

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE ENFERMAGEM

MIRIAM DA SILVA LIMA PEREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E
ANSIEDADE.**

CRICIÚMA-SC

2025

MIRIAM DA SILVA LIMA PEREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOR CRÔNICA DEPRESSÃO E
ANSIEDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof. (a) Karina Cardoso Gulbis

**CRICIÚMA-SC
2025**

MIRIAM DA SILVA LIMA PEREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E
ANSIEDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de Bacharel, no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC, com Linha de Pesquisa em Qualidade
de Vida, Dor crônica, Ansiedade e Depressão.

Criciúma, 30 de Junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Karina C Gulbis

Prof. Karina Cardoso Gulbis - Doutora - UNESC - Orientadora

Maria Teresa Brasil Zanini

Prof. Maria Teresa Brasil Zanini - Especialista UNESC

Paula Ioppi Zugno

Prof. Paula Ioppi Zugno - Mestre UNESC

Dedico este trabalho, primeiramente, à minha mãe, por seu apoio constante, e por ser meu maior exemplo de força, coragem e dedicação.

Ao meu marido e amigo, pela paciência, incentivo.

A todos os professores que fizeram parte da minha formação, com gratidão por cada ensinamento transmitido.

A cada um de vocês, meu sincero agradecimento por fazerem parte dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder sabedoria, força e serenidade ao longo desta caminhada. Sua presença me guiou nos momentos de dúvida e me sustentou nas dificuldades.

Aos meus familiares, pelo apoio constante e por acreditarem em mim mesmo nos momentos em que eu duvidei. Aos amigos que caminharam ao meu lado, meu sincero carinho e gratidão por cada palavra de incentivo e companhia ao longo desta jornada.

Aos amigos da graduação, que tornaram essa caminhada mais leve, humana e significativa. Cada troca de experiência, conversa e apoio foram fundamentais para chegar até aqui.

À professora Karina Gulbis, minha orientadora, por sua dedicação, paciência e orientação atenta e sensível durante a construção deste trabalho. Sua contribuição foi essencial para a concretização deste projeto.

Ao Dr. João Henrique Araújo, médico especialista em dor em Criciúma, por abrir as portas de seu consultório e permitir a realização da pesquisa. Sua generosidade e apoio foram indispensáveis para a execução deste estudo.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pela formação acadêmica, estrutura e oportunidades oferecidas ao longo desses anos, que contribuíram de maneira decisiva para minha formação pessoal e profissional.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu mais sincero agradecimento.

“Quando não somos mais capazes de mudar uma situação — somos desafiados a mudar a nós mesmos.”

— Viktor Frankl

RESUMO

Introdução: A dor crônica, frequentemente acompanhada por sintomas de depressão e ansiedade, afeta milhões de pessoas em todo o mundo, compromete não apenas sua saúde física, mas também a qualidade de vida. **Objetivo:** O estudo propôs analisar a qualidade de vida das pessoas com dor crônica, depressão e ansiedade em uma clínica especializada no atendimento multidisciplinar localizada no Sul de Santa Catarina. **Metodologia:** A pesquisa foi de abordagem quantitativa, do tipo censitária, descritiva e documental, com coletas de dados realizadas por meio da análise de prontuários e aplicação de questionários a indivíduos em tratamento. Utilizou-se como instrumentos o Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Dor McGill (MPQ), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o WHOQOL-bref, para avaliação da qualidade de vida. A análise dos dados ocorreu por meio dos softwares EXCEL® e SPSS®, sendo os resultados apresentados em números absolutos e percentuais, organizados em tabelas e textos descritivos, conforme as variáveis investigadas. **Resultado e Discussão:** Os resultados revelaram um perfil predominante de mulheres (60%) em idade reprodutiva (24-58 anos), com alto nível de escolaridade (80% ensino médio completo/superior). A morbidade foi significativa, com 80% dos participantes apresentando comorbidades, destacando-se a cefaleia crônica. Quanto ao impacto da dor, 55% relataram dor moderada e 25% dor intensa, sendo que 90% afirmaram prejuízo nas atividades diárias e 70% associaram dor a sentimentos de tristeza. Na saúde mental, 80% apresentaram sintomas graves de depressão (HADS), com 55% já tendo realizado tratamento prévio. Observou-se correlação significativa entre depressão e piora nos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Quanto às intervenções, 70% dos pacientes utilizaram terapias complementares além da medicação, incluindo laser robótico de alta intensidade, terapia por ondas de choque e sistema super indutivo. Os domínios menos afetados na qualidade de vida foram relações sociais (70%) e ambiente (70%). Concluindo que a dor mostrou-se fortemente relacionada a transtornos emocionais, com impacto multidimensional na qualidade de vida, reforçando a necessidade de abordagens integrais pela saúde, com enfoque no cuidado de enfermagem centrado no manejo da dor e suporte emocional.

Palavras-chave: Enfermagem; Dor crônica; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

Abstract

Introduction: Chronic pain, often accompanied by symptoms of depression and anxiety, affects millions of people worldwide, compromising not only their physical health but also their quality of life. **Objective:** This study aimed to analyze the quality of life of individuals experiencing chronic pain, depression, and anxiety in a specialized multidisciplinary care clinic located in southern Santa Catarina, Brazil. **Methodology:** This is a quantitative, census-type, descriptive, and documentary research. Data collection was conducted through medical record analysis and the application of questionnaires to patients undergoing treatment. The instruments used were the Sociodemographic Questionnaire, the McGill Pain Questionnaire (MPQ), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the WHOQOL-bref for assessing quality of life. Data analysis was performed using EXCEL® and SPSS® software, with results presented in absolute numbers and percentages, organized in tables and descriptive texts according to the investigated variables. **Results and Discussion:** The findings revealed a predominance of female participants (60%) of reproductive age (24–58 years), with a high level of education (80% completed high school or higher education). Morbidity was significant, with 80% presenting comorbidities, particularly chronic headaches. Regarding pain intensity, 55% reported moderate pain and 25% severe pain; 90% indicated impairment in daily activities, and 70% associated pain with feelings of sadness. In terms of mental health, 80% showed severe symptoms of depression (HADS), with 55% having undergone previous treatment. A significant correlation was observed between depression and worsened physical and psychological domains of quality of life. Regarding treatment approaches, 70% of patients used complementary therapies in addition to medication, including high-intensity robotic laser therapy, shockwave therapy, and super inductive system therapy. The least affected domains of quality of life were social relationships (70%) and environment (70%). It was concluded that chronic pain is strongly associated with emotional disorders, generating a multidimensional impact on quality of life, reinforcing the need for comprehensive health approaches, especially nursing care focused on pain management and emotional support.

Keywords: Nursing; Chronic pain; Quality of life; Anxiety; Depression.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da dor	19
Quadro 2. Instrumentos da pesquisa	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil Sócio Demográfico das pessoas com dor crônica, ansiedade e depressão	33
Tabela 2. Perfil epidemiológico das pessoas com dor crônica	36
Tabela 3. Caracterização da dor que acomete as pessoas pesquisadas.....	38
Tabela 4. Avaliação de Ansiedade e depressão – HADS	43
Tabela 5. Qualidade de vida (QV) das pessoas com dor crônica - domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente	44
Tabela 6. Distribuição dos domínios e sua características	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DC – Dor Crônica

DM – Diabetes Mellitus

HADS – Hospital Anxiety and Depression (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial

McGill – McGill Pain Questionnaire - MPQ

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMC – Prefeitura Municipal de Criciúma

QV – Qualidade de Vida

SC – Santa Catarina

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 QUESTÃO NORTEADORA	16
1.3 HIPÓTESES	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 DOR: AGUDA E CRÔNICA	19
3.2 QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOR	22
3.3 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE DOR CRÔNICA COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE	23
3.4 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE	24
4 METODOLOGIA	27
4.1 LOCAL DO ESTUDO.....	27
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	28
4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	28
4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO EXCLUSÃO	28
5 DADOS DA COLETA	29
5.1 ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	30
6 ANÁLISE DE DADOS	31
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
8 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	33
8.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS.....	33
8.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	36
8.3 ASPECTOS RELACIONADOS DOR E SUAS PARTICULARIDADES DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA	38
8.4 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADA A DOR CRÔNICA	42
8.5 QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA	43
9 CONCLUSÃO	49

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	58
ANEXO A - TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	63
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE DOR MCGILL.....	65
ANEXO D - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD.....	66
ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BREF.....	67

1 INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma condição que afeta milhões de indivíduos em todo o mundo, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa condição impacta não somente no bem-estar físico, mas também na saúde mental e emocional dos pacientes que convivem diariamente com essa demanda. Além disso, somada à dor, essas pessoas enfrentam comorbidades, como tristeza, depressão e ansiedade, o que pode agravar sua qualidade de vida. Todo esse processo pode se configurar em uma condição multifatorial de difícil manejo. A dor pode ser aguda ou crônica, a aguda funciona como um alerta biológico que protege o organismo, enquanto a dor crônica não desempenha essa função de proteção, mas, se torna por vezes incapaz e traz altos custos aos envolvidos. (LOPES; FERRARI; JORGE, 2019).

O estudo aqui apresentado está focado em pacientes com dor crônica, sendo assim, compreende-se que esse tipo de dor se estabelece após três meses de ocorrência, apresentando uma prevalência média global de 35,5%, com estimativas variando entre 10,1% e 55,5%. Muitos indivíduos relatam viver com dor crônica por mais de cinco anos (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018). No Brasil estudos na população adulta, apontam que há uma prevalência de aproximadamente 40% de pessoas acometidas (BRASIL, 2022).

Estudos recentes demonstram que, a saúde mental pode estar comprometida nas pessoas com dor crônica, ou seja, a coexistência de dor crônica com transtornos mentais é uma realidade e resulta em um ciclo que compromete a funcionalidade e a qualidade de vida (QV) das pessoas. Esse ciclo que envolve dor, ansiedade e depressão, é bilateral, ou seja, tanto a dor acarreta as alterações psíquicas, quanto essas aumentam a intensidade da dor, impactando negativamente nas atividades diárias, dificultando assim a realização de tarefas cotidianas, reduzindo a capacidade de trabalho e interação social (LIMA et al., 2022, p. 345-352). Essa relação é especialmente preocupante, pois, a dor crônica e os distúrbios emocionais frequentemente são tratados de forma isolada, levando a abordagens terapêuticas inadequadas e a uma deterioração da QV (ALMEIDA et al., 2023).

Observa-se que em pessoas com dor, a abordagem deve ser holística, ou seja, não se deve dissociar a QV em pacientes com dor crônica e as possíveis comorbidades emocionais e psíquicas, uma vez que pesquisas têm demonstrado que intervenções que consideram os aspectos físicos quanto os emocionais da dor,

são mais eficazes na melhora da QV dos pacientes. A compreensão das experiências vividas por esses indivíduos pode fornecer informações valiosas para a criação de estratégias de tratamento que atendam de forma mais completa às suas necessidades (SILVA et al., 2024, p. 67-74).

Além disso, ao mapear as características sócio demográficas e as influências das comorbidades, contribui para a elaboração de tratamentos mais eficazes e inclusivos, que considerem as particularidades das populações afetadas. Um entendimento mais profundo sobre como a dor crônica se relaciona com a saúde mental pode levar a melhores práticas clínicas e, conseqüentemente, a uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes (PINHEIRO et al., 2014, p. 213–219).

Para Rodrigues et al (2023), a dor crônica (DC) e os transtornos psiquiátricos estão sendo tratados de forma inadequada, sendo que essa combinação resulta em significativa incapacidade e redução da QV das pessoas acometidas, bem como, aumento de custos e investimentos para o tratamento.

Ao lembrar sobre a depressão associada a dor Messias (et al., 2020) demonstra um impacto significativo à saúde física, psicológica e social dos pacientes, gerando sentimentos de incapacidade e insegurança, principalmente no grupo de dor crônica, nesse caso dos pacientes com fibromialgia, que possuem dores musculoesqueléticas difusas, contudo, a prevenção e o monitoramento se tornaram essenciais para intervenções eficazes, pois a falta de tratamento adequado pode intensificar o sofrimento do paciente e comprometer o tratamento. O suporte social também é relevante para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com dor crônica, ajudando na adaptação e enfrentamento da condição.

A ansiedade, por sua vez, aumenta consideravelmente quando se trata da existência e possibilidade da dor crônica, pois o temor e as tentativas de evitá-la se tornam frustrantes, ocasionando tensões emocionais e físicas, portanto, mais dor. Sendo esse considerado um ciclo, a dor acarreta ansiedade, a ansiedade piora a dor.

Dessa forma, a conexão entre dor crônica e transtornos de humor é vista como bidirecional, o que ressalta a necessidade de abordar esses sintomas de maneira integrada para melhorar o tratamento e a QV dos pacientes (LODUCA, ET AL., 2024).

E evidencia-se assim a necessidade de cuidado integral, sendo onde, o

enfermeiro se torna fundamental porque ao estar em contato constante com o paciente, pode facilitar o manejo da dor, em conjunto com a equipe multiprofissional, sendo essa intervenção farmacológica ou não. Além disso, a avaliação física e emocional realizada pelo enfermeiro contribui para a elaboração de estratégias de ação visando o indivíduo como um todo (CALVO-LOBO, 2023).

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema fundamentou-se na necessidade de compreender mais sobre a dor crônica, ansiedade e depressão, condições que frequentemente coexistem e impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes, e assim, futuramente como enfermeira, poder desenvolver intervenções personalizadas para o cuidado em saúde das pessoas acometidas.

Além disso, na trajetória acadêmica, o tema de estudo esteve presente no cotidiano do ambiente de trabalho da acadêmica durante toda a graduação. Nesse processo, percebeu-se a necessidade de desenvolver um estudo nessa área, para assim aprofundar sobre o processo saúde e doenças dessas pessoas, bem como, o quanto a abordagem multidisciplinar pode ser fundamental para a promoção de um cuidado mais holístico, capaz de aliviar tanto a dor quanto os sintomas emocionais, favorecendo, assim, a melhora na Qualidade de Vida (QV).

Dessa forma, o estudo é essencial para a futura construção de estratégias de cuidado mais sensíveis e integradas, especialmente voltadas aos pacientes com dor crônica, ansiedade e depressão, reforçando a necessidade de incluir a saúde mental nas abordagens terapêuticas conduzidas por profissionais da saúde e da enfermagem.

1.2 QUESTÃO NORTEADORA

Como está a qualidade de vida das pessoas com dor crônica, depressão e ansiedade em uma clínica especializada no atendimento multidisciplinar localizada no Sul de Santa Catarina?

1.3 HIPÓTESES

- Pacientes com dor crônica sempre apresentam depressão e ansiedade;
- Pacientes que sofrem de dor crônica que apresentam sintomas significativos de depressão e/ou ansiedade tem um impacto maior nas atividades diárias em comparação com pacientes que têm apenas dor crônica sem sintomas de ansiedade ou depressão;
- O isolamento social é uma realidade para quem tem dor crônica, depressão e ansiedade;
- A dor desfavorece as relações sociais;
- Após serem tratados e medicados ficam bem e tem uma vida normal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida das pessoas com dor crônica, depressão e ansiedade em uma clínica especializada no atendimento multidisciplinar localizada no Sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Conhecer as características sócio demográficas da população abordada;
- Averiguar a influência das comorbidades como depressão e ansiedade no processo de viver com a dor;
- Identificar o impacto da depressão e ansiedade nas atividades diárias, como isolamento social, distúrbios do sono, dificuldade na tomada de decisões, preocupações excessivas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOR: AGUDA E CRÔNICA

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) “conceitua a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante aquela associação, a uma lesão tecidual real ou potencial”(RAJA et al., 2020, p.161).

A dor nem sempre pode ser classificada com clareza, mas pode ser direcionada a três tipos de dor: Dor aguda que é facilmente diagnosticada tem duração previsível e sendo autolimitada (Ex.: trauma e pós-operatória); Dor Crônica Oncológica, como tumores; Dor Crônica se caracterizando por duração indeterminada e associa-se à inflamação tecidual persistente e não autolimitada (ex.: osteoartrite), perda tecidual (ex.: dor por amputação) e/ou lesão neuropática (ex.: neuralgia pós-herpética) as alterações persistentes no sistema nervoso periférico (SNP) e central(SNC) (FIOCRUZ, 2023).

Outra classificação proposta por Rosa et al (2020, p. 8), aborda que ela pode

ser classificada de acordo com o seu local de origem (periférica, central, visceral ou somática), seu tempo de evolução e patologia física (aguda ou crônica) e seu mecanismo fisiopatológico (neuropática, nociplástica, nociceptiva ou mista).

O mecanismo fisiopatológico pode ser classificado nociceptiva, neuropática, somática, visceral e nociplástica. A ativação dos nociceptores de tecido cutâneos ou profundos, acontecem quando as vias estão preservadas quando nociceptores como dor somática ou visceral. Quando neuropática há alterações na estrutura e função nas vias nociceptivas, resultado de lesões no sistema nervoso periférico, como a dor periférica. O mecanismo da dor primeiramente aparece no SNC, mas em alguns momentos, a lesão acontece nos nervos periféricos (FIOCRUZ, 2023, LOPES, 2025, ROSA, et al, 2020).

No quadro 1, verifica-se a conceituação diferenciada e mais aprofundada da classificação fisiopatológica da dor:

Quadro 1. Classificação da dor

TIPO DE DOR	CLASSIFICAÇÃO DA DOR
Dor Nociceptiva	É aquela originada por dano tecidual potencial ou real. Nesse tipo de dor é possível correlacionar a dor com o estímulo desencadeante. Compreende a dor somática e a visceral, resultado de danos teciduais mais comuns e frequentes nas situações inflamatórias, traumáticas e invasivas, ou isquêmicas. Ocorre por meio da ativação ou sensibilização de nociceptores (fibras A-delta e C) na periferia, que transduzem estímulos nocivos em impulso eletroquímico. Esses impulsos são então transmitidos à medula espinhal e aos centros rostrais superiores do sistema nervoso central.
Dor Somática	Sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento (dor "incidental"). É aliviada pelo repouso, é bem localizada e variável, conforme a lesão básica. Exemplos: dores ósseas, pós-operatórias, dores musculoesqueléticas, dores artríticas, etc.
Dor Visceral	É provocada por distensão de víscera oca, mal localizada, profunda, opressiva, constrictiva. Frequentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos e sudorese. Muitas vezes há dores locais referidas, como em ombro ou mandíbula (relacionadas ao coração), em escápula (referente a vesícula biliar) e em dorso (referente ao pâncreas). Exemplos: câncer de pâncreas, obstrução intestinal, metástase intraperitoneal, infarto agudo do miocárdio, colecistite, pancreatite, etc.
Dor Neuropática	Dor causada por lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial. Geralmente aguda e ardente, se origina por alterações na via nervosa que leva a informação nociceptiva ao sistema nervoso central (SNC) ou por alterações neuronais no próprio SNC, portanto pode envolver o sistema periférico ou central. Pode ter se originado ou não por dano tecidual anterior e dos efeitos do processo inflamatório decorrente à lesão. Nestes casos, mesmo que a lesão tecidual tenha sido resolvida, a dor continua. A dor neuropática manifesta-se de várias formas, como sensação de queimação, peso, agulhadas, ferroadas ou choques, podendo ou não ser acompanhada de "formigamento" ou "adormecimento" (sensações chamadas de "parestésias") de uma determinada parte do corpo. Exemplos: Neuropatia diabética, neuralgia do nervo trigêmeo, neuralgia pós-herpética, outras neuropatias periféricas, entre outras.
Dor Nociplástica	Dor relacionada a nocicepção alterada a despeito da clara evidência de que não há dano tecidual real ou potencial causando ativação dos nociceptores periféricos ou evidências de lesão no sistema somatossensorial. Decorre de plasticidade nociceptiva, que reflete mudança na função das vias nociceptivas. Hipotetizada como resultado de desregulação neuronal persistente. Exemplos: fibromialgia, enxaqueca e síndrome do cólon irritável.

Fonte: (ROSA, et al, 2020)

De um modo geral, a dor aguda se caracteriza por ser fisiológica, sendo um alerta, com tempo limitado, estabilizando quanto a resolutive do processo nóxico. OLAVO MARQUEZ, [s.d], Diz-se ainda ser transitória durante por um tempo curto

que leva minutos a algumas semanas, e, geralmente associada a algum tipo de lesão de tecidos ou órgãos, após trauma, doenças, intervenções invasivas ou outras causas. Sua cura está intrinsecamente relacionada à solução da causa, ou seja, ao dano do tecido. Sendo assim, pode ser cronicada se não for adequadamente manejada ou se houver complicações. A dor crônica, por sua vez, é aquela que se prolonga, é de difícil identificação da causa, e de difícil manejo, além disso, nunca se resolve por conta própria, requerendo por vezes a participação da equipe para o tratamento (ROSA, et al, 2020).

Segundo Lazanova (2024), as crises álgicas são uma das principais razões para os atendimentos em serviços de emergência, afetando aproximadamente dois terços dos pacientes, que sofrem mais de três episódios dolorosos anualmente, cada um durando em média de cinco a sete dias. A localização da dor varia conforme a faixa etária nas latentes, ocorre nas pequenas articulações; nos pré-escolares, na região abdominal e nas articulações; e em escolares e adolescentes, nos ossos longos. Fatores como infecções, febre, acidose, desidratação, apneia do sono, exercício físico e exposição ao frio podem desencadear as crises, embora muitas vezes não se identifique um fator específico.

Para assegurar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, é fundamental realizar uma avaliação individualizada que considere a intensidade da dor, as complicações presentes e as características específicas de cada pessoa. Essa abordagem personalizada é essencial para um tratamento eficaz (LANZANOVA, 2024).

Segundo o estudo de Aguiar (et al, 2021), a prevalência da dor crônica varia, apresentando 23,03% até 76,17% em estudo de âmbito nacional. E para todos os estudos no país abordados, a prevalência nacional foi de 45,59% de dor crônica. O estudo aponta que as dores de princípio nociceptivo 29,5%, variando especialmente com a dor lombar crônica. A neuropatia teve resultado de 14,5%, em pacientes internados em hospitais. As características das dores nociplásticas com maior prevalência foi a fibromialgia com 5,5%, entre os idosos e 19,5% com síndrome do intestino irritável nas mulheres com dor crônica pélvica, sua prevalência média é de 12,5%.

Para o diagnóstico, Brasil (2024), diz que, é possível ter uma prévia a partir da anamnese e exame físico, obtendo assim, a classificação do tipo de dor indicando as possíveis condições clínicas que a levaram à dor crônica. A depender

do local da dor, pode ser solicitado exames de imagem ou laboratoriais, uma vez que a particularidade do caso será evidenciada. Por outro lado, a partir do diagnóstico se faz necessário, o início de tratamento e monitoramento, sendo esses tão amplos e específicos que impossibilita-se quantificar, mas é possível discorrer que o tratamento da dor crônica tem como objetivo a redução de sofrimento do paciente, e promover melhorias na qualidade de vida, transitando também na possibilidade de recuperação e reabilitação da funcionalidade do indivíduo. Contudo, a de se lembrar da necessidade de abordar a promoção da saúde e a prevenção de dores. O tratamento em si, envolve medicamentos ou não sendo essa terapêutica focada na demanda.

3.2 QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOR

Segundo Silva, S. (et al., 2021) é identificado a alta taxa de desemprego entre os participantes, refletindo o impacto das condições de saúde na vida profissional. A prevalência de doenças degenerativas, especialmente dor lombar, destacou a conexão entre condições psicossociais e absenteísmo, gerando preocupações econômicas e sociais. No que diz respeito ao tratamento, os analgésicos foram os medicamentos mais utilizados, seguidos por antidepressivos, com a necessidade de abordagens terapêuticas mais complexas sendo evidente. O estudo também ressaltou a importância de terapias complementares, como atividade física e acupuntura, que são reconhecidas por sua eficácia na redução da dor e melhora da qualidade de vida. A expectativa dos pacientes em relação ao tratamento é fundamental para a eficácia das intervenções realizadas, indicando a necessidade de um enfoque biopsicossocial no manejo da dor crônica.

É fundamental que o profissional de saúde possa agregar no processo de diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com dor crônica, a percepção de identificar e reconhecer marcadores de determinantes sociais, como a identidade de gênero, orientação sexual, etnia, questões laborais e iniquidades sociais e econômicas, como indicadores de saúde que podem contribuir ou desenvolver situações de agravos e condições de adoecimento. Por isso, é imprescindível que o cuidado integral inclua a abordagem dos determinantes sociais, por meio de um acolhimento que ultrapasse o olhar clínico e contextualize histórias de vida,

especialmente considerando as vulnerabilidades individuais e coletivas fruto das desigualdades sociais do País (BRASIL, 2024).

3.3 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE DOR CRÔNICA COM DEPRESSÃO E ANSIEDADE

A análise da qualidade de vida em pacientes que sofrem com dor crônica com depressão e ansiedade são fundamentais para compreensão da complexidade da condição. A dor afeta o bem-estar emocional e psicológico, e a presença de transtornos mentais agravam o estado, criando um ciclo vicioso comprometendo as atividades diárias e dificultando as relações sociais. A relação entre a dor e saúde mental complica o tratamento, portanto quando intensa a dor, os sintomas psicológicos se intensificam (CAMPOS et al., 2024).

Segundo PINHEIRO (et al., 2014 p. 213–219), uma forte associação entre dor crônica e transtornos mentais, tem várias dinâmicas que podem ocorrer: transtornos mentais podem causar dor, agravar condições dolorosas, surgir secundariamente à dor ou se manifestar como queixa de dor. Essa relação complexa apresenta desafios na psiquiatria, uma vez que a fisiopatologia subjacente à dor e aos transtornos psiquiátricos não é diretamente correlacionada aos tratamentos. Fatores subjetivos, culturais e sociais complicam a avaliação da dor, que se divide em categorias como dor neuropática, nociceptiva e mista. Fatores sócio demográficos como gênero, idade e condições socioeconômicas influenciam a percepção da dor. Estudos indicam que entre 30% a 40% da população brasileira sofre de dor crônica, frequentemente associada a transtornos psiquiátricos, especialmente depressão e ansiedade, cuja prevalência varia significativamente. Essa comorbidade é bem documentada, mas suas características e magnitudes ainda são pouco compreendidas.

Os processos cognitivos e emocionais são fundamentais na transformação da dor aguda em dor crônica, além de influenciar a intensidade da dor (LODUCA et al., 2024). A presença da dor pode ocasionar sintomas depressivos, onde apresenta dificuldades no contato com familiares e o contato social, e segundo Wilson (et al., 2009), mesmo apresentando dor moderada e dor crônica agudizada, no estudo apresentado, mostra que há duas vezes mais chances de haver sintomas

depressivos associados.

A frequência de condições psiquiátricas associadas à dor crônica é consideravelmente elevada. Pesquisas indicam que os transtornos do humor são os mais comuns, com transtornos depressivos ocorrendo em 30% a 87% dos casos, enquanto a depressão maior varia de 8% a 50% e a distímia afeta mais de 75% dos indivíduos. Além disso, cerca de 50% dos pacientes com dor crônica também sofrem de transtornos de ansiedade, sendo os mais prevalentes o transtorno do pânico, a ansiedade generalizada e o transtorno de estresse pós-traumático. A ansiedade foi identificada como sintoma em aproximadamente 56% dos casos analisados (HO, et al., 2011)

Pacientes com dor crônica apresentam taxas elevadas de ideação suicida, tentativas e suicídios consumados. Embora existam diversas variáveis psicossociais envolvidas, a depressão se destaca como um importante preditor de pensamentos e comportamentos suicidas nessa população. O impacto da dor crônica na saúde mental torna fundamental a atenção a esses riscos. Vários estudos buscam elucidar a complexa relação entre transtornos psiquiátricos e dor crônica, reconhecendo que esses fenômenos se potencializam. Enquanto algumas teorias sugerem uma relação de causa e efeito, onde a dor pode preceder a depressão ou a ansiedade, outras adotam uma abordagem mais integrativa, sem priorizar um fenômeno inicial. Assim, a coexistência de dor crônica e problemas psiquiátricos continuam a ser um campo de intensa investigação (RODRIGUES et al., 2023 p. p. 6435–6443).

3.4 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

O controle pelo enfermeiro, procede em um tratamento muito além dos sintomas, e sim, resultando em suporte emocional e empatia, no que promove a dignidade dos pacientes e bem estar, garantindo o conforto durante o processo de dor. As habilidades do enfermeiro no cuidado e assistência holística, em uma estratégia com o paciente e a família, abordando suporte ao estresse associado à dor (Perez. et al.,2024 p. 541–551). A avaliação é fundamental permitindo que a dor

e a intensidade sejam identificadas, onde se situa, quais as características abordadas e quais os fatores que a estimulam e o que pode aliviar a dor (LOPES, 2022).

Apoio emocional durante o processo, e a confiança estabelecida, estimula o tratamento, fornecendo uma abordagem informativa e humana, que diminui a negatividade que envolve a dor crônica, e desenvolve a melhora na QV do paciente. (SILVA; MIRANDA, 2024). Tendo conhecimento e capacidade o enfermeiro fornece informações e técnicas de autocuidado, que tem por finalidade apresentar ao paciente autonomia e desenvoltura em seu processo (CÔRTEZ, 2024).

A abordagem adotada considera não apenas os aspectos clínicos da dor, mas também seus impactos psicossociais e as estratégias de manejo disponíveis, com ênfase no papel da equipe multiprofissional, particularmente do enfermeiro, no processo de cuidado (PEREZ et al., 2024 p. 541–551). A relevância clínica e social da dor crônica, que representa um problema de saúde pública (KANEMATSU et al., 2022). Apesar dos avanços no entendimento dessa condição, observa-se que muitas abordagens terapêuticas ainda são fragmentadas (ALMEIDA et al., 2023, p.45-53). Essa lacuna no cuidado reforça a necessidade de pesquisas que explorem intervenções integradas (SILVA et al., 2024, p. 67-74).

A enfermagem é responsável pela administração de analgésicos para as intervenções farmacológicas, mas tem grande êxito em realizar intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. Por estar em posição direta ao cuidado, realiza as adaptações individuais necessárias, promove um tratamento personalizado e eficaz. Segundo Duarte (2023), métodos de conforto, musicoterapia, aromaterapia, massagens relaxantes, exercícios de respiração, incentivo a movimentação, e escuta ativa, e muitas outras práticas, estabelecem vínculo com o indivíduo e trazem melhora na qualidade de vida (QV).

O manejo da dor por meios dos cuidados integrativos destacam a ligação mente e corpo, dando-lhes funcionalidade como complemento da atuação medicamentosa. Além das práticas terapêuticas, é primordial que a avaliação da dor inclua ferramentas de multidimensionalidade da experiência dolorosa. O questionário para avaliação visando um entendimento maior sendo descrito pela perspectiva do paciente, assim, tendo a visibilidade da QV, entendendo a natureza e identificando algumas possíveis causas inerentes. O detalhamento das avaliações e intervenções em registro, permite que a enfermagem e a equipe profissional, tenham eficácia no

monitoramento da dor, no decorrer do processo, assegurando a comunicação do tratamento (SILVA; MIRANDA, 2024).

Em desempenho das abordagens de redução de danos e melhoras na qualidade de vida do indivíduo que convive com a dor crônica, ansiedade e depressão, obtendo enfoque integral e humanizado, a sistematização da avaliação da dor e do sofrimento psíquico, traz como abordagem o desenvolvimento de planos de cuidado ao indivíduo em sofrimento, estratégias não farmacológicas, e a educação em saúde e o apoio emocional ativo. Segundo CARVALHO et al. (2024), intervenções de enfermagem centradas na escuta qualificada em cuidados integrais, são assertivos na redução de impactos no bem estar físico e emocional, com a significância da promoção de qualidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo possui abordagem quantitativa, descritiva e documental. Destaca-se que a pesquisa quantitativa, é fundamentada na objetividade, buscando compreender fenômenos por meio de números e relações mensuráveis entre variáveis (MUSSI et al., 2019). Essa abordagem se caracteriza pelo foco no coletivo, ou seja, em padrões observados no grupo, e não em experiências individuais e subjetivas. uma vez que, “a melhor possibilidade explicativa científica é aquela que não se interessa pelo singular, o individual, o diferenciado, ou seja, o pessoal” (MUSSI, et al, 2019, p. 74).

Além disso, a pesquisa descritiva veio somar ao estudo porque o descrever, visa após identificar, registrar e analisar as características de determinado grupo ou fenômeno, estabelecendo possíveis relações conforme destacado por Silva e Menezes (2000). Utilizando a técnica de coleta de dados por meio de questionários aplicados diretamente aos participantes, permitindo assim, observar e compreender a percepção dos sujeitos em relação à dor crônica e à presença de transtornos mentais associados. Conforme Leopardi (2002, p. 119), os estudos de campo e descritivos destacam-se pela importância do contato direto com os participantes e o ambiente do estudo, proporcionando maior fidelidade na análise dos dados.

A pesquisa também possui caráter documental, uma vez que utilizou dados e registros provenientes de fontes secundárias, como relatórios e documentos institucionais. Para Fonseca (2002, p. 32), a pesquisa documental recorre a fontes diversas, como tabelas estatísticas, relatórios e documentos oficiais, distinguindo-se da pesquisa bibliográfica por utilizar materiais que ainda não receberam tratamento analítico sistemático.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma clínica especializada no atendimento multidisciplinar às pessoas com dor, ansiedade e depressão no Sul de SC.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa censitária, onde todos os pacientes da clínica especializada no atendimento multidisciplinar às pessoas com dor crônica, sinais e sintomas de ansiedade e depressão no Sul de SC foram convidadas, a participar no período de abril a maio de 2025.

4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Pacientes adultos já atendidos ao menos 6 meses pela clínica.
- Apresentar dor crônica.
- Apresentar sinais e sintomas de ansiedade e depressão relacionados à dor.
- Assinar o TCLE (ANEXO A), e, participar de todo o processo da pesquisa.

4.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Adolescentes ou crianças mesmo com dor crônica.
- Adultos que apresentam dor aguda.
- Pacientes com depressão e ansiedade relacionada a dor aguda.
- Os que assinarem o termo, mas não participarem de todo o processo da pesquisa.

5 DADOS DA COLETA

A coleta de dados foi realizada na clínica após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o parecer 7.471.698/2025. Os instrumentos utilizados pela pesquisadora foram: Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A), para caracterização da amostra; Questionário de Dor McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ), para avaliação da dor multidimensional (ANEXO C); Escala de HADS*** (Hospital Anxiety and Depression Scale), para rastrear sintomas de ansiedade e depressão (ANEXO D); e Whoqol-bref (World Health Organization Quality of Life - abbreviated version), aplicado para avaliação da qualidade de vida (ANEXO E).

No quadro 2, apresenta-se o descritivo da particularidade de cada um dos questionários validados utilizados na pesquisa, lembrando que esses apresentam escores que não significam média de pessoas, mas sim média de escores apenas para classificar nominalmente o evento:

Quadro 2. Instrumentos da pesquisa

INSTRUMENTOS	EXPLICAÇÃO
MCGILL	<p>O Instrumento de Coleta de Dados McGill, é um questionário padronizado e validado internacionalmente, utilizado em pesquisas clínicas para avaliação multidimensional da dor, desenvolvido por Melzack e Torgerson (1971). A versão adaptada e validada para o português (Pimenta & Teixeira, 1996) conserva as características de mensuração da versão original, assegurando a utilização no contexto acadêmico nacional.</p> <p>O instrumento caracteriza a experiência dolorosa através de três componentes principais, os aspectos sensoriais-discriminativos, avaliados por descritores qualitativos da dor (ex.: "ardente", "latejante"); as dimensões afetivo-emocionais, que mensuram o impacto psicológico (ex.: "exaustivo", "aterrorizante"); e avaliação quantitativa, por meio de escalas numéricas e índices de intensidade. Sua estrutura sistemática é composta por 20 grupos de descritores, escala visual analógica (EVA) e questionário de localização corporal, assim permite a obtenção de dados confiáveis para análises estatísticas, sendo particularmente útil em estudos transversais ou longitudinais sobre dor crônica.</p>

HADS***	A Escala HADS auxilia a analisar a ansiedade e a depressão, A escala de HADS possui 14 perguntas: sete para investigar probabilidade de ansiedade e sete para identificar sinais de depressão. Em cada uma dessas subescalas, escores menores que 7 pontos serão considerados como sintomas inexistentes ou subclínicos; escores de 7 pontos a menores que 10 pontos serão considerados como sintomas leves; escores de 10 pontos a menores que 13 pontos serão considerados como sintomas moderados; escores de 13 pontos ou maiores serão considerados sintomas graves.
WHOQOL-BREF	O instrumento WHOQOL-bref, desenvolvido pela OMS(Organização Mundial de Saúde), é um questionário que avalia a qualidade de vida a partir de quatro domínios principais: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Composto por 26 itens, sendo que dois gerais sobre qualidade de vida e saúde, e 24 distribuídos nos domínios específicos, o instrumento utiliza uma escala Likert de cinco pontos (1 a 5), em que os respondentes indicam sua percepção sobre aspectos como dor, energia, autoestima, apoio social e condições ambientais. Sua aplicação é autoaplicável, assim podendo ser respondida pelo próprio indivíduo ou conduzida por entrevista, com tempo médio de preenchimento de 5 a 10 minutos. O WHOQOL-bref possui boa confiabilidade ($\alpha > 0,70$ em todos os domínios) e validade comprovada em diferentes culturas, incluindo a versão adaptada para o português (Fleck et al., 2000), o que o torna adequado para estudos clínicos e epidemiológicos no Brasil. Seus escores são calculados por domínio, permitindo comparações entre populações e a avaliação de intervenções em saúde.

Fonte: Questionário McGill (OLIVEIRA; MIRANDA; SILVA, 2024); Questionário HADS (BARROS, 2017); Whoqol-bref (SANTOS, 2025). ***Observa-se que a Escala de HADS, mesmo descrita como hospitalar, tem sido utilizada em clínicas especializadas que fazem tratamentos cirúrgicos além dos clínicos para a dor.

5.1 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

A etapa de coleta de dados para que todo o processo seja compreendido, necessita ser pontuado e organizado:

Primeiro momento: Reconhecimento do espaço físico e funcional do local de pesquisa. Apresentação da proposta e acordos para o recrutamento das pessoas a serem convidadas a participar.

Segundo momento: Seleção e abordagem dos participantes do estudo. Por já estarem em tratamento na clínica foi observado em prontuários pacientes selecionados pela clínica, podendo ser observado os critérios de inclusão. Assim sendo realizado um contato para convite com paciente presencial que já tinham

tratamentos agendados com a clínica, aos que foram pré-selecionados e não tinham agendamentos com a clínica no momento, feito convite via Whatsapp com pacientes ou familiares para agendamento da pesquisa.

Terceiro Momento: Neste passo nos dias agendados com os indivíduos selecionados para pesquisa, foram chamados ao consultório disponibilizado ou, assim, realizado vídeo chamada com os que não puderam se dirigir a clínica. Explicada a proposta ao paciente, solicitada a participação e assinatura do TCLE (ANEXO A), aos que foram por videochamada, realizado o mesmo processo, a assinaram do TCLE feita com assinatura digital. Observa-se que não houve paciente que a dor limitasse esse processo.

Quarto Momento: Realizada a aplicação do questionário sociodemográfico e os demais questionários. Ao final do levantamento de dados, realizado organização e contabilização para que assim fosse feita a análise.

Quinto Momento: Preparo da apresentação e análise dos dados obtidos, a partir de Excel, SPSS e literatura para a entrega e apresentação do TCC.

6 ANÁLISE DE DADOS

Para a organização e análise estatística dos dados coletados, foi elaborado um banco de dados no Excel®, e, no Software SPSS®, versão 20.0. As variáveis foram analisadas e apresentadas em números relativos e percentual, expondo assim o número e a porcentagem de pessoas envolvidas nas variáveis de todos os questionários e testes apresentadas nas tabelas ou textos descritivos.

Especificamente para o Questionário de Dor McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ), a Escala de HAD e o teste Whoqol-bref (World Health Organization Quality of Life - abbreviated version), foram feitas as comparações e correlações entre grupos. A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, e, em todas as análises, adotou-se um valor de $p < 0,05$

como critério para significância estatística, e o grau de confiança de 95%, sendo assim expostos os testes estatisticamente significativos pelos testes de Qui-Quadrado de Pearson.

As médias que aparecem nas tabelas, são referentes ao número de escores e não número de pessoas, e, são apenas para questões de cálculo do próprio instrumento.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa, sob o parecer de aprovação do comitê de ética 7.471.698/2025, os participantes do estudo foram orientados e esclarecidos sobre a proposta e os passos da mesma, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, que garantiu o sigilo de suas identidades e seguiu rigorosamente as exigências éticas estabelecidas nas Resoluções 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a Resolução 466/12, todos os participantes foram devidamente informados sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o direito de desistir da participação a qualquer momento, conforme previsto nas diretrizes para pesquisas com seres humanos. A resolução incorporou os princípios fundamentais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, sendo assegurando o tratamento digno e respeitoso de todos os envolvidos.

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), nº 13.709/2018, foi devidamente explicado aos participantes, tendo por base nos princípios. Essa legislação criada para proteger as informações pessoais dos cidadãos, promovendo mais privacidade, transparência e segurança no uso desses dados. A LGPD assegura aos indivíduos o direito de saber como seus dados são coletados, utilizados e armazenados, exigindo das instituições responsabilidade e respeito no tratamento dessas informações. A lei se aplica a registros tanto físicos quanto digitais. Sua fiscalização e regulamentação ficam sob responsabilidade da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

Durante todo o processo de pesquisa, foram rigorosamente mantidos os aspectos éticos de confidencialidade, privacidade, anonimato e proteção da imagem

dos participantes. Os riscos potenciais, relacionados principalmente à possível quebra de confidencialidade, foram minimizados através de protocolos rígidos de proteção de dados, garantindo que nenhuma informação pessoal fosse divulgada. Por outro lado, os benefícios da participação incluíram atenção personalizada aos sintomas, contribuição para o avanço do conhecimento científico, sensação de contribuição social por parte dos voluntários, maior educação e autoconsciência sobre suas condições de saúde, além da possibilidade de melhoria na qualidade de vida. A pesquisa foi conduzida em estrita conformidade com os princípios éticos, garantindo a proteção integral dos participantes em todas as suas etapas.

8 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação e análise dos dados foram realizadas a partir de tabelas e dados estatísticos descritivos, e a partir desses, a análise à luz da literatura.

8.1 PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS

Os participantes da pesquisa foram analisados no que concerne seu perfil sócio demográfico, sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e profissão como demonstra a tabela 1.

Tabela 1. Perfil Sócio Demográfico das pessoas com dor crônica, ansiedade e depressão

Perfil sociodemográfico	Qt. Cit.	%
Sexo biológico		
Feminino	12	60
Masculino	8	40
Faixa Etária		
De 24 a 58 anos	16	80
De 64 a 79 anos	04	20
Escolaridade		
Ensino fundamental Incompleto	02	10
Ensino médio incompleto	01	5
Ensino técnico incompleto	01	5
Ensino Médio completo	05	25
Superior completo	10	50
Acima do ensino superior	01	5
Estado Civil		

Casado	16	80
Solteiro	02	10
Relacionamento estável	01	5
Viúva	01	5
Profissão		
Aposentada	03	15
Metalúrgico	02	10
Professora	02	10
Secretária	02	10
Administradora	01	5
Copeiro Hospitalar	01	5
Empresário	01	5
Gerente Financeira - Administração de Empresa	01	5
Higienizadora	01	5
Marketing digital	01	5
Mecânico	01	5
Representante comercial	01	5
Serviços Gerais	01	5
Servidor Público	01	5
Técnica de Enfermagem	01	5
Total	20	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Analisando a tabela 1, no que se refere ao sexo, observa-se que em suma 60% (12), são mulheres, mas, houve um número expressivo também de homens com 40% (8). Segundo um estudo realizado em 2024, aponta-se que é frequente o quadro de dor nas mulheres, por fatores hormonais, psicossociais e diferença na percepção de dor, onde a contribuição para os resultados são mais expressivos. Em homens os números apontados, é muito considerado por sua vez aos muitos homens que não realizam a busca por cuidados médicos, e aos que atuam em trabalhos físicos pesados, também a diferença neurobiológica na percepção de dor (DE et al, 2024). Dentre os pesquisados 80% (16) são casados, sendo que na literatura pode ser observado que o índice de dor, e fatores contribuintes aos sintomas de desgaste mental, são em pessoas divorciadas, solteiras, e viúvos relacionado a menor satisfação com a vida, o aumento em estressores e maus hábitos (PELLÓN et al., 2024). Em casais casados ou em relacionamentos estáveis, evidencia-se que à menor sensibilidade à dor, casais com mais conflitos conjugais aumentam os relatos do estresse físico e mental (RAKHSHANI et al., 2024).

A faixa etária dos acometidos pela dor, foi a chamada idade ainda produtiva, antes dos 60 anos, ou seja 24 a 58 anos com 80% (16) dos casos, como

evidenciado. Em estudos abordados é notado que os maiores números de pessoas com dor são pessoas acima dos 60 anos. É cada vez mais visto que os picos de dor iniciam nas idades mais jovens, por conta das degenerações que se iniciam e causas ocupacionais (“October 2023 - Volume 164 issue 10:PAIN”, 2023).

Em relação à escolaridade, Aguiar et al., (2021) refere que os baixos níveis de escolaridade podem influenciar nos sintomas de dor, e na saúde mental. Isso ocorre pelo baixo acesso em alguns locais e não procura sobre às informações de saúde e serviços de saúde relacionados uma vez que se observa a automedicação e tratamentos inadequados como escolha de algumas pessoas com dor; o trabalho físico de sobrecarga relacionados às lesões ocupacionais; o estresse financeiro por baixas oportunidades econômicas e por muito sendo influenciado pelo isolamento pelos estigmas sociais.

No presente estudo, por sua vez, encontra-se que a maioria dos acometidos (Tabela 1), 80% (16) tem o ensino médio completo, superior completo ou acima desse, o que demonstra um padrão de conhecimento alto e de busca para solução no sentido de resolver a dor ou até tentar preveni-la, e não encontrou-se literatura para abordar isso, mas o que ocorre que essas pessoas com acesso escolar, e manifestação de conhecimento tiveram a oportunidade de buscar ajuda em um local especializado.

Acerca da profissão, houve variadas áreas de atuação, mas, se analisarmos detalhadamente, 85% (17) dos que ainda trabalham, lidam constantemente com relacionamento interpessoal seja com colegas de equipe, coordenadores, coordenados e clientelas, Exceto, 15% (3) que são aposentadas. Em uma pesquisa com 15.376 de trabalhadores, a exposição a trabalhos repetitivos, jornadas de trabalho prolongadas e baixo controle sobre o trabalho são fatores de prevalência de dor e sintomas relacionados à saúde mental. Além disso, boa parte dos trabalhadores rurais tem um percentual 42% de dores crônicas e 38% de depressão e ansiedade, os operadores de máquinas apresentam 39% de dor crônica e 35% de ansiedade e depressão, já profissionais de limpeza 37% de dor crônica e 41% de ansiedade e depressão, os enfermeiros 34% sofrem de dores crônicas e 45% de ansiedade; e aos motoristas de caminhões 32% apresentam

dores crônicas e 33% depressão e ansiedade. Tais trabalhadores no decorrer dos anos vêm sendo vítimas (FIOCRUZ, 2023).

8.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico demonstra quem são essas pessoas acometidas por dor crônica no que se refere a hábitos de vida e doenças, como retrata a tabela 2.

Tabela 2. Perfil epidemiológico das pessoas com dor crônica

Perfil Epidemiológico	Qt. Cit.	%
Tabagismo e/ ou álcool		
Álcool socialmente	04	20
Sem hábitos de tabagismo ou álcool	15	75
Tabagismo e bebida alcoólica	01	5
Comorbidades		
Cefaléia crônica	06	30
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	06	30
Ansiedade	04	20
Nega comorbidades	04	20
Artrite Reumatóide	01	5
Acidente Vascular Cerebral (AVC) - prévio	01	5
Câncer (CA) de útero - prévio	01	5
Doença Cardíaca não especificada	01	5
Cérvico braquialgia à esquerda	01	5
Hipercolesterolemia	01	5
Diabetes Mellitus (DM)	01	5
Doença do Still do adulto	01	5
Fibromialgia	01	5
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) - prévio	01	5
Neuralgia do Trigêmeo	01	5
Total	20	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Em suma, a tabela 2, demonstra que 75% (15) não consomem bebida alcoólica e nega tabagismo, por serem agravantes à saúde, alguns estudos apontam que pacientes de dor crônica, ao serem tabagista apresentam maiores índices de dor, principalmente em doenças musculoesqueléticas (BRASIL, 2022). O uso de bebidas alcoólicas agravam algumas doenças, que acometem dores crônicas, devido ao aumento na sensibilidade à dor causado pelas alterações neuroquímicas no sistema nervoso central, com as neuropatias periféricas e doenças inflamatórias (AMANDA et al., 2025).

Quanto às doenças que os acometem, 20% (4), relatam não ter comorbidade, mas 80% (16) as têm, e algumas, como cefaléia crônica, HAS, fibromialgia, neuralgia do trigêmeo, artrite reumatóide, estão diretamente relacionadas à existência da dor crônica. Segundo a pesquisa de ROCHA, ALFIERI e SILVA, 2021 as comorbidades influenciam diretamente na dor, e o agravante crônico pode ser a origem delas. Diversas comorbidades estão fortemente associadas à DC, incluindo hipertensão arterial, artrite reumatoide, fibromialgia e cefaléia crônica. Estudos indicam que essas condições aumentam significativamente a frequência e a intensidade da dor, com chances dobradas de episódios dolorosos intensos (BAILEY et al., 2020). Além disso, a fibromialgia frequentemente coexiste com cefaleias e dores musculoesqueléticas (SOUZA et al., 2020). Essas associações refletem mecanismos fisiopatológicos comuns, como a sensibilização central.

Tendo-se o perfil sócio demográfico, e epidemiológico, é possível a enfermagem realizar intervenções direcionadas, integrais com efetividade. Em especial na atenção primária e nos serviços de especialidade em dor. A compreensão dos fatores sexo, idade, ocupação, estado civil, escolaridade e comorbidades, permite que o enfermeiro identifique os grupos de vulnerabilidade, e sejam aplicadas condutas direcionadas, não somente em aspectos clínicos, mas também no aspecto emocional e social. O exemplo que temos, seria o maior acometimento de mulheres em idade reprodutiva (tabela 1), exige estratégias que sejam incluídos suporte emocional, abordagens integrativas e educação em saúde para um manejo da dor. Segundo Aguilar et al. (2024), práticas de relaxamento, técnicas de respiração, são capazes de diminuir a dor crônica, melhorando assim a percepção, e aceitação se sua qualidade de vida. Assim tendo-se por evidências o manejo multidimensional da dor. Como apontado por Rocha, Alfieri e Silva (2021), a associação entre dor crônica e comorbidades como fibromialgia, cefaleia crônica e hipertensão evidencia uma situação complexa que demanda monitoramento estruturado e contínua da enfermagem, favorecendo um atendimento com foco na pessoa e na redução de agravos. Assim, observamos nossos dados na tabela 2 evidenciando que 30% dos pacientes entrevistados possuem cefaleia crônica.

8.3 ASPECTOS RELACIONADOS DOR E SUAS PARTICULARIDADES DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA

A dor vai além de um simples sintoma físico, pode representar um chamado do corpo por atenção, uma expressão do sofrimento humano que atravessa o biológico, o emocional e o social. Na vida da pessoa, a dor crônica pode comprometer vínculos, rotinas e até a identidade, tornando-se parte do cotidiano e impactando profundamente a qualidade de vida. Como define a International Association for the Study of Pain (IASP), “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada a lesão real ou potencial dos tecidos” (IASP, 2020). Assim, compreender a dor exige olhar para o indivíduo como um todo, e não apenas para o local do sintoma.

A tabela 3, entra diretamente no aspecto dor, tipo da dor atual, localização, tratamento, classificação do limiar de dor, existência de tristeza, presença de depressão ou tratamento para essa.

Tabela 3. Caracterização da dor que acomete as pessoas pesquisadas

Perfil Epidemiológico	Qt. Cit.	%
Dor Atual (Local)		
Cabeça	07	35
Cervical	02	10
Lombar	07	35
Membros Inferiores	04	20
Membros superiores e inferiores	05	25
Membros Superiores	02	10
Tratamento utilizado		
Medicamentoso	20	100
Bloqueio de dor	13	65
Tecnologias (Laser, TOC + SIS)	08	40
Fisioterapia	04	20
Cirurgias	01	5
Eletroacupuntura	01	5
Dor de 0 a 10 – No momento da entrevista		
Sem dor	01	5
Leve	3	15
Moderada	11	55
Intensa	05	25
Sente-se triste em decorrência da dor		
Sim	14	70

Não	6	30
Já realizou tratamento para depressão		
Não	7	35
Sim - Medicamentoso	8	40
Sim - Psicoterapia	2	10
Sim - Não recorda o tratamento	1	5
Suas atividades diárias são interrompidas ou atrapalhadas pela dor?		
Sim	18	90
Não	2	10
Qualidade avaliativa da dor - McGill		
Desgastante	08	40
Insuportável	06	30
Que incomoda	03	15
Forte	02	10
Chata	01	5
Total	20	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Observa-se que a maior parte das dores concentra-se em região superior do corpo como cabeça 35%(7), cervical 10% (2), lombar 35% (7) e membros superiores 10% (2), sendo que membros inferiores teve-se 40% (4) e ambos, superiores e inferiores 25% (5). Segundo Velloso et al, (2021, p.230–242) os locais que as pessoas mais sentem dor são predominantemente em coluna lombar, articulações e coluna cervical. Não deixando de lado as dores que também são acometidas como cabeça e membros superiores e inferiores.

A enfermagem participa de todo o cuidado dessas pessoas, seja, avaliando, realizando os procedimentos, ou mantendo-se próximo para as demandas específicas de cada pessoa. Segundo Costa et al. (2023), A enfermagem realizando práticas de direcionamento para educação em saúde, sistematização, e o suporte psíquico. Auxiliam na promoção na redução da intensidade da dor, melhorando assim o sono e o bem estar psicológico. Além disso, práticas ao paciente com DC seguem exigência individualizada, assegurando eficácia e humanização do cuidado (ZAKKA et a., 2024). Assim tornando os profissionais da enfermagem agentes transformadores ao cuidado, por combinar técnicas e práticas integrativas para promoção do alívio da dor, buscando resultados para qualidade de vida.

Salienta-se que o tratamento inicial e base para a dor é o medicamentoso para todos os casos pesquisados, mas há complementações medicamentosas ou não, sendo que dos pesquisados 65% (13) fazem bloqueio para minimizá-la, e 70% (14) associam a outras terapias como Laser Robótico de Alta Intensidade, Terapia de Ondas de Choque, Sistema Super Indutivo, Fisioterapia, Eletroacupuntura ou Cirurgia.

Terapias alternativas também podem ser usadas, inclusive, VELASQUEZ et al., (2021) fala que laser terapêutico de alta intensidade tem mostrado bons resultados na redução de dor musculoesquelética crônica, como lombalgia, artrose e tendinopatias. Atua promovendo analgesia por modulação da condução nervosa e estímulo à regeneração celular. Estudos apontam eficácia superior ao laser de baixa intensidade, com menos sessões e maior profundidade de ação.

Outra prática, como a terapia por ondas de choque, melhora significativa da dor em várias semanas, porém podem ter efeito temporário e variam conforme os protocolos, elas podem ser realizados em dores miofasciais, fascite plantar e tendinopatias, a terapia promove microlesões controladas e estimulam a regeneração. Com base em tratamentos conservadores da dor crônica, a fisioterapia atua na funcionalidade, reeducação postural e modulação da dor. Programas com exercícios terapêuticos, estabilização do core, cinesioterapia e terapia manual são os mais eficazes, conforme consenso internacional (SILVA et al., 2022).

Combinar princípios da acupuntura com estímulo elétrico controlado seja por eletroacupuntura. Estudos recentes mostram boa eficácia na dor neuropática, lombalgia e fibromialgia. Atua por mecanismos neuro-hormonais e regulação da via descendente de inibição da dor. Recomendado como terapia complementar com baixo risco (ZHANG et al., 2023).

De novidade tem-se o Sistema Super indutivo (SIS), uma tecnologia que usa campos eletromagnéticos de alta intensidade para analgesia e estímulo neuromuscular. Estudos ainda são limitados, mas promissores, sugerem efeito analgésico por ativação de vias inibitórias centrais e relaxamento muscular. Indicado em dor lombar, osteoartrite e reabilitação pós-lesão (MORAVCIKOVA et al., 2021).

E por último, e mais reservada para casos muito específicos de dor crônica refratária (ex: hérnia com compressão severa, artrose grave, dor

oncológica), temos a cirurgia, a qual não deve ser primeira opção, pois traz consigo riscos, e muitas vezes, não garante alívio definitivo da dor; estudos alertam para a super indicação cirúrgica em lombalgias sem justificativa estrutural clara (SILVA S. et al., 2021).

Com todas essas informações percebe-se o quanto a dor perpassa por várias práticas, tendo em vista que depende de sua intensidade, que pode ser algo leve, moderado ou intenso, e, prejudicando mais ou menos o processo de viver das pessoas acometidas. Dentre os pesquisados observa-se que a dor moderada a intensa foram as mais citadas, com 55% (11) e 25% (5), respectivamente, além disso, 70% (14) sentem-se tristes em decorrência da dor, 55% (11) já fizeram tratamento para depressão, e 90%(18) diz que a dor atrapalha as atividades diárias. Durante a pesquisa, apenas uma pessoa não estava com dor, mas essas pessoas seguem suas vidas, e com zelo participaram de todo o processo de pesquisa para colaborar nas informações do estudo. Observem na tabela 3 que 25% (05) estavam com dor intensa e 55% (11) moderada.

Em amostragem nacional, Daltro et al. (2021) observaram que 94,9 % dos pacientes com dor crônica apresentaram comprometimento nas atividades diárias (trabalho, lazer, vida doméstica), exatamente como 90 % dos participantes do nosso estudo relataram. Além disso, Fortes Júnior et al. (2023) identificaram que cerca de 35 % desses pacientes têm diagnóstico de depressão, posicionando-se próximo aos nossos 55 % que já realizaram tratamento para depressão, reforçando a relação entre intensidade da dor e sofrimento psíquico.

Na qualidade avaliativa da dor (Tabela 3), todos os participantes, sentem que a dor é algo “que incomoda”, sendo assim, Botton et al. (2020) refere que com o questionário McGill de dor, foi possível obter significativamente as diferenças entre descritores de dor contínua, neuropática e afetiva, comprovando que o instrumento tem capacidade de discriminar as diversas dimensões da dor no contexto clínico. Assim, salienta-se que a dor interfere na vida diária do indivíduo, no estado emocional, afetando as dimensões física, emocional e social, e ampliando a negatividade sobre a vida. Sendo que o descritor “que incomoda” reflete na percepção de dor, como forte, que perturba.

Em um estudo realizado em um serviço odontológico observou-se que a

dor pré-operatória, descrita por termos de incômodo intenso, é significativamente associada a pior qualidade de vida, afetando domínios psicológicos, físicos e sociais (ALVARADO et al., 2016).

Nesse contexto do afetar a qualidade de vida, a enfermagem pode lançar mão de realizar a Consulta de Enfermagem, identificar as demandas e traçar o planejamento na tentativa de minimizar a dor, ansiedade e depressão. Através da escuta qualificada, avaliação contínua e práticas alternativas. Segundo Carvalho et al. (2024) consulta de enfermagem é uma ação independente, no qual durante a anamnese, avaliação clínica e psicossocial, a elaboração de diagnósticos, planejamento e ações que sejam implementadas. Processo este que viabiliza a identificação das necessidades especiais, como ansiedade e depressão e a dor crônica.

8.4 AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO ASSOCIADA A DOR CRÔNICA

Ao fazer a avaliação de ansiedade e depressão, observa-se que a dor está constantemente favorecendo essa alteração. Para Silva S. et al. (2021), a dor crônica, associada a ansiedade e depressão, relaciona diretamente a gravidade dos sintomas emocionais. Influenciado as limitações funcionais, as alterações neurobiológicas, fazendo com que a percepção da dor decline e entre no ciclo de vício assim criado por esta percepção. Sendo assim, o bem estar psicológico e relações sociais são agravados, tendo como implicação e implementação das avaliações rotineiras da saúde mental para uma abordagem integral da dor é essencial. Intervenções em equipe multidisciplinar, mostrando eficácia no atendimento simultâneo. Assim sendo visto a necessidade de não favorecimento dos transtornos emocionais, para não ativação dos fatores proporcionados como mecanismos psicofisiológicos.

Nesse contexto foi utilizado o teste a HADS o qual permite a rápida triagem e precisa de sintomas emocionais, livre de confusão por sintomas físicos (TABELA 4). Ideal quando se quer separar sofrimento psicológico da condição médica. O instrumento contém 14 itens, 7 para ansiedade e 7 para depressão, respondidos de 0 a 3 por item. A soma dos itens separados de depressão e ansiedade chega no máximo a 21 pontos. A interpretação 0-7 = normal; 8-10 = leve;

11-14 = moderado; 15-21 = grave. Os pontos de corte maior ou igual a 8 indicam possível transtorno (boa possibilidade e especificidade) (LAIS; MIRANDA, 2021).

Tabela 4. Avaliação de Ansiedade e depressão – HADS

Avaliação de Ansiedade e depressão – HADS	%	n
Possibilidade em sintomas leves depressivos e ansiosos	15	03
Sintomas moderado depressivos e ansiosos	05	01
Sintomas graves ansioso e depressivos	80	16

Fonte: Dados da Pesquisa (2025)

Observa-se na tabela 4, que Possibilidade em sintomas leves depressivos e ansiosos (15%), Sintomas moderado depressivos e ansiosos (05%), e que Sintomas graves ansioso e depressivos (80%) e que assim sobre um alerta aos sintomas emocionais. A avaliação frequente e cuidadosa dos sintomas emocionais que se associam à dor crônica, é essencial para a enfermagem, pois segundo Silva et al. (2022), a presença de ansiedade e depressão é potencialmente relevante a intensidade da dor e prolonga o agravo emocional e funcional. Também se destaca que essa situação de dor com os sintomas emocionais, influenciam as limitações da funcionalidade do indivíduo. E para o rompimento do ciclo mental a enfermagem aplicando em consulta de enfermagem o teste HADS, consegue discriminar os sintomas emocionais que o indivíduo está apresentando.

Sendo assim, a enfermagem identificando precocemente, favorece um cuidado mais elaborado em seus serviços e equipe multidisciplinar, cuidado esse mais humanizado, com foco na qualidade que o indivíduo apresenta em sua vida.

8.5 QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOR CRÔNICA

A dor crônica representa um fenômeno complexo e com múltiplas causas, que impactam de forma profunda a qualidade de vida das pessoas que são acometidas. Ela afeta não apenas o corpo, mas também o bem-estar emocional, a convivência social e a capacidade de desempenhar atividades profissionais e domésticas. Indivíduos que convivem com esse tipo de dor costumam relatar dificuldades para realizar tarefas cotidianas, alterações no sono, sofrimento psicológico e prejuízos nas interações com outras pessoas (DALTRO et al., 2021).

De acordo com Paiva, Menezes e Almeida (2023), a dor persistente pode provocar sérias consequências na vida do indivíduo, como o afastamento do convívio social, a perda da independência funcional e o surgimento de quadros ansiosos e depressivos, os quais agravam ainda mais a condição clínica.

Neste estudo em questão foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref, amplamente utilizado na avaliação da qualidade de vida, abrange quatro domínios principais: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Em pessoas com dor crônica, esses domínios costumam apresentar prejuízos significativos, especialmente o físico, devido à limitação funcional, fadiga e necessidade de medicação contínua. O domínio psicológico também é afetado, com maior prevalência de sentimentos negativos, ansiedade e redução da autoestima. Estudos recentes mostram ainda impacto negativo nos aspectos sociais e ambientais, como isolamento, falta de apoio e dificuldades de acesso a serviços de saúde. O score para fins de cálculos são com base nas respostas, escala de 1 a 5 para cada item, sendo convertidos para a escala de 0 a 100. Onde 1 = Qualidade de vida muito ruim; 2 = Qualidade de vida ruim; 3 = Qualidade de vida moderada; 4 = Boa qualidade de vida; 5 = Qualidade de vida excelente (COSTA et al., 2023; PAULA et al., 2020).

Tabela 5. Qualidade de vida (QV) das pessoas com dor crônica - domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente

Qualidade de vida geral	n	Classificação
1. Percepção da qualidade de vida	20	Regular
2. Satisfação com a saúde	20	Necessita Melhorar

Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações sociais	Domínio Meio Ambiente
64 (13)	68 (13)	73(14)*	71 (14)*

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

*Nos domínios, quanto mais perto de 100% melhor a qualidade de vida.

A percepção da qualidade de vida das pessoas foi regular, o que significa que a dor crônica, a depressão e ansiedade mesmo apresentando ser de difícil manejo, estão sendo controlada em boa parte para a QV, mesmo que os reflexos

dos impactos de sintomas físicos persistentes e sofrimento emocional ainda mantêm-se. ANTONECHEN e DÓRO (2022) Referem que a deterioração da qualidade de vida está diretamente associada às limitações impostas pela dor, ao isolamento e aos transtornos psíquicos, o que evidencia a necessidade de intervenções terapêuticas que integram aspectos biopsicossociais.

Na questão de satisfação com a saúde, é um aspecto a melhorar, sendo que a enfermagem realiza um papel primordial nesse processo. Como agente de cuidado contínuo e humanizado, o profissional de enfermagem pode identificar de forma antecipada os impactos da dor crônica e dos transtornos emocionais sobre a qualidade de vida do paciente, promovendo intervenções que envolvem tanto o alívio da dor quanto o apoio psicológico. Estudos apontam que ações educativas, escuta ativa e elaboração de planos de cuidado individualizados contribuem significativamente para o aumento da satisfação com a saúde e bem-estar percebido (COSTA et al., 2021). Portanto, a prática da enfermagem se destaca na construção de um cuidado abrangente, que valoriza o indivíduo como sujeito integral, e não apenas como portador de uma patologia.

Na tabela 5 ainda, verifica-se que os domínios sociais e ambientais estão menos afetados, acima de 70% da amostra, mas tanto o físico quanto o psicológico encontram-se com déficit, o que propaga demandas físicas e emocionais as pessoas acometidas concomitantemente.

Acerca dos domínios, foi evidenciado cada variável, sendo analisada a média que afeta dentre os participantes e sua classificação parcial e total, como esboça a tabela 5. A média significa o resultado da soma das pontuações de um domínio que é dividido pelo número de questões respondidas. Ela pode ser usada na identificação do nível da qualidade de vida, o qual foi percebido em suas dimensões. O Score varia de 1 a 5 cada item, após a transformação pode variar de 0 a 100, com os valores mais altos que forem indicativos para melhorar a qualidade de vida. (CORREA, FRANÇA 2025). A classificação demonstra o que os 20 participantes consideram acerca da variável expressa na primeira coluna.

Tabela 6. Distribuição dos domínios e sua características

Domínio 1 - Físico	n	Média	Classificação
Dor e desconforto	20	3,6	Regular

Energia e fadiga	20	2,8	Necessita melhorar
Sono e repouso	20	2,9	Necessita melhorar
Mobilidade	20	3,8	Regular
Atividades da vida cotidiana	20	3,0	Regular
Dependência de medicação ou de tratamentos	20	3,4	Regular
Capacidade de trabalho	20	3,1	Regular
Classificação Geral – Domínio Físico	20	3,2	Regular
Domínio 2 – Psicológico	n	Média	Classificação
Sentimentos positivos	20	3,5	Regular
Pensar, aprender, memória e concentração	20	3,1	Regular
Autoestima	20	3,4	Regular
Imagem corporal e aparência	20	3,5	Regular
Sentimentos negativos	20	3,0	Regular
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	20	4,3	Boa
Classificação Geral – Domínio Psicológico	20	3,4	Regular
Domínio 3 - Relações sociais	n	Média	Classificação
Relações pessoais	20	3,8	Regular
Suporte (Apoio) social	20	3,9	Regular
Atividade sexual	20	3,3	Regular
Classificação Geral – Domínio Relações sociais	20	3,7	Regular
Domínio 4 - Meio ambiente	n	Média	Classificação
Segurança física e proteção	20	3,7	Regular
Ambiente no lar	20	4,1	Boa
Recursos financeiros	20	3,1	Regular
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	20	3,4	Regular
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	20	3,8	Regular
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	20	3,5	Regular
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	20	3,4	Regular
Transporte	20	3,8	Regular
Classificação Geral – Domínio Meio Ambiente	20	3,6	Regular

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

De um modo geral a QV das pessoas com dor está regular, embora aspectos como, “Energia e Fadiga”, “Sono e repouso” necessitam melhorar, bem como, “Espiritualidade/religião/crenças pessoais” e “Ambiente no lar” estejam bons, os demais encontram-se regular, necessitando uma atenção especial.

Conforme a literatura, as pessoas acometidas com dor, geralmente tem a QV afetada. Estudos confirmam esse perfil em idosos, a dor crônica está associada à fadiga, distúrbios do sono e uso contínuo de medicamentos, prejudicando os domínios físico e social (COSTA et al., 2023). Outro estudo ressalta que, mesmo

com scores positivos em espiritualidade e ambiente domiciliar, os resultados nos domínios físico, psicológico e social permanecem regulares, demandando atenção clínica (PAULINO et al., 2022). Em pacientes com dor neuropática, os escores médios nos quatro domínios (físico ≈ 37 , psicológico ≈ 46 , social ≈ 40 , ambiental ≈ 41) refletem uma qualidade de vida global entre 40 e 46 (MARTINS, 2024).

A enfermagem pode conduzir ações não farmacológicas estruturadas, como avaliação sistematizada da dor, planejamento de cuidados personalizados, orientação sobre higiene do sono e programas de manejo da fadiga, promovendo melhores escores nos domínios físico e psicológico. A atuação multiprofissional, mediada pelo enfermeiro, favorece a integração de cuidado, fortalecimento do autocuidado e adesão terapêutica (ANTUNES et al., 2018). Além disso, investir no cuidado espiritual e escuta ativa, mostrou-se eficaz na redução da dor e da ansiedade, possibilitando alívio emocional e melhor adaptação (MOREIRA et al., 2021). Realizando um balanço entre danos potenciais e benefícios na utilização de fármacos quanto ao cuidado com equipe multiprofissional. Esses elementos, quando bem articulados, permitem à enfermagem reduzir os efeitos negativos nos domínios mais afetados, fortalecer os já preservados e construir um cuidado integral e centrado na pessoa.

Para finalizar, ao realizar as comparações lineares entre variáveis que se manifestam estatisticamente aderência de probabilidade em ocorrer, observa-se que idade comparada ao teste de ansiedade e depressão, domínio meio ambiente ($p=0,004$) foi significativo, o que incorre a pensar que as pessoas com dor, talvez almejam espaços mais calmos que minimizem estresse para tentar amenizar a ansiedade e sintomas depressivos, lembrando que, por vezes, essas pessoas se isolam e o cuidado de enfermagem precisa ser redobrado em relação a orientação a rede de apoio familiar. No que concerne o HADS ansiedade, verifica-se que nos domínios relações sociais ($p=0,003$), meio ambiente ($p=0,010$) e psicológicos ($0,000$) têm relação direta, além disso, depressão (HADS) relacionada ao domínio físico ($p=0,003$) e psicológico ($p=0,002$), isso também ocorre. Desse modo, há relevância em acompanhamentos tanto no que diz respeito à parte biológica quanto emocional. Quanto a escala de McGill comparada a todas as outras variáveis, não se observou dados estatisticamente significativos, sendo assim o que se percebe é que a dor independe de outros elementos, ela existe, afeta e precisa de cuidados

A enfermagem com enfoque embasado nas evidências citadas do estudo, tem por planejamento intervenções direcionada aos domínios mais afetados, dando prioridade às avaliações contínuas, da fadiga e do sono. Incluindo programas educativos como higiene do sono e manejo da fadiga. Com a promoção de ambientes que favoreçam o descanso e atuação integrada, com equipe multiprofissional, assim fortalecendo todo o suporte emocional ao paciente.

Alguns estudos mostram que estratégias quando implementadas melhoram os impactos nos domínios, preservando resultados integrais ao indivíduo, fortalecendo a qualidade de vida e reduzindo o sofrimento da dor crônica (CARVALHO, 2024).

9 CONCLUSÃO

A dor crônica, como reconhecida pela OMS, é uma condição debilitante que afeta milhões de pessoas no mundo. Revela-se neste estudo como um fenômeno complexo, ligado diretamente à depressão e ansiedade, formando um ciclo vicioso, que compromete a qualidade de vida. Os resultados coletados na clínica especializada do Sul de Santa Catarina não apenas corroboram a literatura, mas destaca nuances críticas para a prática de enfermagem.

Os principais achados sociodemográfico neste estudo foram a predominância de mulheres (60%) em idade produtiva (24-58 anos), onde refere a vulnerabilidade de grupos específicos associado a fatores hormonais, ocupacionais e psicossociais. E com relação a escolaridade, com ensino médio e superior completo (80%). O impacto das comorbidades (80%) dos pacientes apresentam cefaléia crônica e HAS, assim agravando a dor e sintomas emocionais. Observa-se um público com bom nível de instrução, o que favorece a adesão às condutas propostas e permite à enfermagem atuar de forma mais educativa e colaborativa.

Os objetivos de conhecer as características, averiguar a influência das comorbidades, identificar o impacto da depressão e ansiedade nas atividades diária, foram todos alcançados, podendo ser observado os pontos chave da pesquisa.

A depressão e ansiedade estiveram presentes em 80% dos casos (HADS), com impacto direto em atividade do cotidiano, atividades diárias, com 90% com relatos de prejuízo. O isolamento social ficou evidente na tabela 4, devido aos sintomas graves, onde levanta um olhar direcionado a equipe de saúde. O tratamento medicamentoso isolado mostrou-se insuficiente, onde 70% dos pacientes demandaram terapias complementares.

As hipóteses levantadas foram confirmadas, exceto quando-se a após estarem tratados e medicados os pacientes ficam bem e tem uma vida norma, esta hipótese foi refutado, pois não houve sustentação já que a dor crônica exige um manejo contínuo e multidimensional.

A depressão e ansiedade surgiram como focos centrais devido a degradar a QV, determinando a enfermagem uma avaliação sistematizada com o uso de instrumentos que possam evidenciar as dimensões que foram afetadas pela dor, como HDAS e McGill. Nesse contexto, destaca-se o papel da consulta de enfermagem que ao adotar um planejamento individualizado voltado para domínios

críticos como sono e fadiga, contribui significativamente para o bem-estar dos pacientes. Aliada ao fortalecimento das redes de apoio, essa abordagem pode ser fortalecida com intervenções integrativas, como a musicoterapia e técnicas de respiração, as quais têm demonstrado reduzir a percepção da dor em até 30% dos casos.

É observada a importância do enfermeiro de realizar capacitação contínua, de treinamento com escalas de avaliação emocional, terapias não farmacológicas, fortalecimento dos vínculos, com a escuta ativa. Consultas de enfermagem estruturadas. Uma abordagem multiprofissional integrada por psicólogos e fisioterapeutas para rompimento do ciclo de dor e depressão. Evidenciar a importância de Políticas públicas ampliadas para o acesso a clínicas especializadas, especialmente para os grupos vulneráveis de vida.

Conclui-se que o estudo reforça que a dor crônica não é apenas um sintoma, mas uma experiência biopsicossocial que demanda da enfermagem um olhar ampliado, assim, ao aliviar a dor, é também acolher o sofrimento invisível da depressão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. P. et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **Brazilian Journal Of Pain**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxPJnwzmkKyBvjzDC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 out 2024.
- ALMEIDA, C. S. et al. Abordagem integrada na dor crônica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 45-52, 2023.
- AMANDA et al. Características da dor e interferências em aspectos da vida em adultos com dor cervical crônica. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 8, p. e20250015–e20250015, 1 jan. 2025.
- ANTONECHEN, A. C.; DÓRO, M. P. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica no contexto hemato-oncológico. **Saúde (Santa Maria)**, v. 48, e19001, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/19001>. Acesso em: 19 jun. 2025.
- ALVARADO, Leticia Cabral; SILVA, Fernanda Pereira; FOGAÇA, Viviane; BELUOMINI, Rose Daisy Gonçalves; DANTAS, Sônia Regina Pérez Evangelista. Artigo Original 2. Estima – **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, [S. l.], v. 9, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/63>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- BRASIL. **Dor Crônica**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20221101_pcdt_dor_cronica_cp74.pdf>. Acesso em: 27 out 2024.
- BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2a edição**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 25 out 2024.
- BAILEY, A. L. et al. **Comorbid and co-occurring conditions in migraine: Insights from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study**. **Headache**, v. 60, n. 8, p. 1606–1618, 2020.
- BOȚAN, Adriana; CHIȘ, Monica; COPOTOIU, Sanda-Maria. Musculoskeletal pain evaluation: McGill Pain Questionnaire versus Multidimensional Pain Evaluation Scale. **Acta Medica Transilvanica, Leyde**, v. 25, n. 3, p. 22–25, out. 2020. DOI:10.2478/amtsb-2020-0043
- CAMPOS, K. H. et al. Impacto Dos Transtornos De Ansiedade E Depressão Na Saúde Oral: Revisão Dos Distúrbios Estomatológicos Associados E Seus Mecanismos Subjacentes. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 3803–3817, 26 out. 2024.

COSTA. de F., MarquesM. C. P., SantosC. L. M. dos, SilvaL. D. C., & DiasR. S. (2023). Intervenções de enfermagem não farmacológicas no tratamento e controle da lombalgia crônica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 23(5), e12237. <https://doi.org/10.25248/reas.e12237.2023>

CARVALHO, A. L. DE et al. Adequação e implantação de um protocolo de cuidados de Enfermagem para crianças na Região Amazônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. 5, 2024.

DA SILVA, R. et al. Surgical overuse in chronic low back pain: review of clinical and imaging findings. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 2021.

DE, F. et al. PREVALÊNCIA DE DOR CRÔNICA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UM HOSPITAL NO SUL DE SANTA CATARINA. **Scientia Medica**, v. 34, n. 1, p. e45771–e45771, 25 nov. 2024.

DALTRO, S. M. C. et al. Comprometimento da qualidade de vida devido à ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v.22, n.1, p.56–61, 2021.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/YXZG9bsw5zjJpKJ7L4T3kpm/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DUARTE, A. Utilização de métodos não farmacológicos para manejo de sintomas em pacientes oncológicos: Revisão integrativa da literatura. **Repositorio.ufu.br**, 2023. disponível em: <http://orcid.org/0009-0000-3360-2030> acesso em: 22 de jun de 2025.

CALVO-LOBO, C. Diretrizes de enfermagem e abordagem multidisciplinar da dor crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, dez. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GbxZzcnvF8ssfwXSM8YQk7c/?lang=pt#> Acesso em: 24 de out 2024.

COSTA, E. L. N. et al. A atuação da enfermagem na melhoria da qualidade de vida de pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.74, supl.1, p. e20200812, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TNgBgLtQpmZNVzBxBcJGbPh/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

COSTA, R. G. et al. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/bxp9vNJv8LmCJGwssNC7xhF/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

CORREA FRANÇA, S. QUALIDADE DE VIDA EM UMA MULTINACIONAL. **Revista Americana de Empreendedorismo e Inovação**, v. 7, n. 2, 16 abr. 2025.

CÔRTEZ, Y. et al. **ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOR CRÔNICA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. 2024. Disponível em: https://mail.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2023/TRABALHO_COMPLETO

_EV191_MD4_ID3695_TB855_16112023133526.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2025.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Dor ocupacional e saúde mental no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2023. 45 p. Relatório técnico. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/> Acesso em: 19 jun de 2025.

FERRAZ, R. Ansiedade e Depressão em universitários estudantes de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. **Ufsc.br**, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/181905> Acesso em: 04 de nov de 2024.

FORTES-JÚNIOR, E. J. et al. Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com dores crônicas: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, p. e20220432, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fZBs6tqD3w7qNMCxyHYh9F/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

PELLÓN et al. Divorce and physical health: A three-level meta-analysis. **Social science & medicine**, v. 352, p. 117005–117005, 1 maio 2024.

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM PARA O MANEJO DA DOR EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS. **Revista Cedigma**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 15–26, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13152755. Disponível em: <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/18..> Acesso em: 26 out. 2024.

HO, P. T. et al. Prevalence of and factors associated with psychiatric morbidity in chronic pain patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 70, n. 6, p. 541–547, jun. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51176661_Prevalence_of_and_factors_associated_with_psychiatric_morbidity_in_chronic_pain_patients Acesso em: 03 de nov de 2024.

KANEMATSU, J. DOS S. et al. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 3, 3 maio 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/192586/181597> Acesso em: 03 de 2024.

LANZANOVA, J. M. Protocolo assistencial no manejo da crise álgica na doença falciforme. **Ufrgs.br**, 2024. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/276497> Acesso em: 04 de nov de 2024.

LAIS; MIRANDA. AVALIAÇÃO DA ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS) EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE DO MARANHÃO, **BRASIL**. p. 73–101, 1 jan. 2021.

LIMA, T. R. et al. Intervenções multidisciplinares na dor crônica. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 4, p. 345-352, 2022.

LI, S. et al. Effectiveness of shockwave therapy for chronic musculoskeletal pain: Systematic review. **Clinical Rehabilitation**, 2022.

LODUCA, A. et al. Resiliência, ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica de várias etiologias: análise interdisciplinar. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 17, p. 1–7, 1 jan. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/4FMK68qwbxZQ9wv7MkpdfZt/?lang=pt>. Acesso em: 03 de nov de 2024.

LOPES, José Manuel Castro . Fisiopatologia da Dor. Portugal. 2022. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Fisiopatologia_da_Dor.pdf. Acesso em: jun de 2025.

LOPES, C. R.; FERRARI, V.; JORGE, C. C. Dor crônica sob a ótica comportamental: compreensão e possibilidades de intervenção. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p.63–78, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300005 Acesso em: 20 out 2024.

MORAVCIKOVA, M. et al. Effects of Super Inductive System on Pain and Function in Chronic Musculoskeletal Conditions. **Physiotherapy Review**, 2021.

MARTINS, S. et al. Estilo de vida e qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática. **ResearchGate**, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/371653316_. Acesso em: 19 jun. 2025.

MESSIAS, Cátia Regina et al . Dor crônica, depressão, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 41-51, dez. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jun. 2025. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.819>.

OLIVEIRA, J. S. de; MIRANDA, M. O.; SILVA, K. O. Observação do manejo da dor em pacientes com fibromialgia em uma cidade no interior da Bahia. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. e74323, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n9-045. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/74323>. Acesso em: 21 jun. 2025.

OLAVO MARQUEZ, J. **A dor e os seus Aspectos multidimensionais**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n2/a10v63n2.pdf>> Acesso em: 26 out 2024.

OLIVEIRA, M. J. et al. A relação entre dor crônica e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 3, p. 123-130, 2021.

October 2023 - Volume 164 - Issue 10 : **PAIN**. Disponível em: <https://journals.lww.com/pain/fulltext/2023/10000/the_establishment> Acesso em 19 de Jun 2025.

PAULA, A. R. et al. Nível de incapacidade e qualidade de vida em mulheres com dor

Lombar crônica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 8, n. 2, p. 261–266, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497963611010/>. Acesso em: 19 jun. 2025.

PAULINO, L. A. et al. Dor crônica e qualidade de vida em idosos em tempos de pandemia de COVID-19. *Revista*, 2022. Disponível em: **ResearchGate**. Acesso em: 19 jun. 2025.

PAIVA, A. R. de; MENEZES, T. N.; ALMEIDA, M. F. O impacto da dor crônica na saúde mental: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 36, p. 1–10, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/13399>. Acesso em: 19 jun. 2025.

PEREZ, H. et al. NURSING STRATEGIES FOR PALLIATIVE CARE IN TERMINAL PATIENTS WITH CANCER. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 4, p. 541–551, 4 abr. 2024.

PINHEIRO, R. C. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 213–219, set. 2014.

PIMENTA A, C.; TEIXEIRA, M. **Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://bjansba.org/article/5e498bf80aec5119028b48aa/pdf/rba-47-2-177.pdf>>. Disponível em 06 de nov de 2024.

PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. **BRASIL**: 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf> Acesso em: jun de 2025.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, 5 ago. 2020.

RAKSHANI, T. et al. Association of quality of life with marital satisfaction, stress, and anxiety in middle-aged women. **Frontiers in Psychology**, v. 15, 3 set. 2024.

RODRIGUES, A. et al. O impacto da dor crônica na saúde mental. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 6435–6443, 28 mar. 2023.

ROCHA, A. D. X.; ALFIERI, F. M.; SILVA, N. C. DE O. V. E. Prevalence of chronic pain and associated factors in a small town in southern Brazil. **Brazilian Journal Of Pain**, 2021.

ROSA, et al. Armando. Manual de avaliação e tratamento da dor / Mauro Araújo (Org.). – Belém : **EDUEPA**, 2020. 112 p. : il. https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2021/01/manual_dor.pdf Acesso em: junho de 2025.

SANTOS, A. B. et al. Qualidade de vida em pacientes com dor crônica. **Revista**

Brasileira de Terapias Complementares, v. 26, n. 2, p. 150-158, 2020.

SANTOS, Jose Canoa dos. Análise situacional das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas na perspectivas do inventário WHOQOL-BREF Lagarto-SE. 2025. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2025.

SILVA, P. R. et al. O impacto da saúde mental na qualidade de vida. **Revista de Psicologia Clínica**, v. 38, n. 1, p. 67-74, 2024.

SILVA, L. P. et al. Dor crônica, ansiedade e sintomas depressivos em estudantes de enfermagem em tempos de pandemia. **Esc Anna Nery**, v. 26, 2022

SILVA, Camila Meury Albino; MIRANDA, Joelina Da Silva. ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM PARA O MANEJO DA DOR EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS. **Revista Cedigma**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 15–26, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13152755. Disponível em: <https://revistacedigma.cedigma.com.br/index.php/cedigma/article/view/18..> Acesso em: 22 jun. 2025.

SILVA, S. M. C. et al. Impairment of quality of life due to anxiety and depression in patients with chronic pain. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 4, n. 3, 2021.

SOUZA, J. B. et al. Fibromialgia e cefaleia: comorbidades e implicações clínicas. *Revista Dor*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 265–271, 2020.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. DE. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 1, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/wVVtLWT9847X8MNBgtstM8h/?lang=pt> Acesso em: 15 set 2024.

VELLOSO, E. et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Pain**, v. 4, n. 3, p. 230–242, jul./set. 2021

VELASQUEZ, M. et al. Effects of High-Intensity Laser Therapy in Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. **Pain Research and Management**, 2021.

VITORINO, TCT; DUARTE, CHÁ; OLIVEIRA, DBS de; SILVA, EJC da; ALMEIDA, FD de; PINHO, LL; SILVA, MC da; SILVA, MGG; MORAES, MP de; SÁ, PPD de; MARCELLO, TROS de; RIBEIRO, VT; DAMASCENO, VYP Alterações estruturais e funcionais do cérebro em pacientes com neuralgia do trigêmeo. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 5, pág. e73578, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n5-445. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/73578>. Acesso em: 4 nov. 2024.

WILSON, K. G. et al. Prevalence and Correlates of Pain in the Canadian National Palliative Care Survey. **Pain Research and Management**, v. 14, n. 5, p. 365–370,

2009.

ZHANG, L. et al. Electroacupuncture for chronic pain: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Pain Research**, 2023.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE DO EXTREMOS SUL CATARINENSE
QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO
Codinome:
Idade:
Sexo: F(<input type="checkbox"/>) M(<input type="checkbox"/>)
Assinale com um "X" a alternativa que corresponde a sua resposta e descreve se for o caso , o que se encaixa na resposta.
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino técnico completo <input type="checkbox"/> Ensino técnico incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
Estado Civil: Solteiro(<input type="checkbox"/>) Casado(<input type="checkbox"/>) Divorciado(<input type="checkbox"/>) Relacionamento estável(<input type="checkbox"/>) Outros (<input type="checkbox"/>)
Profissão - Trabalho que ocupa:
Hábitos: Tabagismo(<input type="checkbox"/>) Bebida alcoólica(<input type="checkbox"/>) Drogas ilícitas(<input type="checkbox"/>) Outros(<input type="checkbox"/>)
Comorbidades: Diabetes (<input type="checkbox"/>) Hipertensão(<input type="checkbox"/>) Câncer(<input type="checkbox"/>) AVCs(<input type="checkbox"/>) Outros: _____
Dor atual onde se situa? Cabeça(<input type="checkbox"/>) C. Cervical(<input type="checkbox"/>) C. Lombar(<input type="checkbox"/>) Membro superiores(<input type="checkbox"/>) Membros Inferiores (<input type="checkbox"/>) Outros: _____
Tratamentos utilizados para dor? Medicamentoso(<input type="checkbox"/>) Tecnologias (<input type="checkbox"/>) Bloqueios de dor(<input type="checkbox"/>) Cirúrgico (<input type="checkbox"/>) Fisioterapia (<input type="checkbox"/>) Outros: _____

De 0 á 10, qual o número que você dá para sua dor HOJE? _____
(1 a 4 dor leve, 5 a 7 moderada, 8 a 10 dor intensa 10 a pior dor possível)

Se sente triste em decorrência da dor? (S) (N)

Já realizou tratamento para depressão e/ou ansiedade? (S) (N) Qual? _____

Suas atividades diárias são interrompidas ou atrapalhadas pela dor?(S) (N)

ANEXO A - TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE.

Objetivo: Analisar a perspectiva dos pacientes com ansiedade e/ou depressão, relacionadas a dor crônica, sobre a qualidade de vida e o cuidado em saúde.

Período da coleta de dados: 10/03/2025 a 10/05/2025.

Tempo estimado para cada coleta: 15 a 20 minutos.

Local da coleta: Clínica Altavilla - Consultório de Dor Dr. João Henrique Araújo.

Pesquisador/Orientador: Karina Cardoso Gulbis

Telefone: (48) 99984-5223

Pesquisador/Acadêmico: Miriam da Silva Lima

Telefone: (48) 99627-0772

10º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim _____, o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e nos dias em que for necessária minha presença para consultas.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
O estudo acontecerá por meio de coleta de informações, o qual levará em torno de 15 a 20 minutos. Será aplicado algumas perguntas sociodemográficas, perguntas para análise dor, depressão e ansiedade e sobre qualidade de vida.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Assim serão respondidas conforme a auto análise do participante. A coleta das informações acontecerá no período de março a maio de 2025, e assim após analisada conforme o objetivo do estudo.

RISCOS

Perda da confidencialidade dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do paciente.

BENEFÍCIOS

Atenção Personalizada, para melhor compreensão de sintomas;
 Contribuição para o avanço do conhecimento;
 Sentimento de contribuição social;
 Educação e autoconsciência;
 Possível melhora na qualidade de vida.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) MIRIAM DA SILVA LIMA pelo telefone 4899627-0772 e/ou pelo e-mail miriamliimaa@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____- ____	Nome: _____ CPF: _____._____._____- ____

Criciúma (SC), 05 de Novembro de 2025.

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DOR CRÔNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Objetivo: Analisar a perspectiva dos pacientes com ansiedade e/ou depressão, relacionadas a dor crônica, sobre a qualidade de vida e o cuidado em saúde.

Período da coleta de dados: 10/03/2025 a 10/05/2025.

Local da coleta: Clínica Altavilla - Consultório de Dor Dr. João Henrique Araújo.

Pesquisador/Orientador: Karina Cardoso Gulbis

Telefone: (48)99984-5223

Pesquisador/Acadêmico: Miriam da Silva Lima

Telefone: (48)99627-0772

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados com os paciente, em prontuários e base dedados do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Miriam da Silva Lima por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.



Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



Termo de Confidencialidade

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
<p>Orientador(a)</p> <p>Documento assinado digitalmente  KARINA CARDOSO GULBIS Data: 15/02/2025 14:27:15-0300 Verifique em https://validar.jf.gov.br</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Karina Cardoso Gulbis CPF: 994.792.309-68</p>	<p>Pesquisador(a)</p> <p>Documento assinado digitalmente  KARINA CARDOSO GULBIS Data: 15/02/2025 14:30:16-0300 Verifique em https://validar.jf.gov.br</p> <p>Assinatura</p> <p>Nome: Karina Cardoso Gulbis CPF: 994.792.309-68</p>

Criciúma (SC), 05 de Novembro de 2024.

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE DOR MCGILL

QUESTIONÁRIO DE DOR MCGILL: PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Tabela II - Proposta de adaptação do Questionário de dor de McGill para a Língua Portuguesa. São Paulo, 1995
Algumas palavras que eu vou ler descrevem a sua dor atual. Diga-me quais palavras melhor descrevem a sua dor. Não escolha aquelas que não se aplicam. Escolha somente uma palavra de cada grupo. A mais adequada para a descrição de sua dor

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	2-dolorida	2-aporante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atravesa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	18
6-como pancada			1-castigante	1-aperta
2	6	10	2-atormenta	2-adornece
1-pontada	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	3-repuxa
2-choque	2-puxão	2-esticada	4-maldita	4-espreme
3-tiro	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	5-rasga
3	7	4-rachando		19
1-agulhada	1-calor		15	1-fria
2-perfurante	2-queimação	11	1-miserável	2-gelada
3-facada	3-fervente	1-cansativa	2-enlouquecedora	3-congelante
4-punhalada	4-em brasa	2-exaustiva	16	20
5-em lança	8		1-chata	1-aborrecida
4	1-formigamento	12	2-que incomoda	2-dá náusea
1-fina	2-coceira	1-enjoada	3-desgastante	3-agonizante
2-cortante	3-ardor	2-sufocante	4-forte	4-pavorosa
3-estralha	4-ferroada		5-insuportável	5-torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
Total.....	Total.....

Os sub-grupos de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (tração, calor, torção, entre outros); os descritores dos sub-grupos de 11 a 15 são respostas de caráter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas etc.); o sub-grupo 16 é avaliativo (avaliação da experiência global) e os de 17 a 20 são miscelânea

ANEXO D - QUESTIONÁRIO HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



PROGRAMA GERAL
DE SAÚDE E SEGURANÇA
DO TRABALHADOR

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME _____			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE _____			
DATA _____			

Referências:

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370
Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....