que testemunham sofrimento, cognições de afirmação da presença de uma doença, ambiguidade, preocupação somática, generalização, catastrofização, desmoralização, culpabilidade, hostilidade, depressão ou reivindicação de compensação (Gonçalves, 2002). A resposta emocional face à dor tende a ser desadaptativa e a procura de ajuda pode tornar-se uma rotina, o que conduz geralmente o paciente a começar a dedicar-se de forma quase exclusiva a comportamentos relacionados com a dor (Júnior & Figueiró, 2001). Em certos casos, a dor é utilizada como mecanismo de defesa, com o objectivo de reprimir uma outra necessidade não satisfeita, mascarando outros conflitos presentes (Rico & Barbosa, 1995, citado por Berrada, 2010). A dor pode representar uma forma dos doentes exprimirem acontecimentos da vida, marcados por sentimentos de culpa ou de perda percebida, ou ainda constituir um benefício, em outros casos (Rico & Barbosa, 1995, citado por Berrada, 2010).

Também o plano do funcionamento sexual é frequentemente afectado por esta vivência crónica de dor (McCracken & Wowles, 2009; Catalano & Hardin, 2004; Steinglass & Horan, 1987, citado por Malheiro & Pereira, 2010). Em muitos casos, e em ambos os sexos, a dor crónica compromete o bom funcionamento sexual (Rosenbaum, 2008; Viana de Queiroz, 2002b), visto que a dor pode conduzir a uma alteração nas fases do ciclo da resposta sexual, pelo desconforto associado ao intercurso (Abreu et al., 2006) e à própria condição médica (Pablo & Soares, 2004). Em acréscimo, variáveis como ansiedade e depressão, presentes na vivência da dor crónica, podem desempenhar um papel inibidor, reduzindo a libido, uma vez que interferem com a percepção do indivíduo da dor vivenciada e com o tipo de resposta sexual, acabando geralmente por afectar o funcionamento sexual global (Nobre, 2006). Num estudo realizado por Flor et al. (1987, citado por Figueiras, Machado & Alves, 2002), envolvendo doentes com dor crónica, verificou-se que 77% dos pacientes analisados indicaram uma mudança na

frequência das suas actividades sexuais e que 67% relatavam insatisfação quanto à sua vida sexual.

No que diz respeito ao plano do trabalho é frequente a contribuição da dor crónica para uma diminuição da capacidade ou até mesmo inaptidão para o trabalho (Martins, 2009). Segundo a investigação de prevalência da dor crónica efectuada na Europa por Breivik et al. (2006), 61% da amostra encontrava-se menos apta ou mesmo incapacitada no plano laboral.

2.4. Avaliação psicológica da dor crónica

“Símbolos. Tudo símbolos...
Se calhar, tudo é símbolos...
Serás tu um símbolo também?”
(Fernando Pessoa, 1993, p. 296)

As raízes cartesianas das ciências médicas requerem cuidados na análise objectiva e fundamentada da causa de um problema (Paulo, 2003). O fenómeno da dor, na qualidade de experiência sensorial e emocional (IASP, 1979), envolve também este cuidado de análise, tendo em conta a evidente dificuldade em objectivar o que é subjectivo por natureza (Paulo, 2003). A avaliação da dor deve assentar numa base de cariz multidisciplinar e bio-psico-social (Gonçalves, 2002). O processo avaliativo na dor crónica representa um momento de particular relevância, tendo em vista o diagnóstico e o tipo de tratamento a seguir (Oceano, 1999).

A anamnese da dor pretende traduzir a subjectividade da dor em informações recolhidas de forma rigorosa (Las, 2002). Esta recolha deve incidir em aspectos da dor como a sua localização, a sua extensão, o seu início, factores desencadeantes (p.e., traumatismo, *stress*), horário (p.e., durante o dia, fim do dia, noite), duração, padrão (p.e., aditiva, migratória), distribuição (p.e., simétrica, assimétrica), intensidade, tipo, ritmo (p.e., mecânico, inflamatório), irradiação, factores de agravamento, contexto, manifestações associadas (p.e., físicas, emocionais), alterações do sono, edema, rigidez, limitação funcional, ajudas técnicas, fraqueza muscular e fadiga (Las, 2002).

O principal objectivo da avaliação psicológica da dor prende-se com a avaliação do impacto da experiência da dor na vida do paciente (Frutuoso & Cruz, 2004), explorando várias dimensões psicológicas da vivência da dor, nomeadamente, dimensão afectiva, cognitiva, psicossocial e sociocultural (Catana, 2005). Esta compreensão da construção psicológica da vivência da dor envolve, além dos factores emocionais, cognitivos e comportamentais, uma atenção para aspectos culturais, éticos, linguísticos (Kanner, 1998), história e estilo de vida, tipos de aprendizagens, ambiente social e cultural da pessoa, entre outros (Frutuoso & Cruz, 2004).

A avaliação psicológica do doente com dor crónica pode ser efectuada com base em entrevistas clínicas (Turk & Burwinkle, 2005). O objectivo da entrevista clínica visa essencialmente a preparação de objectivos terapêuticos, a exploração das expectativas do paciente relativamente ao tratamento e a reconstrução da história da dor. Este último aspecto possibilita a identificação de factores que desencadeiam a dor e amplificam/reduzem a tolerância à dor (Turk & Burwinkle, 2005; Oceano, 1999). A entrevista clínica do paciente com dor crónica pode ser completada através da administração de instrumentos de avaliação standardizados. A subjectividade da dor torna indispensável a sua avaliação através de instrumentos que avaliem quantitativamente a intensidade, frequência e consequência da dor, e aspectos subjectivos relacionados com essa experiência (Las, 2002). As medidas psicológicas representam recursos metodológicos que possibilitam a investigação da experiência dolorosa, cujos resultados devem auxiliar na compreensão e no planeamento de estratégias de intervenção, prevenção e tratamento (Frutuoso & Cruz, 2004). Neste âmbito, a literatura reporta a existência de vários instrumentos utilizados habitualmente para avaliação no contexto da dor crónica, como se pode confirmar através de obras como a de Pais-Ribeiro (2007) - *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*.

Assim, a avaliação do doente com dor crónica não se deve restringir aos factores puramente orgânicos, representando um processo multidimensional e dinâmico (Oliveira, 2000). O estabelecimento de um diagnóstico e o planeamento de uma terapêutica adequada deve assentar numa base multidisciplinar (Coniam & Diamond, 1997, citado por Bidarra, 2010), mediante a sua maior eficácia (Gonçalves, 2002),

nomeadamente através da conjugação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas (King, 2006). A criação de serviços ou unidades de dor representa um meio de providenciar o suporte interdisciplinar necessário para uma segura e eficaz gestão da dor (*National Health and Medical Research Council*, 1999, citado por Paulo, 2003), não esquecendo que o doente representa um elemento integrante da equipa, que explora as suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Gonçalves, 2002). A entrada do psicólogo clínico nas unidades de dor veio fomentar o reconhecimento do carácter plural da abordagem ao doente com dor crónica (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

Uma ampla variedade de psicoterapias tem sido considerada benéfica para a dor, incluindo formas de terapia individual, de grupo e familiar (Dias & Brito, 2002). Contudo, as terapias cognitivo-comportamentais têm demonstrado a sua eficácia em diversas investigações empíricas recentes (Dias & Brito, 2002), consentindo a concepção bio-psico-social da dor (Gomes, 2008). Através de várias técnicas, é pretendida a mudança das respostas cognitivas e comportamentais associadas com o quadro algico, partindo do princípio que essas mudanças podem melhorar o funcionamento físico e psicológico do doente (Jensen et al., 2001, citado por Gomes, 2008), redefinindo a visão da experiência de dor e alterando o padrão de adaptação a essa mesma experiência (Hanson et al., 1990; Turk et al., 1994, citado por Gomes, 2008).

As intervenções não farmacológicas podem ainda incluir recursos como meditação, massagem (Godinho, 2007) e *biofeedback* (King, 2006). A medicina física e de reabilitação pode também ter efeitos benéficos, estimulando o sistema antinociceptivo (Godinho, 2007), com base em métodos como acupunctura, manipulações e tracções vertebrais, estimulação eléctrica nervosa transcutânea (TENS), radiações electromagnéticas, vibrações mecânicas, termoterapia, cinesioterapia, hidroterapia, crioterapia, crenoterapia (Las, 2002) e exercício físico (Godinho, 2007).

No plano da intervenção farmacológica, a Organização Mundial de Saúde delineou o tratamento da dor com base na escala analgésica, mais concretamente, dor leve a dor moderada: analgésicos comuns e os anti-inflamatorios não esteróides

(AINEs); dor moderada a dor severa: opiáceos fracos; e dor severa: opiáceos fortes (Las, 2002). Ao nível dos fármacos adjuvantes, a prescrição de antidepressivos encontra-se em crescimento em diversos quadros reumáticos (entre os quais a fibromialgia), e os relaxantes musculares representam uma classe heterogénea de fármacos que podem reduzir a dor muscular (Godinho, 2007).

Conclusivamente, a avaliação e o tratamento do doente com dor crónica não se deve restringir aos factores puramente orgânicos, devendo actuar numa linha multidimensional e dinâmica (Oliveira, 2000), suportando o conceito de multidisciplinaridade, que não deve ser percebido como o somatório de experiências ou disciplinas, mas sim como a sinergia dos seus participantes, visando uma aproximação sistemática, eficaz e interdisciplinar que avalie e trate cada doente “como um todo” (Bastos, 2005).

CAPÍTULO III – ANSIEDADE E DEPRESSÃO

“Esta velha angústia,
Esta angústia que trago há séculos em mim,
Transbordou da vasilha,
Em lágrimas, em grandes imaginações,
Em sonhos em estilo de pesadelo sem terror,
Em grandes emoções súbitas sem sentido nenhum.”
(Fernando Pessoa, 1993, p. 54)

3.1. Aspectos históricos e caracterização actual da ansiedade

Ao longo da História, a ansiedade tem constituído um foco de grande interesse do pensamento Ocidental, com grandes raízes quer na tradição médica, quer na tradição filosófica (Hetem & Graeff, 2004). Etimologicamente, o termo *ansiedade* deriva da raiz latina *anxia*, com a tradução portuguesa de anseio, que significa desejo ardente de algo (Cunha, 1998, citado por Mota Cardoso, 2001). Este radical coordena várias expressões latinas como *anxiare*, *anxietas*, *anxiosus*, que em português, confluem

respectivamente as palavras ansiar, ansiedade e ansioso. Atendendo a todas estas expressões, verifica-se a alusão comum à noção de aperto, aflição, estreitamento, constrição (Cunha, 1998, citado por Mota Cardoso, 2001).

Darwin, em 1873 (citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009), defendeu a presença da ansiedade num contínuo em todas as espécies animais, não a diferenciando do medo, correspondendo a um processo adaptativo fundamental para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência (Kessler, 2003, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009). Freud, no ano de 1936 (citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009), discerniu a ansiedade objectiva da ansiedade neurótica, caracterizando a primeira através da sua relação com o meio ambiente, e a segunda pela sua origem puramente intrapsíquica, associada a uma predisposição genética e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido.

No dia-a-dia, é comum um determinado nível de ansiedade, sendo muitas vezes funcional, na medida em que motiva o indivíduo para a acção (Picado, 2007). A ansiedade caracteriza-se por um estado emocional inerente ao ser humano que inclui sintomas fisiológicos (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005), psíquicos e somáticos (como medo, pânico, palpitações, sudação, tremores) (Picado, 2007), correspondendo a um estado de leve tensão emocional, vivenciado como um aperto, uma opressão ou uma contracção muscular que comumente se estende por todo o ventre, ressoando no interior e estendendo-se pelo peito, pescoço e face, provocando algum desconforto visceral, respiratório e mímico (Mota-Cardoso, 2001), estando assim associada a um grau elevado de excitação e reactividade autónoma (Sharma et al., 1995, citado por Montiel et al., 2005).

Segundo Mota-Cardoso (2001), a ansiedade conforma uma apreensão ou receio de que qualquer coisa desagradável estará para acontecer. Em níveis normais, quando adequada às circunstâncias em que a resposta é proporcional ao estímulo que a despoleta, e quando aceita como um acontecimento que assiste simplesmente o estímulo necessário para lidar com uma determinada situação, a ansiedade estimula de forma saudável a acção do indivíduo, sendo familiar à maior parte dos humanos (p.e., num exame ou numa intervenção em público) (Picado, 2007). Porém, a ansiedade afigura-se

como patológica quando a resposta individual é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objecto específico na origem dessa resposta (Marks, 1987, citado por Montiel et al., 2005), ultrapassando os limites adaptativos e afectando negativamente o funcionamento do indivíduo, pela sua severidade e persistência (APA, 1994).

As Perturbações da Ansiedade podem assumir várias formas. O DSM-IV (APA, 1994) identifica uma serie de perturbações nas quais o grau elevado de ansiedade desempenha um papel central. Nomeando estas perturbações, reportam-se o Ataque de Pânico, a Agorafobia, a Perturbação de Pânico sem/com Agorafobia, a Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico, a Fobia Especifica, a Fobia Social, a Perturbação Obsessiva-Compulsiva, a Perturbação Pós-*Stress* Traumático, a Perturbação Aguda de *Stress* e a Perturbação da Ansiedade Generalizada, além da Perturbação da Ansiedade Provocada por um Estado Físico Geral, a Perturbação da Ansiedade Induzida por Substancia e a Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação (APA, 1994).

Focando a Perturbação da Ansiedade Generalizada, destaca-se a característica nuclear da ansiedade e da preocupação (apreensão expectante), experienciadas num grau excessivo sobre um conjunto de acontecimentos ou actividades que decorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses (APA, 1994). A Perturbação é expressa por uma dificuldade em controlar a preocupação, que, em conjunto com a ansiedade, é assistida por sintomas como agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado (APA, 1994).

Os sujeitos não identificam as preocupações como sendo excessivas, vivenciando mal-estar subjectivo relacionado com as preocupações constantes, difíceis de controlar, que, em intensidade, duração ou em frequência, se encontram nitidamente fora da proporção da probabilidade real ou impacto do acontecimento temido, tal como acontece com a ansiedade (APA, 1994). A ansiedade, preocupação ou sintomas físicos são responsáveis por mal-estar clinicamente significativo, ou limitação ao nível do funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outro campo (APA, 1994). No que

diz respeito a características associadas, encontram-se aspectos tais como tensão muscular, tremores, contracções musculares e dores musculares (APA, 1994).

A ansiedade e a depressão constituem as perturbações psicológicas mais comuns, principalmente no âmbito dos cuidados de saúde primários (Dourado et al., 2010). Em amostras clínicas, a Perturbação de Ansiedade Generalizada é mais frequentemente diagnosticada em mulheres do que em homens (APA, 1994). Estudos epidemiológicos apontam para uma proporção de dois terços na prevalência desta perturbação nas mulheres (APA, 1994). A ocorrência do início deste quadro é comum depois dos 20 anos de idade, sendo a sua evolução crónica, mas flutuante, acentuando-se frequentemente durante períodos de *stress* (APA, 1994).

A Organização Mundial de Saúde e a União Europeia têm demonstrado preocupação com a realidade das doenças mentais (Pereira, 2006). A Organização Mundial de Saúde (2004, citado por Dourado et al., 2010) levou a cabo um estudo em sete países europeus, tendo averiguado uma prevalência entre 3% e 7,6% para estas perturbações. O relatório da Comissão das Comunidades Europeias (2005, citado por Pereira, 2006), debruçado sobre indivíduos afectados por doença mental, congregando o total da população de adultos, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos, dos países da UE, mais Islândia, Noruega e Suíça, num total de 301,7 milhões, apresentou uma prevalência de 1,96% da Perturbação de Ansiedade Generalizada, correspondendo a uma realidade de 5,9 milhões de indivíduos.

Uma análise reportada no DSM-IV (APA, 1994), numa amostra da comunidade, verificou uma prevalência da Perturbação de Ansiedade Generalizada, ao longo de um ano de aproximadamente 3%, e de 5% ao longo da vida. Outras investigações voltadas para a prevalência das perturbações ansiosas, com base nos critérios de diagnóstico da classificação Americana (DSM-IV, APA, 1994), têm apontado para taxas de prevalência ao longo da vida entre 13,6% e 21,2% (Dourado et al., 2010).

3.2. Aspectos históricos e caracterização actual da depressão

“Deve chamar-se tristeza
Isto que não sei que seja
Que me inquieta sem surpresa”
(Fernando Pessoa, 1956, p. 156)

A depressão constitui uma entidade clínica descrita há mais de dois mil anos (Licínio & Wong, 2007). No século V. a.C., na Grécia Antiga, Hipócrates usou o termo melancolia (μελανχολια) para descrever a tristeza, termo proveniente de bílis negra (μελαινα χηολε), expressão decorrente da concepção de que existiria no indivíduo um excesso de bílis negra, que avassalaria o sangue e afectaria o corpo e alma, sendo responsável pela origem de um estado de tristeza e abatimento (Widlöcher, 2001).

Actualmente, a depressão é reconhecida como uma condição clínica de elevada prevalência na população geral, frequentemente associada a uma diminuição evidente do funcionamento físico e social (McQuaid et al., 1999; Simon et al., 1995, citado por Gameiro et al., 2008) e a um forte impacto negativo na qualidade de vida (Coulehan et al., 1997; Wells et al., 1989, citado por Gameiro et al., 2008). A depressão é essencialmente retratada por humor depressivo (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998) e anedonia (Snaith, 2003) expressa uma diminuição do prazer nas actividades habituais dos vários contextos da vida diária, sendo assistida por sentimentos de culpa e baixa auto-estima (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998), alterações do sono, do apetite, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares e gerais, disfunção sexual e um plano psicomotor marcado por queixas dolorosas (Teixeira, 2002), perda de energia, cansaço, fadiga e lentificação em vários níveis (verbal, cognitivo, comportamental), assim como alterações cognitivas (ao nível da atenção, da memória, da concentração), entre outros sintomas de cariz cognitivo, comportamental e somático (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). Os sintomas de ansiedade como irritabilidade e preocupação também são frequentes (Hetem & Graeff, 2004; Ito et al., 1998). Estudos verificaram que os doentes com menor sintomatologia depressiva apresentavam níveis mais elevados de funcionamento e de satisfação nas actividades de vida diária, assim como no desempenho dos seus papéis e ao nível das relações sociais (Gameiro et al., 2008).

Na conceptualização das Perturbações do Humor, o DSM-IV (APA, 1994), agrega as seguintes perturbações: Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação Distímica, Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação, Perturbação Bipolar I e II, Perturbação Ciclotímica, Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação, Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral, Perturbação do Humor Induzida por Substancia e Perturbação do Humor Sem Outra Especificação

Destacando a Perturbação Depressiva *Major*, é possível referir que a perturbação se caracteriza essencialmente através da evolução clínica marcada pela presença de um ou mais Episódios Depressivos *Major*, sem antecedentes de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos. Assim, o Episódio Depressivo *Major* ilustra-se pela presença de humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades num período mínimo de duas semanas (APA, 1994). O diagnóstico deve ter em conta a presença de pelo menos quatro dos seguintes sintomas adicionais: alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora; diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades de concentração ou em tomar decisões, pensamentos recorrentes sobre a morte ou planos, tentativas ou ideação suicida (APA, 1994). Os sintomas provocam mal-estar clinicamente significativo, ou limitação ao nível do funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outro campo (APA, 1994)

A depressão representa um dos principais problemas de Saúde Pública presente nos países industrializados (Gusmão et al., 2005). Realidade muito frequente, estima-se que a depressão afecte por ano, aproximadamente 10% da população mundial (Martin & Rosa, 2007). O relatório da Comissão das Comunidades Europeias (2005, citado por Pereira, 2006), incidente sobre indivíduos afectados por doença mental, dos países da UE, mais Islândia, Noruega e Suíça, anteriormente referido, afinou uma prevalência de 6.10% para a Perturbação Depressiva *Major* nesta população, correspondendo a uma realidade de 18,4 milhões de indivíduos (Pereira, 2006).

Segundo várias investigações, a Perturbação Depressiva *Major* afecta anualmente cerca de 21 milhões de cidadãos norte-americanos adultos (Gusmão et al., 2005). Num estudo português realizado por Gonçalves e Fagulha (2004), objectivando a

obtenção de uma estimativa da prevalência de perturbações depressivas entre utentes que recorrem aos serviços de Cuidados de Saúde Primários, com idades entre os 35 e os 65 anos, concluiu-se que cerca de 33% destes utentes apresentavam sintomas de alguma forma de perturbação depressiva. O censo psiquiátrico português de 2001 verificou que o conjunto das depressões representava o grupo patológico mais frequente no ambulatório, com uma taxa de 21,5% (Bento et al., 2003, citado por Gusmão et al., 2005). Segundo os mesmos dados, nos serviços de internamento, a depressão encontra-se em sexto lugar (4,9%) (Bento et al., 2003, citado por Gusmão et al., 2005).

3.3. Ansiedade e depressão na fibromialgia

A relação entre a psique e o corpo representa uma área de estudo presente desde a Antiguidade, tendo sido marcada por figuras como Hipócrates e Galieno (Pereira, 2006). Uma doença crónica representa uma situação de desequilíbrio, *distress* e ameaça, indubitável fonte de sofrimento quer para o doente, quer para os seus familiares (Rolland, 1994, citado por Malheiro & Pereira, 2010). Na doença crónica, a ansiedade e a depressão representam dimensões particularmente frequentes, propendendo a encontrar-se estreitamente relacionadas com a qualidade de vida destes indivíduos (Meneses, Pais Ribeiro & Martins da Silva, 2008).

Em detrimento da diferenciação conceptual entre ansiedade e depressão, ambas exibem características comuns (Marques-Teixeira, 2001), partilhando similitudes quer fisiopatológicas, quer terapêuticas (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005). A independência desses dois construtos não descarta a existência de uma co-morbilidade e sobreposição entre as mesmas, quer do ponto de vista estatístico, quer do ponto de vista da saúde mental (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). De facto, segundo alguns autores, existe uma elevada co-morbilidade entre a Perturbação Depressiva Major e as Perturbações de Ansiedade (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & De Almeida, 2005; Marques-Teixeira, 2001). Alguns autores referem uma acção mediadora entre ansiedade e depressão, podendo uma dimensão encontrar-se na base do desenvolvimento da outra, tendo em conta a exposição sucessiva a factores de *stress* e uma hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipofisário, principal mediador biológico do efeito da ansiedade/depressão sobre a doença física (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005). Os

modelos de ansiedade e depressão na doença física admitem uma relação complexa entre ansiedade/depressão e doença médica, relacionada em parte com a dificuldade em separar estes dois factores psicológicos, devido à co-morbilidade entre a ansiedade e depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Na actualidade, é mais adoptada uma postura que admite uma correlação bilateral entre doença física e ansiedade/depressão, podendo a ansiedade/depressão ser influenciada ou influenciar a doença física (Steptoe, 2007, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A dimensão psicológica da fibromialgia representa um objecto de estudo complexo (Chaitow, 2002). Esta condição reumática de cariz multidimensional, na qual a dor crónica se encontra presente, envolve várias alterações de ordem psicológica (De Marins, 2009), das quais se destacam a ansiedade e a depressão, reconhecidas pela Declaração de Copenhaga (1992, citado por Chaitow, 2002), que frequentemente influem na experiência, desenvolvimento e manutenção da vivência dolorosa (De Marins, 2009), desempenhando assim um papel ponderante na manutenção dos sintomas da doença (Catalano & Hardin, 2004).

De facto, a fibromialgia encontra-se associada com *stress*, altos níveis de ansiedade (Marques, Matsutani, Ferreira & Mendonça, 2002; Ledingham, Doherty & Doherty, 1993) e com depressão (Branco, 2005), conduzindo geralmente a baixos limiares de dor e maiores relatos de dor diante de estímulo nociceptivo, ao mobilizar a atenção para experiência nociceptiva (Jorge, Tomikawa & Jucá, 2007). A persistência da problemática pode conduzir o indivíduo a perceber a situação como ameaçadora e incontroável (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005), o que constitui uma fonte de *stress* que parece estar relacionado com a evolução negativa dos sintomas, podendo com o tempo, a pessoa ficar deprimida pela dor e o cansaço crónicos (Catalano & Hardin, 2004). Estudos sobre a associação entre fibromialgia e manifestações psicológicas concluíram que a dimensão da dor encontra correlação com os factores psicológicos (Branco, 2002), podendo o grau considerável experienciado destes factores (como depressão e ansiedade) intensificar os sintomas da fibromialgia como a dor (Hernández-Garcia, 2004).

Segundo os trabalhos de Hyypä e Kronholm (1995, citado por Góes et. al., 2009), nos doentes com fibromialgia, os distúrbios de sono acarretam aumento da ansiedade, *stress* e contracções musculares, que por sua vez, acentuam a dor, gerando ciclicamente, maior vulnerabilidade para um sono não-reparador. Outro trabalho, de Quartilho (2004), envolveu dois grupos de doentes de Reumatologia, nomeadamente com fibromialgia e artrite reumatóide, tendo concluído que a auto-avaliação do grupo com fibromialgia sobre as suas situações de vida correntes dos últimos seis meses, apresentou mais problemas familiares e sociais, mais sintomas depressivos, mais sintomas medicamente inexplicados, uma maior intensidade da dor e uma maior interferência da dor nas suas actividades do dia-a-dia, em comparação com os doentes com artrite reumatóide (Quartilho, 2004).

Um estudo de Kurtze et al. (2001), também em doentes com fibromialgia, pretendendo analisar a relação entre ansiedade e depressão com dois dos principais sintomas (dor e fadiga), verificou que o cansaço estava significativamente correlacionado com a depressão, enquanto a dor estava mais associada com a ansiedade. O estudo de Berber, Kupek e Berber (2005), com 70 pacientes com fibromialgia, extraiu que 67,2% dos participantes apresentava depressão, tendo atribuído em grande parte este resultado ao desconhecimento da etiologia da doença e ao facto de não existir cura para a mesma. Segundo Quartilho (1999), 20% a 70% dos doentes com fibromialgia apresenta uma incidência da depressão ao longo da vida (Quartilho, 1999), o que compartilha a visão de Winfield (2007), que refere que a maioria dos doentes com fibromialgia tem e/ou teve um episódio depressivo. Segundo a DGS (2004), 1/3 dos casos de fibromialgia é acompanhado por depressão, dado confirmado por Vishne et al. (2008). Como se pode verificar, boa parte da literatura aponta para a presença de relações entre a dor e ansiedade/depressão na fibromialgia, aglomerando, na maior parte, interpretações relacionadas com as próprias manifestações clínicas da doença, com a presença de dor crónica e com o desconhecimento da etiologia e cura da mesma. Tomando este último ponto, segundo Branco (2005), a certeza do diagnóstico representa um aspecto fundamental para o doente e para o médico, na medida em que a confiança no médico e a crença no diagnóstico constituem factores de redução da tensão psicológica e consequente diminuição da dor.

CAPÍTULO IV – FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO

“Teu corpo é teu prisioneiro.

Vive na cela de ti,

Íntegro, móbil, inteiro,

Ébrio de ti e de si.”

(Fernando Pessoa, 1993, p. 10).

4.1. Aspectos históricos da sexualidade humana e caracterização actual do Funcionamento Sexual Feminino

Visto em alguns momentos como uma prática errada, mas um comportamento definido, o sexo era praticado sem dúvida, porém não englobava as várias dimensões do que hoje é denominado “sexualidade” (Chalar-Silva, 1989, citado por Nedeff, 2001).

As bases dos valores ético-morais da cultura derivam da tradição judaico-cristã (Nobre, 2006). O ascetismo em relação aos prazeres não decorreu directamente do Cristianismo, tendo raiz nas considerações médicas oriundas da Antiguidade (Ceccarelli, 2000). Para Hipócrates, a retenção do sémen propiciava ao organismo um nível elevado de energia, ao passo que a perda do sémen proporcionava a sua morte (Ceccarelli, 2000). Na óptica do médico pessoal do Imperador Adriano, Sarano de Éfeso, a relação sexual apenas se legitimava através da finalidade da procriação (Ceccarelli, 2000). Estas concepções foram reforçadas pelo Estoicismo, influência proeminente da Filosofia antiga (300 a.C. a 250 d.C.), que restringiu a sexualidade ao casamento, na qualidade de permissão para a satisfação do prazer para aqueles que não conseguiam prescindir do acto sexual (Ceccarelli, 2000).

A concepção negativa do prazer sexual do Estoicismo teve uma importante influência no Cristianismo que adoptou a idealização da castidade como algo mais próximo de Deus (Ceccarelli, 2000). A tradição judaico-cristã, em conjunto com a concepção teológica da Natureza, fruto do pensamento grego, conduziu a um disserto divisório das práticas sexuais em práticas normais e práticas anormais (Cartwright,

1972, citado por Ceccarelli, 2000), em que estas últimas são contra a natureza. É assim valorizada a tendência natural dos comportamentos, partindo do pressuposto de que tudo o que é natural apraza a Deus, logo é bom (Ceccarelli, 2000). Deste modo, a sexualidade que diverge da finalidade animal procrativa, ou seja, da lógica da preservação da espécie, representa uma perversão (Ceccarelli, 2000).

Numa perspectiva histórica mais avançada, vários autores da área da Medicina principiaram o estudo dos comportamentos sexuais “desviantes”, inseridos em paradigmas como o médico-biológico, o psiquiátrico contemporâneo, o empírico-comportamentalista (com autores como Kinsey, Masters e Johnson), o médico-farmacológico e o cognitivista, que, a partir do século XIX, procuraram estudar a temática da sexualidade humana nas suas vertentes de funcionalidade e disfuncionalidade e integrando nas suas investigações as várias dimensões da sexualidade (Nobre, 2006). Assim, segundo Lourenço (2002), a Sexualidade Humana pode ser entendida como o produto final de todo um processo de evolução histórica complexo, analogicamente às evoluções de aptidões como fazer o fogo, o desenvolvimento da linguagem escrita e oral e a criação artística.

Hoje é sabido que o desenvolvimento psico-sexual se inicia desde o nascimento, sofrendo influências de vários factores ao longo da vida (Fonseca, 2005, citado por Santos et al., 2010) e que a sexualidade humana transcende o componente biológico, gerando prazer independentemente da função reprodutiva (Marques, Chedid & Eizerik, 2008). Fenómeno multidimensional (Papalia, Olds & Feldman, 2006), a sexualidade representa uma realidade fundamental na vida humana, envolvendo processos de ordem fisiológica e psicológica (Lourenço, 2002).

A Organização Mundial de Saúde descreve a sexualidade como uma dimensão essencial na qualidade de vida de qualquer ser humano (WHO, 2004). A sexualidade representa um aspecto central no ser humano, que segue todo o seu percurso vital e que integra aspectos como o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (WHO, 2004). A sexualidade é experienciada e traduzida em elementos como pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (WHO, 2004). Em

detrimento da existência de todas estas componentes, a sexualidade nem sempre é expressa ou vivenciada através de todas estas componentes, sendo influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2004). A saúde sexual representa um estado de bem-estar físico, psíquico e social, relativamente à sexualidade, não se restringindo somente à ausência de doença ou disfunção (WHO, 2004).

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental, assim como pode ser afectada por factores orgânicos, emocionais e sociais (O.M.S., 1975, citado por Ferreira, Souza & Amorim, 2007; Minto et al., 2003). Estes factores podem perturbar o curso normal do funcionamento sexual, sendo susceptíveis de conduzir a uma alteração das fases da resposta sexual (Dove & Wiederman, 2000). O estudo do funcionamento sexual centra-se em aspectos de funcionalidade da actividade e vida sexual, ou seja, na realização ou consecução do acto sexual (Pais Ribeiro & Raimundo, 2005). O funcionamento sexual humano recorre a instrumentação biológica, fisiológica e anatómica, diferentes nos dois sexos (Pais Ribeiro & Raimundo, 2005). O funcionamento sexual feminino, tal como o masculino, é expresso por inúmeros aspectos (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). Pensando no instrumento de avaliação do funcionamento sexual feminino *Female Sexual Function Index* (FSFI), referem-se dimensões como o desejo sexual, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual e a dor sexual, avaliadas pelo instrumento (Rosen et al., 2000).

A actividade sexual nas mulheres envolve diversos factores, entre os quais interesse, motivação, habilidades para estimular a excitação e o orgasmo, o prazer da experiência e a consequente satisfação pessoal (Davis et al., 2004). Factores relacionais, como a existência de um companheiro, a idade do companheiro e o seu funcionamento sexual, a duração do relacionamento, assim como os sentimentos da mulher pelo companheiro, representam factores de relacionamento que podem afectar o funcionamento sexual da mulher (Pechorro, Diniz & Vieira, 2010). Segundo Fleury e Abdo (2009), a perturbação ou até a cessação da actividade sexual encontra-se em alguns casos relacionada com a falta de carinho, problemas de comunicação e sentimentos de culpa ou dor, problemas conjugais, bem-estar subjectivo precário, e ainda incidência e intensidade dos sintomas da menopausa (Fleury & Abdo, 2009).

A menopausa representa o marco do climatério, constituindo um processo longo e heterogéneo, que pauta a transição da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva (Fleury, 2004). O termo climatério deriva do grego *klimakter*, que significa escada, remetendo para a noção de escada descendente da função dos ovários que marca a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida da mulher (Neves-e-Castro, 2009). A menopausa é habitualmente determinada como a última menstruação e confirmada pela ausência do período menstrual por 12 meses sucessivos (Fleury, 2004).

As queixas mais frequentes na transição menopáusica respeitam geralmente a reduzida fertilidade, irregularidade menstrual, alterações urogenitais e no funcionamento sexual, alterações do sono, oscilações do humor, ansiedade e depressão, alterações cognitivas, alterações no peso, palpitações, dores, enxaqueca, alterações cutâneas, osteoporose, doenças cardiovasculares (Frackiewicz & Cutler, 2000, citado por Fleury, 2004).

O funcionamento sexual pode ser afectado pela diminuição nos níveis do estrogénio, pela diminuição da capacidade de lubrificação face à estimulação sexual, que por sua vez, pode propiciar dispareunia, afetando por conseguinte o funcionamento sexual e as condições psicológicas da mulher (Berman et al., 2001, citado por Fleury, 2004). O aumento da idade acarreta uma variabilidade nos parâmetros sexuais (Fleury & Abdo, 2009), podendo estar associado à diminuição do interesse e funcionamento sexual (APA, 1994). Recentes investigações e revisões de literatura internacionais referem a existência de um declínio geral do funcionamento sexual em função da idade e da menopausa, e para uma elevada prevalência de problemas sexuais na população feminina (Pechorro, Diniz, & Vieira, 2010). O estudo longitudinal *Assessment of Ageing in Women* (LAW), realizado por Howard, O'Neill e Travers (2004, citado por Lara et al., 2008), debruçou-se sobre o comportamento sexual em mulheres australianas numa faixa etária entre os 40 e os 49 anos e os 70 e os 79 anos, e verificou que a procura pela relação sexual diminuía consideravelmente com a idade. Comparando os dois grupos, a indiferença para frequência sexual aumentou de 26,7% no primeiro grupo, para 72,3% entre as mais idosas (Lara et al., 2008).

4.2. Abordagens teóricas da resposta sexual

O modelo do ciclo de resposta sexual contemporaneamente utilizado pela *American Psychiatric Association* assenta nos estudos de William Masters & Virgínia Johnson e de Helen Kaplan (Nobre, 2006), representando uma referência a nível mundial. Ao longo dos últimos tempos, tem sido verificado um aumento da utilização deste modelo, tendo em conta a conceptualização de fases existentes neste processo e os seus diversos aspectos (Basson, 2001, citado por Basson, 2008). Este modelo é de grande auxílio para o clínico que pretende identificar estados de doença ou interrupções do ciclo (Basson, 2001, citado por Basson, 2008).

Nas décadas de 60 e 70 do século XX, Masters e Johnson estudaram de forma experimental a resposta sexual humana, revolucionando o saber da época ao apresentarem um modelo da resposta sexual humana assente em quatro fases do ciclo da resposta sexual: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução (Pablo & Soares, 2004). Estes autores debruçaram-se sobre o estudo dos mecanismos fisiológicos da resposta sexual e sobre a disfunção sexual (Abdo & Fleury, 2006). As suas investigações, proporcionaram uma visão teórica da resposta sexual comum aos dois sexos, visto que os autores consideravam que os processos fisiológicos compreendidos na resposta sexual seriam análogos (Abdo & Fleury, 2006; Nobre, 2006).

A primeira fase, a fase de excitação, corresponde às manifestações fisiológicas do organismo no momento em que proporciona a resposta sexual. Nos homens, estas manifestações relacionam-se, por exemplo, com a erecção do pénis, e na mulher, com a lubrificação vaginal (Nobre, 2006). A fase de *plateau* representa o ponto de balanço ou intermédio entre a primeira fase (excitação) e a terceira fase (orgasmo), correspondendo ao tempo em que intensidade da excitação se encontra no seu nível culminante, não sofrendo grandes alterações até alcançar a fase do orgasmo (Nobre, 2006). Contudo, este tempo é variável, quer nos homens, quer nas mulheres (Nobre, 2006). A fase do orgasmo incide no clímax sexual, no qual nas mulheres, se assiste à contracção da plataforma orgástica (situada no terço externo da vagina) e nos homens ao momento da ejaculação (Nobre, 2006). Por último, a fase de resolução relaciona-se com o período pós-orgasmo (Nobre, 2006). Neste tempo, decorre o processo de “normalização” das

alterações fisiológicas essenciais vivenciadas em todas as fases anteriores, sendo caracterizado por uma sensação de relaxamento (Nobre, 2006).

A sexologia moderna integra na sua linha conceptual o modelo do ciclo de resposta sexual da autora de formação psicodinâmica Helen Kaplan (1974, 1979, citado por Nobre), também seguido pela *American Psychiatric Association* (APA, 1994). Este modelo reporta-se a três fases na resposta sexual humana, indicando a fase do desejo, a fase da excitação e a fase do orgasmo (Nobre, 2006). Comparativamente com o modelo de Masters e Johnson (1966), este modelo trifásico prima pela integração de uma componente psicológica e subjectiva numa das fases do ciclo de resposta sexual, na fase do desejo (Nobre, 2006). Esta necessidade sucedeu à realização de um estudo retrospectivo clínico, em que a autora verificou em vários casos a existência da inibição do desejo sexual (Nobre, 2006).

Assim, a primeira fase deste modelo trifásico, a fase de desejo, abarca uma componente motivacional, correspondendo a uma motivação para o estabelecimento de uma relação sexual, a partir de um estímulo sensorial (visão, olfacto, tacto, etc.), e pela memória de vivências eróticas e de fantasias (Abdo, 2005; Verit et al., 2006, citado por Marques, Chedid & Eizerik, 2008). Kaplan (1974, citado por Nobre, 2006) descreve o desejo como uma experiência de sensações características que motivam o indivíduo a principiar ou a responder a uma estimulação de natureza sexual através da activação de determinadas zonas do sistema límbico (Nobre, 2006). A fase da excitação é caracterizada por uma vasocongestão genital (verificada em ambos os sexos), traduzida pela presença de uma manifestação fisiológica, como por exemplo, o intumescimento dos pequenos lábios e do clítoris nas mulheres e a erecção do pénis nos homens (Nobre, 2006). Para Helen Kaplan (1974, citado por Marques, Chedid & Eizerik, 2008), a resposta sexual humana corresponde a uma sucessão ordenada de ocorrências fisiológicas cuja função é a preparação dos corpos de dois indivíduos para a união reprodutora. Na resposta sexual feminina, assiste-se a uma alteração do espaço potencial da vagina, apertada e seca, que se modifica numa receptáculo lubrificado e aberto para o pénis (Kaplan, 1974, citado por Marques, Chedid & Eizerik, 2008). A última fase deste modelo corresponde à fase do orgasmo, caracterizada, em ambos os sexos, pela contracção reflexa dos músculos pélvicos responsáveis pelo orgasmo. Esta perspectiva

teórica aponta ainda a existência de dois mecanismos neurofisiológicos básicos que intercedem as três fases supracitadas (Nobre, 2006). A primeira fase é intercedida por mecanismos centrais (activação do sistema límbico) e as duas fases seguintes por mecanismos de reflexo periférico localizados na espinal medula (activação de sistemas periféricos) (Nobre, 2006).

O modelo de Helen Kaplan (1974, citado por Marques, Chedid & Eizerik, 2008) representou um contributo importante relativamente à questão da introdução de variáveis psicológicas, como a motivação, no campo da resposta sexual. Segundo Basson (2008), a atenção da mulher para uma estimulação sexual apropriada e a capacidade de manter-se focalizada no momento correspondem a elementos motivacionais importantes na resposta sexual. Ainda, a vivência de experiências sexuais positivas tem sido apontada como um factor relevante para uma maior motivação para a experiência sexual (Basson, 2008).

A quarta edição do DSM (APA, 1994) descreve a existência de quatro fases no ciclo de resposta sexual. A primeira fase refere-se ao desejo, consistindo em fantasias acerca da actividade sexual e no desejo de actividade sexual (APA, 1994). A segunda fase corresponde à fase da excitação, afigurando uma sensação subjectiva de prazer sexual acompanhada por alterações fisiológicas correspondentes (APA, 1994). No homem, estas alterações consistem na intumescência do pénis, levando ao momento da erecção, e, na mulher, à congestão da região pélvica, lubrificação, expansão vaginal e à intumescência dos órgãos vaginais externos (APA, 1994). A terceira fase, a fase do orgasmo, corresponde a um pico de prazer sexual, assistido pela libertação da tensão sexual e a contracção rítmica do músculo do períneo e dos órgãos reprodutores (APA, 1994). Na mulher, ocorrem contracções da parede do terço externo da vagina. Em ambos os sexos, o esfíncter anal contrai-se de forma rítmica (APA, 1994). Por fim, a última fase, a fase de resolução, caracteriza-se numa sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar (APA, 1994). Enquanto os homens encontram-se fisiologicamente refractários a nova erecção e orgasmo durante um período de tempo variável, as mulheres podem, nesta fase, ser capazes de responder a uma estimulação adicional (APA, 1994).

As perturbações de resposta sexual podem surgir numa ou mais destas fases (APA, 1994). A resposta sexual humana bem sucedida depende de uma sequência complexa de factores hormonais e fisiológicos fortemente susceptíveis aos efeitos de estímulos emocionais, agregando em si dimensões biológica, psicológica e social, interligadas entre si (Marques, Chedid & Eizerik, 2008).

4.3. Disfunções sexuais femininas

A *American Psychiatric Association* (1994) define a disfunção sexual como uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou dor associada à relação sexual.

Na sua classificação, divide as disfunções sexuais femininas nos seguintes setes agregados: as Perturbações do Desejo Sexual, na qual se incluem a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo e a Aversão sexual; as Perturbações da Excitação Sexual, integrando a Perturbação da Excitação Sexual na Mulher; as Perturbações do Orgasmo, albergando a Perturbação do Orgasmo na Mulher; as Perturbações de Dor Sexual, envolvendo a Dispareunia e o Vaginismo; a Disfunção Sexual Devida a Um Estado Físico Geral; a Disfunção Sexual Induzida por Substâncias; e a Disfunção sexual Sem Outra Especificação (APA, 1994).

O DSM-IV (APA, 1994) define vários subtipos diagnósticos para indicar o início, o contexto e os factores etiológicos associados às disfunções sexuais (cf. Anexo D). Neste sentido, relativamente ao início e à natureza da disfunção sexual, distingue-se o tipo ao longo da vida, em que a disfunção sexual se encontra presente desde o início do funcionamento sexual; e o tipo adquirido, quando a disfunção se desenvolve apenas depois de um período de funcionamento sexual normal (APA, 1994). No que diz respeito ao contexto em que a disfunção sexual ocorre, diferencia-se o tipo generalizado, quando a disfunção sexual não se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros; e o tipo situacional, quando a disfunção sexual se limita a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros (APA, 1994). A sub-tipificação referente aos factores etiológicos biparte-se em disfunção sexual devido a factores psicológicos,

na qual se pondera a existência de um papel relevante destes factores no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da disfunção sexual (APA, 1994).

As disfunções sexuais comprometem quer a qualidade de vida das mulheres quer o relacionamento com os seus parceiros, interagindo com vários factores (Antonioli & Simões, 2010; Ferreira, Souza & Amorim, 2007). A alteração de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais (Antonioli & Simões, 2010; Ferreira, Souza & Amorim, 2007). Tendo em conta a caracterização da sexualidade como um fenómeno complexo e bio-psico-social, tem sido apontada uma raiz multifactorial à etiologia das disfunções sexuais que envolve factores fisiológicos e psicossociais (Marques, Chedid & Eizerik, 2008). Entre as causas orgânicas refere-se a presença de doenças crónicas (arteriosclerose, doenças neurológicas, diabetes, cancro, entre outros), agentes farmacológicos e uso de substâncias, alterações endocrinológicas, doenças psiquiátricas e outros factores médicos, cirúrgicos ou traumáticos (Marques, Chedid & Eizerik, 2008). No que diz respeito aos factores psicológicos, são essencialmente referidos factores individuais (personalidade, baixa auto-estima, história de vida, abuso sexual, dificuldades psicossociais, depressão, ansiedade, medo, frustração, culpa, conflitos intrapessoais), factores educacionais (educação, relações pais-filhos, ambiente familiar, crenças religiosas, desinformação acerca da sexualidade), factores interpessoais (dificuldades na comunicação, conflitos conjugais, hostilidade, indiferença, reduzida assertividade, monotonia, competição, confiança baixa, situações de infidelidade, relutância na intimidade) e factores psicosexuais (atitudes e aprendizagens negativas sobre a sexualidade, ansiedade de desempenho, traumas sexuais, desconhecimento da resposta sexual, expectativas de resposta irrealistas) (Marques, Chedid & Eizerik, 2008).

Segundo estudos recentes, nos Estados Unidos, as disfunções sexuais atingem entre 10% e 52% dos homens e entre 25% e 63% das mulheres (Marques, Chedid & Eizerik, 2008). Um estudo populacional de Hayes et al. (2007, citado por Fleury & Abdo, 2009), que avaliou 1998 mulheres europeias e 1591 norte-americanas, com idade entre 20 e 70 anos, todas com situação de parceria sexual estável, concluiu que a prevalência da falta de desejo entre as europeias variava entre 11% a 53%, com tendência semelhante entre as norte-americanas. Em Portugal, um estudo realizado por

Nobre (2003, citado por Nobre, 2006) com uma amostra de 263 mulheres entre os 18 e os 79 anos de idade, verificou que 15% destas mulheres apresentavam Perturbação do Desejo, 5% Perturbação da Excitação, 15% Perturbação do Orgasmo, 5% Dispareunia e 4% Vaginismo (Nobre, 2006). Outro estudo realizado em Portugal por Vendeira et al. (2005, citado por Nobre, 2006), com uma amostra de 1250 mulheres entre os 18 e 75 anos de idade, indicou que 35% das mulheres estudadas apresentavam Perturbação do Desejo, 32% Perturbação da Excitação, 32% Perturbação do Orgasmo e 35% Dispareunia (Nobre, 2006).

4.4. Ansiedade, depressão, funcionamento sexual e fibromialgia

A literatura evidencia as elevadas contribuições psicológicas na expressão saudável da sexualidade e conseqüente disfunção (Pablo & Soares, 2004). De entre estas contribuições, a ansiedade e a depressão são frequentemente apontadas na alteração da resposta sexual (Pablo & Soares, 2004), influenciando o processamento da informação e podendo circunscrever o funcionamento sexual (Marques, Chedid & Eizerik, 2008; Abdo, 2010; Basson, 2008).

De um modo geral, a ansiedade e a depressão podem desempenhar um papel inibidor no funcionamento sexual, reduzindo a libido, uma vez que interferem com a percepção do indivíduo da dor vivenciada e com o tipo de resposta sexual, acabando geralmente por afectar o funcionamento sexual global (Nobre, 2006). Algumas investigações incidentes sobre o papel da ansiedade no funcionamento sexual têm conceptualizada esta variável como inibidora da resposta sexual, embora não constituía por si só um diferenciador central dos indivíduos com disfunção sexual; enquanto outras investigações apontam para um papel facilitador da ansiedade sob a resposta sexual (Nobre, 2006). Apesar desta inconsistência, há fontes que referem que as mulheres que procuram atendimento especializado devido às disfunções sexuais costumam apresentar instabilidade ao nível do humor e baixa auto-estima, tendendo ainda a ser mais ansiosas e introvertidas, quando comparadas a mulheres com funcionamento sexual normal (Hartmann et al., 2002, citado por Marques, Chedid & Eizerik, 2008).

Como visto, os estados depressivos envolvem uma perda de prazer nas actividades em geral, incluindo ao nível da actividade sexual (Ito et al., 1998), reflectindo-se por conseguinte ao nível do funcionamento sexual (Lara et al., 2008). Os afectos depressivos encontram-se relacionados com relatos negativos da excitação sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Estudos recentes de Nobre (2003, citado por Nobre, 2006) e Nobre e Pinto Gouveia (2003, citado por Nobre, 2006) verificaram que, a nível sexual, as mulheres disfuncionais apresentavam mais emoções de tristeza, desilusão, culpa e irritação, e menos prazer e satisfação. Investigações de Heiman e Rowland (1983, citado por Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) e Beck e Barlow (1986, citado por Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) verificaram que sujeitos com disfunções sexuais reportavam significativamente menos afectos positivos durante a exposição a estimulação erótica.

Assim, a eliminação da ansiedade representa um ponto implícito na terapia sexual (Soares, 2003). Receios relacionados com ansiedade como necessidade excessiva de agradar ao parceiro e exigências do outro em relação ao desempenho. Bancroft (1989, citado por Soares, 2003), propôs várias formas de interligação entre ansiedade e resposta sexual. A ansiedade produz efeitos periféricos autónomos que interferem na resposta sexual sendo perturbadora dos processos cognitivos que seriam normalmente facilitadores da resposta sexual aos estímulos eróticos, apontando, contudo, que pode ser facilitadora da resposta sexual (Bancroft, 1989, citado por Soares, 2003). Segundo o mesmo autor, a ansiedade e a inibição da resposta sexual coexistem, sendo ambas relativas à percepção de uma ameaça. As respostas sexuais são inibidas de forma a evitar a ansiedade, ansiedade decorrente como reacção à resposta sexual falhada (Bancroft, 1989, citado por Soares, 2003).

Por outro lado, a interferência da doença na sexualidade humana constitui uma realidade, visto que o diagnóstico de uma doença induz na pessoa uma crise, à qual ela irá reagir recorrendo a diversas estratégias de *coping*, ou recorrendo a mecanismos de defesa (Fonseca, Soares & Vaz, 2003). A condição doentia pode comprometer o bom funcionamento sexual da mulher, e, entre estas condições, a literatura refere as doenças crónicas, as doenças reumáticas e, entre as doenças musculoesqueléticas, a fibromialgia

(Fleury & Abdo, 2009; Rosenbaum, 2008; Barbosa, 2004, citado por Catão, 2008; Viana de Queiroz, 2002b; Da Costa, Kneubil, Leão & Thé, 2004). Como visto, a dor crónica alimenta uma serie de consequências físicas, sociais e psicológicas, de entre as quais o isolamento e a depressão, susceptíveis de acarretar numerosos problemas para o indivíduo, nomeadamente ao nível da relação conjugal e da própria actividade sexual (McCracken & Wowles, 2009; Catalano & Hardin, 2004; Steinglass & Horan, 1987, citado por Malheiro & Pereira, 2010).

Nos pacientes com fibromialgia, a área do funcionamento sexual encontra-se frequentemente e altamente afectada (Wan et al., 2005 citado por McCracken & Wowles, 2009; Orellana et al., 2008), existindo uma alta prevalência de problemas sexuais nestes pacientes (Orellana et al., 2008). Vários estudos recentes relatam a associação entre fibromialgia e disfunção sexual em mulheres (Kalichman, 2009). Um estudo levado a cabo por Orellana et al. (2008), pretendendo estudar a prevalência da disfunção sexual em mulheres com fibromialgia, o impacto da doença na actividade sexual e os factores associados à disfunção sexual nestes pacientes, verificou que as mulheres com fibromialgia apresentavam um nível mais elevado de disfunção sexual comparativamente com os grupos de controlo saudáveis, tendo sido ainda verificadas relações significativas entre a disfunção sexual e as diversas variáveis estudadas, entre as quais idade, actividade profissional, intensidade da dor, nível de ansiedade e nível de depressão. Esta investigação ainda permitiu concluir que o funcionamento sexual se encontra frequente e severamente afectado nos pacientes com fibromialgia, estando particularmente associado com o grau de depressão (Orellana et al., 2008). O estudo de Tikiz et al. (2005), sobre o funcionamento sexual em mulheres com fibromialgia pretendendo avaliar se depressão coexistente tem um efeito negativo adicional sobre ao funcionamento sexual, observou que o funcionamento sexual se apresentou significativamente diminuído no grupo com fibromialgia, em comparação com o grupo de mulheres saudáveis (Tizik et al., 2005). Noutro estudo, de Prins et al. (2006), incidente o funcionamento sexual numa amostra de 63 mulheres com fibromialgia, concluiu que as mulheres com fibromialgia relataram uma diminuição da frequência da actividade sexual com o parceiro, tendo identificado o sofrimento mental, mas não a dor, como um preditor significativo de praticamente todos os aspectos da disfunção sexual.

O funcionamento sexual saudável requer bem-estar físico, mental e emocional (Rosenbaum, 2009). A nível orgânico, a doença crónica é susceptível de acarretar repercussões a nível da resposta sexual, genital ou extra-genital, assim como pode produzir efeitos colaterais inespecíficos, decorrentes da presença de dor, fadiga, mal-estar geral, ou dificuldades na mobilidade que interfiram com o acto sexual (Crawford & Cardoso, 2008). Comprometer-se numa actividade sexual satisfatória e com prazer presume a habilidade para sentir, tocar e mover de forma confortável (Rosenbaum, 2009). A dor e a diminuição da mobilidade representam manifestações clínicas presentes na fibromialgia que podem limitar o funcionamento sexual (Rosenbaum, 2009). Esta condição musculo-esquelética acarreta frequentemente uma diminuição da capacidade para fornecer estimulação sexual ao par ou para se posicionar numa posição confortável para ter relações sexuais (Rosenbaum, 2009). Assim, a dor, a fadiga, o mal-estar geral e a falta de conforto são muitas vezes responsáveis pela crença do doente de que não é capaz de ter uma experiência sexual normal (Domingues & Branco, 2008; Sakata & Issy, 2008; Hernández-Garcia, 2004), podendo contribuir para a diminuição da qualidade sexual dos pacientes com fibromialgia (Yunus, Trotter & Inanici, 1999, citado por Da Costa, Kneubil, Leão & Thé, 2004).

A nível psicológico, a doença crónica é conceptualizada como um acontecimento stressante, passível de acarretar alterações relativamente ao auto-conceito, à imagem corporal e à auto-eficácia, com repercussões na interacção sexual (Crawford & Cardoso, 2008). O medo de falhar no acto sexual pode advir em consequência da auto-percepção da sua limitação ou invalidez (Viana de Queiroz, 2002a). No doente com fibromialgia, o medo de ter ou agravar as dores pode constituir um factor que leva a um não desfrutar totalmente da sexualidade (Domingues & Branco, 2008). Porém, a actividade sexual não apresenta um factor de agravamento da fibromialgia, pois o aumento da produção de endorfinas (analgésico cerebral natural) após uma relação sexual constitui um elemento potencial de aliviar a dor (Domingues & Branco, 2008). Ainda no plano psicológico, como visto, vários estudos sobre a associação entre fibromialgia e disfunção sexual apontam para a interferência de factores psicológicos como a ansiedade e a depressão na diminuição da qualidade da vida sexual nestes pacientes (Kalichman; 2009; Orellana et al., 2008; Ambler, 2001).

A fibromialgia, a ansiedade e a depressão parecem encontrar-se interligadas com a disfunção sexual (Kalichman, 2009). Uma investigação de Aydin et al. (2006), estudando a relação entre funcionamento sexual e estado psicológico (ansiedade/depressão), demonstrou a presença significativamente mais elevada de sintomatologia depressiva e de um menor funcionamento sexual nas mulheres com fibromialgia em comparação com o grupo de controlo, tendo ainda verificado a existência de correlação significativa entre o funcionamento sexual e as variáveis ansiedade e depressão (Aydin et al., 2006). Relativamente à dimensão relacional, a prestação de cuidados pelo parceiro/a pode favorecer o surgimento de uma componente de dependência, perturbadora do erotismo (Crawford & Cardoso, 2008). Os potenciais sentimentos de culpa do parceiro saudável, associados ao desejo/prazer sexual no contexto da presença de uma doença crónica, assim como os receios de ambos quanto às implicações prejudiciais que a actividade sexual possa eventualmente ter sobre a doença, arrogam-se num complexo de ambiguidades, de difícil integração no âmbito da relação afectivo-sexual (Crawford & Cardoso, 2008).

Quanto às consequências intrínsecas ao tratamento da doença crónica, são geralmente enfatizados os efeitos farmacológicos, que podem trazer repercussões no funcionamento sexual do doente (Crawford & Cardoso, 2008). O uso de antidepressivos pode contribuir para a diminuição da qualidade sexual (Yunus, Trotter & Inanici, 1999, citado por Da Costa, Kneubil, Leão & Thé, 2004). Os efeitos decorrentes de eventuais intervenções cirúrgicas susceptíveis de incitarem lesão directa dos órgãos genitais ou vasculares e/ou neurológicos, também são referidos na qualidade de elementos susceptíveis de acarretar consequências para alterações no funcionamento sexual (Crawford & Cardoso, 2008).

Em resumo, a fibromialgia representa uma condição clínica pautada por diversas manifestações clínicas que reflectem frequentemente a sua presença e interferência nos vários contextos da vida diária do doente. Agregando na sua conceptualização a dor crónica, a ansiedade, a depressão, assim como a presença frequente de dificuldades ao nível do funcionamento sexual, a fibromialgia assume-se na qualidade de entidade que vai debilitando e limitando o indivíduo nas suas vertentes intra e inter-pessoais, propiciando uma diminuição funcional, reflectida nas tarefas quotidianas que

habitualmente desempenhava. Adicionalmente, várias manifestações clínicas da fibromialgia interagem entre si, perpetuando-se mutuamente num ciclo vicioso. Ao conceptualizar a dor, a ansiedade, a depressão e o funcionamento sexual observa-se que a literatura reporta uma interacção entre estas variáveis, apontando o papel da ansiedade e da depressão na vivência da dor; o papel da ansiedade e a depressão no funcionamento sexual; assim como a interferência da condição de dor no funcionamento sexual. De um modo geral, a ansiedade e a depressão constituem factores que contribuem para a experiência de dor, podendo interferir quer na sua vivência, quer no seu desenvolvimento, quer na sua manutenção. Além da dor, as posturas científicas sobre a ansiedade e depressão na doença física em si admitem uma relação complexa entre ansiedade/depressão e doença física, tendendo para a postulação de relação bilateral.

A condição doentia pode ainda interferir com o funcionamento sexual, principalmente nos casos em que a dor crónica se encontra presente, atendendo às várias implicações clínicas associadas, entre as quais o próprio desconforto associado à dor e as crenças de que a actividade sexual se encontra limitada. Entre estas implicações encontram-se ainda frequentemente a ansiedade e a depressão, na qualidade de factores susceptíveis de influenciar o funcionamento sexual, recapitulando a presença da dimensão psicológica no modelo da resposta sexual humana e a indicação de que a sexualidade pode influenciar a saúde física e mental, assim como pode ser influenciada por factores orgânicos, emocionais e sociais, propícios a perturbar o curso normal do funcionamento sexual, nomeadamente através da alteração das fases da resposta sexual.

Em conclusão, a literatura sugere que as dimensões focadas no presente trabalho (dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual), se encontram interligadas, em doentes com fibromialgia, reforçando a concepção teórica de que estas variáveis se relacionam de uma forma dinâmica, e não estanque, tal como é o próprio ser humano.

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

“A espantosa realidade das coisas
É a minha descoberta de todos os dias.”

(Fernando Pessoa, 1993, p. 83)

1.1. Objectivos da investigação

O objectivo geral do presente estudo corresponde à análise da dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual em mulheres com fibromialgia, visando uma contribuição empírica para a compreensão destes fenómenos. Neste sentido, apresentam-se os cinco objectivos específicos do estudo:

1. Caracterização de um grupo de indivíduos com fibromialgia quanto à dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual;
2. Análise da relação entre a dor e características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio-demográficas da amostra;
3. Identificação de preditores psicossociais e socio-demográficos da dor da amostra;
4. Análise da relação entre as características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) da amostra⁴;
5. Análise da relação entre características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) e socio-demográficas da amostra.

1.2. Método

1.2.1. Participantes

A amostra do presente estudo corresponde a uma amostra por conveniência, atendendo ao facto de constituir um grupo de indivíduos que se considera ser representativo da população de onde é seleccionada, mas que se elege por se encontrar

⁴ A elaboração dos últimos dois objectivos (4 e 5) prende-se com as implicações clínicas dos resultados, no sentido de facultar uma análise suplementar relativamente a estas variáveis.

perto, não aleatoriamente (Petrie & Sabin, 2000). Assim, a amostra recolhida intencionalmente é composta por 60 utentes da unidade da Dor do Hospital de São João (HSJ) - EPE do Porto, escolhidos propositadamente em função de dois critérios de selecção: sexo feminino e diagnóstico de fibromialgia.

As características socio-demográficas, recolhidas através do Questionário Socio-demográfico, permitem verificar que a amostra é composta por mulheres entre os 23 e os 70 anos de idade ($M=47,7$; $DP=9,842$), maioritariamente casadas (cf. Tabela 1), sendo que a maior parte refere viver com o marido/companheiro e ter uma relação “*muito boa*” com o marido/companheiro. O grau de escolaridade corresponde na maior parte dos casos, ao ensino primário, oscilando entre os 2 e os 17 anos ($M=7,3$; $DP=3,725$) de escolaridade concluídos com aprovação e a situação profissional revela-se, na maior parte da amostra, condizente com uma situação de desemprego.

No que diz respeito à presença de outras doenças, a maioria das participantes respondeu “*sim*”, tendo sido as doenças mais frequentemente referenciadas as doenças reumáticas, as doenças cardiovasculares, as doenças do cérebro e do sistema nervoso (cf. Anexo E). No que toca à entrada no período da menopausa, verificou-se que a amostra se dividiu de forma homogénea entre as duas opções de resposta (*sim/não*).

Tabela 1: Características socio-demográficas da amostra (N=60)

Características socio-demográficas	n	%
Estado civil		
Solteira	3	5
Casada	48	80
Divorciada	6	10
União de facto	2	3,3
Viúva	1	1,7
Vive com marido/companheiro		
Sim	50	83,3
Não	10	16,7
Relação com marido/companheiro		
Má	5	8,3
Satisfatória	22	36,7
Muito boa	23	38,3
Não aplicável	10	16,7
Diagnóstico principal		
Fibromialgia	60	100
Outras doenças		
Sim	41	68,3
Não	19	31,7
Grau de escolaridade		
Ensino Primário	27	45
Ensino Básico	16	26,7
Ensino Secundário	12	20
Ensino Superior	5	8,3
Situação Profissional		
Activa	24	40
Desemprego	28	46,7
Reforma antecipada	6	10
Reforma	2	3,3
Menopausa		
Sim	31	51,7
Não	29	48,3

A literatura reporta uma vasta gama de patologias e manifestações clínicas associadas ao quadro clínico da fibromialgia. Neste sentido, as participantes foram convidadas a referir a eventual existência ou inexistência de outras patologias à excepção da fibromialgia. Objectivando proporcionar uma leitura mais clara, as respostas das participantes foram agrupadas em categorias médicas, seguindo a classificação científica da organização Manual Merck (www.manualmerck.net).

1.2.2. Material

A realização deste estudo foi apoiada em vários materiais que de seguida se descrevem⁵.

Questionário socio-demográfico. No presente estudo, o questionário socio-demográfico foi elaborado com vista à recolha de dados na amostra sobre os seguintes aspectos: idade, estado civil (*solteira, casada, divorciada, união de facto e viúva*), vive com o companheiro (*sim/não*), como qualifica a sua relação com o seu marido/companheiro (*má, satisfatória, muito boa*), diagnóstico principal⁶, outras doenças, grau de escolaridade (*ensino primário, ensino básico, ensino secundário, ensino superior*), e número de anos de escolaridade concluídos com aprovação. A situação profissional⁷ e a ocorrência de menopausa foram recolhidas oralmente no momento do preenchimento do questionário sócio-demográfico. As questões vive com o

⁵ Por questões éticas, e por indicação da Orientadora, todo o material referido será facultado em dossier separado, apenas aos membros do júri do presente estudo.

⁶ O HSJ representa uma referência em vários domínios científicos, entre os quais os serviços hospitalares. Tendo em conta a amplíssima variedade de especialidades médicas existentes nesta instituição, e o grandioso número de utentes quer do HSJ, quer da Unidade da Dor do HSJ, as participantes foram questionadas acerca do seu diagnóstico principal, com o objectivo de assegurar de forma integral a composição exclusiva da amostra de participantes com o diagnóstico de fibromialgia.

⁷ A recolha oral da situação profissional baseou-se num lapso de impressão dos questionários sócio-demográficos, tendo sido recolhida posteriormente de forma oral em todas as participantes no sentido de homogeneizar o procedimento em toda a amostra.

companheiro (*sim/não*) e como qualifica a sua relação com o seu marido/companheiro (*má, satisfatória, muito boa*), foram consideradas relevantes nesta primeira recolha, tendo em conta que este estudo se pretende debruçar sobre a dimensão do funcionamento sexual, no qual a dimensão relacional com o outro é importante, tal como a literatura refere.

Escala Visual Analógica (EVA; DGS, 2003). Apesar de não existir um método único universalmente adoptado para a avaliação da dor, a Escala Visual Analógica (EVA), ou em inglês, *Visual Analogic Scale* (VAS), representa um dos procedimentos mais utilizados neste âmbito (King, 2006; Schoenfeld & Costello, 1994; Knape, 1994, citado por Pais-Ribeiro, 1999).

A apresentação desta escala corresponde a uma linha de 10 cm, normalmente colocada na horizontal, mas que também pode ser apresentada na forma vertical, equivalendo analogicamente a uma progressão, que possibilita uma análise contínua da dor a nível da sua intensidade (Sakata, 2008; DGS, 2003). Um extremo da linha corresponde à classificação de *Sem Dor* e o outro extremo à classificação de *Dor Máxima* (Sakata, 2008; DGS, 2003). Tendo em consideração o carácter progressivo da escala, é solicitado ao respondente que assinale no contínuo, através de uma cruz ou de uma linha perpendicular, o local que considera mais adequado relativamente à intensidade da dor que sente (Sakata, 2008; DGS, 2003; Pais-Ribeiro, 1999), representando, deste modo, uma equivalência entre o ponto assinalado na linha da escala e a intensidade da dor sentida (DGS, 2003).

A obtenção do resultado da escala consiste na medição, em centímetros, da distância entre a extremidade esquerda da linha (início da linha que corresponde a 0) e o local da linha assinalado pelo respondente, dando, assim, origem a uma classificação numérica (Sakata, 2008; DGS, 2003). Deste modo, para classificação qualitativa e quantitativa, de grande utilidade para efeitos de registo, a DGS (2003) sugere as seguintes classificações: *Sem Dor* (0); *Dor Ligeira* (1-3); *Dor Moderada* (4-6); *Dor Intensa* (7-9) e *Dor Máxima* (10).

Segundo Bowling (1998, citado por Pais Ribeiro, 1999), a EVA é semelhante à escala de Likert, uma vez que solicita ao respondente a indicação do grau de concordância ou discordância mediante uma afirmação, e em que marcar num extremo significa que “*concorda bastante*” e marcar no outro extremo significa que “*discorda bastante*” (Pais Ribeiro, 1999).

A escolha da EVA para a medição da dor da amostra do presente estudo prende-se com o facto de ser simples, sensível e reprodutível, além da sua facilidade e rapidez de cotação, sendo a utilização de análogos visuais ou escalas numéricas a forma mais simplificada de medir a dor (Sakata, 2008). A análise dos resultados da EVA na amostra restringir-se-á ao primeiro objectivo, tendo em conta a sua integração na subescala da severidade da dor do BPI. A integração da EVA no presente estudo teve como objectivo a recolha e posteriormente a caracterização do nível de dor na amostra no momento da administração dos instrumentos do estudo. Ainda, esta integração, procedimento habitual no Serviço de Psicologia da Unidade da Dor do HSJ, possibilitou a identificação de eventuais inconsistências nas respostas das participantes entre a EVA e o quarto item do BPI, que não foram verificadas, indicando que as participantes foram consistentes e coerentes nas respostas à dor no momento presente.

Grande parte dos médicos que tratam pacientes com dor opta por estas medidas, com escalas que vão de um nível sem dor a um nível de dor extrema (Bennett, 2002). Além da intensidade da dor, a escala visual analógica também pode ser utilizada na avaliação do alívio da dor, da satisfação com o tratamento e da intensidade de outros sintomas (Sakata, 2008). Tal como outros instrumentos existentes, a EVA apresenta algumas limitações. Apesar da sua sensibilidade, as escalas visuais ou numéricas não deixam de ser extremamente restritivas em termos de caracterização do sintoma (Bastos, 2005), o que, contudo, pode ser colmatado através da utilização de instrumentos complementares como o *McGill Pain Questionnaire* (Turk & Burwinkle, 2005). Além deste aspecto, refere-se a dificuldade, por parte de alguns pacientes, em identificar um valor ou um ponto representativo da sua dor nestas escalas (Bennett, 2002).

Brief Pain Inventory (Short Form) (BPI; Cleeland & Ryan 1994; tradução, adaptação e validação para Português realizada por Azevedo et al., 2007). O *Brief Pain Inventory (Short Form) (BPI)* ou em Português Europeu, Inventário Resumido da Dor, corresponde a um instrumento de avaliação da dor da autoria de Cleeland e Ryan (1994), tendo a tradução, adaptação cultural e validação para a versão portuguesa sido efectuadas pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) por Azevedo, Costa Pereira, Dias, Agualusa, Romão, Patto, Vaz, Abrunhosa, Carvalho, Cativo, Correia, Coucelo, Craveiro, Loureiro, Silva & Castro Lopes (2007).

Na década de 1970, tornou-se cada vez mais evidente que os pacientes oncológicos, especialmente nos últimos estádios da doença, experienciam dor incapacitante que é pobremente controlada (Cleeland, 2009). Tendo em conta esta realidade, o BPI foi inicialmente desenvolvido para a abordagem da dor relacionada com doenças oncológicas, contudo, por se ter demonstrado como uma medida apropriada para a dor causada por um largo espectro de condições clínicas, o BPI tem sido utilizado em centenas de estudos, tendo-se tornado num dos instrumentos de avaliação mais largamente utilizados para a abordagem clínica da dor (Cleeland, 2009). A versão pioneira deste instrumento surgiu com a designação de *Wisconsin Brief Pain Questionnaire* (BPQ; Daut & Cleeland, 1982; Cleeland Daut, Flanery &, 1983, citado por Cleeland, 2009), desenvolvido com 667 pacientes com cancro e 32 pacientes com artrite reumatóide. Seguidamente, recebeu a denominação de *Brief Pain Inventory (Long Form)*, actualmente conhecido e mantido (BPI; Cleeland, 1989; Cleeland, 1990; Cleeland, 1991; Cleeland & Ryan, 1994, citado por Cleeland, 2009).

A forma longa do BPI revelou-se demasiado longa para ser utilizada repetidamente na monitorização clínica ou na investigação e perante esta realidade, foi desenvolvida uma versão mais curta, o BPI – *Brief Pain Inventory (Short Form)* (Cleeland, 2009). Os autores consideram que a forma longa do BPI ainda é usada como uma medida de referência nos ensaios clínicos, contudo, a versão mais curta tornou-se numa referência principal para avaliação e investigação clínicas (Cleeland, 2009).

O BPI representa um instrumento de avaliação da gravidade e do impacto da dor no funcionamento diário do doente, especificamente, avaliação do nível de severidade

da dor e do nível de interferência da dor nas dimensões do quotidiano (Cleeland, 2009). O instrumento agrupa 15 itens voltados para a avaliação da existência da dor, severidade da dor, localização da dor, interferência funcional da dor, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor (Azevedo et al., 2007).

Assim, a sua estrutura engloba um item dicotómico direccionado para a existência de dor, um item com um diagrama representativo do corpo humano para a localização da dor pela indicação das áreas corporais dolorosas, uma escala de severidade da dor composta por quatro itens (máximo, mínimo, média e neste momento) com escalas numéricas classificativas que oscilam entre 0 (*Sem dor*) e 10 pontos (*A pior dor que se pode imaginar*), um item sobre as estratégias terapêuticas utilizadas, um item com uma escala classificativa percentual sobre a eficácia dos tratamentos aplicados, e por último, uma escala de interferência funcional da dor estruturada por sete itens que avaliam em escalas numéricas de 0 (*Não interferiu*) a 10 (*Interferiu completamente*) pontos, a interferência da dor na actividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007). Segundo Cleeland (2009), o primeiro item, o item dicotómico respeitante à existência de dores não comuns na última semana, é opcional, não tendo sido avaliadas as suas características psicométricas. O item sobre a percentagem de alívio proveniente do tratamento efectuado para a dor, não é apontado pelos autores como muito útil nos seus estudos (Cleeland, 2009).

É de sublinhar que a avaliação da severidade da dor recai em quatro itens (intensidade da dor no seu máximo, intensidade da dor no seu mínimo, intensidade da dor em média e intensidade da dor neste preciso momento) com escalas numéricas que oscilam entre 0 (*Sem dor*) e 10 pontos (*A pior dor que se pode imaginar*) (Azevedo et al., 2007). A aquisição do nível de severidade da dor é realizado através da soma da pontuação obtida em cada um destes itens, dividida pelo número de itens, tendo o doente de responder aos 4 itens (Cleeland, 2009). Este resultado permite obter uma visualização mais concreta e uma orientação classificativa da percepção do nível de severidade da dor do doente na última semana (Azevedo et al., 2007).

A avaliação da interferência da dor incorpora sete itens com escalas numéricas que variam entre 0 (*Sem dor*) e 10 pontos (*A pior dor que se pode imaginar*), que solicitam ao doente a indicação do nível de interferência da dor em vários domínios da sua vida diária (actividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal, relações com outras pessoas, sono e prazer de viver) (Azevedo et al., 2007). Através destas indicações, é possível obter uma classificação para o grau de severidade da dor, somando a pontuação facultada em cada item, dividindo pelo número de itens (Cleeland, 2009).

Considerando a dor não-oncológica e mais concretamente a fibromialgia, referem-se as seguintes classificações: *severidade/interferência leve* (1-3), *severidade/interferência moderada* (4-6) e *severidade/interferência severa* (7-9) (Hauber et al., 2008). Segundo Cleeland (2009), a classificação da interferência da dor só pode ser realizada se mais de 50% dos itens, ou seja, se mais de 4 itens tiverem sido completados pelo doente. Esta magnitude vai permitir obter uma orientação sobre a importância da percepção da interferência da dor na vida do doente na última semana, possibilitando uma reflexão sobre o quanto a sua dor tem interferido com as diversas áreas do seu dia-a-dia (Azevedo et al., 2007). Para uma análise mais profunda, Daut, Cleeland e Flanery (1983, citado por Seixas et al., 2009) definem *dor de intensidade significativa* ou *dor que interfere significativamente* em termos de uma pontuação superior ao ponto médio (5) das escalas incorporadas nas subescalas do BPI.

A organização bi-factorial do BPI foi confirmada através de um largo estudo nacional conduzido nos Estados Unidos pelo *Eastern Cooperative Oncology Group* (Cleeland et al., 1994, citado por Cleeland, 2009). O estudo envolveu uma amostra de 1261 pacientes com cancro recorrente ou metastático, de 80 centros (Cleeland et al., 1994, citado por Cleeland, 2009). A análise factorial verificou os dois factores distintos, severidade da dor e interferência da dor. A consistência interna (*Alpha de Cronbach*) foi também examinada neste estudo, verificando-se uma boa consistência interna, com valores entre 0,80 e 0,87 para os quatro itens da severidade da dor, e valores entre 0,89 e 0,92 para os sete itens da interferência da dor (Cleeland, 2009). Dados subsequentes de estudos com doentes com cancro de vários países e com vários idiomas, demonstraram uma elevada consistência interna e uma natureza robusta destas duas dimensões do BPI (Cleeland, 2009).

A tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa foi realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), tendo incorporado uma amostra de 331 doentes seguidos em 13 Unidades de Dor Crónica a nível nacional (Azevedo et al., 2007). A análise descritiva dos itens permitiu verificar níveis elevados de severidade e interferência da dor nestes doentes (Azevedo et al., 2007). A análise de consistência interna para as subescalas apurou um valor de α de 0,98 para a subescala severidade da dor e um valor α de 0,84 para a subescala interferência da dor, apontando ambos os valores no sentido de uma boa consistência interna (Azevedo et al., 2007). Na amostra em estudo ($N=60$), a análise de consistência interna para as subescalas do BPI apurou um α de 0,84 para a subescala severidade da dor, e um α de 0,85 para a subescala interferência da dor, atestando uma boa consistência interna de ambas.

Várias abordagens exploraram as dimensões fundamentais do BPI (Cleeland, 2009). Um dos primeiros estudos das dimensões do BPI comparou a estrutura factorial de quatro versões com quatro idiomas diferentes do BPI, utilizadas para avaliar a dor oncológica, nomeadamente nos Estados Unidos, México, Filipinas e Vietname, tendo verificado que os pacientes que vivem com cancro e dor, oriundos de vários países e falantes de línguas distintas, responderam aos itens de uma forma semelhante (Cleeland, 2009).

A escolha do BPI para o presente estudo correspondeu ao facto de constituir um instrumento de avaliação da severidade e da interferência da dor no funcionamento diário do indivíduo (Azevedo et al., 2007). Além deste aspecto, o BPI constitui um instrumento válido, reproduzível e sensível na caracterização da dor, facultando uma aplicação e cotação fácil, rápida e simples, afigurando-se como um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa óptica multidimensional, com boas qualidades psicométricas (Azevedo et al., 2007). Assim, o *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT) recomendou a inserção da versão curta do BPI nos ensaios clínicos de dor crónica (Turk et al., 2003, citado por Seixas et al., 2009) e um grupo de peritos da *European Association of Palliative Care* aconselhou o BPI para uso em investigação científica (Caraceni, Cherny & Fainsinger, 2002, citado por Seixas et al., 2009).

A qualidade do BPI é ainda comprovada através da sua validação em mais de 10 idiomas e pela sua recomendação por grupos de consenso no contexto da medição e avaliação da dor (Azevedo et al., 2007). Além disso, as medidas traduzidas de avaliação da interferência da dor são necessárias para a investigação inter-cultural, no sentido de determinar se os mesmos tratamentos têm efeitos similares nos resultados entre culturas, e se os factores comprovam serem preditivos da interferência da dor, para poderem ser replicados em diferentes idiomas e entre diferentes culturas (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2010).

Escala Hospitalar da Ansiedade e da Depressão (HADS; Zigmond & Snaith 1983; tradução e adaptação para a população portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999). A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) ou, em Português Europeu, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, foi desenvolvida em 1983 por Zigmond e Snaith, tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999).

A escala deve a sua designação à referência ao contexto hospitalar ou elementos dos cuidados de saúde, tendo sido desenvolvida para responder a um dos principais problemas da avaliação da ansiedade e depressão na doença física, ou seja, os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo (Zigmond & Snaith, 1983, citado por Telles-Correia et al., 2009). Por este motivo, os autores baniram intencionalmente da escala os itens que se arrolavam simultaneamente com a perturbação física, como vertigem, cefaleias, insónia, energia, fadiga, sendo que os itens incluídos na escala partem somente dos sintomas psicológicos (Zigmond & Snaith, 1983, citado por Telles-Correia et al., 2009). A HADS volta-se para a detecção ou o rastreio de perturbações ansiosas e depressivas regendo-se em função dos seguintes critérios: a não contaminação pela sintomatologia da doença física do doente e a diferenciação clara das perturbações ansiosas e depressivas (Snaith, 2003). Assim, o objectivo da HADS não corresponde ao fornecimento de diagnósticos psiquiátricos, pretendendo antes permitir ao clínico diferenciar estados de ansiedade e de depressão (Snaith & Protheroe, 1995, citado por Meneses, 2005).

A estrutura da HADS apresenta 14 itens divididos em duas subescalas (Ansiedade e Depressão) (Garcia-Campayo et al., 2007). Os itens ímpares dizem respeito à subescala da ansiedade e os itens pares à subescala da depressão (Keedwell & Snaith, 1996, citado por Meneses, 2005). A subescala da ansiedade, baseada na *Clinical Anxiety Scale* e no *Present State Examination*, foca o estado de ansiedade generalizada (Keedwell & Snaith, 1996, citado por Meneses, 2005), encontra-se dirigida para as suas manifestações psíquicas (tensão, nervosismo, apreensão, preocupação, inquietude, aperto gástrico, angústia). A subescala de depressão encontra-se focalizada na anedonia (desfrutar, riso, alegria, sordidez, interesse pelo aspecto pessoal, ilusão), visto que, na perspectiva dos autores, a anedonia constitui o elemento patológico central da depressão (Bennett, 2002), e na fadiga (Snaith, 1992, citado por Meneses, 2005). Nenhuma das subescalas faz referência aos sintomas somáticos, tendo sido propositadamente banidos os itens que se relacionavam conjuntamente com a doença física (Telles-Correia & Barbosa, 2009). O intervalo de referência temporal para resposta corresponde à última semana (Azevedo et al., 2007).

Cada subescala é composta 7 itens de escolha múltipla (Snaith & Zigmond, 1994, citado por Meneses, 2005), cujas opções encontram-se dispostas numa escala ordinal que varia entre 0 e 3 pontos, em função da intensidade e da frequência do sintoma (Snaith, 2003). A cotação das duas subescalas é realizada de forma independente (Snaith & Zigmond, 1994, citado por Meneses, 2005), sendo obtido para cada uma um *score* total através da soma da pontuação obtida em cada um dos itens que a formam (Snaith, 2003). A pontuação varia entre 0 e 21 (Snaith, 2003).

A interpretação da pontuação é realizada através dos seguintes pontos de corte: valores iguais ou inferiores a 7 pontos indicam ausência de sintomatologia, sendo considerados casos sem sintomatologia; pontuações entre 8 a 10 pontos apontam para casos prováveis de ansiedade ou de depressão; e resultados iguais ou superiores a 11 indicam casos definidos de ansiedade ou de depressão (Snaith, 1987). No caso de uma indicação positiva de ansiedade e/ou depressão, é recomendada a complementação da avaliação através de outras escalas mais especificadas (Snaith, 2003). Uma investigação de Johnston et al. (2000, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009) atestou a eficácia

desta escala na medição da sintomatologia ansiosa e depressiva, independentemente de os possíveis factores resultantes da sintomatologia física.

No que diz respeito à versão original, os autores administraram a escala a uma amostra de 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, com patologias médicas distintas. A análise da consistência interna apurou valores entre 0,41 a 0,76 para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 para a subescala da depressão (Zigmond & Snaith, 1983, citado por Correia de Sousa, 2003). A independência de itens que podem confundir os problemas mentais com consequências de problemas de saúde física (tal como o cansaço ou a fadiga), foi confirmada, tendo sido verificado que as pontuações da HADS em pacientes com doença física que não sofriam de perturbação do humor eram semelhantes aos de uma amostra de indivíduos sem doenças (Bennett, 2002). A brevidade no preenchimento da escala e a aceitação por parte dos participantes resultaram no seu uso frequente (Bennett, 2002).

A HADS representa um instrumento desenvolvido especialmente para avaliar a ansiedade e depressão na população médica, estando validado para a população portuguesa (Telles-Correia & Barbosa, 2009). A versão portuguesa foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte de miocárdio, num estudo longitudinal realizado em 5 momentos distintos: 4.º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos); 2 semanas após a alta (100 sujeitos); 3 meses após a alta (114 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de *alpha* de *Cronbach* variaram entre 0,75 a 0,90 na subescala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na subescala da depressão (McIntyre et al., no prelo, citado por Correia de Sousa, 2003). Um estudo de validação português da HADS por Sousa e Pereira (2008), com 100 pacientes com Esclerose Múltipla, apurou um valor de α para a HADS-Total de 0,87, indicador de boa consistência interna, que também se reflectiu nas duas subescalas (HADS-A: $\alpha=0,81$ e HADS-D: $\alpha=0,78$). Na amostra do presente estudo, a análise de consistência interna para a HADS-Total indica uma elevada consistência interna através de um valor de α de 0,91. Para as subescalas do HADS, verificou um α de 0,892 para a subescala Ansiedade, e um valor de α de 0,86 para a subescala Depressão, indicando uma boa consistência interna de ambas.

A HADS corresponde a um instrumento de fácil compreensão e aceitação por parte dos pacientes (Bennett, 2002), apresentando-se sob a forma de um instrumento curto e de fácil utilização nos meios hospitalares (Bennet, 2002). Objectivando identificar de forma válida, fiel e prática a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes não psiquiátricos (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004), em comparação com outras escalas, a HADS foi concebida de forma a evitar indicadores físicos que pudessem induzir em erro na avaliação de populações médicas (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004), facultando a possibilidade de explorar os casos que revelem uma pontuação que assim o justifique (Snaith, 2003). Tendo em conta a presença de doença física nas participantes da amostra em estudo, a escolha da HADS para o presente estudo prendeu-se com a identificação de sintomatologia ansiosa e depressiva sem se encontrar contaminada pela doença física; não descurando as propriedades psicométricas e uso amplo em investigações portuguesas e estrangeiras enquanto medida de ansiedade e depressão (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2004; Meneses, 2005).

Ao contrário de outras escalas e inventários para a avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva, como o *Beck Depression Inventory* e o *State Trait Anxiety Inventory*, desenvolvidos em contextos psiquiátricos, a HADS permite a avaliação dos níveis mais leves de *distress* em doentes com patologia física (Pereira & Duarte, 2010), representando uma escala fiel e com uma razoável validade convergente-discriminante (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004). Esta escala tem sido empregue em diversas especialidades médicas, como Cardiologia, Oncologia, Cirurgia, entre outras (Zigmond & Snaith, 1983, citado por Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação para a população portuguesa por Nobre, 2001). O *Female Sexual Function Index* (FSFI) ou, em Português Europeu, *Índice de Funcionamento Sexual Feminino*, é da autoria de Rosen et al. (2000), tendo sido traduzido e adaptado para a população portuguesa por Nobre (2001).

O FSFI representa um instrumento breve e multidimensional de auto-relato que permite obter um índice total de funcionamento sexual nas mulheres, assim como índices específicos para cada domínio avaliado do funcionamento sexual feminino

(Wiegel, Meston & Rosen, 2005). A sua estrutura agrega 19 itens direccionados para a actividade sexual nas últimas quatro semanas, apresentados numa escala do tipo Likert (Nobre, 2006). Os itens do FSFI pretendem avaliar seis domínios integrantes do funcionamento sexual feminino, nomeadamente *desejo/interesse sexual*, *excitação sexual*, *lubrificação*, *orgasmo*, *satisfação sexual* e *dor sexual*, incorporando ainda um vigésimo item que avalia o *vaginismo* (Nobre, 2006).

O domínio *desejo/interesse sexual* engloba os itens 1 e 2; o domínio *excitação sexual*, os itens 3, 4, 5 e 6; o domínio *lubrificação*, os itens 7, 8, 9, e 10; o domínio *orgasmo*, os itens 11, 12 e 13; o domínio *satisfação sexual*, os itens 14, 15 e 16; e o domínio *dor sexual*, os itens 17, 18 e 19 (Rosen et al., 2000). Cada item pretende avaliar um aspecto específico da respectiva dimensão, devendo a respondente assinalar a alternativa que melhor descreve sua situação nas últimas quatro semanas. A cotação dos itens 1, 2, 15 e 16 varia de 1 a 5 pontos, e a cotação dos itens 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18 e 19 oscila entre 0 e 5 pontos (Rosen et al., 2000). O *score* total do FSFI é obtido através da soma da pontuação obtida em cada domínio, multiplicada pelo factor correspondente (cf. Anexo G) (Speer et al., 2005, citado por Hentschel et al., 2007). Esta multiplicação tem por objectivo homogeneizar a influência de cada domínio no *score* total (Pacagnella, Martinez & Vieira, 2009). O *score* total do FSFI origina um valor que varia entre 2 e 36 pontos. Nos domínios, um *score* correspondente ao valor de 0 indica que a respondente refere não ter tido actividade sexual nas últimas quatro semanas (Rosen et al., 2000). O ponto de corte do *score* total definido ao valor de 26,55 faculta a possibilidade de discriminar mulheres com disfunção sexual de mulheres sem disfunção sexual (Wiegel et. al. 2005), tendo em conta que pontuações mais elevadas indicam um melhor funcionamento sexual (Pacagnella, Martinez & Vieira, 2009; Hentschel et al., 2007).

A versão original do FSFI foi validada numa amostra inicial de 259 participantes, nomeadamente 128 mulheres com perturbação da excitação sexual feminina e 131 mulheres sem dificuldades a nível sexual (grupo de controlo) (Rosen et al., 2000). A selecção dos itens atendeu aos critérios psicométricos básicos, visando serem claros e compreensíveis, fornecendo opções de resposta global, simplicidade de administração e cotação, e ser imparcial em relação a variáveis como idade, etnia,

educação ou situação económica (Rosen et al., 2000). As perguntas foram concebidas para serem adequadas quer no uso com a população heterossexual, quer com a população homossexual (Rosen et al., 2000).

A solução estatística do estudo de Rosen et al. (2000) apoiou uma solução de 5 factores, incluindo uma combinação *desejo/excitação*, todavia, a consideração clínica apontou para uma separação dos domínios *desejo* e *excitação*. Assim, o conjunto final de itens atribuiu seis domínios: *desejo/interesse sexual*, *excitação sexual*, *lubrificação*, *orgasmo*, *satisfação sexual* e *dor sexual*, tendo os domínios *desejo sexual* e *excitação sexual* demonstrado a maior força de associação (Rosen et al., 2000). A análise da consistência interna (*Alpha de Cronbach*) da escala indicou uma boa consistência interna para a escala global ($\alpha > 0,82$), tendo sido ainda determinada esta análise de forma separada para os seis domínios que revelaram igualmente uma boa consistência interna (Rosen et al., 2000). Os coeficientes de correlação de *Pearson* demonstraram que todos os domínios se encontram significativamente correlacionados (Rosen et al., 2000). As classificações individuais dos domínios do FSFI, bem como a pontuação da escala total, demonstraram boa capacidade de diferenciação entre mulheres com perturbação da excitação sexual feminina e mulheres sem dificuldades a nível sexual, atestando uma boa capacidade para discriminar populações clínicas e populações não-clínicas (Rosen et al., 2000). Dentre os questionários específicos para a avaliação do funcionamento sexual feminino, o FSFI tem ostentado uma boa validade e fidelidade estatística na literatura (Meston & Derogatis, 2002), destacando-se os estudos de Meston (2003) e Wiegel, Meston e Rosen (2005).

A tradução e adaptação do FSFI para a população portuguesa foi realizada por Pedro Nobre (2001), tendo revelado boas propriedades psicométricas, nomeadamente bons resultados no teste-reteste e elevada consistência interna ($\alpha = 0,82$) (Nobre, 2008, citado por Nobre & Gouveia, 2009). As propriedades psicométricas do FSFI ainda foram avaliadas por Pereira et al. (2009) numa amostra de 276 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, tendo apresentado um valor de α de 0,96, indicador de uma boa consistência interna, tal como ocorreu com os domínios do instrumento, nomeadamente *desejo sexual* ($\alpha = 0,87$), *excitação sexual* ($\alpha = 0,96$), *lubrificação* ($\alpha = 0,92$), *satisfação sexual* ($\alpha = 0,87$), *orgasmo* ($\alpha = 0,88$) e *dor sexual*

($\alpha=0,96$). Na amostra do presente estudo, o valor de α da escala total assim como dos respectivos domínios apresentaram uma boa consistência interna. Mais especificamente, a escala global aprontou um valor de α de 0,98, o domínio *desejo sexual* um valor de α de 0,95, o domínio *excitação sexual* um valor de α de 0,98, o domínio *lubrificação* um valor de α de 0,98, o domínio *orgasmo* um valor de α de 0,97, o domínio *satisfação sexual* um valor de α de 0,87 e o domínio *dor sexual* um valor de α de 0,96.

Este questionário, proposto nos Estados Unidos (Pacagnella, Martinez & Vieira, 2009), tem vindo a estabelecer-se na qualidade de um instrumento mundialmente reconhecido e privilegiado na avaliação de disfunções sexuais femininas, devido às suas consensuais boas propriedades psicométricas e à actualidade dos seus critérios diagnósticos (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009; Meston & Derogatis, 2002). O FSFI agrega os aspectos de ser prático na aplicação em estudos populacionais, de transformar medidas subjectivas em dados objectivos, quantificáveis e analisáveis e avaliar a força relativa de cada domínio da resposta sexual feminina (Pacagnella, Martinez & Vieira, 2009). Este instrumento tem sido utilizado, com sucesso, para avaliar a função sexual em diferentes grupos, entre os quais pacientes com fibromialgia (Tikiz et al., 2005).

O FSFI corresponde a um questionário breve para avaliação do funcionamento sexual em mulheres (fsfiquestionnaire.com). Não constitui uma medida de experiência, conhecimentos, atitudes sexuais ou funcionamento interpessoal nas mulheres (fsfiquestionnaire.com). Não foi elaborado para ser utilizado como um instrumento diagnóstico e não deve ser utilizado como um substituto de uma anamnese completa sobre a história sexual na avaliação clínica (fsfiquestionnaire.com). Além de proporcionar um *score* total referente ao funcionamento sexual global, este instrumento também faculta a possibilidade de obter índices específicos para cada dimensão avaliada (Nobre, 2006).

1.2.3. Procedimento

A utilização dos instrumentos BPI, HADS e FSFI para a recolha de dados do presente estudo, foi precedida pelo contacto com os autores dos mesmos, objectivando a obtenção das devidas autorizações para o efeito. O uso do BPI foi protegido através da

autorização cedida à Unidade da Dor do HSJ para investigações neste contexto. No que diz respeito à HADS e ao FSFI, foram solicitadas as autorizações para usar os instrumentos à Prof. Doutora Teresa McIntyre e ao Prof. Doutor Pedro Nobre, respectivamente.

O contacto com a Unidade da Dor do HSJ foi estabelecido através da Universidade Fernando Pessoa (UFP) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, sob norma de estágio curricular. As devidas autorizações para a realização da presente investigação foram solicitadas e fornecidas pelas entidades competentes, nomeadamente, Comissão de Ética da UFP, Comissão de Ética para a Saúde do HSJ, Direcção do Serviço de Psiquiatria do HSJ, nomeadamente ao Dr. António Roma Torres, e Coordenação da Unidade da Dor do HSJ, à Dra. Armanda Gomes, de forma a conduzir o estudo de acordo com as normas (nomeadamente éticas) de todas as entidades envolvidas. Após a obtenção das referidas autorizações, o contacto com a população utente da Unidade da Dor foi viabilizado pela psicóloga da Unidade, Dra. Virgínia Rebelo, que solicitou, em primeira instância, com os devidos esclarecimentos essenciais, a participação das senhoras com o diagnóstico de fibromialgia utentes da Consulta de Psicologia da Dor, para o presente estudo de investigação.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do HSJ e pela Comissão de Ética da UFP. A recolha dos dados foi efectuada na Unidade da Dor do HSJ do Porto, entre 14 de Julho de 2009 e 25 de Outubro de 2009. Aquando aceite a integração na amostra do estudo por parte das participantes, procedeu-se a um contacto de forma individualizada, no consultório de Psicologia da Dor da Unidade da Dor de HSJ. Num primeiro momento, procedeu-se à apresentação da ficha de informação ao participante. Após esta apresentação e após a certificação de que não existiam dúvidas por parte da pessoa, foi solicitado o preenchimento da declaração de consentimento e dos instrumentos supra-referidos, de forma a iniciar a recolha dos dados, tendo todas as participantes dado o seu consentimento informado por escrito.

Esta recolha foi realizada de forma individual, no consultório de Psicologia da Unidade da Dor, através de auto-preenchimento ou preenchimento assistido (em caso de baixa literacia ou impossibilidade de auto-preenchimento). Após este processo,

procedeu-se à criação de uma base de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, na qual foram inseridos e tratados os dados fornecidos pelas participantes através do preenchimento do protocolo de avaliação.

1.3. Resultados

Os resultados obtidos no presente estudo na amostra de 60 mulheres com fibromialgia anteriormente descrita, serão apresentados respeitando a ordem de numeração dos objectivos da investigação referidos inicialmente.

1.3.1. Caracterização de um grupo de indivíduos com fibromialgia quanto à dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual

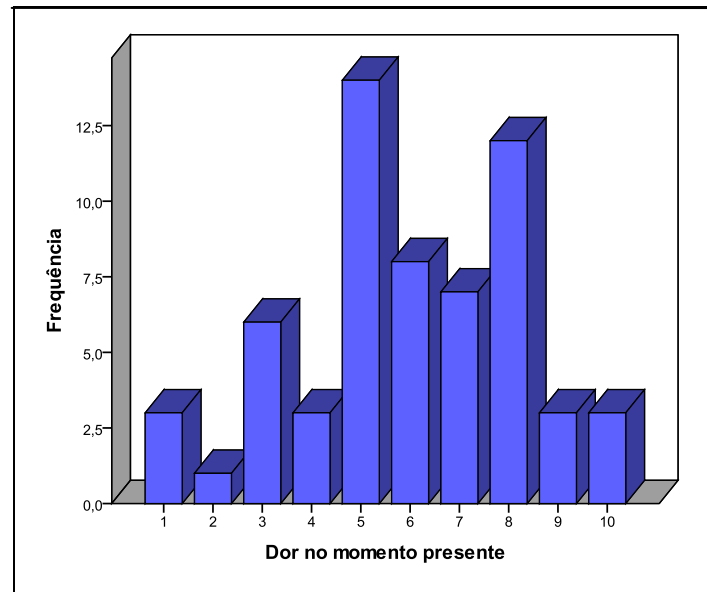
1.3.1.1. Dor

Com base orientação numérica indicada pela DGS (2003) para a EVA, verificou-se que a percepção do nível médio de dor das participantes no momento presente na amostra correspondeu a um valor de 5,92 (cf. Tabela 2), sendo que 78,3% das participantes referiu um nível de dor igual ou superior a 5, revelando-se a amostra heterogénea nas suas respostas (cf. Gráfico 1)

Tabela 2: Caracterização quantitativa da dor da amostra (EVA; N=60)

M	DP	Min/Max
5,92	2,257	1-10

Gráfico 1: Distribuição dos valores de dor no momento presente (EVA)



Ainda à luz dos critérios de classificação da DGS (2003), que, para efeitos de registo da EVA, propõe uma diferenciação em cinco blocos qualitativos, nomeadamente, sem dor (0), dor ligeira (1-3), dor moderada (4-6), dor intensa (7-9) e dor máxima (10), apresentam-se na Tabela 3, os resultados obtidos na amostra para dor no momento presente numa classificação qualitativa, que permite verificar basicamente que a maior parte da amostra referiu uma percepção de dor moderada.

Tabela 3: Distribuição da amostra pelas categorias de dor (EVA)

Nível de dor	<i>n</i>	%
Sem dor	0	0
Dor ligeira	10	16,7
Dor Moderada	26	43,3
Dor Intensa	23	38,3
Dor Máxima	1	1,7

Relativamente à percepção do doente sobre a gravidade da sua dor na última semana, recolhida através da subescala *Severidade da dor* do BPI, verificou-se uma

média de 6,2 (cf. Tabela 4), corresponde a uma classificação de severidade da dor moderada (Hauber et al., 2008).

Tabela 4: Caracterização da severidade da dor da amostra (BPI)

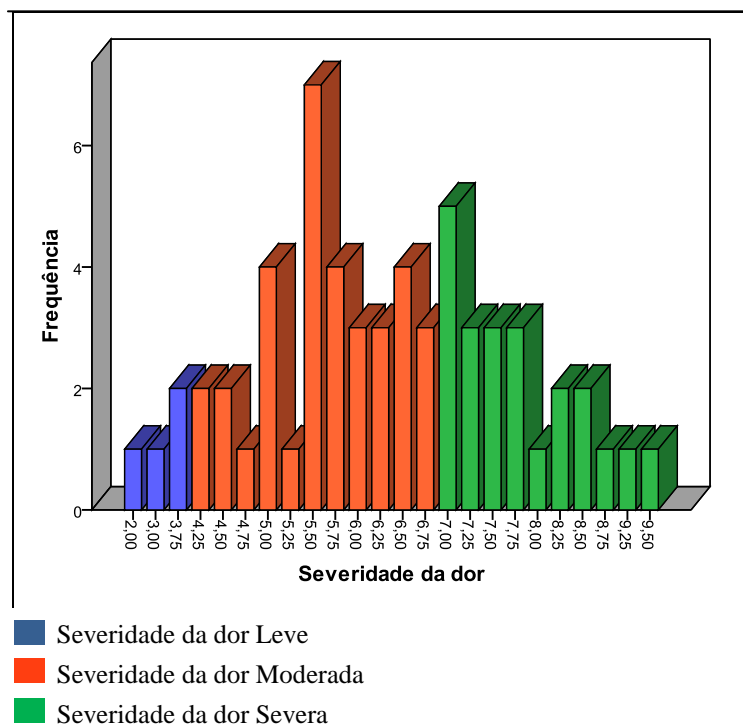
M	DP	Min/Max
6,26	1,513	2-9,5

A distribuição de frequências (cf. Tabela 5 e cf. Gráfico 2) indica heterogeneidade na amostra quanto a esta vertente da dor, apresentando uma predominância da severidade da dor num grau moderado, não tendo sido verificado em nenhuma participante um grau de severidade máximo da dor (10).

Tabela 5: Distribuição da amostra pelas categorias de severidade da dor (BPI)

Grau de severidade da dor	n	%
Leve (1-3)	5	8,3
Moderada (4-6)	33	55,0
Severa (7-10)	22	36,7

Gráfico 2: Distribuição dos valores de severidade da dor (BPI)



Para uma visão mais completa do grau de severidade e do grau de interferência da dor na amostra, Daut, Cleeland e Flanery (1983, citado por Seixas et al., 2009) defendem a interpretação de *dor de intensidade significativa* ou de *dor que interfere significativamente* em função de uma pontuação superior ao ponto médio (5) da escala numérica, nos itens das subescalas do BPI.

A partir destas indicações, é possível verificar que na subescala *Severidade da dor* os resultados apontam para uma *dor de intensidade significativa* nos focos da dor máxima ($M=8,60$), da média de dor ($M=6,30$) e da dor no momento presente ($M=5,92$), não tendo sido verificada esta significância quanto ao nível mínimo de dor ($M=4,25$).

Em termos proporcionais, esta significância respeita 90% da amostra no item da dor máxima, 73,3% no item média de dor e 55% no item da dor no momento presente (cf. Anexos H, I e J).

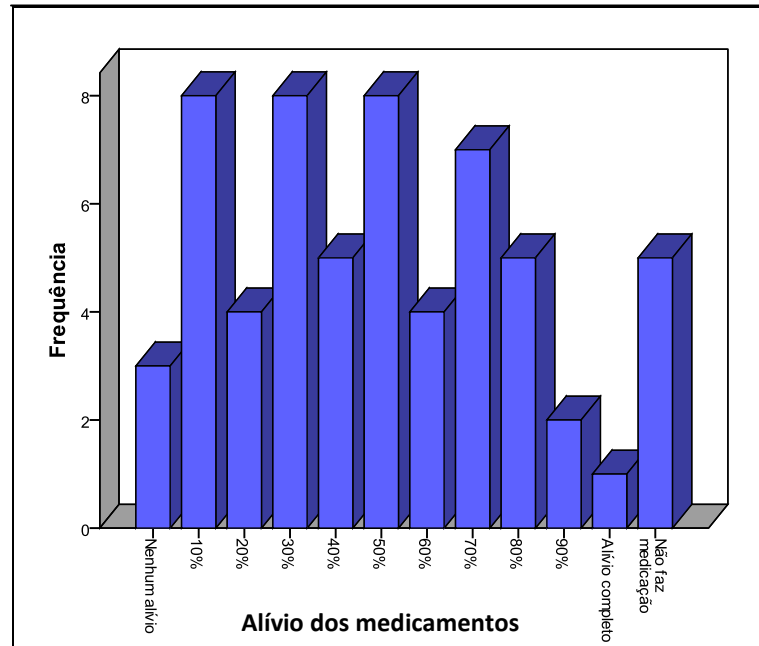
No que diz respeito à utilização de medicamentos no alívio da dor e à importância deste alívio, apresentam-se os resultados obtidos (cf. Tabela 6), que extraem essencialmente que a indiscutível maioria das participantes utiliza medicação para o tratamento da sua dor, sendo em média a percepção do alívio deste tratamento de 49,3%.

Tabela 6: Distribuição de frequências da mediação para a dor da amostra (BPI)

	<i>n</i>	%
Utilização		
Não	5	8,3
Sim	55	91,7

Mais concretamente, e tal como o Gráfico 3 demonstra, 60% da amostra refere um alívio da medicação numa importância igual ou menor do que 50%.

Gráfico 3: Distribuição dos valores quanto à medicação para a dor (BPI)



A 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, tendo aferido um valor médio de 6,5 (cf. Tabela 7), correspondeu a um grau de interferência da dor moderado/severo (Hauber, 2008).

Tabela 7: Caracterização da interferência da dor da amostra (BPI)

M	DP	Min/Max
6,27	2,148	1-10

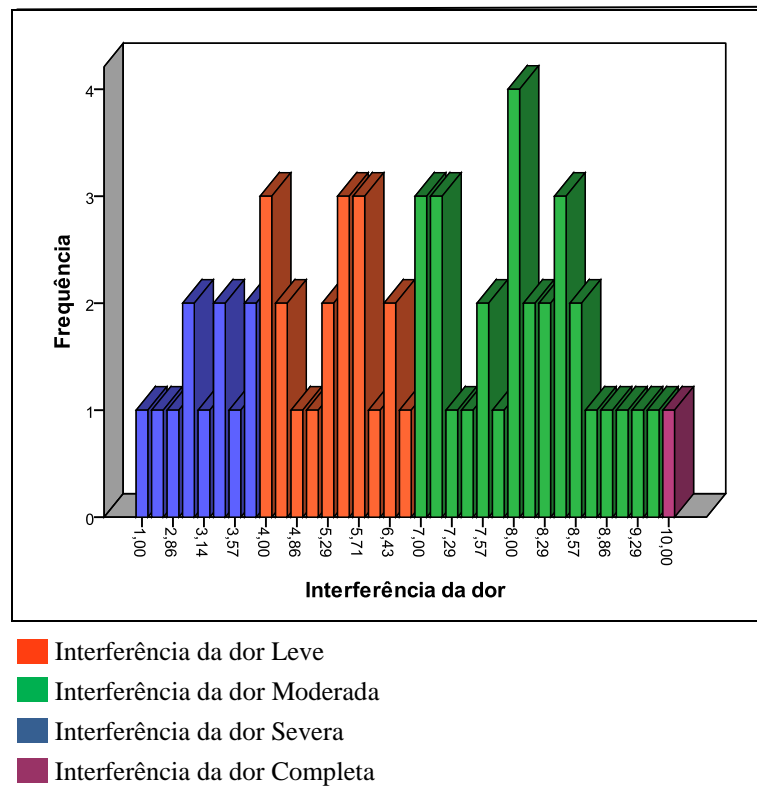
Contudo, analisando a distribuição de frequências (cf. Tabela 8 e cf. Gráfico 4), em detrimento da heterogeneidade das respostas, verifica-se que a maior parte apresenta um grau de interferência da dor *severo*, indicador de um impacto notável da dor nas actividades do quotidiano.

Assinala-se ainda a presença de uma referência ao nível da interferência completa da dor, o que não ocorreu na subescala da severidade da dor.

Tabela 8: Distribuição da amostra pelas categorias de interferência da dor (BPI)

	<i>n</i>	%
Grau de interferência da dor		
Leve (1-3)	11	18,3
Moderado (4-6)	17	28,3
Severo (7-9)	31	51,7
Completo (10)	1	1,7

Gráfico 4: Distribuição dos valores de interferência da dor (BPI)



Relativamente à subescala *Interferência da dor*, os resultados voltam-se para uma *dor que interfere significativamente* na amostra em todas as áreas do quotidiano abordadas pelo BPI. Mais concretamente, a área mais afectada pela dor corresponde à área do sono ($M=7,48$), sendo seguida pelo trabalho normal ($M=7$), actividade geral ($M=6,85$), disposição ($M=6,30$), capacidade para andar a pé ($M=5,78$) e prazer de viver

($M=5,27$), tendo sido a área das relações com outras pessoas ($M=5,22$), a área pontuada pelas participantes, em geral, como a área menos afectada pela dor.

Especificando esta análise no sentido de verificar a proporção da amostra em que *dor que interfere significativamente* em cada dimensão quotidiana explorada pelo BPI, refere-se esta interferência significativa em 80% das participantes no domínio do sono, em 70% no trabalho normal, em 68,3% na actividade geral, em 65% na disposição, em 60% na capacidade para andar a pé, em 55% nas relações com outras pessoas e 51,7% no prazer de viver (cf. Anexo K).

1.3.1.2. Ansiedade

Os resultados da amostra revelam um valor médio de 12,30 (cf. Tabela 9), correspondendo à classificação de *caso de ansiedade*, seguindo os pontos de corte da escala (Snaith, 1987), classificação mais frequente entre as participantes do estudo.

Tabela 9: Caracterização da ansiedade da amostra (HADS)

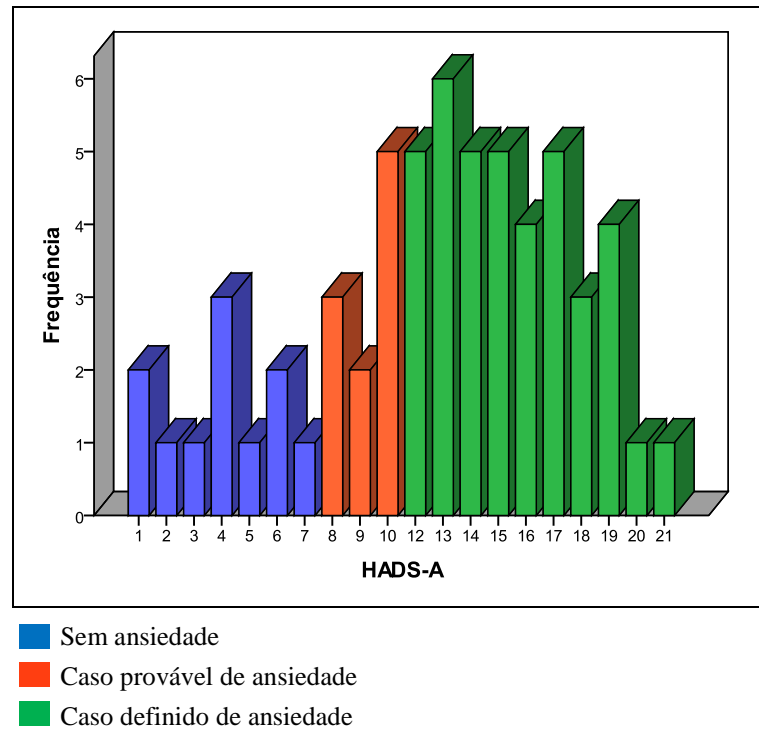
M	DP	Min/Max
12,30	5,127	1-21

A distribuição de frequências (cf. Tabela 10 e cf. Gráfico 5) permite observar que a amostra se demonstrou relativamente homogénea nos seus resultados, tendo a maior parte da amostra pontuado na classificação de *caso definido de ansiedade*.

Tabela 10: Distribuição da amostra pelas categorias de ansiedade (HADS)

Classificação	n	%
Sem ansiedade (0-7)	11	18,3
Caso provável de ansiedade (8-10)	10	16,7
Caso definido de ansiedade (11-21)	39	65

Gráfico 5: Distribuição dos valores de ansiedade (HADS)



1.3.2. Depressão

As características da amostra, ao nível da sintomatologia depressiva, expostas na Tabela 11, remetem para um valor médio de 9,6, correspondente à classificação de *caso provável de ansiedade*, de acordo os pontos de corte da escala (Snaith, 1987).

Tabela 11: Caracterização da depressão da amostra (HADS)

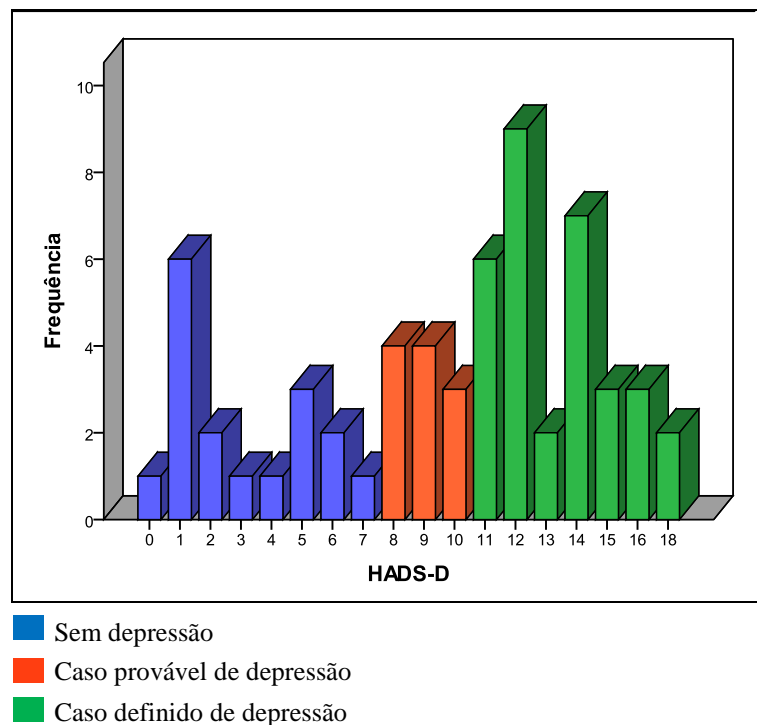
M	DP	Min/Max
9,60	4,886	0-18

A classificação das pontuações obtidas permitem apurar que a classificação mais frequente na amostra corresponde a *caso definido de depressão* (cf. Tabela 12), representando 53,3% da amostra. O Gráfico 6 demonstra homogeneidade relativamente aos grupos de participantes que pontuaram nas classificações de *caso provável de depressão* e de *caso definido de depressão*.

Tabela 12: Distribuição da amostra pelas categorias de depressão (HADS)

	<i>n</i>	%
Classificação		
Sem depressão (7-0)	17	28,3
Caso provável de depressão (8-10)	11	18,4
Caso definido de depressão (11-21)	32	53,3

Gráfico 6: Distribuição dos valores de depressão (HADS)



Analisando os indicadores de tendência central de ambas as subescalas, verifica-se que estes encontram-se menos elevados na HADS-D em comparação com a HADS-A. Além disso, o valor de 0 não é encontrado na HADS-A, ao contrário do que acontece na HADS-D. Mais concretamente, 65% da amostra representa casos definidos de ansiedade e 53,3% representa casos definidos de depressão, o que sugere uma maior incidência de ansiedade na amostra.

1.3.1.3. Funcionamento Sexual

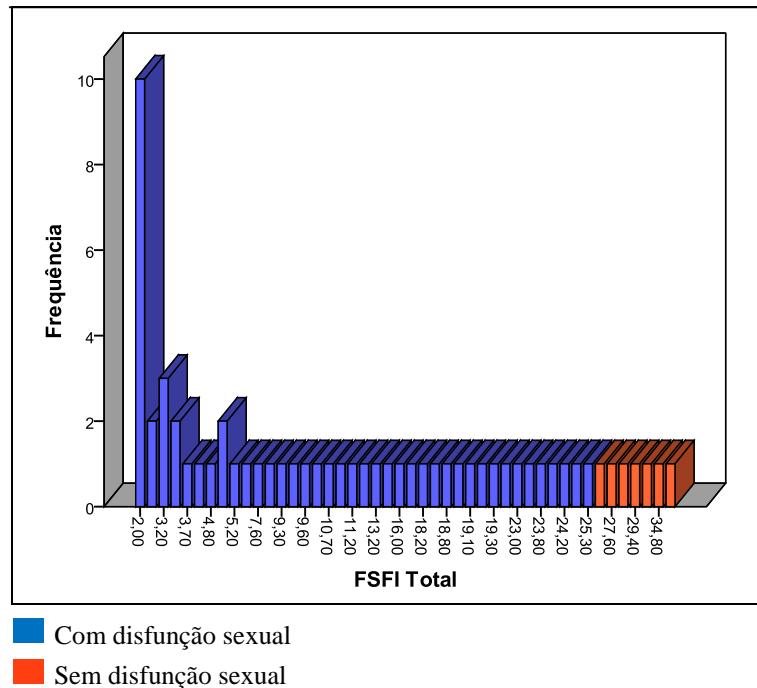
O funcionamento sexual da amostra em estudo caracteriza-se por um valor médio de 12,9 na escala total (cf. Tabela 13), o que traduz disfunção sexual tendo em conta o ponto de corte do instrumento fixado pelos autores de 26,55 (Wiegel et al., 2005). Relativamente aos domínios do FSFI, os resultados obtidos indicam que a amostra apresenta, maioritariamente, dificuldades nos seis domínios: *desejo sexual*, *excitação sexual*, *lubrificação*, *orgasmo*, *satisfação sexual* e *dor sexual*. Em cada domínio, a pontuação mais baixa possível representou a pontuação mais referida entre as participantes, tendo sido ainda verificado que 36,7% referiu não ter tido actividade sexual nas últimas quatro semanas.

Tabela 13: Caracterização do funcionamento sexual da amostra (FSFI)

Domínios	M	DP	Min/Max
Total	12,90	10,017	2-35,40
Desejo	2,25	1,218	1,20-5,40
Excitação	1,77	1,726	0-6
Lubrificação	2,11	2,043	0-6
Orgasmo	1,926	1,984	0-6
Satisfação	2,82	1,815	0,8-6
Dor sexual	2,027	2,019	0-6

A distribuição de frequências (cf. Gráfico 7) afigura uma notável homogeneidade da amostra quanto a esta variável do estudo, demonstrando que 88,3% (53 participantes) da amostra apresentava disfunção sexual e que apenas 11,7% (7 participantes) não apresentava disfunção sexual. Relativamente aos domínios, no domínio *desejo sexual*, verificou-se que 78,3% da amostra apresenta dificuldades neste plano, sendo que 46% pontuou com o valor mais baixo possível nesta dimensão. No domínio *excitação sexual* as dificuldades correspondem a 91,7% das participantes; no domínio *lubrificação* 88,3%; no domínio *orgasmo* 76,7%; no domínio da *satisfação sexual* 68,3% e no domínio *dor sexual* 86,7%. É de sublinhar que 38,3% das participantes referiram não ter tido actividade sexual nas últimas quatro semanas.

Gráfico 7: Distribuição dos valores do funcionamento Sexual (FSFI)



1.3.2. Análise da relação entre a dor e características psicossociais e socio-demográficas da amostra

No sentido de alcançar o segundo objectivo traçado para este estudo, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação do momento do produto de *Pearson* (r)⁸.

Os resultados da análise da relação entre a dor e as características psicossociais da amostra podem ser avistados através da Tabela 11, tendo sido adoptado um nível de significância de 0,05.

⁸ Este coeficiente representa uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas, apresentando o sinal e a magnitude de r (Petrie & Sabin, 2000). A correlação é interpretada como a relação existente entre duas variáveis, correspondendo a uma variação concomitante entre duas variáveis (Bisquerra et al., 2004), contudo, a presença de uma correlação entre x e y não implica uma relação de causa e efeito (Petrie & Sabin, 2000).

Tabela 14: Correlação de Pearson entre dor e características psicossociais da amostra (N=60)

	Severidade da dor		Interferência da dor	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Interferência da dor	0,587	0,000	-	-
Ansiedade	0,194	0,138	0,395	0,002
Depressão	0,203	0,119	0,548	0,000
F. sexual	-0,208	0,111	-0,164	0,212

Como se verifica, pela análise da Tabela 14, as variáveis respeitantes à dor encontram-se significativamente correlacionadas entre si num grau moderado e numa direcção positiva, indiciando que quanto maior é a percepção da severidade da dor, maior é a interferência da dor.

O estudo da relação entre a severidade da dor e características psicossociais da amostra estudadas não demonstrou nenhuma correlação estatística significativa. Porém, apesar desta ausência de significância estatística, observando de uma forma simplificada os níveis médios de dor (severidade da dor e interferência da dor) com base na divisão da amostra em função das classificações da HADS quanto à ansiedade e à depressão, deixa-se a informação de que quer no caso da HADS-A quer no caso da HADS-D, os grupos com as classificações *caso de ansiedade* (HADS-A) e *caso de depressão* (HADS-D) representam os grupos com as médias mais elevadas quanto à severidade da dor, com valores médios de 6,40 e 6,50, respectivamente, que superam média do grupo *sem ansiedade* ($M=5,81$) e do grupo *caso provável de ansiedade* ($M=5,97$); e dos grupos *sem depressão* ($M=5,79$) e *caso provável de depressão* ($M=6,07$).

Ao contrário do que ocorreu com a severidade da dor, a interferência da dor revelou-se significativamente e positivamente correlacionada com a ansiedade e a depressão, num grau moderado, sugerindo que na amostra quanto maior o nível de interferência da dor, maior o grau de ansiedade; assim como quanto maior o nível de interferência da dor, maior é o grau de depressão.

O funcionamento sexual não se encontra significativamente correlacionado com a dor da amostra.

No que respeita as variáveis socio-demográficas idade e anos de escolaridade na análise de relação com a dor, a Tabela 15 apresenta os resultados da sua relação, não se tendo verificado correlações estatisticamente significativas.

Tabela 15: Correlação de Pearson entre dor e características socio-demográficas (idade e anos de escolaridade) da amostra

	Idade		Anos de escolaridade	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Severidade da dor	0,236	0,070	-0,246	0,058
Interferência da dor	0,155	0,238	-0,114	0,385

Contudo, ressalva-se que a correlação entre severidade da dor e anos de escolaridade aproxima-se da significância estatística.

1.3.3. Identificação de preditores psicossociais e socio-demográficos da dor da amostra

Tendo em conta as relações identificadas anteriormente, pretendeu-se analisar até que ponto as variáveis que apresentaram correlação significativa com a dor podem funcionar como preditores da mesma na amostra. Para tal, recorreu-se à regressão linear múltipla, que corresponde a um modelo de regressão linear onde existe uma única variável dependente e uma ou mais variáveis explicativas (Petrie & Sabin, 2000). Este método pretende estimar a condicional de uma variável, dados os valores de outras variáveis (Petrie & Sabin, 2000).

Assim, visando a identificação de preditores para a interferência da dor foi realizada uma análise de regressão linear simples (método *enter*), seleccionando a variável severidade da dor como variável preditora e a variável interferência da dor como variável dependente (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Severidade da dor como preditora da interferência da dor: regressão linear simples

Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Severidade da dor	0,833	0,587	5,520	0,000

Esta análise verificou que este modelo não é de elevada adequação tendo em conta que o modelo somente explica 33,3% (R^2 Ajustado = 0,333) das variações ocorridas na variável interferência da dor, encontrando-se relativamente distante dos 100%. Este indicador de qualidade sugere então que a variável auxiliar não se encontra, pelo menos de forma notável, ajustada à explicação deste modelo. A análise do coeficiente de regressão demonstra que a severidade da dor representa uma variável preditora significativa da interferência da dor, contribuindo de forma positiva, ou seja, quanto maior a severidade da dor, maior a interferência da dor.

Para se avaliar o papel das variáveis ansiedade e depressão na interferência da dor foi efectuada uma análise de regressão linear múltipla (método *enter*) em que as variáveis ansiedade e depressão foram seleccionadas como preditoras e a variável interferência da dor como dependente (cf. Tabela 17).

Tabela 17: Ansiedade e Depressão como preditores da Interferência da dor: regressão linear múltipla

Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	0,053	0,127	0,957	0,343
Depressão	0,210	0,477	3,588	0,001

Este modelo explica 28,8% (R^2 Ajustado = 0,288) das variações ocorridas na variável interferência da dor, contudo, a análise dos coeficientes de regressão demonstra que a variável Depressão (HADS) é a única variável preditora significativa da interferência da dor, em detrimento da variável Ansiedade (HADS), contribuindo assim,

de forma positiva, ou seja, quanto maior o grau de depressão, maior a interferência da dor da amostra.

1.3.4. Análise da relação entre as características psicossociais (ansiedade, depressão e funcionamento sexual) da amostra

Como referido no início do presente capítulo, devido às implicações clínicas dos resultados, foi ponderado como pertinente o acréscimo do presente objectivo que se debruça sobre a análise da relação entre as variáveis psicossociais da amostra (ansiedade, depressão e funcionamento sexual).

Tendo em conta as referências identificadas na literatura sobre a elevada comorbilidade entre ansiedade e depressão e a frequente interferência destas variáveis no funcionamento sexual, foi efectuada uma análise da relação entre as variáveis ansiedade, depressão e funcionamento sexual com base no coeficiente de correlação do momento do produto de *Pearson* (*r*), cujos resultados se encontram na Tabela 18.

Tabela 18: Correlação de Pearson para as variáveis Ansiedade, Depressão, Funcionamento Sexual

	Ansiedade		Depressão	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-	-	-	-
Depressão	0,562	0,000	-	-
Funcionamento sexual	-0,185	0,156	-0,243	0,062

Observando estes achados, retira-se que a única correlação estatisticamente significativa verificada na amostra quanto às variáveis analisadas corresponde à correlação entre ansiedade e depressão, que se apresenta numa direcção positiva e com uma força do sinal moderada, apontando no sentido de um aumento do grau de ansiedade, em função do aumento do grau depressão.

Relativamente ao funcionamento sexual, não foram verificadas correlações estaticamente significativas com a ansiedade ou a depressão.

1.3.5. Análise da relação entre características psicossociais e características socio-demográficas da amostra

A análise da relação entre características psicossociais e características socio-demográficas da amostra conta primeiramente com o cálculo do coeficiente de correlação do momento do produto de *Pearson* (r), sendo tomadas as variáveis socio-demográficas idade e anos de escolaridade; e com a prova não-paramétrica *Mann-Whitney U Test*, objectivando verificar a existência de diferenças quanto ao funcionamento sexual entre grupos não homogêneos organizados em função da relação com o marido/companheiro e da presença, ou não, de menopausa. Por conseguinte, a primeira análise correspondente à análise de relação entre as variáveis psicossociais e socio-demográficas da amostra revelou os seguintes resultados (cf. Tabela 19).

Tabela 19: Correlação de Pearson entre as variáveis socio-demográficas (idade e anos de escolaridade) e variáveis psicossociais (Ansiedade, Depressão, Funcionamento Sexual)

	Idade		Anos de escolaridade	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ansiedade	0,021	0,876	-0,071	0,588
Depressão	0,244	0,060	-0,288	0,025
Funcionamento sexual	-0,283	0,028	0,374	0,003

Como se averigua pela análise da Tabela 20, a variável depressão apresenta correlação estatisticamente significativa com a variável anos de escolaridade, numa força fraca e numa direcção negativa, suscitando a existência de uma relação em que quanto maior o grau de depressão, menor o nível de escolaridade.

No que diz respeito ao funcionamento sexual, a mesma análise apurou a presença de correlações estaticamente significativas com ambas as características socio-

demográficas analisadas (idade e anos de escolaridade). Observando os resultados da análise, o funcionamento sexual encontra-se significativamente correlacionado com a variável idade, num grau fraco e numa direcção negativa, sugerindo que quanto maior a idade, menor o funcionamento sexual nas participantes.

Prosseguindo com a análise, verifica-se que o funcionamento sexual encontra-se ainda significativamente correlacionado com os anos de escolaridade, num grau moderado e numa direcção positiva, propondo que quanto maior o grau de escolaridade, maior o funcionamento sexual nas participantes.

Considerando-se pertinente, foram analisadas as características psicossociais e socio-demográficas, partindo dos dados obtidos relativamente à qualificação da relação com o marido/companheiro e à presença ou ausência de menopausa.

Assim, caracterizando primeiramente a ansiedade e a depressão quanto à relação com o marido/companheiro, nomeadamente agregando três grupos: relação *má* com o marido/companheiro, relação *satisfatória* com o marido/companheiro e relação *muito boa* com o marido/companheiro, verificou-se através da distribuição de frequências que o tamanho do primeiro grupo é notavelmente inferior aos dois últimos grupos, sendo o primeiro constituído por 5 mulheres, o segundo por 22 mulheres e o terceiro 23 por mulheres. A observação do *score* médio obtido em cada grupo na subescala HADS-A permite verificar uma média de 14,80 no grupo de relação *má* com o marido/companheiro, de 14,09 no grupo de relação *satisfatória* com o marido/companheiro, e de 11,17 no grupo de relação *muito boa* com o marido/companheiro, sugerindo um média mais reduzida de ansiedade neste último grupo. O mesmo ocorreu em relação à depressão (HADS-D), sendo que a média do grupo relação *má* com o marido/companheiro correspondeu a uma média de 9,40, o grupo de relação *satisfatória* com o marido/companheiro a uma média de 11,14 e o grupo de relação *muito boa* com o marido/companheiro, a uma média de 8,61, apontando para um nível mais reduzido de depressão neste ultima grupo.

Caracterizando o funcionamento sexual quanto à relação com o marido/companheiro, observando o *score* médio obtido em cada grupo na escala total

do FSFI, é possível aferir um valor de 5,04 no grupo das mulheres que referem relação *má* com o marido/companheiro, um *score* médio de 12,88 no grupo de relação *satisfatória* com o marido/companheiro e um *score* médio de 15,38 no grupo em que a relação com o marido/companheiro é qualificada como *muito boa*.

No que diz respeito à presença/ausência de menopausa, considerando a similaridade dos tamanhos dos grupos, verifica-se, através da análise de frequências, que o grupo das mulheres com menopausa exibe sensivelmente mais ansiedade ($M=12,74$), mais depressão ($M=10,39$) e um menor funcionamento sexual ($M=10,25$), comparativamente com o grupo das mulheres sem menopausa que apresenta menos ansiedade ($M=11,83$), depressão ($M=8,76$) e um melhor funcionamento sexual ($M=15,73$).

Adicionalmente, dividindo a amostra em grupos com base nas classificações da HADS (HADS-A: *sem ansiedade, caso provável de ansiedade, caso de ansiedade*; HADS-D: *sem depressão, depressão provável, caso de depressão*), com o objectivo de analisar a média de cada grupo relativamente à pontuação do FSFI, verificou-se, que quanto à ansiedade, o grupo que pontuou na classificação de *caso provável de ansiedade* apresentou o valor médio mais baixo no FSFI ($M=11,32$), comparativamente com os grupos *sem ansiedade* ($M=16,55$) e *caso de ansiedade* ($M=12,27$). Na depressão, o grupo que pontuou na classificação de *caso de depressão* ($M=10,48$) apresentou o valor médio mais baixo no FSFI, em comparação com os grupos *sem depressão* ($M=15,73$) e *caso provável de depressão* ($M=15,56$), o que permite verificar que os grupos que pontuaram nas classificações de *sem ansiedade* e de *sem depressão* corresponderam aos grupos com as médias mais altas de funcionamento sexual.

1.4. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos na amostra de 60 mulheres com fibromialgia estudadas relativamente à dor, à ansiedade, à depressão e ao funcionamento permitem verificar, que a amostra apresentava níveis elevados de dor, de ansiedade e de depressão, ostentando ainda uma forte presença de dificuldades no domínio do funcionamento sexual.

Mais especificamente, quanto à dor, denota-se que o nível de dor no momento da avaliação (EVA) se demonstrou maioritariamente elevado entre as participantes, tendo vingado primordialmente entre os níveis de dor moderado e intenso (DGS, 2003), o que sugere uma percepção elevada da intensidade da dor nestas pacientes. A severidade e a interferência da dor (BPI) também apresentaram níveis elevados, sugerindo a percepção de uma elevada intensidade da dor e de um elevado impacto da mesma nas actividades do quotidiano na última semana. Mais precisamente, a subescala severidade da dor apurou uma predominância de uma severidade da dor moderada, com uma dor de intensidade significativa ao nível da dor máxima, da média de dor e da dor no momento presente. Este achado vai de encontro com a literatura que indica que nos doentes com fibromialgia, a dor é frequentemente caracterizada através da percepção de níveis elevados de dor.

Este propósito é passível de ser verificado através de investigações como a de Oliveira et al. (2009), realizada com 86 doentes reumáticos divididos em três grupos: fibromialgia ($n=25$), artrite reumatóide ($n=31$) e osteoartrose ($n=30$), que aprimorou nos doentes com fibromialgia níveis significativamente mais elevados de percepção da intensidade da dor (estudados através da EVA) e níveis significativamente mais reduzidos do limiar de dor. O trabalho comparativo de Quartilho (2004), envolvendo doentes com fibromialgia ($n=58$) e doentes com artrite reumatóide ($n=43$), também concluiu que a intensidade da dor se revelou mais intensa nos doentes com fibromialgia. Tendo em conta a natureza difusa e crónica da dor na fibromialgia, refere-se a investigação de Capela et al. (2009), envolvendo 304 doentes com dor (244 mulheres e 60 homens), divididos em três grupos em função do seu tipo de dor - dor difusa e crónica ($n=106$), dor regional ($n=151$) e dor esporádica ($n=47$), tendo verificado que os valores mais elevados de dor corresponderam notavelmente ao grupo da dor difusa e crónica, correspondente a uma dor intensa (EVA).

A subescala interferência da dor também revelou níveis elevados, sugerindo um elevado impacto da dor nas actividades do quotidiano, nomeadamente num grau *severo*. Esta elevada interferência da dor vai ao encontro de um estudo de Jones et al. (2008) que, visando estudar o funcionamento físico (auto-relato) de 1,735 mulheres com fibromialgia, entre os 31 e os 78 anos, verificaram que, em média, as mulheres da

amostra relatavam uma menor capacidade funcional relativamente às actividades gerais da vida diária. Segundo Quartilho (2004), o impacto global da fibromialgia nas tarefas do dia-a-dia verificado através dos estudos comparativos, como o de Gaston-Johansson et al. (1990) e de Henriksson et al. (1992), confirmam a natureza deletéria da condição clínica. O estudo de Gaston-Johansson et al. (1990), incidindo sobre factores psicossociais associados às consequências da dor crónica na fibromialgia, envolvendo 31 pacientes com fibromialgia e 30 pacientes com artrite reumatóide, concluiu, entre outros pontos, que os pacientes com fibromialgia recebem mais ajuda das outras pessoas, experienciando mais limitações nas actividades diárias e mais sentimentos mais negativos sobre o futuro profissional, do que os pacientes com artrite reumatóide. A investigação de Henriksson et al. (1992), voltada para a influência da dor crónica na vida quotidiana de 58 pacientes com fibromialgia (55 mulheres e três homens), extraiu que os pacientes analisados relataram mudanças nos seus hábitos e nas rotinas como consequência da fibromialgia. A nível laboral a maioria trabalhava menos horas e com uma alteração das tarefas de trabalho, tendo sido a maioria das actividades qualificadas como extenuante em termos de execução (Henriksson et al., 1992)

A análise mais profunda dos presentes resultados permitiu verificar que a dor interfere significativamente em todas as áreas abordadas pelo BPI, sendo que esta interferência significativa se conferiu mais predominantemente nas áreas do sono, do trabalho normal e na actividade geral, sendo sucedidas pelas áreas da disposição, capacidade para andar a pé, relações com outras pessoas e prazer de viver. Tendo sido as áreas do trabalho normal e da actividade geral das mais afectadas, é de referir o estudo de Jones et al. (2008), que verificou que 60% das mulheres com fibromialgia relatava dificuldade na execução da actividade diária (entre as quais caminhar a pé) e das tarefas domésticas leves, e mais de 90% afirmava enfrentar dificuldades na realização de tarefas domésticas pesadas. Relativamente à elevada interferência da dor no sono, a literatura defende que a fibromialgia encontra-se frequentemente associada a um sono de baixa qualidade, vivido como não reparador (Dauvilliers & Touchon, 2001), podendo a dor remeter para alterações do sono (Sakata & Issy, 2008).

O estudo da ansiedade e da depressão (HADS) permitiu verificar a presença marcada de sintomas deste tipo na amostra, visto que em ambas as dimensões clínicas a

maioria das participantes obteve níveis elevados, enquadrando-se na classificação *caso de ansiedade/caso de depressão*, delineando-se, ainda, a presença mais marcada da ansiedade entre as participantes. Esta conclusão vai ao encontro de numerosas fontes científicas que apontam para a frequente apresentação destes sintomas nos doentes com fibromialgia (De Marins, 2009; Winfield, 2007; Ledingham, Doherty & Doherty, 1993).

A este título, relembrem-se investigações como a de Henningsen et al. (2003, citado por Fabião, Silva, Fleming & Barbosa, 2010), que aferiu que as perturbações depressivas e ansiosas assistem frequentemente a fibromialgia; ou a de Berber, Kupek e Berber (2005), realizada em 70 pacientes com fibromialgia que verificou que 67,2% dos doentes analisados apresentava depressão. Outra investigação, de Santos, Assumpção, Matsutani et al. (2006), com 20 pacientes com fibromialgia, verificou que, em comparação com o grupo de controlo ($n=20$), o grupo de pacientes com fibromialgia apresentou níveis mais altos de depressão e pior qualidade de vida, sugerindo a existência de uma relação entre fibromialgia e depressão. A investigação de Aydin et al. (2006), em mulheres na pré-menopausa com fibromialgia ($n=48$), envolvendo o *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* e o *Inventário de Depressão de Beck*, verificou a superioridade significativa de sintomatologia depressiva nas mulheres na pré-menopausa com fibromialgia em comparação com o grupo de controlo composto por mulheres saudáveis ($n=39$). Um estudo, de Walker et al. (1997), envolvendo 36 doentes com fibromialgia e 33 doentes com artrite reumatóide, extraiu que os doentes com fibromialgia apresentam mais diagnósticos psiquiátricos e mais sintomas físicos funcionais.

Segundo Berber, Kupek e Berber (2005), o doente com fibromialgia apresenta tendência ao isolamento e sentimentos de derrota e frustração. A presença frequente de sintomas ansiosos e depressivos na fibromialgia pode estar associada à etiologia desconhecida da doença e à não existência de cura para a mesma, despoletando sentimentos de desamparo, vulnerabilidade (Berber, Kupek & Berber, 2005), incontrolabilidade e imprevisibilidade no doente (comummente ligados a sintomas depressivos), que se preocupa com a doença em si e com sua progressão (Oliveira & Sisto, 2004), percebendo a doença como incontrolável e sem solução. Esta incerteza diagnóstica e terapêutica seria facilitadora da interferência da ansiedade e depressão na

conceptualização da doença (De Marins, 2009), não existindo exames que comprovem o diagnóstico ou a presença de lesões objectivas, facto frequentemente responsável pelo rótulo social que muitos doentes com fibromialgia referem sentir, principalmente nos contextos laboral e social, deixando o doente sem respostas às suas perguntas perante o seu estado de saúde, o que constitui indubitavelmente uma fonte de ansiedade, que, ao longo do tempo, se pode traduzir em sintomas depressivos pela persistência da condição crónica que se arrasta no tempo.

Em acréscimo, não se podem descurar as numerosas e diversas manifestações clínicas envolvidas no quadro da fibromialgia, que interferem nas várias esferas vitais do doente (laboral, familiar, financeiro, social, conjugal, sexual, intra-pessoal). Esta sensação crónica de mal-estar geral, cansaço e fadiga, que não melhora com o repouso (Branco, 2002), em conjunto com a própria dor crónica, pode levar o indivíduo a perceber a sua condição como debilitada e limitada. Esta limitação nas actividades diárias pela interferência da dor pode levar o doente a desenvolver sentimentos de frustração e raiva (Winfield, 2007), assim como ansiedade e depressão, pelo facto de se ver comprometido na realização das tarefas que habitualmente desempenhava no seu quotidiano, levando à redução significativa ou ao evitamento da actividade habitual, muitas vezes pelo medo associado à dor. Segundo Soares (1999, citado por Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009a), a depressão associada à dor pode favorecer uma diminuição na crença de que a dor pode ser tratada ou controlada, encontrando-se a percepção de baixa auto-eficácia frequentemente relacionada com a menor tolerância à dor (Bandura et al., 1987 citado por Vandenberghe, 2005).

Suplementarmente, o sono de baixa qualidade vivido como não reparador (Dauvilliers & Touchon, 2001) pode contribuir para a experiência dolorosa (Moldofsky, 2001, citado por Gui et al., 2010), sendo passível de desempenhar um papel importante quer na etiologia da dor crónica, quer na perpetuação dos próprios sintomas da fibromialgia (Teixeira et al., 2001, citado por Gui et al., 2010). Além de todos estes aspectos, não se descura a dor crónica na qualidade de aspecto central presente na fibromialgia, que, por si só, acarreta frequentemente sintomas ansiosos e depressivos (Sakata & Issy, 2008; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009b). Um estudo de Ferreira, Sennfelt e Luís (2004), visando estudar a prevalência de ansiedade e depressão

na Unidade Terapêutica de Dor do Hospital Fernando Fonseca, envolvendo 54 doentes da Unidade avaliados pela HADS, averiguou a elevada presença de ansiedade e depressão nos doentes com dor crónica, principalmente nas mulheres, tendo verificado que 63% das mulheres corresponderam à classificação de *caso de ansiedade* e 42% à classificação de *caso de depressão*. Outra investigação, de Dersh et al. (2002, citado por McCracken & Wowles, 2009), em doentes com dor crónica, demonstrou que 17% a 29% manifestavam níveis altos de ansiedade.

O estudo do funcionamento sexual (avaliado pelo FSFI) permitiu observar que cerca de mais do que um terço das participantes referiu não ter tido actividade sexual nas últimas quatro semanas e que a indubitável maioria apresentava disfunção sexual. Esta conclusão subscreve vários achados da literatura que referem uma alta prevalência de disfunção sexual nos pacientes com fibromialgia (Kalichman, 2009; Wan et al. 2005, citado por McCracken & Wowles, 2009; Orellana et al., 2008).

O estudo de Ryan et al. (2008), realizado com 60 mulheres com fibromialgia (sem grupo de controlo), pretendendo avaliar o impacto da fibromialgia sobre a sexualidade, verificou que, em 78% dos casos, a fibromialgia tinha afectado a actividade sexual, tendo a dor, rigidez, fadiga e redução do impacto da terapia medicamentosa, sido apontados como motivos principais, o que permitiu aos autores concluir que os sintomas associados à fibromialgia detiveram um efeito negativo sobre a actividade sexual. Na investigação de Orellana et al. (2008), em que um dos objectivos correspondeu ao estudo da prevalência da disfunção sexual em mulheres com fibromialgia (estudada através do FSFI), concluiu-se que o funcionamento sexual se encontra, de forma frequente e severa, afectado nos doentes com fibromialgia, tendo apurado uma prevalência de 97% para a disfunção sexual nas 31 mulheres com fibromialgia envolvidas no estudo, sublinhando esta superioridade significativa em termos estatísticos em comparação com os grupos de controlo (mulheres com artrite reumatóide e mulheres saudáveis).

No estudo de Tikiz et al. (2005), realizado com 100 mulheres, das quais 67 com fibromialgia (40 só com fibromialgia e 27 com fibromialgia e depressão *major*) concluiu-se que as mulheres com fibromialgia (sem e com depressão) apresentavam

significativamente mais disfunção sexual (FSFI) comparativamente com o grupo de controlo, sugerindo que a fibromialgia se encontra directamente associada à disfunção sexual. Ainda, Shaver et al. (2006) conduziram uma investigação debruçada sobre o estado de saúde geral, a saúde reprodutiva e diagnósticos relacionados com o sono e os comportamentos de saúde e estilo de vida, através de uma pesquisa por telefone em 442 mulheres com fibromialgia e 205 mulheres sem fibromialgia. Esta exploração abordou a temática do funcionamento sexual, tendo os autores verificado que as mulheres com fibromialgia relatavam nesse parâmetro mudanças significativamente mais negativas, comparativamente com as mulheres sem fibromialgia.

Por último, Prins et al. (2006), ao contemplarem o funcionamento sexual numa amostra de 63 mulheres com fibromialgia, entre os 21 e os 54 anos de idade, constataram que as mulheres com fibromialgia relatavam ter actividade com o parceiro com menos frequência. Como referido anteriormente, além da fibromialgia acarretar uma variedade de sintomas uro-genitais (Sakata & Issy, 2008; Hernández-Garcia, 2004), os eventuais efeitos secundários indesejáveis dos fármacos geralmente utilizados no tratamento, como tranquilizantes, benzodiazepinas e anti-depressivos (Catão, 2008), assim como factores como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, dor e fadiga, podem contribuir para a diminuição do funcionamento sexual das pacientes com fibromialgia (Yunus, Trotter & Inanici, 1999, citado por Da Costa, Kneubil, Leão & Thé, 2004).

A literatura consultada aponta para uma associação entre fibromialgia e manifestações psicológicas, e uma correlação entre a dor e os factores psicológicos (Branco, 2002), nomeadamente a ansiedade e a depressão, que podem exacerbar e intensificar a percepção da vivência dolorosa nos doentes com fibromialgia e/ou dor crónica (Laroche, 2009; Rodrigues & Gomes, 2008; Hernández-Garcia, 2004; INCA, 2001). A análise da relação entre a dor e características psicossociais da amostra indicou a presença de correlação significativa entre a interferência da dor e ansiedade/depressão, o que suporta a literatura consultada que refere a presença de relação entre a ansiedade/depressão, na qualidade de componentes emocionais que podem influenciar a vivência dolorosa (Soares, 1997). A investigação de Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro e Jensen (2009b) verificou a presença de correlação significativa e positiva entre

interferência da dor e ansiedade/depressão, sugerindo assim a existência de uma influência negativa da ansiedade e da depressão sobre a experiência vivida pela pessoa com dor, e um impacto emocional negativo da interferência da dor. Outra conclusão do estudo de Jones et al. (2008) correspondeu à menor capacidade funcional das mulheres com fibromialgia com níveis mais elevados de depressão, sublinhando de igual forma esta interferência emocional.

O estudo da relação entre a dor e o funcionamento sexual não apresentou correlações estatisticamente significativas na amostra em estudo, não apontando portanto no sentido das indicações facultadas pela literatura consultada. De facto, estes resultados não confirmam a literatura consultada, que associa frequentemente a disfunção sexual ao elevado nível de dor nas doentes com fibromialgia (Rosenbaum, 2009), tendo em conta que a dor crónica compromete muitas vezes o bom funcionamento sexual (Viana de Queiroz, 2002b), pela potencial alteração nas fases do ciclo da resposta sexual, que transporta, pelo desconforto associado ao intercurso (Abreu et al., 2006) e pela própria condição médica (Pablo & Soares, 2004). Neste sentido, refere-se a investigação de Flor et al. (1987, citado por Figueiras, Machado & Alves, 2002) em doentes com dor crónica, que verificou que 77% dos pacientes analisados relataram uma alteração da frequência da sua actividade sexual e que 67% se encontravam insatisfeitos com a sua vida sexual.

A contradição entre os resultados e os resultados descritos na literatura pode estar relacionada com vários factores como o tamanho reduzido da amostra, eventual desejabilidade social, eventual desconforto perante a temática da sexualidade e eventual desconforto perante a considerável diferença de idade para com a investigadora para abordar a temática, e ainda, apesar do devido fornecimento prévio de informação acerca da questão da confidencialidade e do anonimato dos dados, eventual apreensão não verbalizada de que a temática da sexualidade pudesse ser abordada posteriormente em contexto de consulta, devido à investigação realizar-se em contexto de estágio curricular. Além destes factores, ainda que estudos estrangeiros tenham identificado correlações estatisticamente significativas entre dor e funcionamento sexual, os instrumentos utilizados no presente estudo podem conter características que os tornem eventualmente menos sensíveis para a identificação de relações em indivíduos com dor.

A ansiedade e a depressão também não apresentaram correlações estatisticamente significativas com o funcionamento sexual, o contraria a literatura consultada (Abdo, 2010; Marques, Chedid & Eizerik, 2008; Pablo & Soares, 2004; Basson, 2001), dos quais se salientam o estudo realizado por Aydin et al. (2006), que verificou a existência de correlação significativa entre o funcionamento sexual e as variáveis ansiedade e depressão em doentes com fibromialgia; e a investigação de Orellana et al. (2008), que concluiu que nos pacientes com fibromialgia, além de severamente afectado, o funcionamento sexual também se encontrava associado com depressão. A inconformidade dos resultados com a literatura consultada pode encontrar-se relacionada com os factores anteriormente referidos.

O estudo de preditores psicossociais e socio-demográficos da dor na amostra permitiu verificar, a severidade da dor representa o único preditor significativo da interferência da dor, o que subscreve a literatura que reporta que uma elevada severidade da dor prediz uma elevada interferência da dor na vida do indivíduo (Soares, 1997). A depressão demonstrou ser uma variável preditora da interferência da dor, o que pode se compreender tendo em conta que a depressão altera a resposta física individual à dor, exacerbando a vivência dolorosa (Viana de Queiroz, 2002b).

A análise da relação entre as características psicossociais, nomeadamente ansiedade, depressão e funcionamento sexual, verificou a existência de correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão, em que quanto maior o nível de ansiedade, maior o nível de depressão nas participantes. A literatura refere largamente a existência de co-morbilidade (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & De Almeida, 2005; Lourenço, 2002; Marques-Teixeira, 2001) e sobreposição entre estas dimensões, quer estatisticamente, quer em termos de saúde mental (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). O estudo de Castro et al. (2009), efectuado numa amostra de 400 participantes (331 mulheres e 69 homens) com dor crónica, sobre a questão das co-morbilidades psiquiátricas nestes doentes, verificou uma elevada prevalência das perturbações do humor e perturbações de ansiedade na amostra, reportando uma predominância das co-morbilidades psiquiátricas (nomeadamente perturbações do humor e perturbações de ansiedade) (Castro et al., 2009).

A amostra não revelou correlações estatisticamente significativas entre ansiedade, depressão e funcionamento sexual. Este resultado contraria resultados verificados em várias investigações, que relatam a interferência de factores psicológicos como a ansiedade e a depressão na diminuição do funcionamento sexual, no paciente com fibromialgia (Kalichman, 2009; Orellana et al., 2008; Prins et al., 2006; Shaver et al., 2006; Tikiz et al., 2005; Da Costa, Kneubil, Leão & Thé, 2004; Ambler, 2001).

Observando a amostra em grupos em função da relação com o marido/companheiro, verificou-se que o grupo de relação *muito boa* com o marido/companheiro apresentou os níveis mais reduzidos de ansiedade e depressão, ostentando ainda o nível mais elevado de funcionamento sexual. De facto, segundo Pechorro, Diniz e Vieira (2010), os factores relacionais encontram-se associados ao funcionamento sexual da mulher. Mais especificamente, factores de relacionamento como falta de carinho, problemas comunicacionais, conflitos conjugais, sentimentos de culpa e bem-estar subjectivo precário podem encontrar-se relacionados com problemas a nível do funcionamento sexual. Por outro lado, mesmo na ausência de conflitos conjugais, a prestação de cuidados pelo parceiro/a pode levar a um sentimento de dependência, que afecta o erotismo, assim como os eventuais sentimentos de culpa do parceiro em bom estado de saúde e os medos do casal quanto às receadadas consequências negativas da actividade sexual sobre a doença, formam um complexo de ambiguidades reflectido na relação afectivo-sexual (Crawford & Cardoso, 2008).

No que diz respeito à presença/ausência de menopausa, o grupo das mulheres com menopausa exibiu ligeiramente mais ansiedade, mais depressão e um menor funcionamento sexual, em comparação com o grupo das mulheres sem menopausa. A literatura consultada indica que a menopausa encontra-se associada a manifestações como ansiedade, depressão e a uma diminuição do funcionamento sexual (Fleury & Abdo, 2009; Fleury, 2004). Não tendo sido encontrados estudos que analisassem o funcionamento sexual comparando mulheres com fibromialgia com e sem menopausa, refere-se a investigação de Aydin et al. (2006), que, estudando a relação entre funcionamento sexual e ansiedade/depressão em mulheres sem menopausa com fibromialgia ($n=48$) verificou a presença de correlação significativa e negativa entre o funcionamento sexual e ansiedade.

1.5. Conclusão geral

Na amostra estudada, constituída por mulheres com fibromialgia, foi verificada a forte presença de dor, ansiedade e depressão, além da notável presença de disfunção sexual. A importância e a pluralidade das manifestações clínicas associadas à fibromialgia delinea frequentemente uma vivência debilitante e frustrante, que se reflecte no funcionamento diário do indivíduo, que não encontra explicação nem cura para o seu estado. A dor presente, de uma forma crónica, na sua severidade e na sua interferência, apresenta a sua marca através de várias formas, entre as quais, frustrações sobre a percepção do seu estado de saúde debilitado e a aparente inabilidade da profissão médica para os ajudar (Winfield, 2007).

Estas frustrações, frequentemente assistidas de ansiedade e depressão, decorrem em parte da inexplicação que o doente enfrenta para o seu estado e da inexistência de cura para o mesmo (Winfield, 2007). Esta sensação de impasse, em que um lado, os exames não revelam lesões ou causas que possam proporcionar ao doente uma compreensão, uma certeza para a origem de toda a sua condição; e em que por outro o doente assiste à persistência dos sintomas e à manutenção das suas limitações no dia-a-dia; torna-se numa verdadeira fonte de sofrimento, patrocinada pelo sentimento de impotência, vulnerabilidade, imprevisibilidade e falta de controlo, que não raramente é ainda acompanhada pela queixa de rótulo social dos outros que, perante a falta de evidência clínica comprovável para a doença, põem em causa a veracidade da intensidade e da interferência dos sintomas da doença na vida do doente.

O espelhamento da presença da fibromialgia nos vários contextos da vida do paciente é geralmente verificado através da diminuição da capacidade laboral, susceptível de arrastar várias consequências como por exemplo a nível financeiro; a nível familiar, como por exemplo em termos de disponibilidade para a família pela condição doentia ou de asseguramento das tarefas domésticas; a nível conjugal, tendo em conta as dificuldades do funcionamento sexual geralmente envolvidas na fibromialgia, na relação com o cônjuge, entre outras; a nível social, atendendo que pelo seu estado, o doente prefere muitas vezes optar pelo isolamento, distanciando-se das suas actividades sociais e de lazer, que habitualmente constituíam experiências

gratificantes; e ainda ao nível da percepção do seu estado de saúde, encarado como frágil, imprevisível e incontrolável.

Tudo isto se repercute no plano intra-pessoal, ilustrado com frequência por sentimentos de insegurança, frustração e inutilidade, consequências ao nível da auto-imagem, do auto-conceito, da confiança, da auto-eficácia ou até da conceptualização do seu papel nestes vários contextos, tendo em conta a condição que se arrasta sem explicação nem cura.

Tomando a liberdade de metaforizar esta condição, talvez se possa equiparar o doente com fibromialgia a uma valiosa obra de pintura da História da Arte, no sentido em que, apesar de intimamente debilitada pela incontrolável passagem do tempo, esta, mantém-se, porém, aparentemente, intacta e ilesa, o que também ocorre no doente com fibromialgia, na medida em que, apesar da falta de evidências objectivas para “comprovar” a doença a olho nu, a condição doentia e o sofrimento não deixam, muitas vezes, de reflectir a sua passagem, “encoberta” pela aparência física ilesa do doente, que não revela sinais por fora, mas que sente esta passagem por dentro.

Referências bibliográficas

- Abdo, C. H. N. (2005). Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Diagnóstico & Tratamento*. 10(4), 220-222.
- Abdo, C. H. N. (2010). Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagnóstico & Tratamento*. 15(2), 88-90.
- Abdo, C. H. N. & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 33(3), 162-167.
- Abreu, C., Salzano, F., Vasques, F., Filho, R., Cordás, T. & col. (2006). *Síndromes Psiquiátricas – Diagnóstico e Entrevista para Profissionais de Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Akkus, S., Delibas, N. & Tamer, M. N. (2000). Do sex hormones play a role in fibromialgia? *Rheumatology*. 39, 1161-1163.
- Ambler, N., Williams, A. C, Hill, P., Gunary, R. & Cratchley, G. (2001). Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*. 17(2), 138-45.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi editores.
- Antonioli, R. S. & Simões, D. (2010). Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. *Revista de Neurociências*. 18(2), 267-274.
- 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.

- Aydin, G., Bařar, M. M., Keleř I., Ergün, G., Orkun, S. & Batislam, E. (2006). Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology*. 67(1), 156-161.
- Azevedo, L. F., Costa Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Romão, J., Patto, T., Vaz, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C. J., Cativo, M. C., Correia, D., Coucelo, G., Craveiro, B., Loureiro, M. C., Silva, B. & Castro Lopes, J. M. (2008). Tradução, adaptação cultural e estudo muticêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*. 15(4), 6-56.
- Basson, R. (2008). Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*. 20, 466-478.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica. In Caseiro, J. M. (coord.) *Biblioteca da Dor*. Lisboa: Permanyer.
- Bastos, C. C. & Oliveira, E. M. (2003). Síndrome da fibromialgia: tratamento em piscina aquecida. *Revista Lato & Sensu*, 4(1), 3-5. Retrieved 26 Maio de 2010 from http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/155.pdf
- Bennett, P. (2002). *Introdução à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berber, J. S. S., Kupek, E. & Berber, S. C. (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 45(2), 47-54.
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor oncológica*. Tese de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Branco, J. (2002). Síndromas de dor e fadiga crónica – Fibromialgia. In Viana de Queiroz, M. (coord.) *Reumatologia. – Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas II*. (pp. 233-243). Lisboa: Lidel.

- Branco, J. (2005). Fibromialgia. In Cardoso, A., Branco, J. C., Silva J. A. C., Cruz, M. & Costa, M. M. (coords). *Regras de ouro em reumatologia*. (pp. 37-46). Lisboa: DGS.
- Cailliet, R. (1999). *Dor: mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Castro, M., Kraychete, D., Daltro, C., Lopes, J., Menezes R. & Oliveira, I. (2009). Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 67(4), 982-985.
- Castro Costa, C. M. (2008). *Fibromialgia na Mulher*. Campanha de Combate à Dor na Mulher SBED/Jassen-Cilag.
- Castro Lopes, J. M. (2003). Fisiopatologia da dor. In Caseiro, J. M. (coord.). *Biblioteca da Dor*.
- Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004). *Dores Crônicas: Um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.
- Catana, C. (2005). Dor Crônica na Perspectiva da Psicologia Clínica. *Dor*. 13(3), 15-18.
- Catão, L. I. C. (2008). *Sintomatologia Climatérica e Sexualidade na Mulher de Meia-Idade*. Tese de mestrado não publicada. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Ceccarelli, P. R. (2000). Sexualidade e Preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* III. 3, 18-37. Retrieved 26 Maio 2010 from <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/set0/2.pdf>

- Chaitow, L. (2002). *Síndrome da fibromialgia – um guia para tratamento*. São Paulo: Manole.
- Cleeland, C. & Ryan, K. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*. 23, 129-138.
- Cleeland, C. (2009). *The Brief Pain Inventory: User guide*. Retrieved on January, 15, 2010, from http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_UserGuide.pdf
- Correia, S. & Bárcia, S. (2008). Eficácia do Exercício em Meio Aquático Vs Exercício no Solo na Diminuição do Impacto da Fibromialgia no Dia-a-dia Destes Indivíduos. *Arquivos de Fisioterapia – A Revista Portuguesa de Fisioterapia*. 1(4), 2-10.
- Crawford, M. & Cardoso, J. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção?. In Pais-Ribeiro, J. L., Leal, I. & Dias M. (Eds.) *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.: ISPA, Lisboa, Portugal.
- Da Costa, E. D. G. M., Kneubil, M. C., Leão, W. C. & Thé, K. B. (2004). Avaliação da satisfação sexual em pacientes portadoras de fibromialgia. *Einstein*. 2(3), 177-181.
- Dauvilliers, Y. & Touchon, J. (2001). Le sommeil du fibromyalgique: revue des données cliniques et poligraphiques. *Neurophysiologie Clinique*. 31(1), 18-33.
- Davidoff, L. L. (2001). *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Pearson Education.
- Davis, S. R., Guay, A. T. Shifren, J. L. & Mazer, N. A. (2004) Endocrine Aspects of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine* 1(1), 82-86.

- De Marins, N. D. (2009) *A Vertente Psiquiátrica na Fibromialgia – Estudo Comparativo Luso-Brasileiro*. Tese de mestrado não publicada. Porto Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto.
- Deodato, S. J. (2003). Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão. *Dor*. 11(4), 29.
- Dias, M. R. & Brito, J. A. A. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1(10), 91-105.
- Domingues, M. E. & Branco, J. C. (2008). *Viver com Fibromialgia – a visão da doente e do médico*. (6ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Dourado, F., Carvalho, M., Pereira, F. & Fazendas, C. (2010). Estudo das Qualidades Psicométricas do Questionário de Auto-Avaliação da Ansiedade e Depressão-Revisto. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal
- Dove, N. L. & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive Distraction and Women's Sexual Functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 26, 67–78. Retrieved 26 Maio 2010 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10693117>
- Fabião, C., Silva, M. C., Fleming, M. & Barbosa, A. (2010). Perturbações Somatoformes - Revisão da Epidemiologia nos Cuidados Primários de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*. 23, 865-872.
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I. & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planeamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 7(2), 143-150. Retrieved em 26 Maio 2010 from <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>

- Ferreira, B., Sennfelt, L. & Luís, A. (2004). Prevalência de Ansiedade e Depressão nos Doentes seguidos na Unidade Terapêutica de Dor do Hospital Fernando Fonseca. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 1(2), 95-101.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009a). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicologia*, 2(3), 8-17.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2009b). Depressão e Ansiedade em Pessoas com Dor Crónica Músculo-Esquelética. 5.^a *Jornadas de Saúde Mental* - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2010). Pain-related interference in daily life: Validation of a Portuguese version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. In Cruz, F. & Petrus, J. (Orgs.) *Saúde, Cultura e Sociedade. Actas do 5.º Congresso Internacional* (pp. 164-181). Viseu: AGIR.
- Figueiras, M. J., Machado, V. A. & Alves, N. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*. 1(20): 77-90.
- Filho, M. J. et al. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleury, H. J. (2004). Sexualidade: Menopausa e Andropausa. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 12(2), 85-98.
- Fleury, H. J. & Abdo, C. H. N. (2009). Desejo sexual feminino. *Diagnóstico & Tratamento*. 14(1), 47-51.
- Frutuoso, J. T. & Cruz, R. M. (2004). Relato Verbal na Avaliação Psicológica da Dor. *Avaliação Psicológica*. 3(2), 107-114.

- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M., J., Paredes, T. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9(1), 103-112.
- Garcia-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M. & Ramirez, M. T. G. (2007). Coping with fibromialgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*. 132, 68-76.
- Gaston-Johansson, F. et al., (1990). A Comparative Study of Feelings, Attitudes and Behaviors of Patients with Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Social Science & Medicine: Elsevier*. 31(8), 941-947.
- Godinho, F. (2007). *Guidelines para o tratamento da dor em Reumatologia*. In Caseiro, J. M. (Coord.) *Biblioteca da Dor: Dor em Reumatologia*. (pp. 7-8). Lisboa: Permanyer.
- Góes, S. M., Cieslak, F., Stefanello J. M. C., Milano, G. E., Paiva, E. & Leite, N. (2009). Sono não-reparador e comorbidades associadas em mulheres com fibromialgia. *Fisioterapia em Movimento*. 22(3), 323-333.
- Gomes, A. (2008). Abordagem psicológica no controlo da dor. Caseiro, J. M. (coord.) *Biblioteca da Dor*. Lisboa: Permanyer.
- Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crónica. *Biblioteca da Dor*. 10(1), 5-9.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20, 13-27
- Grupo Oceano. (1999). *Enciclopédia da Psicologia*. Lisboa: Oceano.

- Gui, M., Pedroni, C. R., Rossini, S. Reimão, R. & Rizzatti-Barbosa, C. M. (2010). Distúrbios do Sono em Pacientes com Fibromialgia. *Neurobiologia*. 73(1), 175-182.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J. Bento, A., Almeida, J. M. C. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 18, 129-146.
- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi.
- Hauber A. B., McCrink, L., Beard, S., Garcia-Cebrian, A., Maas, G., Das Gupta, R. & Le, T.K. (2008). Population health state utilities for fibromyalgia in the United Kingdom. *Value Health*.11:A353
- Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática – Perspectivas Psicossociais*. Lisboa: Climepsi.
- Henriksson, C. et al., (1992). Living with Fibromyalgia - Consequences for Everyday Life. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 138-144.
- Henschel H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R. & Passos, E. P. (2007). Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Revista HCPA*. 27(1), 10-14.
- Hernandez-Garcia J. M. (2002). Fibromyalgia. In Warfield, C. A. & Fausett, H. J. (2004). *Diagnóstico y tratamiento del Dolor*. (2ª ed.) (pp. 154–157). Masson: Barcelona.
- Hetem, L. A. B. & Graeff, F G. (2004). *Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Ito, L. M. et al. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Artmed.
- Jones, J., Rutledge, D. N., Jones, K. D., Matallana, L. & Rooks, D. S. (2008). Self-assessed physical function levels of women with fibromyalgia: a national survey. *Womens Health Issues*. 18(5), 406-412.
- Junior, J. S., Nicholas, M. K., Pereira, I. A., Pimenta, C. A. M., Asghari, A. & Cruz, R. M. (2008). Validação da Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor. *Acta Fisiátrica*. 15(1), 31-36.
- Júnior, R. & Figueiró, J. (2001). *Depressões Secundárias - Depressões em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas*. São Paulo: Atheneu.
- Kalichman, L. (2009). Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clinical Rheumatology*. 28, 365-369.
- Kanner, R. (1998). *Segredos em Clínica da Dor*. Porto Alegre: Artmed.
- King, S. A. (2006). Transtornos Dolorosos. In Hales, R. E. & Yudofsky, S.C. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. (4ª ed.) (pp. 963-980). Porto Alegre: Artmed.
- Kurtze, N. & Svebak, S. (2001) Fatigue and patterns of pain in fibromyalgia: Correlations with anxiety, depression and co-morbidity in a female county sample. *British Journal of Medical Psychology*. 74(4), 523-537.
- Lara, L. A. S., Silva, A. C. J. S. R., Romão, A. P. M. S. & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 30(6), 312-321.
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme*. 76, 529-536.

- Las, V. (2002). Dor em Reumatologia. In Viana de Queiroz, M. *Reumatologia – Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas II*. (pp. 96-101). Lisboa: Lidel.
- Leal, I. & Pais-Ribeiro, J. L. (1997). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 2, 357-370.
- Ledingham, J., Doherty, S. and Doherty, M. (1993). Primary Fibromyalgia Syndrome— an outcome study rheumatology. *British Journal of Rheumatology*. 32, 139-142.
- Lourenço, M. (2002). Afectos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. *Saúde Mental*. 4(2), 20-28.
- Lucas, R. & Monjardino, M. T. (2010). *O estado da reumatologia em Portugal*. Porto: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- Malheiro, M. & Pereira, M. G. (2010). *Influência da Fibromialgia no Casal*. Actas VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Marques, A. P., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A. G. & Mendonça, L. L. F. (2002). A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 42(1), 42-48.
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B. & Eizerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*. 17(3-6), 175-183.
- Marques-Teixeira J., (2001) Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental*. 3(1), 9-20.
- Martín, J. D. M. & Rosa, C. A. (2007). *Abordagem da doença depressiva em cuidados primários*. Miraflores: Revisfarma – Edições Médicas.

- McCracken, L. M. & Wowles, K. E. (2009). Experience of Pain and Suffering from Acute and Chronic Pain. In Moore, R. J. (Orgs.) *Biobehavioral Approaches to Pain*. New York: Springer.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F., Pais-Ribeiro, J. L. & Martins da Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida (QDV) em adultos com epilepsia II – Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3(2), 119-139.
- Meneses, R. F., Pais Ribeiro, J. L. & Martins da Silva, A. (2008). Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão: um exemplo de indicadores e relações na Epilepsia. *Temas em Psicologia*. 16(1), 133-144.
- Meston, C. M. & Derogatis, L. R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 28(1):155-64.
- Ministério da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital*. Circular Normativa nº: 09/DGCG de 14/06/2003. Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas*. Circular Normativa nº: 12/DGCC. Direcção-geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa nº: 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Direcção Geral da Saúde.
- Minto, C. L., Lih-Mei Liao, K., Conway, G. S. & Creighton, S. M. (2003). Sexual function in women with complete androgen insensitivity syndrome. *Fertility And Sterility*. 80(1), 157-164.

- Montiel, J. M., Capovilla, A. G. S., Berberian, A. A. & Capovilla, F. C. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 6(2): 33-42.
- Mota Cardoso, C. (2001). Pelos Trilhos da Angústia. *Revista Saúde Mental*. 1(3), 21-26.
- Nedeff, C. C. (2001). Contribuições da sexologia sobre a sexualidade infantil nos dois primeiros anos de vida: uma revisão bibliográfica. *Psicologia – Teoria e Prática*. 3(2), 83-92.
- Neves-e-Castro, M. (2009). Climatério e Menopausa. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. 3(2), 67-83.
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi.
- Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Archive Sex Behaviour*. 35, 491–499.
- Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2009). Questionnaire of Cognitive Schema Activation in Sexual Context: A Measure to Assess Cognitive Schemas Activated in Unsuccessful Sexual Situations. *Journal of Sex Research*. 46, 1-13.
- Oliveira, J. C. S. & Sisto, F. F. (2004). Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Prática*. 6(1), 45-57.
- 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.

- Oliveira, T. C., Carvalho, L. P. & Silva, M. A. (2008). O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 306-11.
- Orellana, C., Casado, E., Masip, M., Galisteo, C., Gratacós, J., & Larrosa, M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clinical Experimental Rheumatology*. 26(4), 663-6.
- Pablo, C. & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20, 357-370.
- Pacagnella, R. C., Martinez, E. Z. & Vieira, E. M. (2009). Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(11), 2333-2344.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Livibond & Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5(1), 229-239.
- 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 & Doenças*. 6(2), 191-202.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.

- Paulo, J. M. R. (2003). Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir. *Dor*, 11(4), 6-8.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(27): 99-108.
- Pereira, A. M. S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década. In Isabel Leal (Eds). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. (pp.145-167). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, M. G. & Duarte, S. (2010). Fadiga Intensa em Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: Estudo das Características Psicométricas da Escala da Intensidade da Fadiga. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 121-136.
- Pessoa, F. (1995). *Poesias*. (15ª ed.). Lisboa: Ática
- Pessoa, F. (1993). *Poesias de Álvaro de Campos*. Lisboa: Ática.
- Petrie, A. & Sabin, C. (2000). *Compêndio de estatística médica*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Picado, I. (2007). *Ansiedade, Burnout e Engagement nos Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico: O Papel dos Esquemas Precoces Mal Adaptativos no Mal-Estar e no Bem-Estar dos Professores*. Tese de doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Prins, M. A., Woertman L., Kool, M. B. & Geenen, R. (2006) Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clinical. Experimental Rheumatology*, 24(5), 555-561.

- Quartilho, M. (2004). Fibromialgia: Consenso e controvérsia. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 29, 111-129.
- Riberto, M. & Pato, T. R. (2004). Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiátrica*. 11(2), 78-81.
- Rodrigues, A. M. & Gomes, I. (2008). Ansiedade e depressão na dor crónica. In Leal, I., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I. & Marques, S. (Eds.) *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 73-77). Porto: Universidade do Porto.
- Rosenbaum, T. Y. (2008). The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. *Current Sexual Health Reports*. 5, 97-101.
- Rosenbaum, T. Y. (2009). Musculoskeletal Pain and Sexual Function in Women. *Journal of Sexual Medicine*. 7, 645–653
- Rubáňková, K. (2007). Ano da Dor na Mulher. In Agualusa, L., Castro Lopes, J. M., Vaz Pato, T. & Vaz Serra, S. (Eds.) *Dor*. 15(3), 31-32. Lisboa: APED.
- Ryan, S., Hill, J., Thwaites, C. & Dawes, P. (2008). Assessing the effect of fibromyalgia on patients' sexual activity. *Nurs Stand* . 23(2), 35-41.
- Sá, E., Veiga, C., Matela, S., Morais, R., Silva, R. Seixas, A. R. & Gonçalves, S. (2005). A dor e o sofrimento: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 7(1-2), 101-113.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sakata, R. K. (2008) Medida da Intensidade da Dor. In Sakata, R. K. & Issy, A. M. (coords). *Guia de Dor*. (2ª ed). (pp. 27-31). São Paulo: Manole.

- Sakata, R. K. & Issy, A. M. (2008). Fibromialgia. In Sakata, R. K. & Issy, A. M. (coords). *Guia de Dor*. (2nd ed). (pp. 43-50). São Paulo: Manole.
- Santos A. M. B., Assumpção A., Matsutani L. A., Pereira C. A. B., Lage, L. V. & Marques A. P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 10(3). Scielo.
- Santos, J., Albuquerque, A., Vieira, A. P., Fernandes, A., Costa, E. S., Ferreira, F., Carvalho, J. & Morais, R. C. (2010). O comportamento sexual dos jovens e as suas implicações para a saúde física e mental: contextualização teórica In Isabel Leal, José Luís Pais Ribeiro & Marta Marques, Filipa Pimenta (Eds) *Saúde, sexualidade e género: actas do 8º congresso nacional de psicologia da saúde*. (pp.) Universidade do Minho
- Santos, R. A. (2006). Síndromes reumáticas sistémicas. In Branco, J. C. (coords.). *Grandes síndromes em reumatologia*. Lisboa: Lidel.
- Schwob, M. (1997). *A Dor*. Lisboa: Biblioteca Básica de Ciência e Cultura.
- Seixas, D., Galhardo, V., Sá, M. J., Guimarães, J. & Lima, D. (2009). Dor na Esclerose Múltipla – Caracterização de uma População Portuguesa de 85 Doentes. *Acta Médica Portuguesa*. 22(3), 233-240.
- Shaver, J. L., Wilbur, J., Robinson, F. P., Wang, E. & Buntin, M. S. (2006). Women's health issues with fibromyalgia syndrome. *Journal of Womens Health*. 15(9), 1035-1045.
- Silva, J. C. (2007). A dor crónica em Reumatologia. In Caseiro, J. M. (Coord.) *Biblioteca da Dor: Dor em Reumatologia*. (pp. 7-8). Lisboa: Permanyer.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. J. & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*. 3(22), 597-605.

- Smith, H. (2009). Fibromyalgia Syndrome: Review of the Epidemiology and Mechanisms Involved. In *Advanced Studies Medicine*. 9(4), 108-114.
- Snaith, R. P. (1987). The concepts of mild depression. *British Journal of Psychiatry* 150, 387-393.
- Soares, C. (2003). Disfunções sexuais femininas. In Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, M. J. (Coords.). *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar*. Volume I. Coimbra: Quarteto.
- Soares, V. (1997). Dor crónica: questões e respostas no domínio da conceptualização e avaliação. In Gonçalves et al. (Eds.). *Conferência Internacional de avaliação psicológica – Formas e Contextos Vol. V*. (pp. 461- 475). Braga: APPORT.
- Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade Psicológica e Representações da Doença em Pacientes com Esclerose Múltipla: Estudo de Validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9(2), 283-298.
- Stein, C. & Kopf, A. (2010). Adult Subspecialty Management - Anesthesia and Treatment of Chronic Pain. In Miller, R. D., Eriksson, L. I., Fleisher, L. A., Wiener-Kronish, J. P. & Young, W. L. (coords). *Miller’s Anesthesia*. (7th ed.) (vol.2, pp.1798-1806). USA: Churchill Livingstone.
- Teixeira, M. (2002). In Viana de Queiroz, M. (coord.). *Reumatologia – Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas II*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, R. M. (2003). O médico de família e o tratamento da dor. *Dor*. 11(4), 9-12.
- Thieme, K. Flor, H. & Turk, D. C. (2004). Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine* 66, 837–844.

- Thieme, K. Flor, H. & Turk, D. C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research & Therapy*. 8(4), 1-12.
- Tikiz, C., Muezzinoglu, T., Pirildar, T., Taskn, E. O., Frat, A. & Tuzun, C. (2005). Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *Journal of Urology*. 174, 620–623
- Turk, D. C. & Burwinkle, T. M. (2005). Clinical Outcomes, Cost-Effectiveness, and Treatments for Chronic Pain Sufferers. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36(6), 602-610.
- Van Praag, H. M., Kloet, D. R. & Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(1), 47-54.
- Vaz, C., Couto, M., Duarte, C., Salvador, M. J., Inês, L. & Malcata, A. (2009). Um caso invulgar de dor generalizada: paramiloidose simulando fibromialgia. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 34, 431-435.
- Viana de Queiroz, M. (1998). Classificação das doenças reumáticas - Reumatismo e saúde pública. In *Reumatologia Clínica*. (pp. 29-38). Lisboa: Lidel.
- Viana de Queiroz, M. (2002a). Evolução histórica das ideias sobre as doenças reumáticas. In Viana de Queiroz, M. (coord.) *Reumatologia – Fundamentos I*. (pp. 3-8). Lisboa: Lidel.
- Viana de Queiroz, M. (2002b). Classificação das doenças reumáticas e seus impactos médico, social e económico. In Viana de Queiroz, M. (coord.) *Reumatologia – Fundamentos I*. (pp. 68-78). Lisboa: Lidel.

Vishne T., Fostick, L., Silberman, A., Kupchick, M., Rubinow, A., Amital, H. & Amital, D. (2008). Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males. *Rheumatology International*. 28(9), 831-6.

Waddell, D. (2004). Fibromialgia. In Catalano, E. M. & Hardin, K. N. *Dores Crônicas: Um guia para tratar e prevenir*. (pp. 190-197). São Paulo: Summus.

Walker, E., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W., & Bernstein, D. (1997). Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared with Rheumatoid Arthritis: II Psychiatric Diagnoses and Functional Disability. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.

Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão*. Lisboa: Climepsi.

Wiegel, M., Meston, C. & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex Marital Therapy*. 31, 1-20. Retrieved 26 Maio 2010 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15841702>

Winfield, J. B. (2007). The patient with diffuse pain. In Imboden, J., Hellman, D. & Stone, J. (Orgs.) *Current diagnosis & treatment – Rheumatology*. (2^a ed). (pp. 138-145) New-York: McGraw-Hill.

World Health Organization (2004). Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*. 67, 1-8. Geneva, Switzerland.

Sites consultados:

<http://www.apastyle.org/>

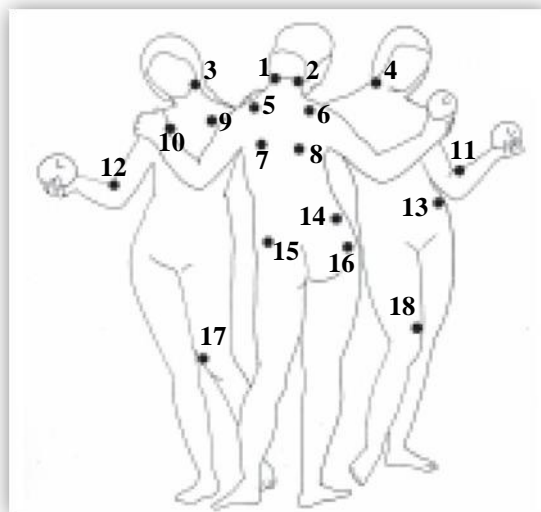
<http://www.iasp-pain.org>

<http://www.rheumatology.org>

<http://www.manualmreck.net>

ANEXOS

ANEXO I – Localização dos 18 pontos dolorosos



Números	Localização	Descrição
(1-2)	Occipital	Bilateral, nas inserções do músculo suboccipital
(3-4)	Cervical inferior	Bilateral, na face anterior dos espaços intertransversários de C5 e C7
(5-6)	Trapézio	Bilateral, no ponto médio do bordo superior do músculo
(7-8)	Supra-espinhoso	Bilateral, na origem do músculo acima da espinha da omoplata junto do bordo interno
(9-10)	Segunda costela	Bilateral, imediatamente fora da junção costochondral da 2ª costela e na face superior
(11-12)	Epicôndilo	Bilateral, 2 cm extremamente ao epicôndilo
(13-14)	Glúteo	Bilateral, no quadrante superior-externo da nádega no folheto anterior do músculo
(15-16)	Grande trocanter	Bilateral, posterior à proeminência trocantérica
(17-18)	Joelho	Bilateral, na almofada adiposa interna, acima da entrelinha articular.

(Adaptado de Branco, 2005)

ANEXO B - Escala de gravidade e índice dos pontos dolorosos

Gravidade	Resposta a pressão digital com 4 Kg
0	Ausência de dor
1	Dor referida com indiferença e sem resposta física
2	Dor referida com resposta física objectiva
3	Dor referida com ênfase e com resposta física exagerada e/ou dramática (e.g. retracção, retirada, puxão)
4	Área intocável. Dor antecipada tão intensa que o doente evita a palpação esperada

(Adaptado de Branco, 2002).

ANEXO C – Os nociceptores

Os nociceptores correspondem aos neurónios do sistema nervoso periférico, representando agentes de detecção e transmissão dos estímulos dolorosos. Na qualidade de neurónio aferente primário, os nociceptores apresentam um pericário ou corpo celular, circunscrito nos gânglios das raízes dorsais da medula espinal (GRD), no qual se inicia um prolongamento que se bifurca, produzindo um processo central que se dirige e termina no corno dorsal da medula espinal, e um prolongamento periférico que transita pelos nervos sensitivos e finaliza nos diversos órgãos periféricos, constituindo a fibra sensitiva. As terminações periféricas das fibras sensíveis a estímulos inócuos encontram-se geralmente circundadas em estruturas não neuronais, que com elas amestram os corpúsculos sensitivos. Porém as fibras responsáveis pela transmissão dos impulsos dolorosos terminam sem especialização aparente, as designadas terminações nervosas livres (cf. Figura 2) (Castro Lopes, 2003).

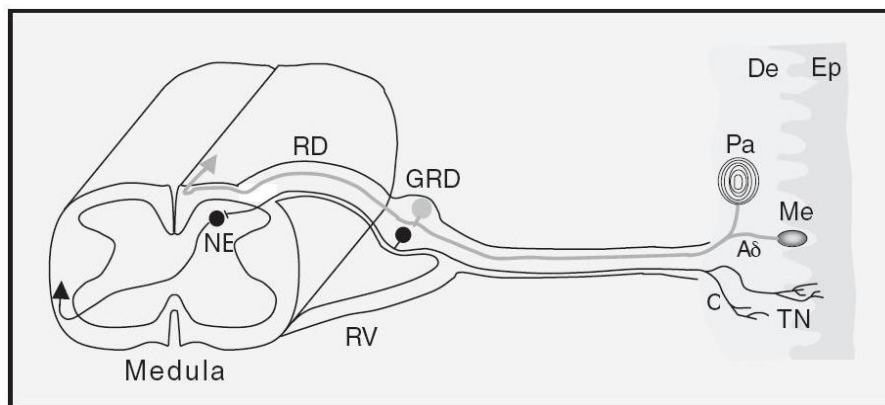


Figura 2 - Medula espinal e nociceptores (Castro Lopes, 2003, p. 14).

A Figura 2 apresenta a medula espinal, com as suas raízes ventral (RV) e dorsal (RD). O gânglio da raiz dorsal (GRD) abriga os corpos celulares dos neurónios aferentes primários (Castro Lopes, 2003). Abaixo do GRD, encontram-se representados um neurónio sensível a estímulos inócuos (•) e outro sensível a estímulo nódicos (◐) (Castro Lopes, 2003). Os prolongamentos periféricos dos neurónios correspondem às fibras sensitivas e encaminham-se para a derme (De) e epiderme (Ep) (Castro Lopes, 2003). Os neurónios inócuos contêm fibras mielinizadas (A δ) que expiram em corpúsculos sensitivos como os de Vater-Pacini (Pa) ou Meissner (Me) (Castro Lopes, 2003). As amielínicas (C) (não representadas), fibras dos neurónios nociceptivos, terminam sem especialização nas terminações nervosas livres (TNL) (Castro Lopes,

2003). Em função de características como diâmetro, mielinização e velocidade de condução, as fibras sensitivas cutâneas dividem-se em três grupos: A β , A δ e C (Castro Lopes, 2003). As estruturas nervosas que vão conduzir à percepção da dor até às vias superiores, são os nociceptores cutâneos e das estruturas musculo-esqueléticas, construídos por fibras mielinizadas A δ e C, responsáveis pela percepção dos estímulos mecânicos, térmicos e químicos (Las, 2002).

Em condições fisiológicas, qualquer destes tipos de fibras podem transmitir informação inócua, contudo somente as fibras C e A δ conduzem informação nociceptiva (Castro Lopes, 2003). Na condição de um estímulo nociceptivo ser aplicado à pele, os nociceptores A δ conduzem à dor aguda imediata, sendo seguida por uma dor mais difusa provocada pela activação dos nociceptores C de condução mais lenta (Castro Lopes, 2003). Em condições não fisiológicas, como na presença de inflamação tecidual ou após lesão dos nervos periféricos, é possível que decorram alterações neuroquímicas e anatómicas dos neurónios A β , susceptíveis de despertar dor mediada por estes aferentes primários (Castro Lopes, 2003).

Os prolongamentos centrais dos aferentes primários entram na medula espinhal através das raízes dorsais, e enquanto os A β ascendem nos cordões dorsais para ir terminar nos núcleos gracilis e cuneatus do bolbo raquidiano, os nociceptivos finalizam no corno dorsal da medula espinhal, deliberando sinapses com neurónios espinhais (NE) cujos axónios atravessam a linha média e ascendem na substância branca contralateral para vários núcleos supraespinhais (Castro Lopes, 2003). Estas sinapses ocorrem tanto para as regiões talâmicas corticais frontais, como para as parietais, conferindo os aspectos emocionais, de localização e intensidade da dor (Las, 2002). A dor sofre uma mediação ou modulação que confere uma grande diversidade de respostas dolorosas a variados estímulos nociceptivos (Las, 2002). Os feixes descendentes que modulam a dor são mediados por diversos neurotransmissores, sendo a serotonina o principal (Las, 2002). Porém, também são de grande importância as endorfinas, as encefalinas, a substância P, a noradrenalina, entre outras (Las, 2002).

ANEXO D – Disfunções Sexuais Femininas

A Perturbação do Desejo Hipoactivo caracteriza-se por uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de actividade sexual. O baixo desejo sexual pode ser generalizado e agregar todas as expressões sexuais ou ser situacional, estando limitado a um parceiro ou a uma actividade sexual específica. Existe pouca motivação para procurar estímulos e reduzida frustração quando privado da oportunidade da expressão sexual. Um baixo interesse sexual encontra-se frequentemente associado a problemas de excitação sexual ou a dificuldades no orgasmo. Estados físicos gerais podem ter um efeito prejudicial não específico sobre o desejo devido a aspectos como fraqueza e dor (APA, 1994). As perturbações depressivas encontram-se muitas vezes associadas com baixo desejo sexual (APA, 1994), sendo complexa a relação entre depressão e disfunção sexual (Carey, 2006, citado por Fleury & Abdo, 2009).

A Aversão Sexual, tal como o nome sugere, prima pela aversão e evitamento activo do contacto sexual genital com o parceiro sexual. O sujeito relata ansiedade, medo ou nojo quando confrontado com uma oportunidade sexual com um parceiro (APA, 1994).

A Perturbação da Excitação Sexual na Mulher consiste essencialmente numa incapacidade persistente ou recorrente em atingir ou manter uma adequada resposta na lubrificação e entumescimento da excitação sexual, até completar a actividade sexual. A resposta de excitação consiste em vasocongestão da pélvis, expansão e lubrificação vaginal e entumescimento dos genitais externos. A perturbação causa mal-estar importante ou dificuldade interpessoal. A Perturbação da Excitação Sexual na Mulher é frequentemente assistida por Perturbação do Desejo Sexual e Perturbações do Orgasmo na Mulher. A perturbação pode resultar numa relação sexual com dor (APA, 1994).

A Perturbação do Orgasmo na Mulher caracteriza-se por um atraso persistente ou recorrente ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal. As mulheres exibem uma enorme variabilidade do tipo ou intensidade de estimulação que desencadeia o orgasmo. A capacidade do orgasmo é menor do que seria razoável para a sua idade, experiencia sexual e adequada estimulação sexual recebida (APA, 1994).

As Perturbações de Dor Sexual incorporam no seu espectro a Dispareunia, e o Vaginismo. A Dispareunia é caracterizada por dor genital associada à actividade sexual, surgindo mais frequentemente durante o coito, podendo ocorrer antes ou depois da actividade sexual. Nas mulheres, a dor pode ser descrita como superficial durante a introdução ou profunda durante os movimentos do pénis. A intensidade dos sintomas pode variar desde ligeiro desconforto até dor aguda. A experiência repetida da dor genital no coito pode provocar o evitamento da actividade sexual, perturbando o relacionamento sexual existente ou limitando o desenvolvimento de novos relacionamentos sexuais (APA, 1994). O Vaginismo consiste na contracção involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo que interfere com o acto sexual. Em certos casos, a antecipação da introdução vaginal pode conduzir em espasmo. A contracção pode variar de ligeira induzindo algum aperto e desconforto, a grave, impedindo a penetração. Em alguns casos, a intensidade da contracção pode ser tão intensa ou prolongada que provoca dor. A perturbação encontra-se mais vezes em mulheres jovens do que em mulheres mais velhas (APA, 1994).

A categoria Disfunção Sexual Devida a Um Estado Físico Geral caracteriza-se pela presença de disfunção sexual clinicamente significativa que se considera dever-se exclusivamente aos efeitos directos de um estado físico geral. A disfunção sexual envolve dor associada ao acto sexual, desejo sexual, hipoactivo e outras formas de disfunção sexual. A perturbação causa mal-estar importante ou dificuldade interpessoal. Requer-se evidência da história, exame físico ou exames laboratoriais de que a disfunção é completamente explicada pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral. Todas estas disfunções causam mal-estar importante ou dificuldade interpessoal e não são melhor explicadas por outra perturbação (APA, 1994).

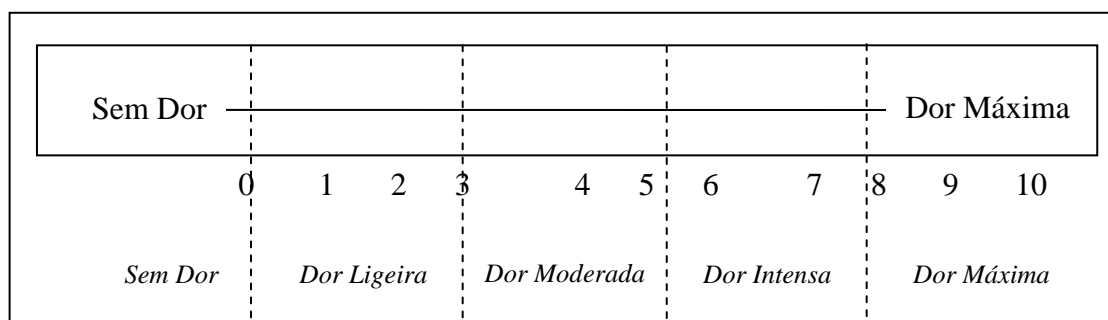
A categoria Disfunção Sexual Induzida por Substância caracteriza-se por uma disfunção sexual clinicamente significativa que causa mal-estar importante ou dificuldade interpessoal. Dependendo da substancia envolvida, a disfunção pode integrar redução do desejo, redução da excitação, diminuição dor orgasmo ou dor sexual. Considera-se que a disfunção é completamente explicada pelos efeitos

fisiológicos directos de uma substância. A Perturbação não se explica melhor por uma Disfunção Sexual que não e induzida por substâncias (APA, 1994). A categoria Disfunção Sexual Sem Outra Especificação integra disfunções sexuais que não preenchem os critérios de diagnóstico para qualquer Disfunção Sexual específica (APA, 1994).

ANEXO E – Características da amostra quanto a outras doenças

Categoria médica	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doenças reumáticas	12	20	48	80
Doenças cardiovasculares	11	18.3	49	81.7
Doenças do aparelho respiratório	5	8.3	55	91.7
Perturbações gastrointestinais	12	20	48	80
Doenças do cérebro e do SN	11	18.3	49	81.7
Perturbações oculares	2	3.3	58	96.7
Perturbações hormonais	10	16.7	50	83.3
Perturbações da nutrição e do metabolismo	4	6.7	56	93.3
Perturbações do fígado e da vesícula biliar	2	3.3	58	96.7

ANEXO F – Divisão da EVA para efeitos de registo



(Adaptado de DGS, 2003).

ANEXO G – Dados de cotação do FSFI

Domínio	Itens	Variação do score	Factor	Score mínimo	Score máximo
Desejo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitação	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0,0	6,0
Lubrificação	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0,0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0,0	6,0
Satisfação	14, 15, 16	0/1-5*	0,4	0,8	6,0
Dor	17, 18, 19	0-5	0,4	0,0	6,0
<i>Score total da escala</i>				2	36

* Item 14 varia de 0 a 5 pontos. Itens 15 e 16 variam de 1 a 5 pontos.

(Adaptado de Rosen, et al., 2000)

ANEXO H – Distribuição de frequência para o item “máximo de dor” (BPI)

Máximo de dor			
Nível de dor	<i>n</i>	%	Fr (%)
4	1	1,7	1,7
5	4	6,7	8,3
6	1	1,7	10,0
7	1	1,7	11,7
8	18	30,0	41,7
9	15	25,0	66,7
10	20	33,3	100,0

ANEXO I – Distribuição de frequência para o item “mínimo de dor” (BPI)

Mínimo de dor			
Nível de dor	<i>n</i>	%	Fr (%)
1	3	5	5
2	7	11.7	16.7
3	16	26.7	43.3
4	9	15	58.3
5	11	18.3	76.7
6	5	8.3	85
7	5	8.3	93.3
8	2	3.3	96.7
9	2	3.3	100

ANEXO J – Distribuição de frequência para o item “média de dor” (BPI)

Média de dor			
Nível de dor	N	%	Fr (%)
2	1	1,7	1,7
3	1	1,7	3,3
4	6	10,0	13,3
5	8	13,3	26,7
6	15	25,0	51,7
7	16	26,7	78,3
8	10	16,7	95,0
9	3	5,0	100,0

ANEXO K – Distribuição de frequência para os itens da subescala Interferência da Dor (BPI)

	Actividade Geral		Disposição		Capacidade para andar a pé		Trabalho normal		Relações com outras pessoas		Sono		Prazer de viver	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	0	0	2	3,3	6	10,0	0	0	6	10,0	2	3,3	10	16,7
1	2	3,3	4	6,7	3	5,0	2	3,3	6	10,0	3	5,0	4	6,7
2	1	1,7	4	6,7	1	1,7	1	1,7	3	5,0	1	1,7	3	5,0
3	3	5,0	2	3,3	1	1,7	3	5,0	4	6,7	2	3,3	5	8,3
4	5	8,3	5	8,3	8	13,3	6	10,0	1	1,7	1	1,7	2	3,3
5	8	13,3	4	6,7	5	8,3	6	10,0	7	11,7	3	5,0	5	8,3
6	4	6,7	5	8,3	4	6,7	5	8,3	7	11,7	4	6,7	2	3,3
7	7	11,7	7	11,7	13	21,7	5	8,3	9	15,0	7	11,7	5	8,3
8	14	23,3	7	11,7	6	10,0	11	18,3	9	15,0	6	10,0	10	16,7
9	7	11,7	15	25,0	11	18,3	10	16,7	7	11,7	12	20,0	9	15,0
10	9	15,0	5	8,3	2	3,3	11	18,3	1	1,7	19	31,7	5	8,3