

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Mestrado em Psicologia
Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária

**O DOENTE COM DOR CRÓNICA:
ESTUDO DA REPERCUSSÃO
NA ANSIEDADE, NA DEPRESSÃO E NAS
ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa,
pela Licenciada Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues, como
parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, especialização em Psicologia da Saúde e
Intervenção Comunitária, sob a orientação da Professora
Doutora Inês Gomes



PORTO, 2007

DEDICATÓRIA

Aos doentes que generosamente acederem a colaborar no trabalho de campo da presente dissertação, dedico este estudo, o qual sendo feito a pensar neles, é meu desejo sincero que da sua eventual utilidade prática sejam eles os principais beneficiários.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não seria realizável sem a valiosa e imprescindível ajuda de muitas pessoas que amavelmente me deram a sua colaboração no decurso das diversas fases deste trabalho e a quem desejo aqui manifestar o meu mais sincero agradecimento. Devo no entanto fazer uma referência especial:

À Professora Doutora Inês Gomes, orientadora da presente tese, que desde o primeiro momento, a quem para sempre ficarei grata pela incansável disponibilidade, abertura e paciência demonstrada nas diversas fases de apresentação, desenvolvimento e discussão das minhas ideias, assim como pelo seu apoio bibliográfico, e as pertinentes mas amigáveis críticas teóricas e metodológicas que exercia nos textos que fui produzindo, permitindo-me levar a “bom porto” o trabalho que me propusera fazer.

Aos doentes participantes neste trabalho, a quem devo um agradecimento muito especial pela contribuição dada, sem a qual este estudo, obviamente, não seria possível.

Ao Conselho de Administração do Hospital Distrital de Lamego, onde realizámos este trabalho, cuja receptividade, interesse e cooperação foram determinantes para a concretização da presente dissertação.

RESUMO

Sendo um fenómeno complexo e multifacetado, não é de admirar que a dor crónica traga alterações nas actividades pessoais e profissionais e no relacionamento familiar e social de quem a experiencia. Na verdade, ao longo da literatura têm sido descritos problemas biopsicossociais de vária ordem, com consequências evidentes a nível da qualidade de vida, dor, estilos de vida e do bem-estar do doente. Neste quadro, torna-se importante conduzir estudos que contribuam para um maior impacto social da dor crónica, tanto mais que se trata de uma situação clínica relativamente frequente.

Assim o presente trabalho teve como objectivos avaliar o efeito da dor crónica na ansiedade, depressão e actividades de vida diária em doentes com dor crónica, bem como adaptar, para o Português, um instrumento de avaliação da percepção de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor, o Pain Disability Index (PDI), de Tait et al. (1990). Participaram neste estudo um total de 90 doentes oncológicos de ambos os sexos e com idades compreendidas os 33 e os 93 anos. Destes, 44 tinham dor crónica e 46 não tinham dor crónica. Os sujeitos foram avaliados através do Inventário de Ansiedade estado-traço, de Spielberg, do Inventário de Depressão de Beck e do PDI, tendo-se observado níveis significativamente elevados de ansiedade e de depressão e uma maior percepção de incapacidade nas actividades de vida diária nos doentes com dor crónica do que nos doentes sem dor crónica. Foram ainda observadas correlações positivas entre estas três variáveis e entre estas e a intensidade da dor. Estes resultados alertam para a necessidade de se implementarem programas de intervenção psicológica, bem como de prevenção do aparecimento destes problemas e, até, de promoção do bem-estar psicossocial destes doentes e seus familiares. Por último, quanto à adaptação do PDI, o instrumento revelou boas qualidades psicométricas em termos de fidelidade, validade e sensibilidade.

ABSTRACT

As a complex and multidimensional phenomenon, it is not surprising that chronic pain has wide ranging implications for those who experience it; it affects their personal and professional activities and impinges on their familial and social relationships. Indeed, numerous and diverse bio-psychological problems with observable consequences for quality of life, pain, life-style and patient well-being have already been described in the literature. It is important, therefore, to conduct studies that will increase the social visibility of issues to do with chronic pain, particularly since it is a relatively common clinical condition.

Thus, the present study's main objectives were, on the one hand, to evaluate the consequences of chronic pain in relation to anxiety, depression and the everyday life of patients and, on the other, to adapt into the Portuguese context an instrument for assessing the perception of incapacity due to pain in relation to people's everyday-life activities: the Pain Disability Index (PDI) from Tait et al. (1990). In total the study had 90 participants, both male and female cancer patients aged between 33 and 93 years old. Of these, 44 had chronic pain while 46 did not. The participants were evaluated in relation to the State-Trait Anxiety Inventory from Spielberg, the Beck Depression Inventory and through the PDI. One was able to observe higher levels of anxiety and depression and a clearer perception of incapacity in relation to everyday-life routines in patients with chronic pain than patients without. Positive correlations between these three variables were also recorded, as well as between these variables and the intensity of pain. These results indicate the need to implement psychological intervention programmes as well as strategies aimed at stopping these problems from appearing and at promoting the psychosocial well-being of patients and their families. Finally, in relation to the adaptation of the PDI, the instrument proved itself to have good psychometric qualities in terms of reliability, validity and sensitivity.

RÉSUMÉ

Étant un phénomène complexe et varié, ce n'est pas étonnant si la douleur chronique apporte des changements dans les activités personnelles et professionnelles et dans les rapports familiaux et sociaux de tous ceux qui l'éprouvent. En effet, tout au long de la littérature, des problèmes bio-psicosociaux variés sont décrits avec des conséquences évidentes au niveau de la qualité de vie, de la douleur, des styles de vie et du bien-être du malade. À ce niveau-là, il est important d'emmener des études qui contribuent à un plus grand impact social de la douleur chronique, aussi bien qu'il s'agit d'une situation clinique relativement fréquente.

Ainsi, ce travail a eu comme objectif évaluer l'effet de la douleur chronique sur l'anxiété, la dépression et sur les activités de vie quotidienne chez les malades avec de la douleur chronique, et aussi adapter, pour le Portugais, un outil d'évaluation de la perception de l'incapacité dans les activités de vie quotidienne relative à la douleur, le Pain Disability Index (PDI) de Tait et al. (1990). On a participé dans cette étude un total de 90 malades oncologues des deux sexes et âgés entre les 33 et 93 ans. De tous ceux-ci 44 avaient de la douleur chronique et 46 n'avaient pas de douleur chronique. Les individus ont été évalués à travers l'Inventaire d'Anxiété état-trace, de Spielberg, l'Inventaire de Dépression de Beck et de PDI. On a observé des niveaux significativement élevés d'anxiété et de dépression et une plus grande perception d'incapacité dans les activités de vie quotidienne chez les malades sans douleur chronique. On a encore observé des corrélations positives entre ces trois variables et entre celles-ci et l'intensité de la douleur. Ces résultats alertent pour le besoin de créer des programmes d'intervention psychologique, ainsi que de prévention de l'apparition de ces problèmes et, même, de promotion du bien-être psychosocial de ces malades et leurs familles. Finalement, en ce qui concerne l'adaptation du PDI, l'outil a révélé de bonnes qualités psychométriques par rapport à la fidélité, la validité et la sensibilité.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
RÉSUMÉ	vii
INTRODUÇÃO	1

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- DOR CRÓNICA: GENERALIDADES	7
1.1 – CARACTERÍSTICAS DA DOR CRÓNICA	18
2 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR	24
2.1 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA SUA LOCALIZAÇÃO.....	25
2.1.1 – <i>Dor de Origem Periférica</i>	25
2.1.2 – <i>Dor de origem Central</i>	26
2.1.3 – <i>Dor de origem Psicogénica</i>	26
2.2 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA SUA DURAÇÃO	28
2.2.1 – <i>Dor Aguda</i>	28
2.2.2 – <i>Dor Crónica</i>	29
2.3 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DAS TAXIONOMIAS GERAIS ..	30
2.3.1 – <i>Classificação da Associação Internacional para o Estudo da Dor</i>	30
2.3.2 – <i>Classificação da Associação Americana de Psiquiatria</i>	30
2.3.3 – <i>Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde</i> ..	31
3 – MODELOS EXPLICATIVOS DA DOR	32
3.1 – MODELO BIOMÉDICO.....	33
3.2 – ABORDAGEM PSICOLÓGICA.....	36
3.3 – ABORDAGEM BIO-PSICO-SOCIAL.....	40

3.3.1 – <i>Teoria da Porta de Entrada</i>	43
3.3.2 – <i>Modelo Cognitivo-comportamental</i>	46

4 – IMPLICAÇÕES DA DOR CRÓNICA NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	50
4.1 – DOR CRÓNICA E ANSIEDADE.....	52
4.2 – DOR CRÓNICA E DEPRESSÃO.....	58
4.3 – DOR CRÓNICA E ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	63
5 – AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA	67

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

1 – INTRODUÇÃO	76
2 – OBJECTIVOS	77
3 – VARIÁVEIS E HIPÓTESES	78
4 – MÉTODO	82
4.1 – PARTICIPANTES	82
4.2 - MATERIAL	89
4.3 – PROCEDIMENTO	92
5 – RESULTADOS	94
5.1 – QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR.....	94
5.1.1 – <i>Fidelidade</i>	94
5.1.2 – <i>Validade</i>	95
5.1.3 – <i>Sensibilidade</i>	95
5.2 – ESTUDOS DIFERENCIAIS	96
5.2.1 – <i>Ansiedade</i>	96
5.2.2 – <i>Depressão</i>	98
5.2.3 – <i>Actividades de Vida Diária</i>	99

5.3 – ESTUDOS CORRELACIONAIS	101
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
CONCLUSÕES	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
 ANEXOS	
Anexo 1 – Questionário sócio-demográfico e clínico	124
Anexo 2 – Inventário de estado-traço de ansiedade (STAI) de Spielberger.....	127
Anexo 3 – Inventário de depressão de Beck	129
Anexo 4 – Índice de incapacidade relacionada com a dor (PDI).....	132
Anexo 5 – Autorização do autor para a tradução do PDI	134
Anexo 6 – Autorização para a realização do estudo	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensões afectadas em situação de dor crónica	13
Figura 2 – Da dor crónica e suas consequências, à síndrome da dor crónica ..	14
Figura 3 – Factores associados à queixa de dor	24
Figura 4 – Teoria da porta de entrada ou teoria do portão	44
Figura 5 – Modelo de influência das interacções da dor	48
Figura 6 – As dimensões da dor	50
Figura 7 – A natureza multifacetada da dor	52
Figura 8 – Escala visual analógica	68
Figura 9 – Exemplo de preenchimento da escala visual analógica	69
Figura 10 – Escala numérica	69
Figura 11 – Escala qualitativa	69
Figura 12 – Escala de faces	70
Figura 13 – Escada analgésica	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de participantes por tipo de intervenção cirúrgica realizada por grupo	85
Gráfico 2 – Percentagem de participantes por tipo de tratamento pós-cirúrgico realizada por grupo	85
Gráfico 3 – Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por localização física da dor	87
Gráfico 4 – Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por tipo de dor sentida	88
Gráfico 5 – Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por momento mais propício ao aparecimento da dor intermitente	88
Gráfico 6 – Percentagem de sujeitos por níveis de ansiedade-traço e de ansiedade-estado por grupo	97
Gráfico 7 – Percentagem de sujeitos por níveis de depressão e por grupo	99

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos grupos em função do sexo e idade	82
Quadro 2 – Número de participantes e respectiva percentagem por grupos.....	83
Quadro 3 – Médias e desvio-padrões do estado geral da saúde por grupos	84
Quadro 4 – Número de sujeitos do grupo de dor crónica e respectiva percentagem quanto ao início da evolução e à causa da dor crónica	87
Quadro 5 – Correlações item-total e valores de alpha do IIRD	94
Quadro 6 – Estrutura factorial do IIRD após rotação varimax	95
Quadro 7 – Estatística descritiva para cada item e para o total de IIRD	96
Quadro 8 – Médias (e respectivos desvio-padrões), da ansiedade-traço e estado por grupo, e valores do t-test, graus de liberdade e significância	97
Quadro 9 – Médias (e respectivos desvio-padrões), da ansiedade-traço e da ansiedade-estado por sexo para cada grupo e para a amostra total	98
Quadro 10 – Médias (e respectivos desvio-padrões), da depressão e valores do t-test, graus de liberdade e significância	98
Quadro 11 – Médias (e respectivos desvio-padrões), da depressão por sexo para cada grupo e para a amostra total	99
Quadro 12 – Médias do índice de incapacidade relacionada com a dor por grupos, e valores do t-test, graus de liberdade e significância	100
Quadro 13 – Percentagem de sujeitos por índice de incapacidade para cada item do IIRD em função do grupo	100
Quadro 14 – Médias e desvio-padrões, do índice de incapacidade relacionada com a dor por sexo para cada grupo e para a amostra total	101
Quadro 15 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre ansiedade, depressão, índice de incapacidade relacionada com a dor e intensidade de dor percebida	102
Quadro 16 – Coeficiente de determinação (r^2) e respectiva percentagem de variação de uma variável que é determinada pela outra (para as variáveis positivamente correlacionadas	102

INTRODUÇÃO

"A dor é uma verdadeira desgraça, o pior dos males"

John Milton (1608-1674)

A dor é um fenómeno universalmente conhecido, é uma experiência pela qual todos nós já passámos. A dor, quando aguda, pode ser um sinal de alarme importante, isto é, um sintoma de que algo se passa, e, muito embora a sua acção possa ser benéfica, enquanto defensora da integridade da pessoa alertando-a para certas perturbações, a persistência da dor, para além do razoável, é causadora de sofrimento interferindo nas actividades do dia a dia de quem a experiencia.

Na verdade, a dor é uma realidade bastante complexa, na medida em que se trata, por um lado, de um fenómeno multidimensional, que envolve vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais da pessoa e, por outro lado, de um fenómeno subjectivo, já que é descrito unicamente pela pessoa que a sofre, logo, correspondendo simplesmente àquilo que a pessoa que a está a experimentar diz que é (Turk, 1993). Por se tratar de uma experiência subjectiva, a sua intensidade, duração e significado atribuído, são determinados pela pessoa que a está a vivenciar. Ora, a sua presença constante altera o curso da vida diária e altera a relação do indivíduo com os outros e com o mundo, significando, por isso, sofrimento.

Quando a dor é crónica, torna-se em si mesmo uma doença (Mackintosh, 2005), com fortes implicações humanas, psicológicas e sociais. De facto a dor é um dos sintomas que reflecte maior carga negativa a nível biológico e emocional, devendo ser entendida como um fenómeno global e encarada mediante uma perspectiva holística, tendo em conta factores vários como o contexto sócio-cultural do doente, a sua condição biológica e psíquica, experiências anteriores de dor e, até, a sua religião.

A dor crónica é uma doença com carácter insidioso, muitas vezes intemporal, e que pode ter, ou não, lesões subjacentes (Oliveira & Gabbai, 1998). Um facto assumido é que a dor, e sobretudo a dor crónica, provoca no doente desequilíbrios

de humor e alteração das actividades de vida diária, com implicações nas componentes familiar, social e económica.

Durante muito tempo, a dor foi vivida como uma fatalidade e era aceite com resignação. Contudo, actualmente, existem vários meios que permitem diminuir consideravelmente o seu curso. Na verdade, um sistema de saúde de qualidade implica o alívio do sofrimento das pessoas com doença, bem como a garantia da eficácia do tratamento proposto. Portanto, melhorar o controlo da dor apresenta-se como um dos objectivos essenciais das instituições de saúde. No caso específico de Portugal, vários têm sido os contributos que o Ministério da Saúde tem dado ao tratamento da dor crónica: instituiu, em 1999, o Dia Nacional de Luta contra a Dor; aprovou, em 2001, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (onde figuram orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais e a criação de Unidades de Dor); instituiu, em 2003, a Dor como o 5.º sinal vital (registo sistemático da intensidade da Dor e a utilização de escalas).

O controlo eficaz da dor passa a ser, então, um dever dos profissionais de saúde e, sobretudo, um direito dos doentes que dela padecem, observando-se, deste modo, um passo decisivo para a tão falada humanização dos serviços de saúde. Cada vez mais a dor deixa de ser encarada como uma dor imaginária, passando a ser entendida como algo real, ainda que em algumas situações possa parecer desproporcionada em relação à lesão causal (se for o caso), ou possa melhorar com a administração de um placebo ou com uma intervenção psicológica. Para além disto, o grau de dependência dos doentes depende do grau de dor sentida, ou seja, quanto menor for a dor, maior é a sua autonomia e a vontade de viver.

De facto, quando a dor não é ou não está controlada, os doentes vivem centrados nessa dor. A sua presença constante impede-os de desviarem a sua atenção para outras actividades, porque como ela está sempre presente não existe outro ponto de interesse. A dor passa a fazer parte integrante da vida dos doentes, sendo capaz de dominar tanto o corpo como a mente, de afectar quer o trabalho quer o descanso e de desorganizar as suas actividades de vida diária, influenciando, directa ou indirectamente, a sua qualidade de vida.

Pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, a dor pode ser considerada um verdadeiro problema de saúde pública. Por conseguinte, tendo em consideração a promoção da qualidade de vida e da humanização dos cuidados, torna-se fundamental a existência de uma actuação planeada e organizada para a debelar, que deverá ser da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar centrada na pessoa, na sua história de vida, nas suas expectativas e nos seus desejos, capaz de lhe prestar cuidados personalizados. Para além disso, torna-se igualmente importante conduzir estudos que contribuam para um conhecimento mais aprofundado da dor crónica e das suas repercussões biopsicossociais, no sentido de permitir não só a implementação de programas de intervenção e de prevenção mais eficazes mas também de programas de promoção da qualidade de vida destes doentes.

É neste contexto que surge o presente estudo, que pretende ser um contributo para uma maior compreensão dos efeitos psicossociais da dor crónica em doentes oncológicos. A opção pelo estudo do impacto da dor crónica na doença oncológica deve-se, desde logo, à sua gravidade e às elevadas taxas de incidência e de mortalidade que lhe está associada (PAIN, 2004). No caso do contexto português apesar de não se conhecerem dados reais sobre a sua incidência e mortalidade, a doença oncológica constitui uma causa fundamental de morbilidade e mortalidade, estimando-se, de acordo com PAIN (2004), que:

- o risco que os portugueses têm de vir a desenvolver um cancro durante a vida é de 50% e de vir a morrer de cancro é de 25%;
- 40 a 45 mil novos casos de cancro são diagnosticados por ano, observando-se um ligeiro predomínio nos homens;
- os vários tipos de cancro são mais frequentes à medida que as populações vão envelhecendo;
- no homem os cancros mais frequentes são os do cólon e recto, da próstata, do pulmão e do estômago; já na mulher os mais frequentes são os da mama, do cólon e recto, do estômago e do útero;
- a maior diferença entre Portugal e os países da restante União Europeia prende-se com a incidência de cancro do estômago significativamente mais elevada nos doentes portugueses (de ambos os sexos);

- a mortalidade por cancro, segunda causa de morte, continua a aumentar mais de 6% ao ano em Portugal, o que nos torna no País da União Europeia em pior situação; a mortalidade é mais elevada no homem do que na mulher, sendo os cancros do pulmão, cólon, recto e estômago, os mais mortais.

Ora, na doença oncológica a dor constitui um dos sintomas com maior prevalência, observando-se a ocorrência de dor moderada ou intensa em 30 a 50% dos casos aquando do diagnóstico e o aparecimento do síndrome doloroso com a progressão da doença em cerca de 60 a 100% dos doentes (Harstall & Ospina, 2003; Miaskowski, 2005; PAIN, 2004; Pimenta, Mota & Cruz, 2006). De salientar que na maioria dos doentes a dor tem mais de uma origem e nem todas as dores podem ser atribuídas directa ou exclusivamente ao cancro, podendo igualmente advir do seu tratamento, da debilidade do doente ou de outras doenças concomitantes (ibidem).

Para além da elevada taxa de prevalência, a dor no doente oncológico tem algumas características e especificidades que a diferenciam das restantes: segundo Pimenta e colaboradores (2006) é frequente que a dor “seja de intensidade significativa, diária e quando não é contínua dura várias horas por dia, causa vários desconfortos, quer de ordem física, psíquica e social” (p. 124). Por conseguinte, torna-se pertinente conduzir estudos que analisem e avaliem as consequências da dor crónica na doença oncológica, a nível da ansiedade, da depressão e das actividades de vida diária, tanto mais que se trata de uma área para a qual encontramos poucas investigações principalmente no que se refere ao contexto português (para uma excepção, cf., Observatório Nacional de Saúde, ONSA, 2003).

Para além deste objectivo, pretende-se igualmente contribuir para a adaptação para o português de um instrumento de avaliação da percepção do impacto da dor no quotidiano das pessoas com dor crónica: o Índice de Incapacidade relacionada com a dor (*Pain Disability Index*, PDI, no original), de Tait, Chibnall & Krause, (1990). Este último objectivo deve-se ao facto de se desconhecerem instrumentos construídos e/ou adaptados para o contexto nacional.

Assim, este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira – de enquadramento teórico – versa sobre a dor crónica onde se apresenta a sua definição, as suas principais características, a sua classificação em função da duração e da localização bem como os vários modelos explicativos da dor crónica, as implicações da dor crónica na ansiedade, depressão e actividades de vida diária, onde se destacam os estudos realizados com doentes oncológicos. Ainda são abordadas questões essenciais a nível da avaliação e tratamento da dor crónica. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico realizado, onde se caracterizam os participantes, o material utilizado e o procedimento adoptado e se apresentam os principais resultados encontrados e respectiva discussão.

Por fim apresenta-se uma conclusão geral do presente trabalho, salientando-se as principais implicações práticas dos resultados observados e referindo-se algumas pistas para futuros estudos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - DOR CRÓNICA: GENERALIDADES

A dor é um fenómeno complexo, subjectivo, que remete para várias dimensões, como é o caso da intensidade, da qualidade, do tempo de duração, do impacto e do significado pessoal. Tratando-se de um fenómeno exclusivamente experienciado por quem a tem, só pode ser avaliado indirectamente: como diz Turk (1993), a dor é uma experiência subjectiva e não existe forma de a quantificar objectivamente. Por conseguinte, a avaliação e a determinação da dor de um doente, depende da sua comunicação verbal, do seu comportamento, e do impacto que esta exerce na sua vida diária.

A dor é um sintoma conhecido desde há muito tempo, até porque o seu início se perde no tempo. No entanto, a sua concepção foi mudando ao longo do tempo. Em tempo idos, praticamente no seu início, a dor era atribuída a uma causa exógena (feridas e traumatismos) e adquiria conotações mágicas (acreditava-se que era devida a espíritos malignos ou era consequência de um castigo divino pelos pecados cometidos). Mais tarde, descobriu-se a importância do sistema nervoso na transmissão da dor, estabelecendo-se a partir de então a base para o estudo da sua neurofisiologia.

Apareceram duas novas teorias sobre a dor (Cabral, 1993; Ogden, 2004):

- em 1895, a teoria da especificidade da dor de Von Frey;
- em 1920, a teoria do padrão ou intensidade de Goldscheir.

Ambas as teorias se baseavam no modelo biomédico linear, que propunha que todas as alterações físicas cujas consequências fossem a dor, aconteciam como resultado de uma afecção orgânica do corpo. No entanto, stas teorias perderam importância a partir das seguintes descobertas (Loeser, 2001; Ogden, 2004):

1) as observações realizadas por Beecher em 1959, sobre o comportamento dos soldados feridos durante a Segunda Guerra Mundial, os quais apresentavam escassos pedidos de analgésicos, em comparação com doentes no pós-operatório em hospitais civis. Beecher concluiu que estas diferenças de comportamento eram devidas a algo mais do que o efeito nociceptivo e considerou que factores

psicológicos ou simplesmente factores contextuais influenciaram a experiência da dor;

2) a descoberta que a dor tem múltiplas vias de expressão, e não somente através do sistema nervoso central, mas também os sistemas simpático e parassimpático que influenciam o sistema límbico no controle das emoções;

3) a descoberta dos mecanismos endógenos de analgesia, quer a nível central como bioquímico: os péptidos opiáceos endógenos;

4) o facto de que doentes com dores aparentemente idênticas, respondiam de modo diferente para os mesmos tratamentos.

Passou-se então a questionar, com base nas evidências anteriores, a linearidade da experiência dolorosa, criando-se a necessidade de formular modelos explicativos mais completos (Besson, 1999). Uma resposta a tal necessidade surgiu com a criação do modelo multidimensional, que passou a conceber a dor como um fenómeno complexo multidimensional e mediatizado pela interacção de factores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A teoria da porta de entrada ou teoria do portão (*gate control*, no original), proposta por Melzack e Wall, em 1965, enquadra-se dentro deste modelo multidimensional (Bendelow & Williams, 1995). Esta teoria, como veremos mais à frente, postula a existência de um mecanismo de modulação da dor localizado na zona dorsal da medula (área gelatinosa) que actua como porta, uma vez que ou impede ou deixa passar os impulsos nervosos que provêm dos nociceptores periféricos para os centros superiores. Esta actividade depende das fibras ascendentes, do córtex cerebral e da formação reticular. Com a teoria da porta de entrada estabelece-se o carácter perceptivo da dor e rompe-se com a ideia estabelecida do modelo biomédico que postulava que a dor estava directamente relacionada com a quantidade de dano tecidual e que, portanto, o tratamento era exclusivamente orientado para uma abordagem médica.

John Bonica (1917-1994) deu importantes contribuições para o tratamento da dor. Este autor criou a primeira clínica da dor onde eram realizadas intervenções multidisciplinares (com cirurgiões, psiquiatras, ortopedistas, etc.). Estas clínicas da

dor, foram um dos primeiros passos para o reconhecimento de que a dor era uma experiência complexa e polivalente.

Bonica publicou, em 1953, o livro *Gestão da Dor (The Management of Pain)*, no qual se sustentam as bases do tratamento actual da dor (a chamada algologia moderna e onde é feita a distinção entre dor crónica e aguda, como também a necessidade da existência de equipas multidisciplinares no tratamento da dor) e organizou, vinte anos mais tarde, o primeiro Simpósio Internacional da Dor. Como corolário da realização deste simpósio fundou-se, em 1974, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP- *International Association for the Study of Pain*) e a revista *Pain*.

Em finais da década de 70 do século XX, a Associação Internacional para o Estudo da Dor definiu dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita pelas manifestações próprias de tal lesão... e é sempre uma experiência subjectiva" (IASP, 1979). Esta definição contém implicações importantes na concepção da dor, uma vez que é considerada como algo subjectivo, apresenta-se como uma experiência complexa, tem de ser dada muita importância às informações verbais dos doentes para a definição do quadro clínico, além de que considera a associação entre a experiência sensorial e os estados afectivos (Coniam & Diamond, 1997; Diamond & Coniam, 1999).

Por sua vez, em 1993, criou-se na Europa a *EFIC (European Federation of IASP Chapters)*, uma organização profissional multidisciplinar no campo de ciência da dor e medicina, formada pelos 28 membros europeus da IASP, representando cerca de 15.000 cientistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais de saúde, que na Europa estudam a dor e o seu tratamento. Os objectivos definidos por esta federação foram os de promover a investigação, a educação e a prática clínica relacionada com a dor. Um dos contributos desta organização foi a declaração, em 2001, de como a dor é um importante problema de saúde e deve ser tratada como uma entidade clínica independente (EFIC, 2001a).

Outros acontecimentos importantes, e neste caso em Portugal, foi a criação da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), aliás esta associação é o representante de Portugal junto da EFIC, e que tem como objectivos fundamentais: a promoção e organização de reuniões científicas e de formação de profissionais na área da dor; o apoio à realização de estudos científicos no âmbito da dor; a manutenção de contactos com as Sociedades científicas homólogas internacionais e a publicação trimestral da revista Dor.

Também o Ministério da Saúde Português deu alguns contributos importantes na área da dor, já referidos anteriormente. Na verdade, Portugal é um dos poucos países da Europa, que celebra o Dia Nacional de Luta contra a Dor, o qual foi instituído pelo despacho nº 10324/99 de 30 de Abril. Em 26 de Março de 2001, o Ministério da Saúde, aprova o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, onde se define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, bem como orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais na abordagem da dor (Direcção Geral da Saúde, 2001), e tem como objectivo principal dotar, até 2007, 75% dos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, com Unidades de Dor vocacionadas para o tratamento da dor aguda ou crónica. Outro contributo importante por parte do Ministério da Saúde foi quando em 2003, instituiu, através da Circular N ° 09/DGCG, a Dor como o 5 ° sinal vital (Direcção Geral da Saúde, 2003), onde se considera como norma de boa prática: o registo sistemático da intensidade da Dor e a utilização de escalas validadas internacionalmente para efectuar esse registo.

Por seu lado, também uma empresa farmacêutica - Fundação Grünenthal, que é uma entidade privada sem fins lucrativos, que tem como finalidade a promoção e apoio de actividades no mundo das Ciências e da Saúde, especialmente as relacionadas com a Dor e a Medicina Paliativa, tem dado contributos importantes nesta área da dor, sobretudo porque sob a égide da European P.A.I.N. (*Pain Associates' International Network*) encontra-se a desenvolver projectos que fornecem apoio directo aos doentes, médicos e outros profissionais de saúde, com o intuito de identificar, desenvolver e implementar conceitos práticos e orientados na prática para a melhoria contínua da qualidade do controlo da dor em toda a Europa. A primeira iniciativa do pain-initiative realizou-se em Janeiro de 2002 em Berlim, que

teve como resultado final o documento - Consensus de Berlim - Melhoria qualitativa no Tratamento da Dor (PAIN, 2002)

O primeiro P.A.I.N. workshop em Portugal, teve lugar no Funchal, Madeira, de 28 a 30 de Maio de 2004, onde foi produzido o documento - Consenso do Funchal - Dor Oncológica. Este workshop pretendeu reflectir e ponderar sobre os problemas actualmente relacionados com as barreiras ao controlo da dor oncológica em Portugal, avançar com propostas de solução aplicáveis na prática e contribuir para melhorar o tratamento da dor oncológica, aumentando a satisfação do doente e dos profissionais de saúde (PAIN, 2004). As barreiras identificadas, neste workshop, ao adequado tratamento da Dor Oncológica em Portugal foram as seguintes:

- mitos (dor, doença, tratamento, fármacos),
- falta de acessibilidade (aos prestadores e à medicação),
- falta de formação profissional (pré e pós-graduada) e falta de informação (doente e comunidade),
- défice de comunicação (entre as estruturas, os profissionais, e com os doentes),
- estrangimentos estruturais (e.g., escassez de recursos humanos e económicos).

De facto, a falta de formação profissional pré-graduada e a escassez da formação pós-graduada a juntar à quase completa ausência de informação do doente e familiares, apresenta-se como a barreira central que tem sustentado o défice de comunicação e alimentado alguns mitos. Contudo, nos últimos anos, tem havido em Portugal um esforço significativo para que o tema da Dor seja incluído nos currículos das licenciaturas da área da saúde. Existe no entanto em Portugal, uma barreira que não existe nos países da Comunidade Europeia, aquela que o grupo de trabalho denominou como falta de acessibilidade e que tem a ver com o facto de na maioria dos países comunitários os medicamentos para a doença crónica, onde se inclui a doença e a dor oncológica serem 100% comparticipados pelo Estado (incluem-se os analgésicos opióides), enquanto que em Portugal, e à luz da legislação vigente, o doente de ambulatório tem que suportar um encargo financeiro de, pelo menos, 45% da sua medicação anti-álgica (ibidem).

De todas as características de doença, a dor é provavelmente a mais comum. Trata-se de um fenómeno individual peculiar que, dada a sua natureza subjectiva, se

apresenta difícil de medir e apenas as pessoas que a sofrem podem comunicar a percepção da sua presença e intensidade (Roper, Logan & Tierney, 1995). É claro que o homem sofre a sua história, em todo o seu ser. De acordo com Metzger, Muller, Schwetta e Walter (2002) “ não existe dor sem ruptura da relação normal com o mundo e por isso qualquer dor implica repercussões morais, logo sofrimento, até porque a dor não abate apenas o corpo, abate a pessoa, quebra a evidência da sua relação com o mundo, altera o curso de vida diária e altera a relação com os outros” (p. 132).

A maior parte dos indivíduos que já sentiu dor, encara-a como uma sensação desagradável, como algo que tem de ser evitado tanto quanto possível. No entanto, em algumas circunstâncias a dor pode constituir-se num mecanismo de protecção e de defesa, num sinal de alerta, funcionando como resposta do corpo aos vários agentes de agressão. Os indivíduos que não têm a capacidade de sentir dor encontram-se em constante perigo de serem, por exemplo, acidentalmente queimados ou de sofrerem cortes, na medida em que não reconhecem o factor precipitante. Na verdade, a percepção da dor varia de indivíduo para indivíduo, na medida em que se encontra relacionada com a interpretação individual que cada um faz dos sinais recebidos pelo cérebro. Exemplificando, ao serem administradas duas injeções a duas pessoas, uma pode dizer que foi um sofrimento horrível, enquanto a outra mal a sente. Para além desta variabilidade inter-individual, a percepção da dor pode igualmente variar no mesmo indivíduo em circunstâncias diferentes. Por exemplo, a influência da sugestão sobre a intensidade da dor é cada vez mais reconhecida, como é o caso do efeito “placebo” (Roper et al., 1995).

Tal como a percepção da dor, a reacção à dor é igualmente muito individual. No caso da dor aguda, uma dor fugaz com uma duração claramente inferior a 6 meses, apesar das diferenças individuais é possível identificar um conjunto de manifestações fisiológicas que podem ser observadas em praticamente todas as pessoas: é o caso do pulso que fica mais rápido, da tensão arterial que aumenta, da frequência respiratória que acelera, dos músculos que se contraem, da pele que fica pálida e com suores frios. Já a reacção à dor crónica é diferente. Enquanto que a dor aguda se caracteriza por um padrão bem definido de início, que associa sintomas subjectivos e sinais físicos objectivos, a dor crónica tem um início insidioso,

com falta de sinais objectivos, cuja duração é igual ou superior a 6 meses. Normalmente aqueles que a sentem não conseguem descrever objectivamente a sua percepção de dor. Ora, no quadro de uma patologia crónica, como a dor o pode ser, a noção de perturbação do equilíbrio do indivíduo é extremamente importante. De facto, na dor crónica deixa de se poder falar de uma doença localizada, para se passar a considerar todo um organismo que sofre e que necessita de constantes (re)adaptações: como nos dizem Metzger e colaboradores (2002), a dor crónica “perturba completamente a vida do doente e abala profundamente e violentamente o seu equilíbrio psíquico, afectivo e as suas actividades de vida diária” (p. 192).

Na verdade, ao contrário da doença aguda, que é frequentemente tratável e curável, logo, temporária, ter uma doença crónica, como a dor, significa que a pessoa tem de continuar a viver com a sua doença, o que pode conduzir ao aparecimento de problemas como a restrição e o isolamento social, a desvalorização de si próprio e o tornar-se uma sobrecarga para os outros (Paul & Fonseca, 2001). Por conseguinte, e como se pode ver na Figura 1, a dor crónica traz implicações a 4 níveis: a nível físico, psicológico, espiritual e familiar-profissional-social (Seymour & Paz, 2004).

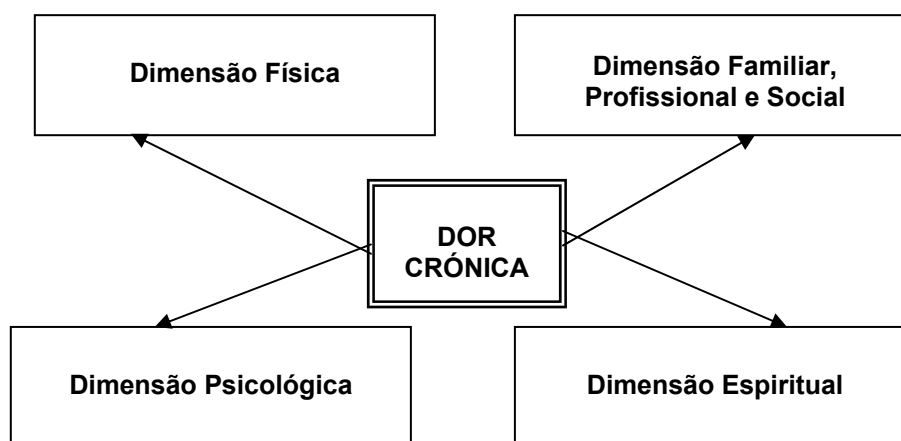


Figura 1. Dimensões afectadas em situação de dor crónica (adaptado de Seymour & Paz, 2004, p. 279).

Com efeito, a dor crónica pode ter consequências devastadoras para o indivíduo. O ter uma doença crónica, implica, desde logo, consequências instrumentais (Paul & Fonseca, 2001) “facilmente mensuráveis, por exemplo, em termos funcionais, uma vez que podem ser contabilizadas as tarefas que deixam de ser realizadas pelo próprio, fazendo com que, ao sofrimento psicológico e físico, se

juntem dificuldades materiais que diminuem a qualidade de vida pessoal e familiar” (p. 103). Para além disso, e de um ponto de vista psicossocial, as pessoas com dor crónica podem apresentar, como referimos anteriormente, perturbações emocionais como a depressão e a ansiedade, o que, inevitavelmente, se vai repercutir na própria percepção da dor (Pais Ribeiro, 2005).

De facto, apesar de clinicamente a dor crónica ser distinta da dor aguda, é igualmente uma entidade patológica autónoma que provoca consequências físicas, psicológicas e sociais que lhe são próprias (Pearce & McDonald, 2001, citado por Dias & Brito, 2002). Deste modo, é frequente observar-se alterações significativas no estilo de vida, nas actividades de vida diária e no relacionamento social dos indivíduos com dor crónica (ibidem). Ora, considerando o impacto que a síndrome da dor crónica tem sobre os indivíduos (Schofield, 2005), nomeadamente a nível das actividades do dia a dia, do trabalho, dos passatempos (*hobbies*, actividades de lazer), do estatuto social, da mobilidade e do prazer, em geral, é aceitável que possam existir sentimentos de algum desamparo e até mesmo de falta de esperança, tendo em conta o plano de vida futuro que a pessoa projectou e deseja (cf. Figura 2). Em alguns casos, pode igualmente observar-se sentimentos de cólera e de hostilidade (Dworkin et al., 2005).

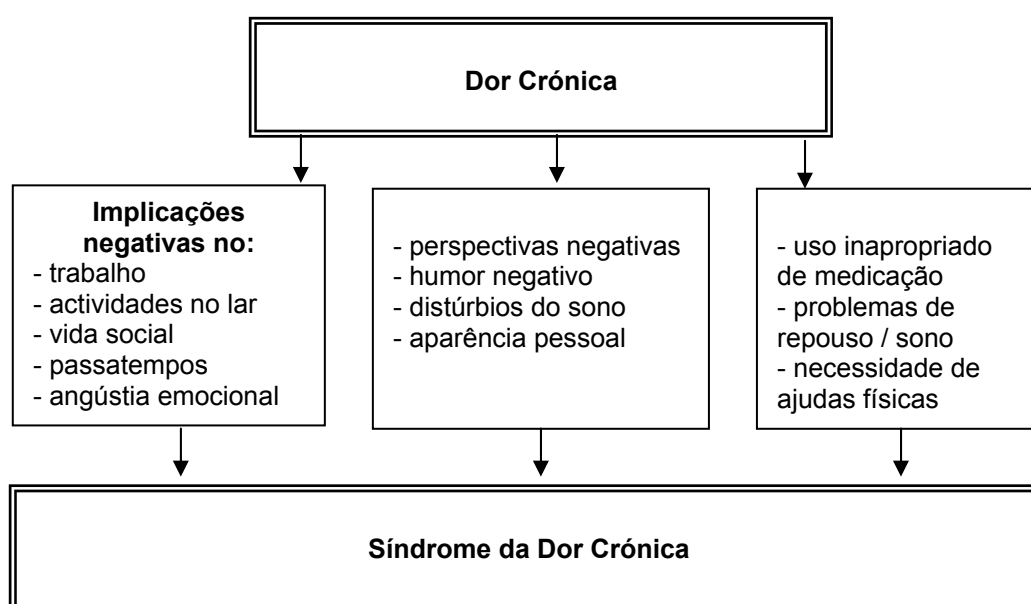


Figura 2. Da dor crónica, e suas consequências, à síndrome da dor crónica (adaptado de Schofield, 2005, p. 22).

A dor como fenómeno universal é ao mesmo tempo tão íntimo e vulgar na existência de cada indivíduo, que não constitui dificuldade alguma admiti-lo como algo que todos afirmam conhecer muito bem. As investigações realizadas demonstram que a dor é um fenómeno complexo e que tem de ser analisado numa perspectiva biopsicosocial (McCracken, 1998), além de que a dor crónica está presente em 25 a 30% da população dos países industrializados (Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbi & Bensing, 1998).

Cerca de 1 em cada 10 pessoas sofre de dor crónica, cuja intensidade obriga à procura de cuidados específicos (Direcção Geral da Saúde, 2001). De acordo com a declaração da EFIC (Federação Europeia dos Capítulos da Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP), a dor crónica é uma situação clínica generalizada e comum na União Europeia. Os estudos realizados em determinadas comunidades mostram de que 50% dos adultos sofrem em qualquer altura de um ou de mais de um tipo de dor (PAIN, 2002). A ocorrência das situações de dor aumenta nas pessoas mais idosas. Em países desenvolvidos, a dor crónica atinge 20% da população adulta, principalmente as mulheres e os idosos, sendo que em cerca de 1 a 2% a dor resulta de neoplasias e em cerca de 30 a 40% a dor é de origem músculo-esquelética (Bond & Breivik, 2004).

Regra geral, a prevalência da dor é mais elevada nas mulheres do que nos homens (Blyth et al., 2001; Buskila, Abramov, Biton & Neumann, 2000; Catala et al., 2002;), embora seja difícil determinar se essa diferença é originada por factores biológicos ou psicológicos, dada a natureza multicausal da experiência da dor (Fillingim, 2000; Hoffman & Tarzian, 2001). É o caso da Espanha, em que a prevalência da dor aguda nas mulheres é de 37.6% e nos homens 20.9%. É preciso também considerar a multidimensionalidade de alguns tipos de dor. Por exemplo, num estudo levado a cabo na Suécia, os resultados indicam que a dor de origem lombar é muito comum na faixa etária entre os 35-45 anos quer para os homens, quer para as mulheres e que para um quarto destas pessoas, a dor provoca limitações nas actividades de vida diária (Linton, Hellsing & Hallden, 1998).

Em Portugal, só se conhece um estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) em 2003, que foi realizado para melhorar o conhecimento sobre a frequência, a distribuição e algumas consequências das principais formas de dor, na população portuguesa. Os dados foram recolhidos por entrevista telefónica junto de 1414 indivíduos. Os resultados mostraram que (Observatório Nacional de Saúde, 2003):

- nos últimos 7 dias anteriores à entrevista, 73.7% dos inquiridos manifestaram ocorrência de dor e que 49.6% manifestaram ter sentido mais de um tipo de dor nesses sete dias;
- as dores lombares (51.3%), as dores nos ossos e articulações (45.2%) e as dores de cabeça (34.7%) foram as mais referidas;
- este estudo mostrou, também, a multidimensionalidade de alguns tipos de dor. A dor de cabeça está simultaneamente associada ao sexo, à idade, ao nível de escolaridade e à Região. Verificou-se, para esta dor, que as mulheres apresentam um risco de dor 4 vezes superior ao dos homens, que os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos têm um risco 3 vezes superior ao dos indivíduos com 75 anos ou mais, que os indivíduos com menor grau de escolaridade mostraram riscos superiores de ter dor de cabeça e que os indivíduos residentes na Região Norte apresentam um risco superior de dor de cabeça relativamente às outras regiões;
- nos 7 dias anteriores à entrevista, o número médio de dias com dor, na sua globalidade, foi de 4.7 dias para as mulheres e de 2.8 dias para os homens;
- nos últimos sete dias anteriores à entrevista, o número médio de dias que os respondentes deixaram de fazer o que faziam habitualmente e faltaram ao trabalho por motivos de dor foi 0.8 dias e 0.2 dias respectivamente;
- observou-se também, que no último ano foram sujeitos a uma intervenção cirúrgica 8.6% dos indivíduos. Destes, 56.2% teve dores após a cirurgia sendo fortes ou muito fortes 48.5% destas dores.

Entretanto, em Junho de 2005, e perante a evidência da dificuldade em efectuar estimativas para a prevalência da dor crónica em Portugal, o Professor Doutor José Castro Lopes (Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), anunciou a realização do primeiro estudo a nível nacional sobre a incidência da dor crónica, e isto apesar de já existirem unidades de dor em 53 hospitais do país. O

estudo irá ser realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, e com o apoio de dois laboratórios (Grünenthal e Janssen-Cilag). O trabalho deverá estar concluído dentro de dois anos (Lopes, 2005^a).

É um facto assumido que a dor provoca muitas vezes e em diferentes circunstâncias, condicionalismos nas actividades de vida diária. Deste modo, a dor reflecte-se em níveis de menor ou maior incapacidade de lidar com as actividades regulares de trabalho (Catala et al., 2002; Bassols, Bosch & Banos, 2002), no desenvolvimento de actividades pessoais, domésticas ou sociais.

A perda de capacidade funcional é também referida, afectando cerca de 13% dos indivíduos com dor (Blyth et al., 2001), a perda de dias de trabalho verifica-se em 10.2%, a total incapacidade para o trabalho em 3.3% (Bassols, Bosch, Campillo, Canellas & Banos, 1999) e a interferência nas actividades sociais dos indivíduos com dor está próxima dos 25%. A dor crónica, tem assim, implicações graves na sociedade uma vez que acarreta custos elevados (EFIC, 2001 b), senão vejamos:

- na Dinamarca, aproximadamente 38% da população sofre de dor crónica;
- na Irlanda, em 1995, uma população de 95 doentes do foro oncológico com dor crónica tinha custado 1,9 milhões de libras ao estado;
- na Suécia, 45% de todos os adultos tinham já tido episódios de dor persistente e 8% de dor crónica;
- num estudo ocorrido com os doentes de um centro de dor dinamarquês, a intensidade da dor foi 7 num total de 10 pontos; a qualidade de vida dos doentes estava seriamente reduzida; 58% tiveram depressão ou revelaram ansiedade; 63% dos doentes tinham dor neuropática e 73% destes estavam a tomar opiáceos;
- no Reino Unido, a dor crónica e as lombalgias, custam por ano cerca de 9 milhões de euros;
- na Holanda, as doenças musculo-esqueléticas foram a quinta categoria das doenças mais caras e o maior factor de absentismo;
- a dor crónica está presente em 50% dos doentes com tumores (em todas as fases) e em 75% dos doentes com neoplasias avançadas;
- num estudo recente na Finlândia junto de 5646 doentes que ocorreram aos cuidados de saúde primários, foi verificado que 40% dos doentes identificaram a dor como a principal razão da ida;

- em Portugal e segundo o presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) e de entre as razões referidas da condição de dor, as lombalgias surgem como as mais frequentes e devem custar ao País quase dois biliões de euros anualmente, a maioria dos quais em custos indirectos resultantes da perda de produtividade, absentismo ou assistência social (Lopes, 2005b).

O impacto da dor crónica não deve ser analisado unicamente do ponto de vista económico, uma vez que é um factor que tem muita influência na qualidade de vida de milhões de pessoas, assim como também se repercute nas suas famílias. Sem o tratamento adequado as pessoas com dor crónica, têm de faltar muitas vezes ao trabalho e não podem frequentemente realizar as actividades de vida diária. (EFIC, 2001^b). A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam (Direcção Geral da Saúde, 2001). Objectivamente, não temos meios de confirmação da dor que um indivíduo nos refere. Quando muito, poderemos inferir a hipótese de dor quando uma agressão, ou lesão tecidual, é óbvia. A dor é, portanto, um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida, porque como diz a Direcção Geral da Saúde (2001): é “o **dói** e o **por que dói**, condição indispensável para a idealização de uma correcta caracterização clínica e de uma adequada estratégia terapêutica” (p. 5).

O problema da dor está claro. A dor, no mundo, é um aspecto principal de saúde pública. A abertura cada vez maior entre um conhecimento crescentemente sofisticado acerca dos mecanismos de produção da dor e do seu tratamento, veio implicar que a promoção do alívio da dor seja um direito humano fundamental (Brennan & Cousins, 2004). Apresenta-se, a seguir, as características da dor crónica, a sua classificação em função da localização e da duração e os vários modelos explicativos da dor crónica.

1. 1 - CARACTERÍSTICAS DA DOR CRÓNICA

Uma dor é considerada crónica sempre que a sua duração seja igual ou superior a 6 meses. As queixas dolorosas podem ocorrer em qualquer parte do

corpo (Direcção Geral da Saúde, 2001). Define-se a dor aguda como sendo um processo fugaz e auto-limitante. A dor crónica, pelo contrário, persiste ou recorre durante um período de tempo mais prolongado (PAIN, 2002), sendo geralmente acompanhada por um conjunto complexo de alterações somáticas e psicossociais, que constituem uma parte integrante do problema da dor crónica e intensificam consideravelmente o sofrimento do doente. Essas alterações incluem:

- Imobilização e, por conseguinte, o enfraquecimento dos músculos e das articulações;
- Distúrbios do sono;
- Falta de apetite;
- Dependência medicamentosa;
- Dependência da família e de profissionais da saúde;
- Menor rendimento no trabalho ou incapacidade de realizar certas actividades;
- Isolamento do meio social;
- Ansiedade e depressão.

As pessoas com dor crónica podem apresentar perturbações emocionais como a depressão e ansiedade, sendo que os processos psicológicos influenciam a percepção da dor (Pais Ribeiro, 2005), apesar de clinicamente a dor crónica ser distinta da dor aguda, é igualmente uma entidade patológica autónoma que provoca consequências físicas, psicológicas e sociais que lhe são próprias (Pearce & McDonald, 2001 citado por Dias & Brito, 2002). A dor crónica acarreta frequentemente alterações significativas no estilo de vida, nas actividades de vida diária e no relacionamento social (ibidem).

A dor aguda ocorre com prevalência semelhante nos diferentes grupos etários, enquanto que a prevalência da dor crónica aumenta com a idade, aumentando também a relação entre dor e depressão, além de ser referido o aumento da ansiedade, existindo, também, casos de pessoas com dor crónica, com sentimentos de cólera e hostilidade (Dworkin et al., 2005). As alterações do sono são muito frequentes nos doentes com dor crónica, uma vez que estes referem dormir menos, não conseguem conciliar o sono e despertam constantemente durante a noite. Nestes doentes, as alterações do sono estão relacionadas com depressão, hostilidade, fadiga e ansiedade (ibidem).

A forma de comunicação da dor dependerá de alguns factores, tais como: a idade do doente, sexo, estrutura de personalidade, funções cognitivas, história pessoal, contexto sócio-familiar e de dor, estado afectivo e condições psico-orgânicas do momento. Acredita-se que a comunicação da dor dependerá ainda, directamente, da qualidade do ouvinte, da disponibilidade real e sincera de escuta e da comunicação inequívoca, pelo ouvinte ao doente.

Para medir a presença e a severidade da dor, é preciso considerar o auto-relato, as observações clássicas, e também outras variáveis como a depressão, a ansiedade, o significado da dor para o doente, o seu suporte familiar e os receios quanto a um aumento da intensidade da sua dor (Cleeland, 1984). Como nenhum parâmetro isolado pode ser fidedigno, actualmente procura-se fazer uma mensuração combinada da dor do doente, considerando-se o auto-relato; a percepção e comunicação da dor pelo doente; crenças, fantasias e expectativas (do doente, dos seus familiares e da equipe de saúde) relacionadas com a dor; a história pessoal; o contexto sócio-familiar; as alterações afectivas, sociais, familiares e comportamentais; o relato da família; o comportamento e a história de dor; a postura corporal; a expressão facial; os sinais fisiológicos e as escalas específicas para avaliação da dor.

É claro que algumas dores crónicas são mais dificilmente controláveis em determinado doente, tornando-se necessário que ele tenha que conviver com ela, em algum nível, e com as limitações por ela trazidas. Uma maior aceitação da sua dor, leva o doente a conhecê-la e controlá-la melhor, esforçando-se por ter uma vida satisfatória apesar da dor, o que implica menor ansiedade, menos sintomas depressivos e menos incapacidade física e psicossocial (McCracken, 1998).

A experiência da dor crónica acarreta sempre consigo vários problemas, tanto para o doente, quer para os seus familiares e amigos e também para a equipe de saúde que o trata. Sabe-se que o sistema familiar funciona de acordo com padrões e regras próprios, e que quando um membro adoece toda a organização deste sistema é abalada. Na avaliação do doente com dor crónica, deve-se, ainda, ficar atento tanto à co-morbilidade quanto ao diagnóstico diferencial entre dor e outras síndromes de características predominantemente orgânicas e psicológicas. Por

exemplo, num estudo realizado em doentes com dor crónica, foi demonstrado que o aumento da duração da dor favorecia a depressão, e que os doentes deprimidos tinham aumento da percepção da dor, menos tolerância à dor e beneficiavam menos do tratamento que tinha sido instituído (Averill, Novy, Nelson, & Berry, 1996).

Através das observações da prática clínica e dos resultados de algumas investigações, realizadas junto de indivíduos com dor crónica, puderam-se definir algumas características gerais desta população:

- O sexo é uma variável que pode modular a experiência da dor. Sabe-se que é muito superior o número de mulheres que apresentam dor crónica (4 mulheres para 1 homem) (Bassols et al., 1999). As mulheres referem altos níveis de dor, mais áreas de dor e inaptidão física maior que os homens (Riley & Gilbert, 2001). Foi observado, também, que a valorização psicológica da dor é diferente entre os sexos. As mulheres tendem a fornecer mais informação sobre os seus sintomas emocionais do que os homens, além de apresentarem índices de depressão mais alta. Estas diferenças podem-se explicar devido à influência de uma educação distinta entre os homens e as mulheres, onde a sociedade reforça a livre expressão de dor na rapariga, mas não no rapaz. No que diz respeito ao tipo de dor, as mulheres têm em maior percentagem, cefaleias e dores musculoesqueléticas (APA, 1996).

- A idade do doente com dor crónica é considerada um factor sócio-evolutivo significativo na etiologia da dor. Em geral, a dor crónica tem maior probabilidade de aumentar com a idade (Riley & Gilbert, 2001). Por exemplo, nos Estados Unidos foi observado que os doentes com dor crónica têm entre 30 e 50 anos e na Europa entre 30 e 60 anos (Bassols, et al., 1999). A intensidade da dor também aumenta com a idade, assim como as limitações físicas devidas à dor crónica. Assim, os doentes com mais idade, tendem a ter menor controlo sobre a sua própria vida e aumentar os sintomas depressivos (Riley & Gilbert, 2001). Estes autores salientam que os doentes com mais idade, tendem a responder à dor como algo natural e associado ao processo de envelhecimento e estão significativamente menos angustiados que os doentes mais jovens.

- O tipo de ocupação também é uma característica importante nos indivíduos com dor crónica. Observou-se, por exemplo, que em muitos doentes com dor crónica,

estes executavam tarefas fisicamente duras e desde muito jovens. Os factores de risco do local de trabalho também têm influência no aparecimento da dor crónica, como por exemplo: o levantamento de cargas pesadas, posturas inadequadas, trabalho repetitivo e organização deficiente do trabalho. Foi encontrado um nexo de causalidade entre trabalhos fisicamente duros na indústria e na agricultura com o aparecimento de transtornos dolorosos, especialmente lombares e musculares (Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini & Merskey, 1994). Não é de admirar, portanto, que as pessoas com dor crónica, apresentem bastantes pedidos de mudança de serviço, baixas por doença e altos níveis de absentismo (ibidem).

- O nível de educação é outra variável que tem influência na vivência da dor crónica. Nalguns estudos foi observado que os doentes com dor crónica tinham baixa qualificação profissional (Bassols, et al., 1999;). De acordo com estes autores, o nível de educação é uma variável importante, porque está relacionada com a habilidade e capacidade do indivíduo em criar e usar estratégias eficazes perante a doença. Estas estratégias contribuirão para uma melhor adaptação à doença.

- Em relação ao nível económico, ainda não foi encontrada uma relação estreita entre esta variável e a presença da dor crónica (Tian, Robinson & Sturm, 2005). Porém, foi observado que em pessoas com rendimentos mais baixos, a presença de dor crónica tinha a ver com problemas articulares, enquanto que em pessoas com rendimentos mais altos, a presença de dor crónica tinha a ver com problemas musculares.

Neste âmbito da dor crónica, é importante considerar que, no seu desenvolvimento, podem existir factores que irão ter alguma influência, tais como os antecedentes familiares e pessoais da presença de dor:

- A importância dos antecedentes familiares em doentes com dor crónica foi analisada em diversos estudos. De um modo geral, observou-se que existe entre os doentes com dor crónica uma elevada frequência de familiares com antecedentes de dor crónica. Por exemplo, Katon, Egan e Miller (1985) verificaram que num grupo de doentes com dor crónica, de etiologia diversa, mais de metade (60%) tinham familiares de primeiro grau com dor crónica. Ottman, Hong e Lipton (1993), verificaram que os antecedentes familiares de cefaleias, sobretudo por parte da

mãe, prediziam a presença de cefaleias nos seus filhos, por um lado, e por outro implicaria a aprendizagem de modelos de comportamentos perante a dor.

- Também se observou que antecedentes psicopatológicos familiares, transtornos depressivos, e alcoolismo, são frequentes nos familiares de doentes com dor crónica (Dohrenwend, Raphael, Marbach & Gallagher, 1999). O meio familiar destes doentes tende a ser pouco estruturado. Podem existir problemas de convivência com familiares mais velhos, problemas económicos e desenraizamento social. Em ocasiões de dor, podem existir conflitos conjugais, sexuais e de manutenção da casa (compras, limpeza, etc).

Estes antecedentes familiares e pessoais são importantes para um correcto diagnóstico, e como é óbvio, para uma orientação terapêutica adequada. Outras variáveis implícitas em qualquer doente com dor crónica, são a localização, a cronicidade e a persistência da dor:

- A localização da dor relaciona-se significativamente com a intensidade da dor e pressupõe um agravamento das habilidades funcionais e, por conseguinte, um maior recurso de analgésicos, dos serviços médicos e maiores níveis de depressão (Von Korff & Simon, 1996).

- A cronicidade da dor (duração da doença) pode afectar diversos aspectos da vida do doente, implicando uma mudança do estilo de vida, concretamente em algumas actividades de vida diária, assim como também tem influência no estado emocional. Verificou-se que os doentes que têm uma maior duração de dor crónica, apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa (Symreng & Fishman, 2004; Worz, 2003,)

- A persistência da dor (contínua, intermitente, esporádica) está relacionado com sintomas de depressão, ansiedade, e fadiga. As pessoas que apresentam dor de uma forma contínua, apresentam mais episódios de depressão e ansiedade do que as pessoas que têm dor de forma intermitente (ibidem). A dor contínua é duas vezes mais frequente que a dor intermitente, aumenta com a idade, está correlacionada com grande uso de serviços médicos e com baixa auto-estima.

2 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR

Existem diversas classificações da dor que, na sua maioria, se baseiam em aspectos gerais da dor, tais como: qualidade, origem, localização, intensidade, duração e etiologia. Apresentaremos três tipos de classificações. A primeira classificação descreve a dor em função da localização, a segunda faz uma descrição da dor em função da duração, e a terceira faz referência a taxionomias gerais, propostas por diferentes organismos de saúde.

De salientar, no entanto, que independentemente da classificação da dor quanto à sua origem, taxionomias, localização, tipo e duração, e de acordo com Barros (2004), a queixa de qualquer tipo de dor, deve ser vista como um conjunto interligado de diversos factores (cf. Figura 3), nomeadamente:

- nocicepção (estimulação das terminações dolorosas periféricas);
- dor (percepção consciente da nocicepção);
- sofrimento (sensações negativas associadas à dor);
- comportamento de dor (todas as modificações de comportamento associadas ao sofrimento).

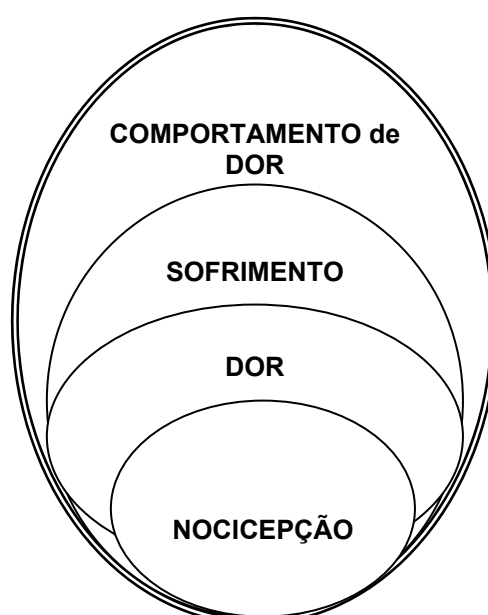


Figura 3. Factores associados à queixa de dor (adaptado de Barros, 2004, p. 10)

2.1 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA SUA LOCALIZAÇÃO

Esta classificação inclui critérios de localização geral, com referência aos tecidos e órgãos implicados distinguindo-se três tipos de dor: dor de origem periférica, dor de origem central e dor psicogénica.

2.1.1 - Dor de origem periférica

A dor de origem periférica, inicia-se devido a um transtorno orgânico nas fibras nervosas periféricas, as quais ao transmitirem os impulsos correspondentes, originam a sensação de dor. A dor de origem periférica divide-se em superficial e profunda (Isselbacher et al., 1995; Kanner, 1998).

- Dor superficial

A dor superficial, ou dor cutânea, é a que tem origem na pele e nas mucosas. Esta dor tem por finalidade a protecção do organismo face às ameaças externas; qualquer estímulo, seja químico, eléctrico, mecânico ou térmico é capaz de provocar dor cutânea. Esta dor é de carácter agudo e penetrante e localiza-se no seu ponto de origem, ao contrário da dor profunda, uma vez que é difícil localizá-la. A duração da dor cutânea varia. Foi observado que independentemente do estímulo, a dor cutânea de curta duração é descrita como algo que “espeta” (Loureiro, Caseiro, Magalhães & Costa, 1999). Por outro lado, um estímulo prolongado é descrito como uma sensação de queimadura. Existe uma dupla resposta na dor cutânea. A primeira resposta é descrita como uma dor imediata, leve e de pequena duração. Passado um curto espaço de tempo, origina-se uma segunda dor (a segunda resposta) que dura mais tempo e é de maior intensidade. A primeira dor tem origem súbita, é de tipo “perfurante” e termina rapidamente. O segundo tipo de dor é lento no princípio, assim como o é a terminar. O limiar da segunda dor é mais baixo do que o primeiro, independentemente do estímulo (Loureiro et al, 1999; Pimentel & Marques, 1995).

- Dor profunda: somática e visceral

A dor profunda tem uma função protectora e faz com que indivíduo procure isolamento e permaneça o mais inactivo possível. Este tipo de dor causa bradicardia, hipotensão, náuseas e sudorese abundante, e geralmente divide-se em

duas subclasses: a dor somática profunda e dor visceral (Coniam & Diamond, 1997; Diamond & Coniam, 1999).

Na dor somática profunda a localização e propagação depende da intensidade e duração do estímulo. Em geral quanto mais intenso é o estímulo nocivo, menos localizável e mais difusa é a dor. Existem dois tipos de dor somática profunda: 1) local, que está localizada, notando-se o ponto do estímulo; 2) irradiada, a qual é uma dor difusa e distante do ponto de estímulo. Um estímulo breve e fraco causa dor localizada, mas um estímulo intenso e contínuo, causa uma dor difusa e irradiada quanto à sua origem.

A dor visceral é descrita como uma dor em que o doente tem dificuldade em a localizar. Esta dor é produzida por lesões e doenças que afectam os órgãos internos, normalmente os órgãos viscerais. Como se tratam de tecidos profundos e como frequentemente não estão ameaçados, o doente não consegue especificar a localização da dor como resultado de experiências passadas (Loureiro et al, 1999; Pimentel & Marques, 1995).

2.1. 2 - Dor de origem central

A dor de origem central é uma dor espontânea que aparece como consequência de lesões neurológicas da medula espinal, bulbo raquidiano, tálamo ou do córtex cerebral (Thomas, 2003). As causas mais frequentes são as lesões traumáticas da medula, especialmente as que incluem os segmentos acima da 1ª vértebra. A dor localiza-se em zonas periféricas que estão hipo sensíveis ou “anestesiadas” devido à lesão neurológica. Uma característica muito específica da dor central é que a distingue da dor neuropática provocada por lesões de nervos periféricos, é o tempo de início dos sintomas dolorosos que normalmente acontecem semanas ou mesmo meses depois da causa da lesão neurológica (Cailliet, 1999).

2.1. 3 - Dor de origem psicogénica

Os termos dor psicogénica, funcional, psicológica, idiopática, essencial e primária, utilizam-se para descrever a dor sem causa orgânica real. Nestes casos, e apesar de se realizar uma história clínica cuidadosa, a não detecção de qualquer causa física de doença ou lesão indica que estamos perante uma dor de origem

psicológica (Cailliet, 1999). No doente com dor psicológica é frequente observar-se uma resposta exagerada aos estímulos, isto é, a dor é vaga, não está bem definida, tem carácter migratório e situa-se em variados pontos, sendo a sua intensidade directamente proporcional ao estado emocional do indivíduo (INCA, 2001; Oliveira et al., 1997; Oliveira & Gabbai, 1998). Estes doentes têm pouca capacidade para reconhecer e verbalizar os sentimentos, pouca capacidade introspectiva e tendência para recorrer à actividade física com a finalidade de diminuir as suas tensões emocionais. Nestas pessoas os acontecimentos de vida mais “stressantes”, são traduzidos em sintomas somáticos (Thomas, 2003). Contudo, e no que diz respeito à Medicina, não está claro que este perfil psicológico seja específico de doentes com dor psicogénica ou se, pelo contrário, é comum aos doentes com outras doenças crónicas (INCA, 2001; Oliveira & Gabbai, 1998).

Na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais de 1980, vinha expressa a categoria dor psicogénica. Os critérios para este diagnóstico, incluíam:

- a) dor intensa e prolongada,
- b) sintomas físicos que não tivessem causas orgânicas demonstráveis ou mecanismos fisiológicos conhecidos,
- c) os factores psicológicos que se consideravam etiologicamente envolvidos na dor e que tinham a ver com: 1) relação temporal entre um estímulo ambiental que está aparentemente relacionado com um conflito ou necessidade psicológica e a iniciação ou exacerbação da dor; 2) a dor permitia ao doente evitar alguma actividade que não era desejável; 3) a dor permitia ao doente obter um apoio ambiental,
- d) A alteração não era devida a uma doença mental.

De um modo geral, consideram-se que as alterações orgânicas dolorosas com possível etiologia de ordem psicológica são: a dor lombar, as enxaquecas, a dor facial atípica, a dor abdominal crónica e o cólon irritável (INCA, 2001; Oliveira & Gabbai, 1998). Contudo, na mais recente edição deste manual (APA, 1996), o termo dor psicogénica foi eliminado e foi substituído pelo termo transtornos dolorosos. Neste, existe a possibilidade de factores de ordem médica e de ordem psicológica poderem influenciar a etiologia e a manutenção da dor (ibidem). Hoje em dia, as

doenças que apresentam a dor como sintomatologia têm causas multifactoriais e cada vez mais existe a necessidade de separar a dicotomia dor psicogénica – dor orgânica, sabendo que a abordagem da dor tem de ser efectuada de forma multidimensional. A este propósito, Coniam e Diamond (1997) referem que a dor crónica implica uma conduta psicofisiológica complexa e que não pode ser dividida em componentes psicológicos e físicos e sim, serem ambos considerados ao mesmo nível.

2.2 - CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DA SUA DURAÇÃO

Relativamente à classificação da dor em função da sua duração, distinguem-se duas categorias: a dor aguda e a dor crónica. Cada uma destas dores manifesta-se de forma diferente, a lesão de origem é diferente, assim como a resposta ao seu tratamento também difere.

2.2.1 - Dor Aguda

A principal função da dor aguda, é a de protecção do organismo resultante de disfunções anatómicas e/ou funcionais. Esta dor caracteriza-se por ter um aparecimento súbito e lento e está relacionada com afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Espera-se que desapareça após intervenção na causa, cura da lesão, imobilização ou em resposta a medicamentos. Respondem rapidamente às intervenções na causa e não costumam ser recorrentes. Portanto, existem sinais claros de lesão, inflamação e manifestações neurovegetativas que traduzem as queixas de dor (Coniam & Diamond, 1997; Diamond & Coniam, 1999).

A dor aguda também se caracteriza por um padrão temporal bem definido. O seu início e fim é breve, a sua duração tem poucas semanas e é sempre menor que 3 ou 6 meses (APA, 1996; Barros, 2004), observando-se expressões faciais que demonstram o síndrome doloroso e posturas de protecção. A dor aguda é acompanhada de alterações no sistema nervoso autónomo (taquicardia, taquipneia, aumento da pressão arterial, sudorese) e pode, inclusivamente, provocar agitação psicomotora e ansiedade. Por vezes, estas dores são de forte intensidade, o que

pode provocar incapacidades e ter impacto na qualidade de vida (INCA, 2001; Oliveira et al., 1997; Oliveira & Gabbai, 1998).

2.2.2 - Dor Crónica

A dor crónica é definida como uma experiência psicofisiológica desagradável que permanece, apesar de ter diminuído ou desaparecido o dano tecidual. Enquanto a dor aguda provoca uma resposta simpática, com taquicardia, hipertensão e sudorese, a dor crónica permite uma adaptação a esta situação. Mal delimitada no tempo e no espaço, é a que persiste por processos patológicos crónicos, de forma contínua ou recorrente (INCA, 2001; Oliveira et al., 1997; Oliveira & Gabbai, 1998). Diz-se que existe dor crónica, quando esta persiste por mais de 6 meses ou mais que o tempo previsto para a recuperação do doente (APA, 1996; Barros, 2004).

Na dor crónica, o diagnóstico é difícil e o sucesso do seu tratamento está muito limitado. Normalmente, a resposta aos tratamentos analgésicos é muito pequena e só existe uma resposta positiva quando os tratamentos são feitos à base da morfina ou outros fármacos opiáceos. A grande duração (em termos de tempo) e a magnitude da dor crónica, vão implicar um certo grau de incapacidade física, que a maior parte das vezes é acompanhado por sintomas vegetativos, como sejam os transtornos do sono, do apetite, diminuição da actividade sexual e aumento da irritabilidade (Isselbacher et al., 1995; Kanner, 1998). O impacto psicológico na dor crónica é muito maior do que na dor aguda e encontra-se frequentemente associado a sintomatologia ansiosa e depressiva (APA, 1996; Barros, 2004).

Na dor crónica, distinguem-se dois tipos distintos: a dor crónica de origem benigna e a dor crónica de origem maligna. Esta classificação foi efectuada tendo por base a gravidade e o prognóstico da patologia de origem, sendo que a dor crónica de origem maligna está associada a patologias neoplásicas (Isselbacher et al., 1995; Kanner, 1998). Ainda relativamente à dor crónica é possível distinguir três grupos em função das características da dor (INCA, 2001; Oliveira et al, 1997; Oliveira & Gabbai, 1998):

1) dor aguda recorrente, isto é, a que ocorre durante toda a vida num período prolongado (enxaqueca);

- 2) dor contínua de duração limitada ou dor crónica aguda, onde a dor pode durar meses ou anos, mas com probabilidade de cura;
- 3) dor crónica de origem não maligna, onde o individuo fica incapacitado para as actividades do dia a dia, devido à dor (artrite reumatóide).

2.3 – CLASSIFICAÇÃO DA DOR EM FUNÇÃO DAS TAXIONOMIAS GERAIS

2.3.1 - *Classificação da Associação Internacional para o Estudo de Dor (IASP)*

Esta classificação estabeleceu cinco eixos para categorizar a dor crónica de acordo com:

- 1 - Localização anatómica;
- 2 - Órgãos afectados;
- 3 - Características temporais da dor e padrão de aparecimento;
- 4 – Valorização da intensidade da dor por parte do doente e tempo decorrido desde o início da dor;
- 5 - Etiologia.

Este sistema de cinco eixos, baseia-se principalmente nas manifestações físicas da dor. No entanto, também permite considerar factores psicológicos, quer no segundo eixo (onde se pode considerar a presença de uma perturbação mental) quer no quinto (onde a causa pode ser psicofisiológica e/ou psicológica).

2.3.2 - *Classificação da Associação Americana de Psiquiatria (APA)*

Os critérios diagnósticos para os transtornos da dor no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV (1996), consideram como característica essencial a presença de dor, a qual deve de ser de gravidade suficiente que necessite de cuidados médicos. Esta dor deverá provocar consequências em diversas áreas do indivíduo, sobretudo a nível social e laboral. Os factores psicológicos têm um papel fundamental na exacerbação e persistência da dor, até porque a dor não é simulada nem aparece de forma intencional.

Existem quatro subtipos, que se diferenciam pela presença de factores médicos e/ou psicológicos, pela etiologia e pela duração da dor:

1. Transtornos dolorosos associados a factores psicológicos, que têm grande importância quer no início da dor, quer na sua exacerbação e persistência;
2. Transtornos dolorosos associados a factores psicológicos e a factores de doença médica, onde quer os factores psicológicos como os factores de doença médica têm um papel importante quer no início, quer na exacerbação e persistência da dor;
3. Transtornos dolorosos associados a factores de doença médica, na qual os factores psicológicos têm um papel pouco significativo;
4. Transtornos dolorosos associados à duração da dor, em que se refere que é aguda, se a duração da dor for inferior a 6 meses e crónica se a duração da dor for igual ou superior a 6 meses.

2.3.3 - Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde: CID-10

A Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (World Health Organization, 2003) no capítulo dos transtornos somatoformes (F45) inclui o transtorno de dor somatoforme persistente (*F45.4*). Os critérios diagnósticos necessitam da persistência de uma dor intensa que não se pode explicar totalmente devido a um processo fisiológico ou a um transtorno somático. A dor é relacionada com frequência a conflitos ou problemas, obtendo o doente um aumento do apoio e atenção por parte da família ou dos serviços médicos. Não são incluídas as dores de origem psicológica relacionadas com transtornos depressivos ou esquizofrenia.

3 – MODELOS EXPLICATIVOS DA DOR

É impossível imaginar uma vida demasiado penosa e implacável, se em todas as actividades do dia a dia e de vigília, a pessoa sentir dor - ter algo tão inevitável faz com que conscientemente a vida seja de dor e nada mais exista. Todas as tentativas para eliminar a dor falham e a insuficiência das explicações são aparentes. Permanece, portanto, a esperança e a convicção de que algo ou alguém possa fazer com que o indivíduo regresse à vida dita “normal”.

Este é o domínio de dor crónica. Por exemplo, a prevalência global da dor crónica, encontrada numa população da região de Escócia, no ano de 2002, era de 53.8% (Elliott, Smith, Hannaford, Smith & Chambers, 2002). Decorridos 2 anos (em 2004), ainda não havia nenhuma explicação definitiva para o seu desenvolvimento ou manutenção (Seldrake, 2005), sendo certo que este é um assunto complexo e com um conjunto variado de factores que contribuem para a experiência da dor crónica. Neste contexto ainda de entendimento limitado, é fácil imaginar que as pessoas, portadoras de dores crónicas, assim como os profissionais de saúde se sintam desesperados e impotentes, até porque há uma compreensão crescente de que a dor crónica não é (curável), existindo, contudo, uma visão realística de que é possível realizar uma gestão adequada da dor crónica (Seldrake, 2005; Thomas, 2003).

Neste ponto iremos explorar o progresso e o uso de modelos conceptuais que promoveram e desenvolveram a compreensão da dor crónica. Far-se-á uma breve avaliação dos modelos e a construção da teoria será apresentada para estabelecer a sua importância. Será dado, também, realce aos modelos tradicionais que explicavam a dor, fazendo sobressair as suas limitações. Estas limitações servem para verificarmos como o pensamento actual progrediu. Serão explorados os factores que devem ser considerados quando explicamos o desenvolvimento e manutenção da dor crónica (Loeser & Melzack, 1999). Em particular, será explorada a necessidade de considerar a dor crónica usando um modelo bio-psico-social, não só para ajudar os indivíduos que sofrem de dor crónica, mas também como uma componente essencial dos programas de controlo da dor crónica (Turk, 2006). E isto

porque a dor crónica ainda é analisada, na maior parte das vezes, unicamente sob um único ponto de vista (Seldrake, 2005). Tradicionalmente uma causa física precisa ser estabelecida, com a suposição de que pode ser eliminada ou minimizada. Se nenhuma causa física for estabelecida, a dor passa então para o domínio idiopático, considerando-a como um aspecto psicológico, e que a dor existe somente na mente das pessoas. No entanto, a dor crónica desenvolve-se com o passar do tempo e persiste muito para além, mesmo depois de se ter assumido que uma causa fisiológica tenha cessado. Esta persistência, na ausência de factores fisiológicos, é curiosa e permitiu várias suposições, em que a dor, só era experienciável na presença de estímulos nocivos. A percepção de dor não aparece então para se “comportar” de uma maneira linear, permanecendo muito tempo depois do dano original ter retrocedido ou simplesmente ter-se tratado. Como consequência, o controlo da dor crónica desafiou a compreensão médica e psicológica, e permanece um problema de resolução, particularmente difícil.

3.1 – MODELO BIOMÉDICO

Na medicina, o modelo biomédico é talvez o exemplo mais familiar e proeminente de uma representação simbólica de realidade. O modelo biomédico, na sua essência, reflecte uma compreensão sobre processos patológicos identificando padrões consistentes observáveis de sintomas, as suas causas e o curso destes sintomas (Seymour & Paz, 2004). Este modelo é principalmente um modelo de doença que reflecte processos orgânicos e não inclui o papel de factores psicológicos ou sociais (Pais Ribeiro, 2005). É um modelo persuasivo e poderoso que, como resultado, gerou uma “fé fantástica” na sua habilidade em restabelecer e curar (Aydede, 2005).

Embora o modelo biomédico seja realmente muito puro, é um modelo linear que é frequentemente usado para descrever processos que parecem envolver estados físicos e que são tratados por meios fisiológicos. De facto, Jonh Bonica (1990; citado por Seldrake, 2005), sugere que: “na dor crónica a dor é que é a doença, tornando-se esta a sua força malévola” (p. 4). Perante isto, a dor parece residir no campo de medicina, enquanto acontecimento no corpo físico. Como

consequência as medidas disponíveis na medicina - medicação, cirurgia e fisioterapia – são, quando necessárias, aplicadas no tratamento da dor.

O problema surge quando a dor fica crónica, e esta não responde às diversas medidas da medicina. Na realidade, em muitos casos, estas medidas podem agravar a situação e criar diferentes problemas, inclusive visitas frequentes aos serviços de saúde, intervenção farmacológica excessiva, cirurgias invasivas, aumento da dor e da incapacidade. O facto é que os efeitos do ambiente social, os factores psicológicos e as emoções são todos traduzidos, interpretados e respondidos pelo sistema nervoso. O sistema nervoso é sofisticado, e as nossas representações holísticas não excluem as percepções e interpretações do nosso mundo e podem condicionar as atitudes (Bendelow & Williams, 1995). Pode existir aumento da percepção de dor, inaptidão crescente produzindo sensações dolorosas severas. Porém, o modelo biomédico tende a ser usado sem o devido respeito com este nível de sofisticação neurofisiológica e, quando utilizado no tratamento da dor crónica, em grande parte continua a excluir e a ignorar outros múltiplos factores que são implicados no desenvolvimento e manutenção da dor crónica.

Tradicionalmente, a dor (ainda hoje tem muito alcance) é considerada na perspectiva do modelo biomédico. O tratamento da dor crónica faz-se num hospital por pessoal treinado, onde as perguntas são dirigidas para o diagnóstico e relacionadas com a cura. A auscultação da dor por parte dos profissionais de saúde, dependerá em grande parte de qual a parte do corpo onde a dor se manifesta, até porque eles sabem exactamente onde os doentes sentem dor e porque a sentem. Este processo não é difícil de entender. Vejamos o seguinte exemplo (Seldrake, 2005):

Imaginemos um elefante. Cada especialista tem uma parte particular do elefante. Se é um ortopedista só observa as patas do elefante e é incapaz de considerar o funcionamento intestinal. Se é um otorrinolaringologista é muito improvável que considere o funcionamento gástrico. E assim por diante. Na realidade, os especialistas, não podem, nem reconhecem que estão a lidar com um todo que funciona como um elefante completo, como um todo. Esta visão selectiva do elefante é importante como informação e aumenta o entendimento de partes

específicas que são frequentemente muito complexas e especializadas. Porém, o perigo é não considerar o elefante como um todo. A visão do problema pode ser muito selectiva e pode perder outras coisas que estão a contribuir para o problema. Por exemplo, o elefante pode ter dificuldade em andar por não estar a fazer um dieta correcta (orgânico e ambiente), que ele está somente aborrecido e triste e recusa-se a andar (psicológico) ou que simplesmente está a ser alvo de outro elefante (neste caso de sexo oposto) e imobilizou-se para ser o centro de atenção (social e ambiental). Com respeito às áreas específicas de cada especialista, eles têm ao seu dispor intervenções altamente especializadas para tratar a parte que diz respeito à sua área. O que é preciso acrescentar a isto, é que o elefante realmente quer sentir-se bem novamente e assim ele tentará qualquer coisa. Esta é uma pressão que irá ser feita entre o especialista e o elefante (psicossocial).

É necessário aqui fazer uma ressalva. Na maioria das situações clínicas este compartimentar de especialistas e tratamentos é aceitável e necessário. Porém, quando falamos de algumas áreas específicas, como a reabilitação, cuidados paliativos, oncologia e dor crónica, o espartilhar do tratamento já não faz sentido, uma vez que é necessário considerar os aspectos psicológicos, sociais e não somente os físicos (Aydede, 2005; Bendelow & Williams, 1995). As explicações para o aparecimento e manutenção da dor reflectiam esta visão compartimentada. As teorias que surgiram, nomeadamente, a teoria da especificidade de Von Frey em 1894, e a teoria da intensidade de Goldscheir em 1920, baseavam-se no modelo biomédico linear, que propunha que todas as alterações físicas cujas consequências fossem a dor, aconteciam como resultado de uma afecção orgânica do corpo (Ogden, 2004).

Porém, estes modelos sensoriais estavam limitados e eram incapazes de explicar vários fenómenos observáveis e interessantes que causavam alguma confusão. Foi observado que indivíduos com o mesmo grau de lesão dos tecidos diferiam nos seus relatos da sensação dolorosa e/ou respostas dolorosas. O exemplo de Beecher em 1956 (ibidem) é característico do que acabámos de dizer, quando nos revela que, civis e soldados feridos em Anzio na 2ª guerra mundial, os quais tinham feridas e traumatismos graves, no que diz respeito aos pedidos de alívio de dor, embora os soldados e civis mostrassem frequentemente o mesmo grau

de ferimentos, 80% dos civis solicitavam medicamentos, enquanto apenas 25% dos soldados o faziam. Beecher disse que este facto tinha a ver com o significado dos ferimentos na experiência da dor; para os soldados, o ferimento tinha um significado positivo, pois indicava que a sua guerra tinha terminado, sendo que este significado mediava a experiência da dor.

Noutro extremo, por exemplo, podemos colocar o talhante que enquanto pendurava a carne, se auto-suspendeu pelo gancho. Terrificado, ele gritou com dor excessiva. Porém, o gancho não tinha sequer tocado o braço - tinha perfurado somente o casaco. Ambos estes exemplos implicam a influência do significado da experiência dolorosa, antecipação de consequências futuras e até da memória (Bendelow & Williams, 1995). Outra observação tem a ver com a dor do membro fantasma (Ogden, 2004), na qual 5 a 10% dos doentes amputados têm tendência a sentir. A dor do membro fantasma não possui qualquer explicação física, uma vez que o membro está ausente e nem todas as pessoas sentem a dor do membro fantasma e aquelas que a sentem não a exteriorizam da mesma forma. Estas observações sugerem variações entre os indivíduos, e para que a compreensão teórica possa ser mais precisa, é necessário encontrar explicações para:

- doentes amputados que durante muito tempo, segundo Mackay (1999), referem “dor extrema e ininterrupta no membro foi amputado” (p. 81);
- a dor que se afasta frequentemente do local do dano original a áreas sem ligação aparente com a origem;
- a dor que pode persistir até mesmo depois das conexões entre os sistemas nervosos periféricos e centrais terem sido cirurgicamente eliminados;
- a dor que pode ser reactivada pelos estímulos mais suaves e pode ser precedida sem a presença de qualquer estímulo aparente;
- a dor que pode ficar crónica e de difícil tratamento.

3.2 – ABORDAGEM PSICOLÓGICA

A denominação dor crónica como idiopática conduziu a uma nova área de explicação, que envolve a exploração psicológica, nomeadamente com características individuais, que poderiam ser a causa da dor. Neste tipo de síndrome

de dor idiopática, não existe causa física determinada, ou então a dor relatada pelo doente é excessiva em face às provas físicas encontradas (Gonçalves, 2002). Algumas teorias psicodinâmicas consideraram a dor “intratável” como expressão de uma perturbação ocasional que surge de conflitos inconscientes e não resolvidos (Seldrake, 2005). Conceptualizando a dor crónica deste modo e examinado o significado etiológico das relações familiares, estatuto socio-económico, local de nascimento, estado civil, género, etc., esta é logo colocada em causa, até porque, para alguns indivíduos cuja dor é causada através de conflitos emocionais, uma explicação puramente psicológica não é satisfatória.

A forma como a pessoa responde à dor pode, só por si, aumentar ou diminuir a percepção da dor. Desde 1985 que Turk (citado por Ogden, 2004), tem observado os comportamentos de dor, dos quais são exemplo: “as expressões faciais ou expressões audíveis (dentes cerrados e gemidos), movimento distorcidos (coxear), afectos negativos (irritabilidade, depressão) ou evitamento da actividade (não ir trabalhar, deitar-se)” (p. 320). Além destas observações, a mesma autora sugeriu que os comportamentos de dor são reforçados através da atenção, do reconhecimento e dos ganhos secundários que podem provocar, tais como o não ir trabalhar. Decorre daqui que comportamentos de dor que sejam reforçados positivamente podem aumentar a percepção da dor. Por outro lado, o comportamento de dor pode ter consequências a nível de actividade muscular e causar o seu enfraquecimento, e a ausência de contacto social e de distração, podendo levar a pessoa a ter um papel de doente, o que pode implicar, uma vez mais, o aumento da percepção da dor.

Behavioristas como Fordyce (Seldrake, 2005) acreditam que o desenvolvimento da dor para um estado crónico, e a manutenção desse estado, acontece porque o comportamento de dor é reforçado, como é demonstrado pela expressão facial e postural, pela verbalização da dor, pelo uso de medicamentos e pelas explicações médicas. É necessário ter presente o comportamento das pessoas que constituem o ambiente social do indivíduo, pois só a visão dos comportamentos que o indivíduo apresenta é que nos vai permitir saber se alguém sofre de dor ou não (Vandenberghe, 2005).

Os factores psicodinâmicos estão presentes em alguns casos de dor, mas os aspectos cognitivos e comportamentais estão presentes em todos os casos. O doente apresenta comportamentos em resposta à presença de dor, pode sentar-se, deitar-se, ficar inactivo, chorar ou queixar-se simplesmente de dor. E são comportamentos como estes, que são observáveis pelas pessoas mais próximas do indivíduo, sejam do ambiente familiar, social ou mesmo profissional. Estas, normalmente, reagem a estes comportamentos “executando as tarefas que competiam ao doente, prestando-lhe mais atenções e apoio (reforço positivo); quando o doente começa a realizar essas mesmas tarefas, ninguém repara ou é criticado (reforço por punição do comportamento sadio)” (Gonçalves, 2002, p. 8). Portanto, episódios repetitivos como este, fazem com que as respostas à dor sejam reforçadas. De acordo com a teoria do condicionamento operante, se os comportamentos são positivamente reforçados, a probabilidade de estes acontecerem aumenta, mas se pelo contrário, existirem estímulos negativos, a probabilidade de estes acontecerem diminui (Vandenberghe, 2005). Isto faz com que os comportamentos de dor e as respostas à presença de estímulos nociceptivos, como a inactividade, possam ser reforçados. Por outro lado, os comportamentos que impliquem actividade são, algumas vezes, extintos pelo estímulo negativo que a dor constitui quando se exacerbarem os estímulos nociceptivos, pela mobilização (Gonçalves, 2002).

Os comportamentos operantes que intervêm na dor têm por objectivos diminuir a dor, como é o caso da inactividade e a toma de medicamentos. Estes comportamentos e as respostas podem ser totalmente adaptados, mas também podem ser o início de aprendizagens de respostas mal-adaptadas, que tal como nos diz Gonçalves (2002) “com a continuação do reforço positivo, estas respostas passam a adquirir padrões de comportamentos operantes da dor, isto é, o doente exhibe as mesmas respostas, o mesmo comportamento de dor, mesmo na ausência de estímulo nociceptivo” (p. 8). Isto é muito frequente nos doentes com dor crónica. Os padrões de comportamento autónomos que estes doentes apresentam quando ocorre o estímulo nociceptivo são muito difíceis de eliminar, até porque é o doente que controla e selecciona as respostas externas no seu ambiente familiar e social (Seldrake, 2005).

Um outro factor que intervém na resposta comportamental dos doentes com dor crónica tem a ver com o medo antecipado de sentir dor, o que condiciona comportamentos de evitamento da mesma. A dor como é normalmente um sinal de perigo ou alarme para o indivíduo, vai implicar que ele tenha receio face a determinadas actividades, as quais passam a ser evitadas na ausência de dor, existindo ainda alguns estímulos que frequentemente estão associados à dor, e deixam de ser neutros, provocando a mesma resposta na ausência de dor (condicionamento clássico) (Gonçalves, 2002). Se o medo continuar a persistir e de modo patológico, o indivíduo começa a evitar actividades leves e actividades que não têm relação com a dor, iniciando-se um círculo vicioso de dor. A antecipação da dor provoca ansiedade, assim como desencadeia tensão psíquica e física aumentando a sua susceptibilidade à dor. Perante esta situação, o doente responde com inactividade, o que lhe permite bem-estar. Mas, o círculo vicioso vai continuando, e cada vez mais vai existir evitamento e por consequência, modificação do estilo de vida. Se a dor provocar uma ansiedade cada vez maior no doente, este estado e os mecanismos de tensão tornam-se permanentes e a dor é contínua (Vandenberghe, 2005).

A dor crónica tem ainda outros aspectos psicológicos subjectivos que fazem parte da experiência da dor, interagindo com as respostas comportamentais à dor e que são as cognições (o conceito de que a dor é um sinal de aviso), e as emoções como a ansiedade e o medo (Seldrake, 2005), por exemplo, a dor é interpretada como uma situação perigosa (cognição), acompanhada por ansiedade (emoção), desejo de alívio (motivação) e procura de ajuda (acção-comportamento).

A duração e a persistência da dor, pode implicar o aparecimento de cognições irracionais e disfuncionais e isto porque o doente com dor crónica vai centralizar todos os seus pensamentos na dor e nos aspectos que com ela estão relacionados. As cognições negativas podem implicar a persistência da dor, mas são mais preditivas de sintomas de depressão do que a intensidade da dor (Gonçalves, 2002). Também a cronicidade da dor depende da interacção entre o tempo de duração da doença e a resposta do doente a esse tempo. Cada doente tem os seus próprios padrões de pensar e agir, os quais utiliza na avaliação e resolução dos acontecimentos da sua vida.

No caso da dor crónica o doente pode pensar e verbalizar que “*nunca mais vou melhorar*”, “*tenho alguma doença má*”, “*se tenho dor é porque existe alguma doença*”. Estas crenças negativas são muito comuns, que surgem espontaneamente e que influenciam as emoções, os comportamentos e as alterações psicofisiológicas na resposta à dor. Encontram-se com frequência nos doentes portadores de dor crónica, várias cognições, entre as quais, as que revelam sofrimento, catastrofização, hostilidade, depressão, afirmação da presença de uma doença, desmoralização, etc. (Gonçalves, 2002; Vandenberghe, 2005).

3.3 – ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL

Este não é um modelo muito preciso, mas os seus componentes são fundamentais para a conceptualização da dor crónica. E isto porque existem três áreas de influência interactiva que afectam um indivíduo (Seldrake, 2005, p. 7):

- 1- o estado fisiológico do corpo do indivíduo, órgãos e processos orgânicos;
- 2- o mundo psicológico do indivíduo, como sejam as interpretações, pensamentos, sentimentos, respostas (internas e externas) e aprendizagem;
- 3- o mundo social/ambiental do indivíduo, incluindo os familiares e as pessoas com quem vivem e o contexto cultural onde vivem”. Estas três áreas estão intimamente relacionadas e influenciam-se mutuamente. Quando se usa este modelo é preciso considerar onde cada área contribui e como contribuiu face aos fenómenos observáveis (Brown, Bonello & Pollard, 2005).

A evidência em considerar a dor crónica na perspectiva do modelo biopsicossocial é que a dor se não for aliviada com a recuperação, provavelmente irá aumentar em sensibilidade e intensidade crescente, e provavelmente será controlada através de métodos tradicionais (por exemplo com medicação). Um controlo ineficaz pode conduzir a traumas psicológicos e problemas emocionais, criando ao mesmo tempo outros problemas secundários. Estes podem incluir níveis aumentados de ansiedade e depressão, inaptidão e estigmatização por parte da sociedade, além de que acontece uma diminuição significativa em todas as actividades de vida diária (do quotidiano).

O modelo biopsicossocial apresenta uma perspectiva importante na dor crónica. A dor crónica não tem apenas uma base neurofisiológica e física, mas também envolve o condicionamento dos sistemas neurofisiológicos pela própria dor e pela experiência psicossocial da dor (Seldrake, 2005). Neste modelo, o tratamento efectivo da dor crónica prevê que os indivíduos sejam considerados numa perspectiva multidimensional que inclui a consideração dos estados físicos, psicológicos e sociais (Pais Ribeiro, 2005), em que se usam meios sistemáticos e conceptuais devido à consideração da complexidade da dor crónica no que diz respeito ao seu desenvolvimento, manutenção e pontos às quais a intervenção pode ser efectiva. Um dos impactos em usar uma aproximação ao modelo biopsicossocial que ele age como um guia sistemático para todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da dor crónica. Ajuda os profissionais a alcançar o controlo de dor e a evitar a deterioração funcional dos doentes.

Um segundo impacto do uso do modelo biopsicossocial tem a ver com os indivíduos e as famílias porque permite uma maior compreensão das relações potenciais que podem existir entre os factores que contribuem para a dor. Os profissionais de saúde podem mais rapidamente estabelecer uma compreensão destes factores. Isto pode ser usado para ajudar os indivíduos a considerar as explicações causais que eles dão, as suas atribuições e o grau de responsabilidade pessoal que têm no controlo da sua dor, até porque a educação melhora a compreensão, dispersa mitos, reduz sentimentos negativos e permite que as pessoas aprendam sobre elas próprias e a forma de poderem controlar a dor.

É claro que a integração das diversas vertentes da dor, como experiência individual, não pode esquecer as “várias peças complementares que se ligam para constituir um todo, multidimensional e bio-comportamental” (Silva & Branco, 2001, p. 7). Aqui enquadram-se a nocicepção, as emoções e sentimentos, os pensamentos e crenças e o comportamento do indivíduo (ibidem). Na nocicepção (processo neurológico de transmissão da dor (Gala, Lupiani, Guillen, Sanabria & Lupiani, 2003), os terminais nociceptivos estão sensibilizados por uma variedade de mediadores inflamatórios e na presença de inflamação, a sensibilidade a estímulos dolorosos está fortemente aumentada (hiperalgesia) e mesmo estímulos normalmente não dolorosos, como a pressão simples ou o movimento,

desencadeiam potenciais de acção na fibras nociceptivas. Quando os estímulos nociceptivos são intensos, crónicos e prolongados, esta activação conduz a um fenómeno de sensibilização medular que provoca uma hipersensibilidade tal, que o organismo passa a responder com descargas nociceptivas (dolorosas) a estímulos que previamente eram indolores (Silva & Branco, 2001).

Em relação às emoções e sentimentos é um facto estabelecido e reconhecido que a dor é uma experiência não só sensorial mas também emocional. A investigação nesta área é algo complexa, sendo difícil estabelecer relações claras de causa-efeito. Contudo, alguns estudos demonstram uma forte correlação entre estados emocionais negativos, concretamente ansiedade e depressão, assim como doentes “deprimidos e ansiosos tendem apresentar maior intensidade de dor e uma implicação mais profunda e extensa dos estados dolorosas na sua vida quotidiana e qualidade de vida (Silva & Branco, 2001).

No que diz respeito aos pensamentos e crenças, ou seja a forma como as pessoas pensam e racionalizam a sua experiência de dor. Desta experiência, as pessoas podem adquirir uma postura psicológica que pode ser adaptativa, isto é, redutora de consequências, ou pelo contrário, negativa, mal-adaptativa e potenciadora das consequências da dor na qualidade de vida. Podemos dizer que são as formas que o doente encontra de lidar com a dor (estratégias de coping). Os pensamentos associados a uma noção de impotência perante a dor e a focalização do pensamento na experiência dolorosa têm consequências negativas na própria intensidade de dor. De acordo com Sullivan (1995) citado em Silva & Branco (2001): a “catastrofização representa a forma mais perniciososa de pensamento disfuncional relativo à dor, ficando o doente imerso e impotente perante a imensidade do problema que enfrenta. Este processo inclui pelo menos três componentes:

1. ruminação, em que existe a preocupação recorrente e algo obsessiva com pensamentos relativos à dor;
2. magnificação, em que há exagero na avaliação da ameaça representada pela dor;
3. Impotência, em que existe a sensação de que nada há a fazer perante a dor crónica” (p. 8).

Relativamente ao comportamento da pessoa, os doentes com dor expressam uma série de comportamentos de dor, tão variados, como por exemplo: torcer-se, chorar, "dar ais", suspirar, pedir medicação, etc. Enquanto alguns destes comportamentos podem ser, de acordo com Silva e Branco (2001) "construtivos, outros, podem ser prejudiciais por reforçarem no doente a percepção de um estado de sofrimento, limitando as suas actividades diárias e funções sociais" (p. 9). A forma como os indivíduos que rodeiam o doente, reagem a estes comportamentos, podem reforçar ou ajudar a controlar as suas consequências (Gala et al., 2003). A teoria da porta de entrada ou teoria do portão, assim como o modelo cognitivo-comportamental estão incluídos no modelo biopsicossocial.

3.3.1 – Teoria da porta de entrada

O modelo bio-psico-social propõe uma conceptualização genérica das áreas de influência na dor crónica, mas é a teoria da porta de entrada ou teoria do portão (*gate control*) proposta por Melzack & Wall em 1965 (Deardorff, 2003; Melzack, 1993; Melzack, 2001; Seymour & Paz, 2004; Valença, 1995) que mais informações reuniu e mais pesquisas realizou, com a finalidade de explicar os fenómenos presentes na dor e conceptualizar as estruturas fisiológicas responsáveis por estes mecanismos. Este é o modelo mais actual e influente na explicação da dor crónica (Seymour & Paz, 2004; Valença, 1995).

A teoria da porta de entrada permitiu a existência de variáveis mediadoras e realçou a percepção activa em vez da sensação passiva, reflectindo um modelo dos três processos presentes na experiência da dor, que tal como Ogden (2004) refere, são: "os processos fisiológicos (que envolvem factores como lesões dos tecidos, libertação de endorfinas e mudança no ritmo cardíaco), os processos subjectivos-affectivos-cognitivos e os processos comportamentais" (p. 318). A dor é identificada e avaliada pelo cérebro em termos das suas propriedades físicas e experiências passadas, assim como a fuga e o evitamento à dor também é instruída. Centros nervosos presentes no tálamo, recebem e tratam a informação recorrendo às experiências passadas, e habilitam a pessoa para lidar com a dor (Melzack, 1993). O modelo da teoria da porta de entrada ou teoria do portão, sugere que, embora a dor possa ainda ser compreendida e explicada em termos de estímulo-resposta,

esta apresenta alguma complexidade e é mediada por uma rede de processos que interagem entre si (cf. Figura 4).

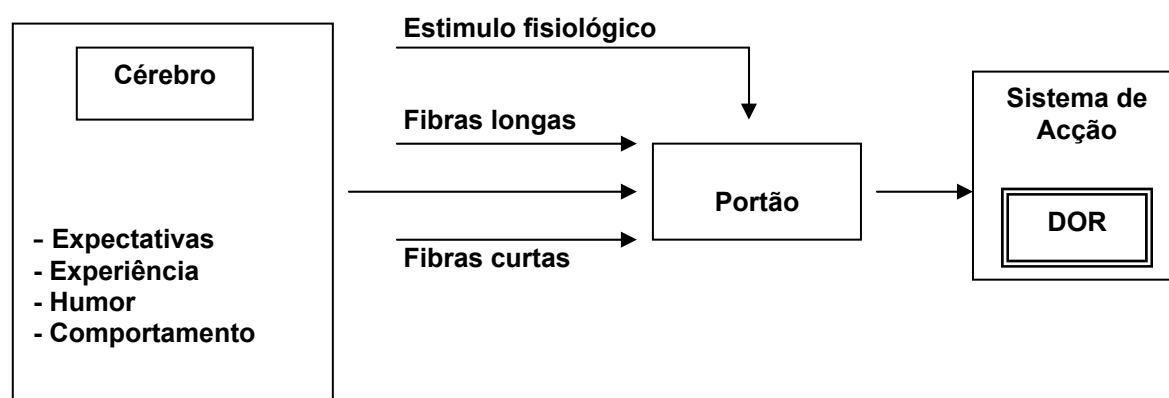


Figura 4. Teoria da porta de entrada ou teoria do portão (adaptado de Ogden, 2004, p. 315)

A teoria da porta de entrada, integrou os aspectos psicológicos no tradicional modelo biomédico da dor e permitiu uma descrição para as causas da dor e respectivas intervenções fisiológicas, assim como integrou as causas psicológicas e respectivas intervenções. Melzack e Wall (citado por Ogden, 2004, p. 315), referiram que a entrada de informação, se fazia através de um portão existente na medula espinal e que recebia informação das seguintes fontes:

- Fibras nervosas periféricas, onde o local da lesão (por exemplo, a mão) envia informação sobre a dor, pressão ou calor para o portão;
- Influências cerebrais centrais descendentes, onde o cérebro envia para o portão informação relacionada com o estado psicológico do indivíduo. Esta informação pode reflectir o seu estado comportamental (atenção, foco na fonte de dor), o estado emocional (ansiedade, medo, depressão) e as suas experiências ou auto-eficácia anteriores (já tive esta dor antes e sei que vai passar) em termos de lidar com a dor;
- Fibras longas e curtas, onde é processada a informação relativa à percepção da dor.

A teoria da porta de entrada tem o potencial para incorporar os padrões observados na resposta à dor e reconhecer o papel provável de processos corticais mais altos, sendo que engloba sempre os componentes sensório-discriminativo,

motivacional-afectivo e cognitivo-evolutivo, até porque a integração da experiência da dor é importante e implica o papel de elementos psicológicos bem como sociais (Melzack, 2001).

O portão da teoria da porta de entrada integra todas as informações destas diferentes fontes e produz uma saída de informação. A informação que sai do portão é enviada para um sistema de acção de que resulta a percepção da dor. Sendo assim, a teoria da porta de entrada, apresenta algumas características, das quais destacamos as seguintes (Ogden, 2004):

- 1- Percepção da dor. A dor é mais uma percepção e experiência do que uma sensação. Esta mudança de termos, tem a ver com o papel da pessoa no grau de dor que experimenta, em que a dor é descrita como uma interpretação activa do estímulo doloroso;
- 2- O indivíduo como activo e não passivo. A dor é determinada pelas fibras centrais e periféricas, onde a pessoa não responde só passivamente ao estímulo doloroso, mas também, interpreta-o e avalia-o activamente;
- 3- O papel da variabilidade individual. As variações na percepção da dor são compreendidas em termos de grau de abertura ou fecho do portão;
- 4- Um papel para as causas múltiplas. É aceite e reconhecido que na percepção da dor estão envolvidos múltiplos factores e não apenas um único factor;
- 5- Alguma vez a dor é orgânica? A teoria da porta de entrada, refere que a maioria das dores resulta de uma combinação de aspectos físicos e psicológicos e portanto a dor nunca é totalmente orgânica ou psicogénica.

Resumindo, pode dizer-se que quanto mais aberto estiver o portão, maior é a percepção da dor. De facto, existem factores que podem abrir o dito portão e outros que o podem fechar (Seymour & Paz, 2004; Valença, 1995):

- 1 - Factores que contribuem para a abertura do portão:
 - factores físicos (lesões),
 - factores emocionais (ansiedade, preocupações, e depressão),
 - factores comportamentais (concentração na dor ou aborrecimento);
- 2 - Factores que contribuem para o encerramento do portão:
 - factores físicos (medicação),
 - factores emocionais (felicidade, optimismo ou relaxamento),

- factores comportamentais (distracção ou envolvimento noutras actividades).

3.3.2 – Modelo Cognitivo-Comportamental

Nas décadas de 60 e 70, a gestão do comportamento foi usada para tratar a dor crónica (Fordyce citado em Sel Drake, 2005). Esta teoria foi desenvolvida por investigadores como Ivan Pavlov (1849-1936) e Edward Thorndike (1874-1949) (ibidem) e é extremamente importante para a compreensão do comportamento humano. A teoria postula vários aspectos importantes, nomeadamente, como aprendemos a comportarmo-nos e o modo como o fazemos. Portanto, comportamento é qualquer coisa que nós podemos observar nos outros e em nós mesmos. Sempre que existam pessoas ou animais, existe comportamento e determinado comportamento acontece porque existem consequências de se comportar de um modo particular. Como é que o nosso comportamento nos afecta como é que afecta os outros e como é que o comportamento desses outros nos afecta? Isto é chamado o ABC do comportamento. Apresenta aspectos fundamentais (Sel Drake, 2005, p. 13):

- “antecedentes, isto é, as circunstâncias ou situações que antecedem o comportamento;
- comportamento, ou seja, a forma como nós respondemos ao antecedente/consequência;
- consequência, isto é, o efeito que aquele comportamento está a ter nos comportamentos subsequentes”.

Este é um processo contínuo e complicado onde um comportamento se torna a consequência e antecedente de outro e assim por diante *ad infinitum*. O processo de aprendizagem dos comportamentos passa essencialmente por três fases:

- 1- Por associação ou condicionamento clássico. Se nós temos fome, comemos; se temos sede, bebemos; se nos estamos a queimar numa mão, retiramo-la da fonte de energia (Ogden, 2004);
- 2- Por reforço ou condicionamento operante. Coisas ou eventos que nós evitamos porque não as desfrutamos, é chamado o condicionamento operante ou reforço. Um operante pode ser qualquer coisa que aumenta a probabilidade do comportamento que se quer repetido. Os operantes podem ser úteis no tratamento da dor crónica.

Por exemplo, se as pessoas chegarem à conclusão que a dor é menor se não fizerem nada, eles deixarão de fazer as várias actividades e assim evitarão a dor (evitação que aprende) e aumenta a probabilidade de não as fazer no futuro. De maneira semelhante, se nós estivermos com cefaleias, tomamos um medicamento analgésico, porque aprendemos que diminui ou elimina a dor (ibidem).

3- Por castigo. Castigo é qualquer estímulo aversivo que acontece, quando adoptamos um determinado comportamento no sentido da probabilidade de ele voltar a acontecer ir diminuindo (Seldrake, 2005).

Por associação, reforço ou castigo, os padrões de comportamentos são aprendidos e “desaprendidos” conforme vão sendo ou não substituídos, sendo que existem padrões fixos de comportamentos que se desenvolvem entre as pessoas e pelas pessoas. No contexto da dor, é verdade que nós só sabemos se as pessoas estão com dor, se elas nos disserem ou se comportarem de determinada forma, para nós, como observadores, possamos deduzir que estão com dor. Há muitos comportamentos de dor, tais como a expressão facial, o uso de medicamentos, o tom verbal, a postura e a inactividade.

O modelo cognitivo-comportamental é um modelo conceptual importante por considerar o impacto, o desenvolvimento e a gestão da dor crónica. Aaron Beck em 1976, foi o primeiro a propor este modelo como um modelo de terapia cognitiva para o tratamento de problemas emocionais (Seldrake, 2005).

Considerando a premissa da dor crónica e as suas atitudes idiossincráticas, as convicções, as atribuições, as expectativas, as recordações e sabendo da sua interacção sensorial, comportamental e emocional, Greenberger & Padesky (1995) citados em Seldrake (2005), referiram que existem 5 áreas da experiência de vida que influenciam e interagem com a dor (cf. Figura 5):

1- Pensamentos. Este aspecto tem a ver com o facto de sermos humanos. Os pensamentos são até mesmo constantes e ininterruptos se nós estivermos sempre conscientes deles, sendo que não são observáveis e geralmente são automáticos;

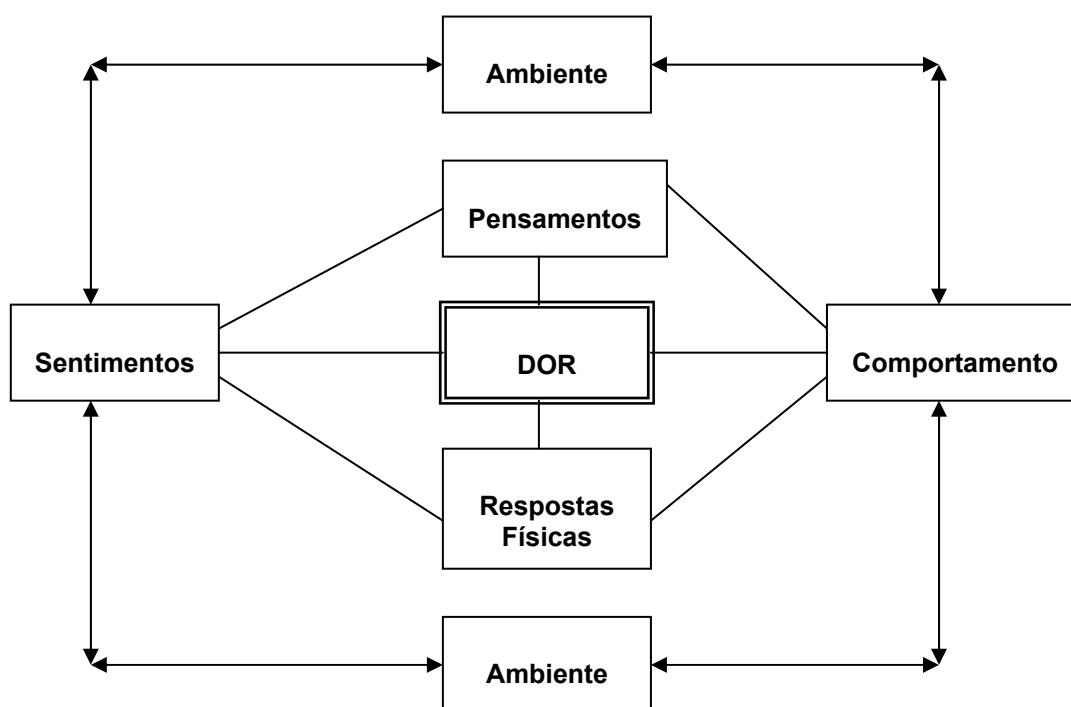


Figura 5 – Modelo da influência das interações da dor (adaptado de Sel Drake, 2005, p. 16)

2- Sentimentos. Estes são um reflexo do nosso mundo emocional e das nossas experiências. São também constantes e ininterruptos. Nem sempre estamos conscientemente despertos para os nossos sentimentos. Porém, nós reconhecemo-los nos outros, quer através do seu comportamento, quer por palavras (raiva, tristeza, felicidade). Os sentimentos têm intensidades diferentes e às vezes é possível confundir sentimentos, como por exemplo, podem pensar que nós estamos a sentir raiva, mas estamos apenas ansiosos;

3- Comportamento. Esta é uma resposta, ou actividade. Os comportamentos são sempre observáveis pelos outros. Eles são constantes e contínuos. Nós estamos constantemente, mas inconscientemente, a ter determinados padrões de comportamento em consequência de aprendizagens ambientais;

4- Reacções físicas. Estas são as respostas do corpo para estímulos internos e externos. Aqui estão incluídos os batimentos cardíacos, as vertigens, os tremores, a tensão muscular, a transpiração (suores), etc.

5- Ambiente. As influências ambientais incluem a família, cultura, género, religião. Também inclui as convicções que nos foram transmitidas e as expectativas que nós temos sobre o nosso meio ambiente. Nós não existimos numa “ilha” isolada do impacto do mundo que nos rodeia e vice-versa, isto é, também as nossas atitudes e comportamentos influenciam o mundo à nossa volta.

Considera-se que estas cinco áreas, como refere Seldrake (2005), “afectam a experiência da dor, de um modo útil, porque ela vai depender da ocasião e da influência de cada área e as aprendizagens que se vão realizando têm uma influência positiva no desenrolar de todo o processo de experiência de dor” (p. 17).

4 – IMPLICAÇÕES DA DOR CRÓNICA NA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

A dor é descrita frequentemente em termos de dimensões sensoriais, afectivas (emocional) e cognitivas (pensamento), conforme se pode ver na Figura 6. As dimensões sensoriais da dor relacionam a intensidade, local e qualidade da dor, e estão subordinadas ao circuito neuronal, isto é, ao sistema nociceptivo. O sistema nociceptivo evoluiu para descobrir estímulos no nosso ambiente interno e externo que é nocivo (Johnson, 2005). Quando são descobertos estímulos nocivos, o sistema nociceptivo impõe comportamentos que tentam reduzir o impacto do dano que provoca a dor.

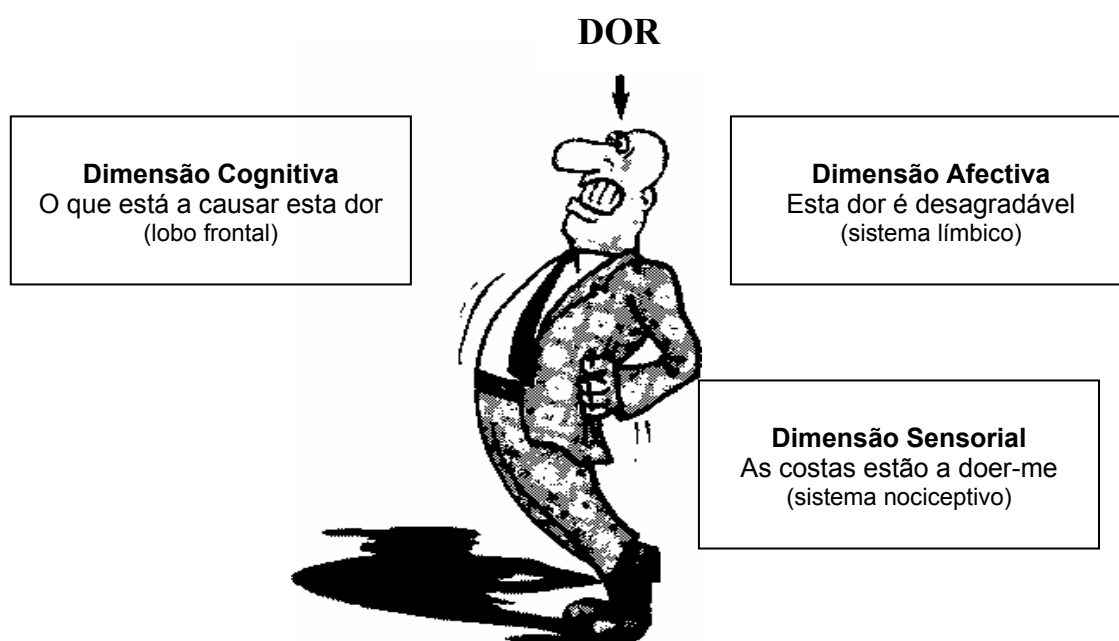


Figura 6. As dimensões da dor (adaptado de Johnson, 2005, p. 36).

A dor é um “fenómeno evasivo, que contém qualidades emocionais, humanísticas e fisiológicas, sendo que a sua avaliação é uma tarefa difícil e complexa” (Mackintosh, 2005, p. 93). É a natureza emocional e humana do fenómeno da dor que é, talvez, o conceito mais difícil para os profissionais da saúde reconhecerem e entenderem. Um conjunto de factores foi identificado para determinar, em maior ou menor grau, a responsabilidade para muitas das

discrepâncias individuais que se encontram na dor crónica, destacando-se, de acordo com Mackintosh (2005), os seguintes:

- Idade, em que existem várias indicações de que a idade influencia a percepção da dor, com referência particular para os jovens e os mais idosos. Contudo, nenhum destes resultados é ainda conclusivo;
- Sexo, onde também existem vários estudos que apontam para diferenças entre homens e mulheres, apesar de os resultados permanecerem uma vez mais inconclusivos;
- Ansiedade, que também foi identificada como um forte indicador de variações individuais, revestindo-se de particular importância no desenvolvimento e tratamento da dor crónica, onde a falta de patologia identificável conduz frequentemente a ansiedade aumentada;
- Depressão, que ocorre frequentemente em doentes com dor crónica, o que pode provocar alguns contratempos no tratamento da dor;
- Experiência/Conhecimentos anteriores, são factores que podem ter impacto no desenvolvimento e tratamento da dor crónica e tudo indica que seja um indicador de variações individuais;
- Cultura, em que as diferenças culturais se apresentam como determinantes fundamentais de discrepância individual na experiência de dor.

De salientar que embora sejam reconhecidos estes e vários outros factores como influenciando a experiência de dor individual, a extensão e a sua inter-relação ainda permanecem um tanto ou quanto obscuros. Ora esta natureza multifacetada da dor, em geral, e da dor crónica, em particular, tem um grande impacto (cf. Figura 7) na vida diária das pessoas que sofrem de dor crónica, na sua família e na sociedade em geral (Dallob, Chertudi & Rose, 2005).

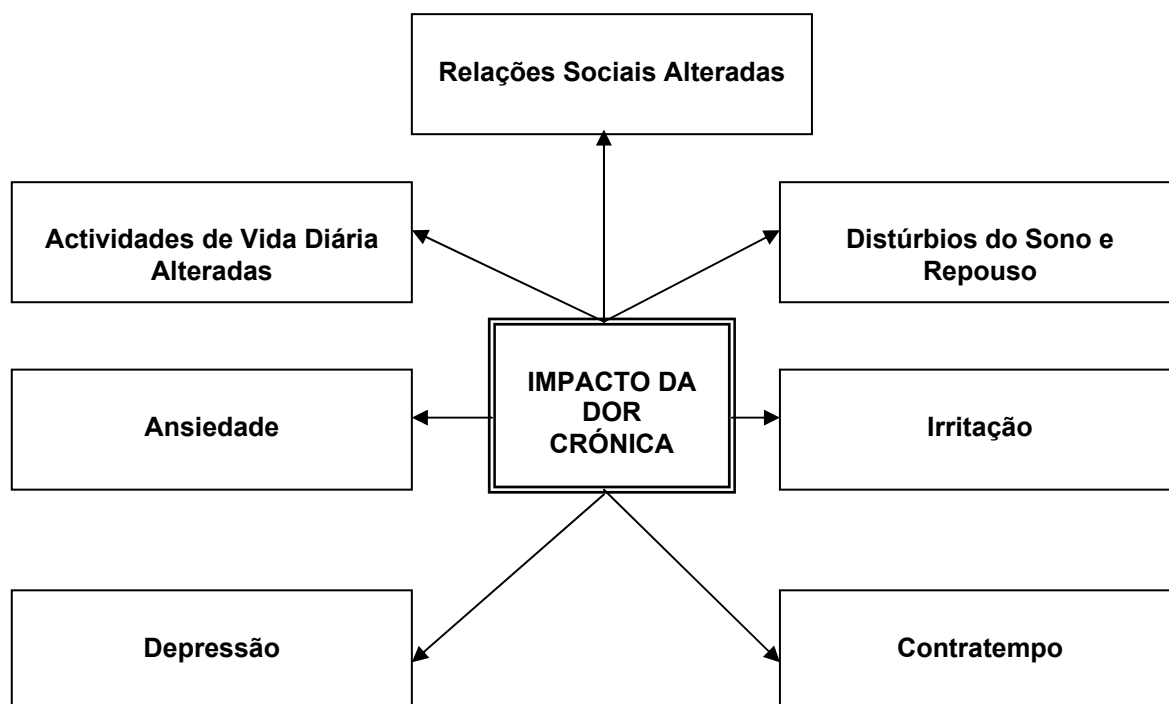


Figura 7. A natureza multifacetada da dor (adaptado de Dallob, Chertudi & Rose, 2005, p. 166).

4.1 - DOR CRÓNICA E ANSIEDADE

A ansiedade é uma reacção emocional universal, correspondendo a uma resposta do indivíduo a uma situação em que as exigências do meio ambiente ultrapassam os recursos pessoais, e em que esta relação é avaliada como ameaçadora para o bem-estar do indivíduo. Na verdade, todas as pessoas sentem, ou já sentiram, momentos de incerteza e de preocupação, capazes de provocar as diversas manifestações de ansiedade, a nível motor, como é o caso de tremuras, estremecimentos, contracções nervosas, tensão e fraqueza, a nível fisiológico, como transpirar, sensação de boca seca, palpitações e dores de estômago, e até a nível cognitivo, como apreensão, preocupação e diminuição da concentração (Lader, 1992). A ansiedade, que pode ser “sinónimo de angústia constitui, uma manifestação da nossa actividade emocional ou afectiva em que predominam os sentimentos de colorido desagradável: o mal-estar e a apreensão, a preocupação e a expectativa, a inquietude e o desamparo” (Fonseca, 1985, p. 334).

De salientar, no entanto, que a ansiedade, como fenómeno psicológico, representa um dos mecanismos de adaptação do organismo às circunstâncias do ambiente de tensão, revelando-se útil para a aprendizagem da pessoa, uma vez que pode ser considerada como uma forma do indivíduo responder antecipadamente a uma variedade de estímulos, situações ou perigos, actuando assim como um elemento protector do nosso organismo (Gleitman, 1999; Scivoletto, 1984). Na verdade, a ansiedade funciona como um sinal de alerta, que adverte sobre os perigos eminentes e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar uma ameaça. Apesar do medo representar um sinal de alerta semelhante à ansiedade, este pode diferenciar-se da anterior, porque o medo é uma resposta a uma ameaça conhecida, e de origem externa, enquanto que a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida e de origem interna (Myers, 1999). No caso do medo existe um objecto real que se configura como ameaçador e que justifica o desencadear por parte do organismo de mecanismos que permitam defender-se desta agressão (e.g., taquicardia, sudorese, tremor); já no caso da ansiedade, não existe um perigo real que permita entender esta resposta, sendo que a valorização da ameaça que afecta o indivíduo depende dos processos cognitivos que catalogam a situação como perigosa.

Embora a ansiedade esteja presente em todas as pessoas, nem sempre é possível observá-la directamente, sendo a sua presença inferida a partir do comportamento exibido pelo indivíduo (Spar & La Rue, 1997^a), comportamento este que tenderá a reduzir as sensações de ansiedade, tensão e mal-estar que ameaçam o seu controlo da vida. Essas sensações derivam de um perigo antecipado, que pode ou não estar relacionado com a realidade da situação, como por exemplo, uma doença, um acidente, a morte de um ente querido, ou qualquer acontecimento que modifique o estilo de vida ou até mesmo o seu status na sociedade.

Como referimos, a ansiedade não se resume apenas a aspectos negativos. A ansiedade, tal como a dor física, gera mudanças no comportamento, exercendo desta forma um papel importante na aprendizagem e na adaptação (Gleitman, 1999; Scivoletto, 1984), até porque um certo nível de ansiedade é necessário para lidar de forma adequada com os acontecimentos do dia a dia. No entanto, é certo que a ansiedade é uma emoção quase sempre percebida como negativa, porque quando

dizemos que alguém está ansioso, entendemos que se encontra tenso e que experimenta sensações desagradáveis de insegurança e/ou de medo, e que podem dificultar a sua relação com os outros, assim como nas tarefas diárias ou profissionais.

Quando a ansiedade se torna de tal modo intensa começa a interferir negativamente nas actividades do ser humano, ela passa a ser considerada ansiedade patológica (Fonseca, 1985; Myers, 1999). Temos, assim, a existência de dois tipos de ansiedade: a normal e a patológica. Augusto (1987) diferencia ansiedade normal de ansiedade patológica da seguinte forma: “enquanto que a primeira é uma resposta emocional em grau adequado ao perigo ou risco, tendo um valor adaptativo, a segunda, representa uma vivência de medo sem objecto real definido” (p.187). No entanto, o conceito de ansiedade patológica não se pode resumir a uma noção tão simples devendo incluir os seguintes aspectos (ibidem):

- uma resposta emocional desproporcionada em intensidade e duração perante uma ameaça real, pela qual o indivíduo se manifesta incapaz de integrar a sensação de ameaça em formas de comportamento adequadas à resolução da situação,
- e uma resposta emocional perante uma situação de ameaça desconhecida, ou obscura, ou perante um objecto ou situações reais, sentidos ilegitimamente como ameaçadores.

Acresce referir que um aspecto complementar para se poder afirmar que se trata de ansiedade patológica, tem a ver com o carácter recorrente ou persistente da resposta emocional do indivíduo (Gleitman, 1999). Por conseguinte deve-se analisar a intensidade, a frequência e a duração da ansiedade, a proporção entre a gravidade da situação objectiva e a resposta ansiosa do indivíduo, bem como o grau de sofrimento subjectivo e o grau de comprometimento da capacidade de funcionamento psicossocial do indivíduo (e.g., evitar lugares ou situações, incapacidade de realizar as tarefas habituais ou de se relacionar com os outros).

Ainda no que diz respeito a tipos de ansiedade, Spielberger (citado por Gouveia, 1982) faz a distinção entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, em que a primeira seria a “reação ou resposta emocional transitória, que é provocada num indivíduo, que percebe uma situação particular como perigosa ou ameaçadora, e é

independente da presença ou ausência de um perigo real e objectivo traduzindo-se por sentimentos de tensão, apreensão e activação do sistema nervoso autónomo” (p. 8) enquanto que a segunda seria a “tendência para reagir ansiosamente, isto é, as diferenças individuais para perceber uma ampla gama de situações como ameaçadoras e responder a tais situações com ansiedade estado de forma desproporcionada em relação à amplitude do perigo objectivo dessas situações” (p. 8). Podemos, portanto dizer que a ansiedade-estado é um sintoma ansioso vivido pelo indivíduo num determinado momento; já ansiedade-traço é a tendência habitual do indivíduo para experimentar ansiedade.

De acordo com Vaz Serra (1987), também podemos falar em ansiedade social, isto é, a ansiedade experimentada em situações sociais, a qual afecta um grande número de pessoas e pode ocorrer em variadas situações que se prendem com contactos interpessoais, das quais as mais comuns são: falar com estranhos, tornar-se o centro das atenções, contactos com pessoas representativas da autoridade e ter de executar uma tarefa sob a observação dos outros.

As manifestações da ansiedade podem ser divididas em dois grandes grupos: as fisiológicas e as comportamentais (Lader, 1992; Scivoletto, 1984). Dentro das manifestações fisiológicas mais frequentemente observáveis na ansiedade, encontram-se:

- as alterações circulatórias, em que os batimentos cardíacos aumentam de intensidade e frequência, a pressão arterial também fica elevada, assim como o padrão respiratório também é afectado, podendo aumentar em proporção e profundidade ou tornar-se irregular. Por vezes também ocorre palidez acentuada e a pele fica fria, ou, pelo contrário, pode ocorrer rubor;

- a tensão muscular, que pode manifestar-se pela expressão tensa do rosto, no encerramento dos punhos, ou numa postura rígida. Pode também acontecer tremor nas mãos, tiques no rosto, braços ou ombros, roer as unhas, ou andar de um lado para o outro;

- a sudorese excessiva, em que as palmas das mãos e as plantas dos pés podem ser as áreas mais afectadas, além de que esta sudorese aumentada está frequentemente associada a extremidades frias e pálidas;

- as alterações na voz e nos padrões de fala, podendo umas pessoas falar muito rapidamente, adquirindo a sua voz, por vezes, um timbre agudo e muito alto, enquanto outras podem falar de maneira indecisa, parecendo difícil, encontrar as palavras que desejam utilizar, outras vezes articulando mal as palavras e apresentando uma a voz tremida;
- os sintomas gastrointestinais, onde as náuseas e vômitos são comuns, assim como a diarreia e o aumento da frequência urinária.

Quanto às manifestações comportamentais, nem todas as pessoas reagem da mesma forma perante situações ameaçadoras. Enquanto que alguns indivíduos conseguem falar livremente dos seus temores e expressá-los abertamente, outros tentam negar a existência da ansiedade, não questionando os factos e com frequência fazem questão de não falar sobre os seus problemas, quando conversam. Algumas pessoas reagem à ameaça de perigo com irritação e hostilidade enquanto outras reagem com o choro.

A dor, e sobretudo a dor crónica, tem influência directa na ansiedade (Davis, 2000; Schofield, 2005), isto é, um doente portador de dor crónica apresenta um nível de ansiedade mais elevado do que uma pessoa que não experiencie qualquer tipo de dor (ibidem). Por outro lado, a ansiedade também parece influenciar a percepção da dor (Ogden, 2004). Quando alguém experiencia a dor aguda, também experimenta um aumento da ansiedade. O nível de ansiedade diminui ou desaparece quando a dor é eficazmente tratada e portanto, pode dizer-se que devido à relativa facilidade com que a dor aguda é tratada, a ansiedade está relacionada com a dita percepção da dor. Quando falamos de dor crónica, isto já não é bem assim. A medicação existente para o tratamento da dor crónica não tem o mesmo efeito que a medicação utilizada na dor aguda, isto é, alivia a dor, mas nunca na sua totalidade, intensidade e persistência. Portanto, podemos dizer que como o tratamento tem pouco efeito na dor crónica, esta aumenta a ansiedade, o que, por sua vez, pode aumentar ainda mais a dor. Deste modo, a ansiedade relaciona-se com a percepção da dor, num ciclo de aumento de dor (ibidem).

É claro que ser doente crónico, como o doente portador de dor crónica o é, é estar numa situação de “fragilidade crónica, não só pela existência de dano corporal,

mas também pela dificuldade em sentir gosto pela vida” (Metzger et al., 2002, p. 149). A doença crónica é sentida como uma privação, e ser doente crónico é estar dependente de algo (dos profissionais de saúde, da família e de medicamentos), o que só por si coloca ao doente um certo nível de ansiedade (ibidem).

Também uma intervenção cirúrgica constitui, habitualmente, um acontecimento de vida stressante que pode mesmo ser vivenciado como uma crise importante na vida do doente (Barbosa, 1989). Em todo o período peri-operatório, sobretudo no pré-operatório e no pós-operatório, predominam os sintomas ansiosos (Davis, 2000). É raro o doente que não tenha perante o problema cirúrgico um certo nível de ansiedade, e isto porque estamos perante sentimentos ambíguos de ameaça, de esperança ou até mesmo de desespero (Barbosa, 1989; Davis, 2000). Na verdade, a cirurgia (perante uma doença benigna ou maligna, tendo havido ou não experiência cirúrgica prévia) é sempre uma ameaça à vida, que faz com que a pessoa mobilize forças para combater vários receios, de entre os quais podemos referir os de morte, dor, imobilização, perda de independência (ibidem).

Estima-se que uma em cada cinco pessoas com dor crónica tenha níveis elevados de ansiedade. Num estudo realizado entre uma população de indivíduos com dor crónica (n=382) e uma população em geral (n= 5495), verificou-se que 35% dos indivíduos com dor crónica apresentaram alguma forma de ansiedade, enquanto que na população em geral, somente 18% apresentaram alguma forma de ansiedade (Symreng & Fishman, 2004).

Relativamente à relação existente entre ansiedade e dor Araújo-Soares e Figueiredo (2001) referem que o facto de se prever que a antecipação da ocorrência de determinado estímulo possa provocar dor, esta aumenta o estado de ansiedade, a qual, por sua vez, pode exacerbar a percepção da dor.

Num estudo realizado na Unidade Multidisciplinar de Dor do Hospital de Valência em 2004, junto de 168 doentes com dor crónica, sendo a média de quantificação da dor experienciada de 8 numa escala de 0 a 10, verificou-se uma ansiedade-traço mais elevada para as mulheres comparativamente aos homens (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005, p. 33).

Relativamente à experiência cirúrgica, Adams e Field (2002) referem que níveis crescentes de ansiedade se encontram correlacionados com o crescente consumo de analgésicos no pós-operatório, e que os doentes que sentem altos níveis de ansiedade são os mais sensíveis à dor. Num estudo realizado em 2004, numa unidade de clínica cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de S. Paulo (Brasil), junto de 40 doentes de ambos os sexos que iam ser submetidos a intervenção cirúrgica, verificou-se no que diz respeito à ansiedade-estado uma média de 38 (Medeiros & Peniche, 2006).

Num estudo em 2005, aliás, o primeiro realizado para observar as diferenças individuais no que se refere à correlação neuronal entre dor, medo e ansiedade, foram seleccionados 13 participantes (7 mulheres e 6 homens, com uma média de idades de $29,5 \pm 7,0$, sendo a idade mínima 19 anos e a máxima 42 anos), os quais foram submetidos a estimulação térmica (Ochsner et al., 2006). Os investigadores observaram que quando os participantes eram submetidos a estimulação térmica (entre 45 e 50° C), apresentavam uma média da quantificação da dor de 7 numa escala de 0 a 10, e uma média de ansiedade-traço de 36.

4.2 – DOR CRÓNICA E DEPRESSÃO

Qualquer um de nós se sente triste em determinado período da sua vida. De facto, sentimentos transitórios de tristeza ou desencorajamento são perfeitamente normais, especialmente durante momentos particularmente difíceis. A depressão é uma das mais comuns e tratáveis de todas as doenças mentais, e é uma patologia que pode afectar indiscriminadamente qualquer indivíduo, independentemente da sua idade, raça, estatuto social ou económico, estimando-se que a sua incidência seja de 5% a nível mundial (Frazão, 2005). A depressão é uma doença que afecta o ser humano em todas as idades. Ao longo da vida 25% das mulheres e 10% dos homens vêm a sofrer de depressão e, em cada momento, cerca de 6% da população portuguesa sofre de depressão (Oliveira, 2005). O Banco Mundial atribui à depressão a principal fonte de deficiência e incapacidade em 2010, e os dados projectivos sugerem que os encargos financeiros com a depressão ocuparão o

segundo lugar em 2020, apenas superados pela doença cardíaca isquémica (Baldwin & Hirschfeld, 2003).

Quase todos os que sofrem de depressão apresentam sentimentos de tristeza. Os critérios presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV, 1996) referem que existe uma perturbação depressiva quando estão presentes pelo menos cinco dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas:

- 1- humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo, ou pela observação de outros;
- 2- diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- 3- perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- 4- insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5- agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias, observável por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento;
- 6- fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7- sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
- 8- diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias;
- 9- pensamentos recorrentes acerca da morte e ideação suicida.

A depressão desencadeia no indivíduo angústia psicológica significativa e reduz a qualidade de vida, encontrando-se associada a um aumento da taxa de mortalidade (devido a acidentes e suicídio) e a rupturas conjugais e familiares (Baldwin & Hirschfeld, 2003). A depressão é então uma entidade nosológica extremamente incapacitante no sentido em que, sendo algo não observável, fisiologicamente falando, diminui, ou mesmo anula, a capacidade produtiva e de relacionamento, consigo próprio e com os outros (Fonseca, 1985). Há uma série complexa de factores que podem levar à instalação e manutenção de uma perturbação depressiva (Baldwin & Hirschfeld, 2003), como é o caso de:

- factores genéticos – cuja causalidade directa não está ainda provada, e parece cada vez mais claro, que nenhuma alteração genética é responsável por si só, para o aparecimento da perturbação depressiva;
- factores biológicos – referindo-se essencialmente a alterações da regulação neuro-endócrina, e a alterações dos ritmos circadianos e do sono;
- factores psicossociais – abordando aspectos como as experiências de vida e o stress ambiental.

Os factores patogénicos da doença depressiva estão interligados e são múltiplos, desde aqueles que têm na sua causa “uma origem psíquica e relacional, até aqueles que têm a ver com a constituição genética, biorritmos, factores sociais, modificações do sono, metabolismo das bióminas, endorreactividade, etc” (Coimbra de Matos, 2001, p. 404). O diagnóstico da depressão, nem sempre é fácil. Por exemplo, em caso de doença, os sintomas vegetativos (insónias, perda de peso, anorexia, astenia) podem ser comuns a ambos os quadros, pelo que os sintomas afectivos/cognitivos assumem maior importância no diagnóstico da depressão. Humor triste, insatisfação, desinteresse, indecisão, sensação de fracasso e ideação suicida, são sintomas que quando presentes, apontam claramente para a existência de uma depressão (Santos & Santos, 1997).

A teoria cognitiva da depressão descrita por Beck (citado por Diekstra, 1987), baseia-se na ideia de que o indivíduo adquire pela experiência ou condicionamento, determinados esquemas internos que determinam as suas cognições da vida corrente. Assim, e segundo Beck (ibidem), a depressão caracteriza-se por três esquemas que constituem a tríade cognitiva, sendo que a primeira componente tem a ver com a imagem negativa que o doente depressivo tem de si próprio, a segunda tem a ver com a tendência de julgar como negativo tudo quanto lhe acontece, e a terceira componente tem a ver com o pessimismo quanto ao futuro.

Tal como para a ansiedade, a dor crónica tem bastante influência no aparecimento de um quadro depressivo (Davis, 2000; Schofield, 2005), isto é, um doente portador de dor crónica tem mais probabilidade de apresentar um quadro depressivo do que uma pessoa que não experiencie qualquer tipo de dor (ibidem). De forma semelhante, a depressão também parece influenciar a percepção a dor

(Ogden, 2004), até porque um aumento de preocupação com a dor está associado com o aumento da própria dor. Uma agudização de um quadro depressivo pode estar relacionada com o aumento da dor crónica e pode estar relacionada com a falta de sono, com uma vida social e laboral reduzidas e com sentimentos de exaustão (ibidem). O facto de ser doente portador de dor crónica pode implicar, com muita frequência, a existência de quadros depressivos, pela fragilidade crónica com que a pessoa está, e pela dependência que tem dos outros (Metzger et al., 2002).

É aceite que pessoas com dor crónica tenham níveis mais elevados de depressão. De facto, a depressão é mais comum entre pessoas portadoras de dor crónica, do que em pessoas que tenham outras doenças (Worz, 2003). Num estudo efectuado em mais de 3 mil doentes com problemas musculo-esqueléticos, verificou-se que a depressão afectava a predisposição para descrever a dor, uma vez que os doentes que sofrem de depressão, queixam-se da dor mais frequentemente do que os doentes que não estão num estado de depressão (Adams & Field, 2002). Num outro estudo realizado entre uma população de indivíduos com dor crónica e uma população em geral, foi verificado que 20% dos indivíduos com dor crónica apresentava depressão, contra 9% na população sem dor crónica (Symreng & Fishman, 2004).

Alguns estudos referem que variáveis como o sexo, o nível sócio-económico, o nível educacional e a situação conjugal estão associadas a uma sintomatologia depressiva e que os doentes se deprimem mais, quando a sua vivência da dor interfere com as actividades do dia a dia e com o desempenho a nível do relacionamento familiar e social (Weir, Browne, Tunks, Gafni & Roberts, 1996). A depressão é um distúrbio de humor bastante comum em pessoas que têm dor crónica. Os resultados de muitos estudos revelam uma frequência de depressão em doentes com dor crónica que pode variar entre 30 a 100%, em que valores entre os 50 e 65% constituem a norma (Araújo-Soares & Figueiredo, 2001).

Numa amostra de 258 doentes com dores orofaciais resultantes de afecções temporomandibulares, verificou-se que estes doentes apresentavam níveis elevados de depressão e incapacidade relacionada com a dor e uma correlação positiva entre

depressão e incapacidade relacionada com a dor (Auerbach, Laskin, Frantsve & Orr, 2001).

Num estudo sobre prevenção da dor e da incapacidade prolongada, (Sullivan, Adams, Stanish, & Savard, 2005), numa empresa no Canadá a 116 trabalhadores (68 homens e 48 mulheres) que se encontravam ausentes do trabalho devido a acidentes profissionais, dos quais resultaram problemas lombares, foi introduzido um programa baseado numa intervenção psicológica com a duração de 10 semanas, que tinha como objectivo principal a redução de riscos psicossociais. Apesar de os níveis de depressão terem diminuído após a intervenção, esta diminuição foi mais acentuada, para as pessoas que voltaram ao trabalho do que para aquelas que não voltaram ao trabalho.

A associar também dor crónica e depressão foi igualmente observado num estudo realizado em 2002, junto de 50 mulheres, em S. Paulo (Brasil), portadoras de dor pélvica crónica, com uma média de idades de 35 anos, tendo-se verificado que 92% das doentes apresentavam depressão, das quais 36% tinham depressão leve, 34% depressão moderada e 22% depressão grave (Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta, 2002).

Num outro estudo realizado na Unidade Multidisciplinar de Dor do Hospital de Valência em 2004, junto de 168 doentes com dor crónica, com uma média de quantificação da sua dor de 8, numa escala de 0 a 10, verificou-se um nível de depressão médio mais elevado para as mulheres comparativamente aos homens de $16,23 \pm 9,32$. (Soucase, Monsalve & Soriano, 2005).

No caso do contexto português, este efeito do sexo não foi observado. McIntyre e Araújo Soares (1999), num estudo que conduziram numa população de 69 doentes com dor crónica de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e 73 anos, verificaram que apesar de as mulheres terem exibido níveis mais elevados de depressão do que os homens, estas diferenças não atingiram significância. Noutro estudo, também realizado em Portugal junto de doentes com dor crónica (n= 69), que tinha como objectivo estudar o impacto da presença ou não de depressão, utilizando para o efeito o inventário de depressão de Beck, foi

verificado que 68% dos sujeitos da amostra apresentavam um quadro depressivo (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

Por fim e à semelhança do que acontece para a ansiedade, também uma intervenção cirúrgica pode propiciar o desenvolvimento de um quadro depressivo (Barbosa, 1989). Os sintomas depressivos predominam sobretudo no pré-operatório e no pós-operatório (Davis, 2000) já que existe uma eventual ameaça à vida, perda de integridade corporal e da própria identidade, isto pode implicar a instalação de um quadro depressivo.

4.3 – DOR CRÓNICA E ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Se se fizesse um inquérito sobre o que é que a vida no dia-a-dia envolve, a maioria das pessoas, independentemente da idade e circunstâncias, responderia que seriam actividades como o comer, beber, trabalho, lazer e dormir. Provavelmente, também concordariam que respirar, comunicar, higiene e hábitos pessoais, são também actividades que fazem parte integrante da vida, mesmo se existirem momentos em que possamos ter consciência da sua execução. Estas actividades são o que costumamos designar por Actividades de Vida Diária (AVD), dizendo respeito às actividades básicas (higiene pessoal, vestuário, alimentação, sono, movimentação, eliminação e actividade sexual), às actividades domésticas e às actividades gerais da vida diária (como abrir portas, telefonar, escrever) (Atkinson & Murray, 1989; Roper, Logan, & Tierney, 1995).

É claro que o termo actividade de vida diária é utilizado num sentido abrangente e isto porque cada actividade tem várias dimensões, como por exemplo, a comunicação está relacionada com todas as outras actividades da vida, senão imaginemos apenas comer e beber, trabalhar e descansar ou expressar a sexualidade, sem comunicação. É o caso também da respiração, que é essencial para todas as actividades da vida.

O aparecimento de situações de dependência (como é o caso da dor crónica), repercute-se no elenco das actividades quotidianas (Mackrodt, 2005), para além de

se traduzir num elevado custo social. Nos Estados Unidos, por exemplo, um estudo realizado em 1996 revelou que mais de 550 milhões de dias de trabalho são perdidos a cada ano devido a dores persistentes, e que as pessoas gastam milhões de dólares por ano em medicamentos para minimizarem a dor, a que acresce o preço das cirurgias, hospitalizações, invalidez, podendo os custos alcançar os 100 biliões de dólares (Straub, 2005).

Assim, dadas as consequências que a dor crónica acarreta, torna-se importante avaliar o impacto que a mesma exerce na vida do indivíduo. De facto, apesar de nem sempre poder ser possível medir directamente a dor, torna-se crucial avaliar o efeito que ela tem em diversos aspectos da vida diária da pessoa (Coniam & Diamond, 1997), através do recurso a instrumentos devidamente construídos para o efeito. Isto é particularmente importante na medida em que o conhecimento da percepção da dor é uma dimensão fundamental para se poder controlar e tratar a dor, devendo, por conseguinte, “essa avaliação incluir a descrição do doente e a sua reacção à dor, os factores emocionais que contribuem para a dor e os efeitos que ela exerce no funcionamento diário do doente” (ibidem, p. 49).

Em 1994, Chibnall & Tait realizaram um estudo junto de 1059 doentes com dor crónica, tendo utilizado para o efeito o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (PDI), e verificaram não existir relação entre dor crónica e género, assim como entre dor crónica e idade e dor crónica e duração da mesma. Numa amostra de 258 doentes com dores orofaciais resultantes de afecções temporomandibulares, verificou-se que estes doentes apresentavam níveis elevados de depressão e incapacidade relacionada com a dor e uma correlação positiva entre depressão e incapacidade relacionada com a dor (Auerbach, et al., 2001). No ano de 2005, Tait & Chibnall examinaram a relação entre a incapacidade temporária, raça e sexo, numa população de 1329 trabalhadores no Missouri (USA), que apresentavam lombalgias. Estes autores, através do PDI, verificaram que os indivíduos de raça afro-americana foram os que apresentaram uma maior incapacidade relacionada com a dor comparativamente com os indivíduos de raça branca. Os autores não encontraram um efeito do sexo.

Num estudo sobre prevenção da dor e da incapacidade prolongada (Sullivan et al., 2005), realizado numa empresa no Canadá a 116 trabalhadores (68 homens e 48 mulheres) que se encontravam ausentes do trabalho devido a acidentes profissionais, dos quais resultaram problemas lombares, foi introduzido um programa baseado numa intervenção psicológica standardizada com a duração de 10 semanas, que tinha como objectivo principal a redução de riscos psicossociais. Os resultados evidenciaram que o índice de incapacidade relacionada com a dor, diminuiu, quer nas pessoas que voltaram ao trabalho, quer nas que não voltaram a trabalho, e nas três fases do programa implementado. Contudo, notou-se uma diminuição mais acentuada, nos valores médios do índice de incapacidade relacionada com a dor, nas pessoas que voltaram ao trabalho (de 37,81 no pré-tratamento, para 31,53 a meio do tratamento e 22,36 no pós-tratamento), do que naquelas que não voltaram ao trabalho.

As dores crónicas de origem não maligna implicam muitas vezes problemas de origem psiquiátrica e quase sempre, incapacidades de várias ordens. Num estudo junto de 85 doentes, na Carolina do Norte (USA), portadores de dores crónicas de origem não maligna e que foram submetidos a um tratamento à base de ópioides durante três meses, em que a média de idades era de 51 anos, 60% eram homens e 78% de raça caucasiana, Chelminski e colegas (Chelminski et al., 2005) verificaram que:

- a média da quantificação da dor foi de 6,5, numa escala de 0 a 10,
- a média do índice de incapacidade relacionada com a dor foi de 47,0,

e decorridos três meses após o início do tratamento:

- a média da quantificação da dor era de 5,5,
- a média do índice de incapacidade relacionada com a dor era de 39,3.

Num estudo semelhante, mas não identificando as causas da dor, realizado na Bélgica, em 2005, em 185 doentes (68 homens e 117 mulheres) com dor crónica, sendo a média de idades de 54,12 anos, foi constatado que (Vlieger, Crombez & Eccleston, 2006):

- a média da quantificação da dor foi de $5,65 \pm 2,02$ numa escala de 0 a 10,
- a média do índice de incapacidade relacionada com a dor foi de $38,09 \pm 14,85$.

No ano de 2000 em Ontário (Canadá) em três Centros de tratamento do cancro, foi realizado um estudo junto de 112 doentes com dor crónica de origem maligna, em que 70 (62,5%) eram mulheres e 42 (37,5%) eram homens. A média de idades era de 65,5 anos, sendo nas mulheres de 56,8 anos e de 65,5 anos nos homens. Os doentes eram portadores de cancro, em média, há cerca de 5,3 anos, 41% faziam quimioterapia e 8% radioterapia. No que diz respeito ao índice de incapacidade relacionada com a dor, a média foi de $29,1 \pm 17,4$, sendo que as mulheres apresentavam uma média superior à dos homens (31,9 vs 23,4 respectivamente) (Moulin, 2000; Zaza, Reyno & Moulin, 2000).

5 – AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA

Devido à subjectividade da dor, do sofrimento que causa, e da incapacidade que provoca é difícil objectivar e quantificar na totalidade estes dois aspectos, assim como sabemos que a experiência da dor é influenciada por múltiplos factores, desde as condições culturais, modo de estar, contingências sociais, entre outros (Turk, 1993). Uma patologia com origem física é a única que pode ter uma causa concreta e que contribuiu para a experiência da dor, mas é altamente improvável que consigamos avaliar a dor se não tivermos em conta a percepção de cada um na experiência dolorosa (ibidem). Actualmente o grande desafio do combate à dor, até mesmo devido à implementação das terapêuticas adequadas, inicia-se na sua mensuração, já que a dor é, antes de mais, subjectiva, como atrás foi referenciado, variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais. É preciso avaliar os factores multidimensionais que caracterizam a dor, incluindo-se, além do tipo de dor, a intensidade, duração, localização, e análise cuidada do aspecto emocional do doente (Kazanowski & Laccetti, 2006), sendo “que a experiência dolorosa deve ser descrita a partir das palavras do doente” (p. 23).

A avaliação da dor/sofrimento do doente é sempre necessária, não só para a escolha da forma mais adequada para o controle algico em cada caso, como também para detectar a necessidade de suporte psicológico e/ou social, uma vez que é também necessário saber a interferência da dor nas actividades de vida diária, nos relacionamentos afectivos, no trabalho, e as expectativas em relação à doença e ao tratamento (Andrade, Pereira & Sousa, 2006). Uma característica importante do doente com dor crónica, tem a ver com um certa "adequação comportamental" ao sofrimento que a dor provoca, o que por vezes confunde as pessoas que com ele convivem, o que pode suscitar dúvidas quanto à real presença da dor, devido ao paradigma criado: os mecanismos de defesa desenvolvidos pelo doente para suportar a dor, fazem com que os profissionais de saúde ou os seus cuidadores, possam desconfiar da sua existência (Paulo, 2003). Esta realidade demonstra, por si só, a necessidade de instrumentos que possibilitem um elo de comunicação entre o doente e profissionais de saúde/cuidadores, para que se consiga transformar um sentimento tão complexo e subjectivo, como a dor, numa informação directa e

objectiva, tão importante para o seu bem-estar. Claro que para além das metodologias de avaliação da intensidade da dor, existem meios complementares de diagnóstico que permitem identificar possíveis causas da dor, como, por exemplo, exames radiológicos, electrofisiológicos e laboratoriais. É preciso notar que nem sempre existe uma evidência clínica de uma provável lesão que explique a dor (Portal da Saúde, 2005).

Um grande passo e um grande avanço na questão da dor, em Portugal, foi dado pelo Ministério da Saúde, quando em 2001 emanou a Circular Normativa N ° 09/DGCG de 14/06, onde figura a dor como 5º sinal vital e a obrigatoriedade do registo sistemático da intensidade da dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003). É referido nesta circular que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, e um direito dos doentes que dela sofrem e o sucesso da terapêutica analgésica depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes, assim como a avaliação e o registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feito de forma contínua e regular. Outra das grandes vantagens que esta circular introduz, tem a ver com a utilização de escalas que permitem mensurar a intensidade da dor, apontando as que devem ser utilizadas (uma delas), de acordo com o seguinte (Direcção-Geral da Saúde, 2003):

- Escala visual analógica (convertida em escala numérica para efeitos de registo), consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “sem dor” e, na outra, a classificação “dor máxima” (cf. Figura 8).

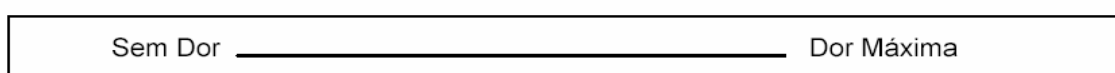


Figura 8. Escala visual analógica (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p. 2)

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor, havendo uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha recta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local

assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será transposta para a folha de registo. Por exemplo, conforme se pode ver na Figura 9, um doente com dor ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “sem dor” (posição A). Se sofrer de uma dor média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma dor intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade “dor máxima” (posição C).

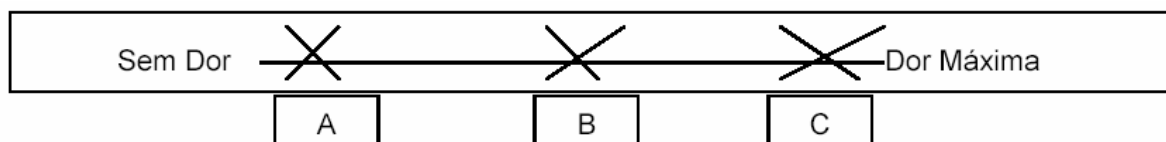


Figura 9. Exemplo de preenchimento da Escala visual analógica (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p. 2)

- Escala numérica, consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (cf. Figura 10). Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável), sendo que a classificação numérica que o doente indicou será a assinalada na folha de registo.

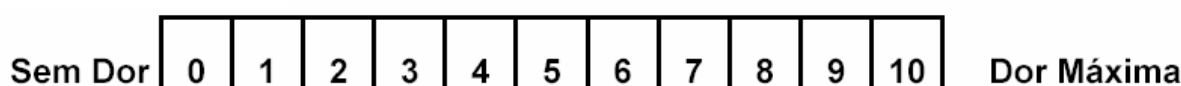


Figura 10. Escala numérica (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p. 2)

- Escala qualitativa (cf. Figura 11), onde se solicita ao doente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com os adjectivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”, sendo posteriormente transposto para a folha de registo.

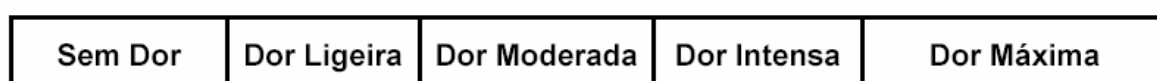


Figura 11. Escala qualitativa (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p. 2)

- Escala de faces, onde é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada (cf. Figura 12), sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “dor máxima”, sendo posteriormente registado o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

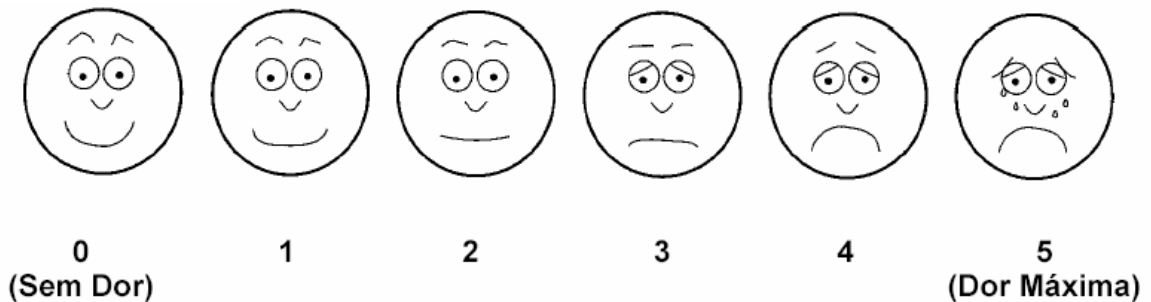


Figura 12. Escala de faces (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p. 3)

É claro que a aplicação de qualquer uma destas escalas obedece a algumas regras, para que possamos dizer que a avaliação da intensidade da dor seja efectivamente a que o doente sente (Direcção-Geral da Saúde, 2003):

- a) a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente,
- b) a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita,
- c) as escalas acima mencionadas, aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos,
- d) a escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma,
- e) para uma correcta avaliação da intensidade da dor, é necessário ensino prévio ao doente acerca da escala que vão utilizar, assim como é imprescindível a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, de forma a que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala.

Calcula-se que existam cerca de cinco milhões de mortes anuais por cancro. As estimativas indicam também que, actualmente, de quatro a nove milhões de pessoas sofrem de dor por cancro (World Health Organization, 1990), com ou sem tratamento satisfatório. Calcula-se também que 70% dos doentes com cancro avançado têm dor como sintoma principal e que perto de 50% dos adultos e crianças submetidos a

tratamentos oncológicos têm dores, e em cerca de 50% dos casos a dor por cancro é de moderada a grave e em 30 % muito grave ou intolerável (ibidem). O controle eficaz da dor crónica é de enorme utilidade terapêutica, até porque os efeitos sociais da dor não controlada são também devastadores e contribuem para problemas interpessoais, familiares e na e com a comunidade, além da capacidade dos doentes cuidarem de si próprios estar diminuída e existir uma redução significativa da sua qualidade de vida (Carr, 1993).

É um facto que quanto mais prolongados forem os sintomas de dor, maior a probabilidade de que um mecanismo do sistema nervoso central perpetue a dor e mais difícil se torna o seu alívio ou eliminação (Talarico, 1998). Deste modo é de importância vital, que depois de uma avaliação efectiva da dor do doente, possam ser identificadas estratégias de tratamento que possam promover um alívio satisfatório da dor (Kazanowski & Laccetti, 2006), seja com medidas farmacológicas (envolvendo o uso de analgésicos, opióides e anestésicos), com medidas fisiológicas (estimulação transcutânea, massagens, acupunctura, etc.), ou com medidas psicológicas (psicodrama, relaxamento, hipnose, etc.), e porque não, “usando um plano terapêutico que englobe estas três medidas, para proporcionar um alívio completo da dor” (p. 41), até porque um programa de tratamento multidisciplinar da dor crónica é “eficaz na melhoria da dor, na diminuição do sofrimento e na diminuição da incapacidade laboral “ (Collado, Torres, Árias, Ruiz-Lopez & Muñoz-Gomez, p. 207)

Um dos maiores contributos, senão mesmo o maior, e concretamente no que ao nosso País respeita, no que concerne ao tratamento da dor (Teixeira, 2003), foi aquando da aprovação em 2001 do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção Geral da Saúde, 2001). Este plano nacional de luta contra a dor tinha como objectivo o desenvolvimento até 2007, nos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, da organização de Unidades de Dor que, proporcionem, ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa. Pretendia-se com este plano, que em 2007, existissem (ibidem):

- Unidades de Dor de Nível I em, pelo menos, 75% dos hospitais distritais (50 unidades). Esta é uma unidade vocacionada para o diagnóstico e orientação

terapêutica de doentes com dor crónica, com capacidade para intervir em situações de urgência, aplicar alguns tratamentos e referenciar para especialidades complementares de apoio ao doente. É uma unidade que funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada e registo de doentes. Tem que estar dotada com, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor, sendo um deles especializado em psiquiatria, ou dotada de dois médicos treinados em tratamento da dor e de um psicólogo.

- Unidades de Dor de Nível II em, pelo menos, 75% dos hospitais centrais (16 unidades). Esta é uma unidade capacitada para o tratamento de doentes com dor, sejam doentes do ambulatório, internados ou em situação de urgência. Funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada e registo de doentes. Pode dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não cirúrgica e agudizações de dor crónica. A equipa é constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento de dor, sendo um deles especializado em psiquiatria ou, em alternativa, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social. Funciona por protocolos de actuação terapêutica e está capacitada para a execução de investigação clínica e para a formação pós-graduada de profissionais de saúde.

- Unidades de Dor de Nível III em, pelo menos, 75% dos hospitais com vocação universitária (2 unidades). Esta é uma unidade igual à de nível II, mas tem de ter a particularidade de desenvolver investigação na área da dor, formação pré e pós-graduada, a nível de mestrado e doutoramento e tem de estar integrada numa Unidade de Investigação ou no ensino Universitário. Podemos referir que em 2001, existiam em Portugal 6 unidades de dor de nível I, 9 unidades de dor de nível II e 0 unidades de dor de Nível III.

A grande parte dos doentes com doença oncológica, sobretudo numa fase avançada, sofre de dor crónica, a qual pode ser minimizada praticamente em todos os casos. É uma dor que é causada pela progressão da doença, por metástases, por intervenções terapêuticas (radioterapia, e quimioterapia), ou por reacções psicológicas, o que dificulta o tratamento adequado. Neste âmbito, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, publicado em 2001, forneceu importantes orientações para o

tratamento da dor e das técnicas a utilizar para o controlo da dor crónica (Direcção Geral da Saúde, 2001, Portal da Saúde, 2005), nomeadamente as técnicas farmacológicas, as não farmacológicas e as neurocirúrgicas:

1- Técnicas farmacológicas. As técnicas farmacológicas conservadoras envolvem a utilização de fármacos analgésicos e fármacos adjuvantes, que, no caso de doentes oncológicos, deverá respeitar os critérios, propostos pela Organização Mundial de Saúde, de prescrição e incrementação progressiva ao longo de uma escada analgésica de três degraus (cf. Figura 13), e que tem a via oral como forma de administração preferencial, excepto em situações que a impossibilitem, como em casos de náuseas, vómitos, dificuldade de deglutição, alterações de nível de consciência, etc (Eisenberg, Marinangeli, Birkhahn, Paladini & Varrassi, 2005).

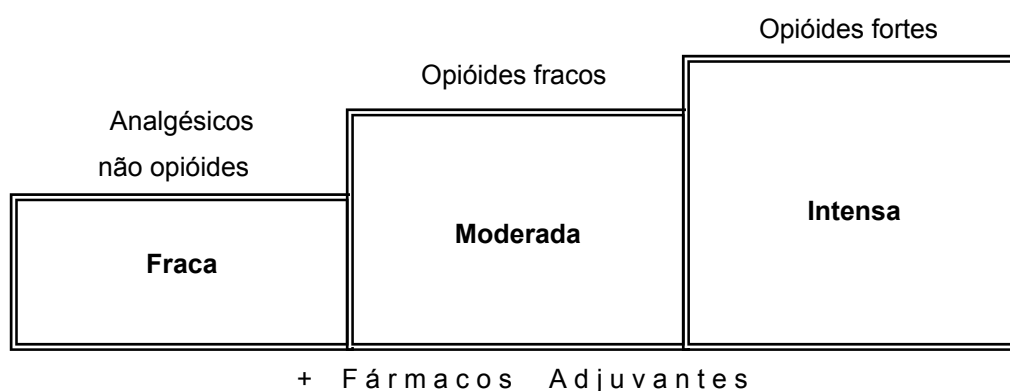


Figura 13. Escada Analgésica (adaptado de Direcção-Geral da Saúde, 2001, p. 41)

Os analgésicos podem ser opióides (opióide forte - morfina; opióide fraco – codeína) e não opióides (anti-inflamatórios não esteróides e outros analgésicos antipiréticos, como o paracetamol). Os fármacos adjuvantes contribuem para o alívio da dor, potenciando os analgésicos e interferindo nos vários factores que podem agravar o quadro algico (antidepressivos, os ansiolíticos, os corticosteróides, os relaxantes musculares, etc.). Os métodos farmacológicos invasivos envolvem a utilização de anestésicos locais para a execução de bloqueios nervosos, com a intenção de provocar interrupção da transmissão dolorosa.

2- Técnicas não farmacológicas. As técnicas não farmacológicas compreendem, entre outras (Catana, 2005; Harding, Simmonds & Watson, 1998; Marantes & Pinto, 2005; Santos, 2005; Vasudevan, 1998), a reeducação do doente, a estimulação

eléctrica transcutânea (TENS), as técnicas de relaxamento e biofeedback, a abordagem cognitivo-comportamental, as psicoterapias psicodinâmicas, as estratégias de coping e de redução do stress, os tratamentos pela medicina física e o exercício físico activo e passivo.

3- Técnicas neurocirúrgicas. As mais conhecidas destas técnicas, são as neurectomias, as rizotomias, as simpaticectomias, as mielotomias e algumas técnicas de neuroestimulação.

Um dos aspectos importantes e que também constam do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, tem a ver com a adesão ao tratamento por parte do doente (Kazanowski & Laccetti, 2006; Metzger et al., 2002), e nesse sentido, estão expressas nesse documento algumas orientações importantes para a auto-ajuda no controlo da dor crónica, de entre as quais salientamos as seguintes (Direcção Geral da Saúde, 2001):

- ensino sobre a auto-avaliação da dor (localização da dor e áreas afectadas, caracterização da dor, quanto ao tipo, carácter e intensidade, através da utilização de uma escala de avaliação, limitações funcionais e actividades de vida afectadas, medicação ou estratégias utilizadas para a redução da dor e resultados obtidos);
- ensino sobre as formas de controlo dos estímulos desencadeantes da dor e dos sintomas que podem diminuir a sua tolerância (medicação antiálgica, astenia, anorexia, náuseas e vómitos, obstipação, labilidade emocional e depressão);
- ensino relativo à medicação antiálgica (implementação de uma estratégia terapêutica, envolvimento dos familiares, desmistificar a utilização de opióides e conhecimento dos efeitos secundários das terapêuticas);
- ensino sobre o autocontrolo da dor (uso de técnicas de relaxamento, de técnicas de distração, planeamento de actividades que o doente pode desenvolver)

É claro que em todos os casos de dor crónica, há que tratar a origem orgânica da dor quando identificável, otimizar os recursos psicológicos e sociais do doente para minimizar as suas consequências, ensinando e estimulando sempre o utente para que limite tanto quanto possível o impacto da dor na sua vida diária (Silva & Branco, 2001).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – INTRODUÇÃO

A dor é um facto, que existe apenas enquanto está a ser sentida mas cuja observação pode não ser real em termos objectivos. Mais ninguém a não ser o próprio indivíduo que experiencia essa realidade saberá se ela existe ou não, mesmo que mais ninguém dê por isso ou não encontre razão justificativa para que tal aconteça. É certo que a dor faz parte do nosso quotidiano e que está de acordo com as nossas representações, uma vez que é algo que nós próprios sentimos melhor do que os outros, no entanto, mesmo que alguém passe por uma experiência idêntica, provavelmente, essa pessoa não irá sentir a dor da mesma forma que nós a sentimos. E aqui é que reside a grande questão, já que o problema não está na existência da dor, mas na sua interpretação e mensuração.

Na verdade, um aspecto fundamental, e que a nosso ver justifica a pertinência de se conduzir estudos neste domínio, tem a ver com o facto de algumas dores crónicas serem mais difíceis de controlar em determinado doente e em determinada situação, sendo necessário que ele tenha que conviver com ela, e com as limitações por ela trazidas, quer em termos de incapacidade física (seja nas actividades de vida diária, em actividades laborais, ou em actividades de lazer), quer em termos psicológicos, a nível da ansiedade e da depressão, por exemplo.

Ora, um conhecimento mais aprofundado das implicações biopsicossociais da dor crónica e eventuais especificidades quando se considera diferentes patologias associadas – como é o caso da doença oncológica – permitirá a implementação de estratégias e de programas de intervenção mais eficazes e diferenciados, bem como de promoção da qualidade de vida destes indivíduos. É neste quadro que foi realizado o presente estudo. Assim, apresenta-se nesta parte do trabalho os objectivos gerais e específicos delineados, as hipóteses formuladas, o método utilizado bem como os resultados encontrados e respectiva discussão.

2 – OBJECTIVOS

A formulação do problema de investigação, para além de constituir o ponto de partida de toda a investigação, é a etapa determinante de todo o processo de pesquisa (Almeida & Freire, 2003). Para que uma investigação se inicie é necessário a formulação de um problema a investigar, tendo presente a premissa de que “o primeiro problema que se coloca ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 31). Daí Fortin (1999) referir que “qualquer investigação tem um ponto de partida, uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (p. 48).

Neste trabalho, o problema de investigação e os objectivos definidos resultaram de algumas preocupações e constatações pessoais. De facto, enquanto profissional de saúde, no domínio da Enfermagem, e pertencendo a uma Unidade de Dor desde há 3 anos, tem-se vindo a observar directamente constrangimentos de vária ordem, quer físicos quer psicológicos, que vivem e convivem no doente oncológico com dor crónica. Assim, no sentido de compreender melhor estes constrangimentos, foi realizado o presente trabalho, que teve como principal objectivo avaliar os efeitos psicossociais da dor crónica em doentes oncológicos.

Concretamente, pretendeu-se avaliar o impacto da dor crónica a nível da ansiedade, da depressão e das actividades de vida diária em doentes oncológicos. Para o efeito foram observados doentes oncológicos que se encontravam a frequentar a consulta de dor do Hospital Distrital de Lamego, e comparados com doentes oncológicos do mesmo hospital mas sem registo de dor crónica (a frequentar a consulta externa de cirurgia). Pretendeu-se, ainda, analisar se a ansiedade, a depressão e as actividades de vida diária variavam em função do sexo, bem como a existência de correlação entre as três primeiras variáveis e entre estas e a intensidade da dor percebida pelos doentes oncológicos. Foi ainda objectivo contribuir para um estudo de adaptação de um instrumento de avaliação da percepção do impacto da dor crónica nas actividades de vida diária, já que se desconhece a existência de instrumentos análogos em Português.

3 – VARIÁVEIS E HIPÓTESES

A identificação e operacionalização de variáveis é parte importante de qualquer trabalho de investigação, uma vez que permite a determinação do rigor e a explicitação das mesmas. Tal como o nome indica, variável é algo que varia. Ora, quase todos os aspectos do ser humano e do ambiente podem ser considerados variáveis. Para Gil (1999), o conceito de variável refere-se a “tudo o que pode assumir diferentes valores ou aspectos, enquanto que a operacionalização das variáveis é o processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação” (p. 89). Dos vários tipos de variáveis destaca-se a variável independente, que é aquela que o investigador controla, sendo a causa suposta e antecedente da variável dependente, e a variável dependente, que é aquela que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever (Polit & Hungler, 1995).

No presente estudo, as variáveis independentes consideradas foram as seguintes:

- Dor crónica (doentes oncológicos com dor crónica e doentes oncológicos sem dor crónica);
- Sexo (feminino e masculino).

No que diz respeito às variáveis dependentes foram consideradas as seguintes:

- Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado, medidas através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço de Spielberg (adaptação portuguesa de Ponciano, 2001);
- Depressão, medida através do Inventário de Depressão de Beck (adaptação portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995);
- Actividades de Vida Diária, medida do Índice de Incapacidade relacionada com a dor (versão portuguesa do PDI de Tait et al., 1990).

De salientar que nos estudos correlacionais foi ainda considerada a variável Intensidade da Dor Percebida, medida através de escalas numéricas da dor recomendada pela Direcção-Geral da Saúde (2003), a qual consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, em que 0

corresponde à classificação “sem dor” e 10 à classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

A partir da definição e operacionalização das variáveis e da revisão da literatura efectuada foram formuladas hipóteses. A hipótese traduz o enunciado do problema numa predição precisa e não ambígua de resultados esperados, passível de ser ou não rejeitada. Tal como diz Marconi e Lakatos (1996), “hipótese é uma preposição que se faz na tentativa de verificar a validade de resposta existente para um problema e é uma suposição que antecede a constatação dos factos e tem como característica uma formulação provisória, que deve ser testada para determinar a sua validade” (p. 26), constituindo-se em uma “explicação ou solução mais plausível de um problema” (Almeida & Freire, 2003, p. 42).

Neste quadro, e tendo em consideração a revisão de literatura efectuada, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- H1 – Os doentes oncológicos com dor crónica apresentam níveis mais elevados de ansiedade-traço do que os doentes oncológicos sem dor crónica (e.g., Araújo-Soares & Figueiredo, 2001; Soucase et al., 2005; Symreng & Fishman, 2004);
- H2 – Os doentes oncológicos com dor crónica apresentam níveis mais elevados de ansiedade-estado do que os doentes oncológicos sem dor crónica (e.g., Araújo-Soares & Figueiredo, 2001; Soucase et al., 2005; Symreng & Fishman, 2004);
- H3 – Os níveis de ansiedade-traço não diferem em função do sexo;
- H4 – Os níveis de ansiedade-estado não diferem em função do sexo;
- H5 - Os doentes oncológicos com dor crónica apresentam níveis mais elevados de depressão do que os doentes oncológicos sem dor crónica (e.g., Araújo-Soares et al., 2002; Auerbach et al., 2001; Lorençatto et al., 2002; Symreng & Fishman, 2004; Worz, 2003);
- H6 – Os níveis de depressão não diferem em função do sexo;

- H7 - Os doentes oncológicos com dor crónica apresentam um maior índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor do que os doentes oncológicos sem dor crónica (e.g., Chibnall & Tait, 1994; Vlieger et al., 2006; Zaza et al., 2000);
- H8 – O índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor não difere em função do sexo;
- H9 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço e a ansiedade-estado (e.g., Ponciano, 2001);
- H10 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço e a depressão (e.g., Ogden, 2004);
- H11 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço e o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor (e.g., Ogden, 2004);
- H12 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço e a intensidade da dor percebida (e.g., Araújo-Soares & Figueiredo, 2001; Ogden, 2004);
- H13 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-estado e a depressão (e.g., Ogden, 2004);
- H14 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-estado e o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor (e.g., Ogden, 2004);
- H15 – Existe uma correlação positiva entre a ansiedade-estado e a intensidade da dor percebida (e.g., Araújo-Soares & Figueiredo, 2001; Ogden, 2004);

- H16 – Existe uma correlação positiva entre a depressão e o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor (e.g., Auerbach et al., 2001; Weir et al., 1996);

- H17 – Existe uma correlação positiva entre a depressão e a intensidade da dor percebida (e.g., Ogden, 2004; Schofield, 2005);

- H18 – Existe uma correlação positiva entre o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor e a intensidade da dor percebida (e.g., Chibnall & Tait, 1994; Ogden, 2004);

De salientar que relativamente à variável sexo, foram formuladas hipóteses nulas devido à inconsistência de resultados descritos na literatura.

4 – MÉTODO

A metodologia é composta por um conjunto de actividades sistemáticas e racionais com a finalidade de alcançar os objectivos pretendidos. Fase essencial do projecto de pesquisa, permite ao investigador responder às questões: “como?” “com quê?” “porquê?” “onde?” e “quando?”. Gil (1999) refere que “o método pode ser definido como o caminho para chegar a determinado fim” (p. 26), tendo como objectivo “descrever em pormenor como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer um o possa replicar, com base na informação fornecida” (Pais Ribeiro, 1999, p. 32).

A investigação constitui uma área de primordial interesse em qualquer ciência, pois através dela atinge-se um conhecimento mais exacto dos fenómenos, permitindo o desenvolvimento da ciência e o avanço de qualquer profissão ao fornecer novos saberes que vão enriquecer o corpo de conhecimentos pré-existente. Podemos pois dizer, que a metodologia é importante para o êxito da investigação, porque, tal como refere Polit e Hungler (1995), “o método científico de investigação refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas”(p. 13).

4.1 – PARTICIPANTES

Participaram neste estudo um total de 90 doentes oncológicos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 33 e os 90 anos (cf. Quadro 1). Destes, 44 têm dor crónica (grupo dor crónica) e 46 não têm dor crónica (grupo de controlo), encontrando-se a frequentar a Consulta da dor e a Consulta Externa de Cirurgia, do Hospital Distrital de Lamego, respectivamente.

Quadro 1. Caracterização dos grupos em função do sexo e da idade

Grupo	n	Sexo		Idade	
		F	M	Média (DP)	Min.-Máx.
Dor Crónica	44	26	18	70,75 (11,67)	33 - 93
Controlo	46	28	18	69,39 (11,26)	40 - 90

Quanto às habilitações literárias, e como se pode ver no Quadro 2, 40,9% dos doentes da consulta da dor crónica são analfabetos, e 38,6% têm o 1º ciclo do ensino básico, enquanto que no grupo de controlo, a maior percentagem dos doentes tem o 1º ciclo do ensino básico (60,9%).

Quadro 2. Número de participantes e respectiva percentagem por grupo (em função das Habilitações Literárias, do Estado Civil, da existência de filhos, da Profissão, da Dependência Financeira e da Zona e Área de Residência)

Variáveis	<i>Dor Crónica</i>	<i>Grupo Controlo</i>
Habilitações Literárias: Analfabeto	18 (40,9%)	8 (17,4%)
1º ciclo do ensino básico	17 (38,6%)	28 (60,9%)
2º ciclo do ensino básico	9 (20,5%)	10 (21,7%)
Estado civil:		
Solteiro	1 (2,3%)	4 (8,7%)
Casado	27 (61,4%)	30 (65,2%)
Divorciado	1 (2,3%)	1 (2,2%)
Viúvo	15 (34,1%)	11 (23,9%)
Existência de filhos:		
Sim	42 (95,5%)	41 (89,1%)
Não	2 (4,5%)	5 (10,9%)
Profissão:		
Administrativo	2 (4,6%)	---
Agricultor	5 (11,4%)	5 (10,9%)
Auxiliar - lar de idosos	---	1 (2,2%)
Carpinteiro	---	1 (2,2%)
Comerciante	1 (2,3%)	2 (4,3%)
Desempregado	1 (2,3%)	---
Doméstica	9 (20,5%)	15 (32,6%)
Freira	---	1 (2,2%)
Motorista	1 (2,3%)	---
Reformado	24 (54,5%)	21 (45,7%)
Trolha	1 (2,3%)	---
Dependência financeira:		
Sim	9 (20,5%)	11 (23,9%)
Não	35 (79,5%)	35 (76,1%)
Residência - zona geográfica:		
Interior Norte	42 (95,5%)	45 (97,8%)
Interior Centro	2 (4,5%)	1 (2,2%)
- área urbana:		
Moderadamente urbana	29 (65,9%)	22 (47,8%)
Predominantemente rural	15 (34,1%)	24 (52,2%)

Relativamente ao estado civil, a maior percentagem dos doentes de ambos os grupos encontra-se casado, seguindo-se o estado de viúvo. Quanto à existência de filhos, também a maior parte dos doentes tem descendentes.

No que diz respeito à actividade profissional, a maior parte dos doentes de ambos os grupos são reformados, seguindo-se a actividade de doméstica. Apesar desta situação, mais de $\frac{3}{4}$ dos doentes de ambos os grupos não depende financeiramente de ninguém.

Todos os participantes residem no interior do país, sendo que a maior parte vive na região norte. Quanto à área urbana, a maioria dos participantes com dor crónica vive em áreas predominantemente urbanas, enquanto que os participantes do grupo de controlo são maioritariamente provenientes de áreas predominantemente rurais.

Em relação às características clínicas da nossa amostra, e como se pode ver no Quadro 3, as médias do peso, altura, tensão arterial máxima, mínima e frequência cardíaca, são praticamente sobreponíveis nos dois grupos. No que diz respeito ao peso, 56,8% dos sujeitos com dor crónica encontram-se dentro do peso ideal, 25,0% estão acima do peso normal (18,6% são mulheres) e 13,6% dos doentes têm obesidade tipo I (9,3% são também mulheres). No caso do grupo de controlo, 43,5% estão dentro do peso ideal, 39,1% estão acima do peso normal (26,1% são mulheres) e 15,2% dos doentes têm obesidade tipo I (10,9% são também mulheres). Quanto aos outros indicadores, os valores observados encontram-se, em média, dentro dos parâmetros normais tendo em conta a idade dos sujeitos.

Quadro 3. Médias, (e respectivos desvio-padrões) do estado geral de saúde por grupo

Grupo	Peso	Altura	IMC	Tensão Arterial		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Minima Média (DP)	Máxima Média (DP)	Freq. Card. Média (DP)
Dor Crónica	66,89 (10,5)	164,43 (6,8)	24,73 (3,5)	74,77 (10,2)	137,0 (17,4)	69,41 (9,9)
Controlo	67,0 (10,6)	161,65 (6,6)	25,63 (3,7)	73,70 (11,8)	134,1 (16,2)	69,65 (12)

A maior parte dos doentes, quer do grupo de dor crónica (52,3%; $n = 23$), quer do grupo de controlo (97,8%; $n = 45$) foram submetidos a intervenção cirúrgica,

sendo que a intervenção cirúrgica mais realizada em ambos os grupos foi a Hemicolecotomia, que consiste na remoção de parte do cólon (cf. Gráfico 1).

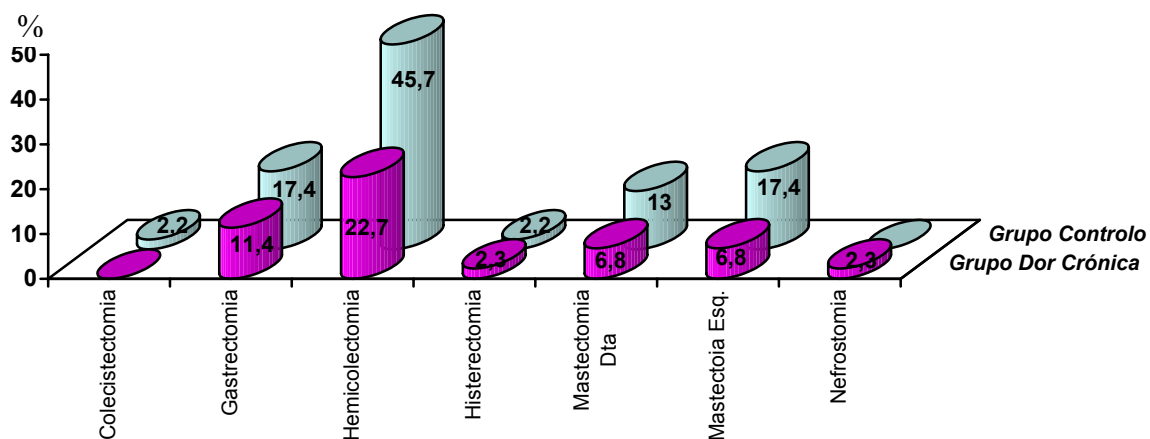


Gráfico 1. Percentagem de participantes por tipo de intervenção cirúrgica realizada e por grupo.

A maior parte dos doentes também fez tratamentos pós-cirúrgicos: 54,5% ($n = 24$) para os doentes do grupo da dor crónica, e 50,0% ($n = 23$) para os doentes do grupo de controlo (cf. Gráfico 2).

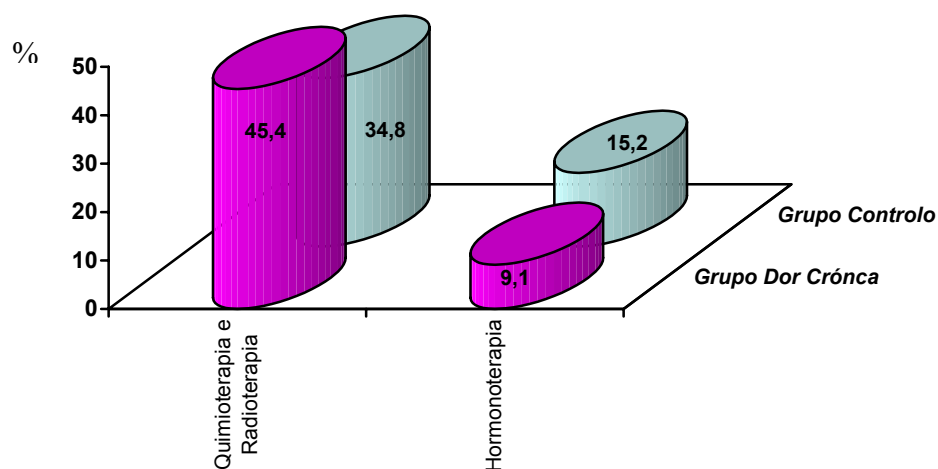


Gráfico 2. Percentagem de participantes por tipo de tratamento pós-cirúrgico realizado e por grupo.

De salientar ainda que a grande maioria dos doentes de ambos os grupos não tem antecedentes familiares de problemas de saúde semelhantes ao seu ($n = 41$, 93,2%, do grupo da dor crónica; $n = 44$, 95,7% do grupo de controlo). As pessoas de família com problemas semelhantes aos doentes do grupo de dor crónica ($n = 3$; 6,8%) faleceram, enquanto que as pessoas de família com problemas semelhantes aos doentes do grupo de controlo ($n = 2$; 4,3%) encontram-se actualmente em tratamento.

No que diz respeito à existência de problemas de saúde associados ao problema oncológico, verifica-se que a maior parte dos sujeitos, quer do grupo da dor crónica, quer do grupo de controlo, não tem problemas associados ($n = 31$; 70,5% e $n = 37$; 80,4%, respectivamente). Dos poucos doentes com problemas associados, verifica-se que no grupo da dor crónica a maior percentagem apresenta hipertensão ($n = 5$; 11,4%), seguida da diabetes ($n = 3$; 6,8%), da dislipidémia e reumatismo ($n = 2$; 4,5%, em ambos) e por fim de alcoolismo ($n = 1$; 2,3%). No caso do grupo de controlo, a maior percentagem dos doentes também apresenta hipertensão ($n = 3$; 6,5%), seguida da dislipidémia e da diminuição da acuidade visual e auditiva ($n = 2$; 4,3%, em ambos) e da diabetes e insuficiência venosa ($n = 1$; 2,2%, em ambos).

Por último, no que diz respeito à história da dor, do grupo de dor crónica, o tempo médio de surgimento da dor foi de 11,59 meses ($DP = 6,66$), sendo o mínimo de 6 meses e o máximo de surgimento da dor de 36 meses. Na maior parte dos doentes, e como se pode ver no Quadro 4, o aparecimento da dor ocorreu de forma lenta, e tem vindo progressivamente a piorar. Quanto ao conhecimento da causa da dor, 52,3% dos doentes sabem as causas da sua dor, dos quais 43,2% dos doentes consideram ser devida à doença, 6,8%, devido ao tratamento e 2,3% devido à cirurgia.

Quadro 4. Número de sujeitos do grupo de dor crónica, e respectiva percentagem quanto ao início de evolução e à causa de dor crónica

Dor Crónica		Nº	%
- Início:	De forma lenta	24	54,5%
	De forma repentina	11	25,0%
	Não sabe	9	20,5%
- Evolução:	Cada vez é maior	14	31,8%
	De forma intermitente	10	22,7%
	Tem vindo a piorar	20	45,5%
- Causa:	Doença Oncológica	19	43,2%
	Tratamento	3	6,8%
	Cirurgia	1	2,3%
	Não sabe	21	47,7%

Relativamente ao precisar o local da dor, 86,4% ($n = 38$) conseguem-no fazer, elegendo a região abdominal como a área mais dolorosa (cf. Gráfico 3).

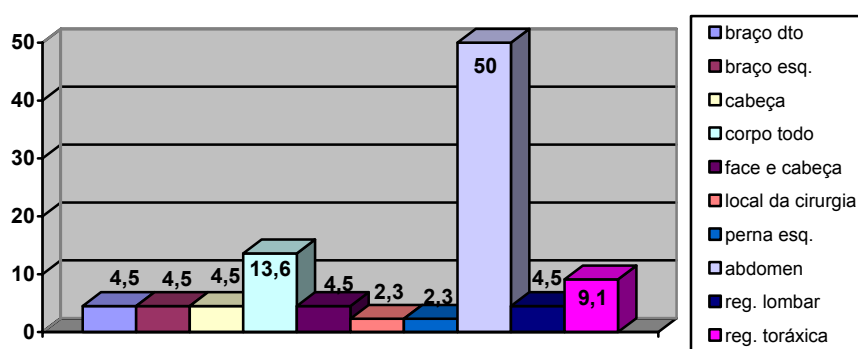


Gráfico 3. Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por localização física da dor.

De salientar que, apesar de nem todos serem capazes de identificar a região do corpo mais afectada pela dor, todos os doentes conseguem descrever o tipo de dor que sentem: de acordo com o Gráfico 4, 29,5% dos doentes refere uma dor muito forte, 25,0% refere uma dor incomodativa, 20,5% refere uma dor forte e 13,6% refere uma dor muito incomodativa.

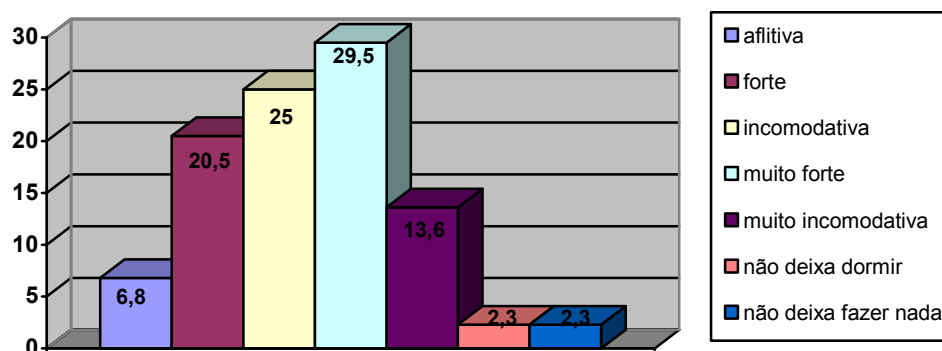


Gráfico 4. Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por tipo de dor sentida.

Relativamente à dor actual, uma grande parte dos doentes refere ter dores de forma intermitente ($n = 25$, 56,8% vs. $n = 19$, 43,2% que refere ter dores permanentes), sendo que a maioria refere que a dor surge durante a noite, seguindo-se o período após as refeições como o mais propício ao aparecimento da dor (cf. Gráfico 5).

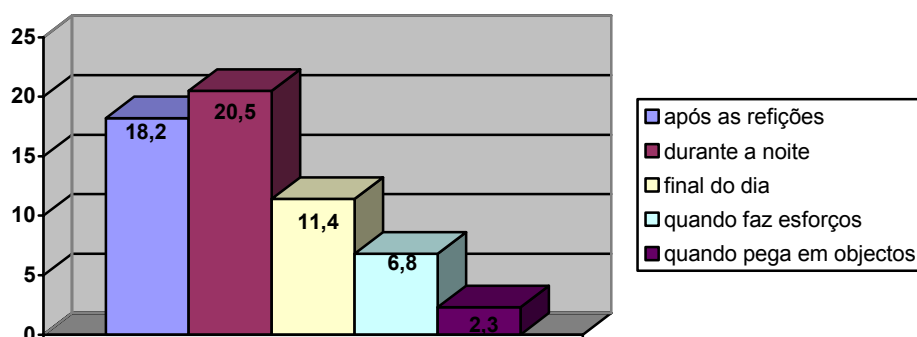


Gráfico 5. Percentagem de sujeitos do grupo de dor crónica por momento mais propício ao aparecimento da dor intermitente.

Por fim, e no que diz respeito à intensidade da dor percebida, a média observada foi de 7,16 ($DP = 0,88$), que numa escala de 0 a 10 corresponde a uma dor intensa (Serlin et al., 1995). A intensidade da dor percebida variou entre um mínimo de 6 e um máximo de 9, tendo-se observado uma média de 7,23 ($DP = 0,95$) nas mulheres e uma média de 7,06 ($DP = 0,80$) nos homens.

4.2 – MATERIAL

A selecção e caracterização da amostra foi feita através de um questionário sócio-demográfico e clínico (cf. Anexo 1) devidamente construído para o efeito. A primeira parte do questionário inclui um total de 8 questões que pretenderam recolher informação sócio-demográfica, nomeadamente informações relativas à idade, ao sexo, ao estado civil, às habilitações literárias, à profissão, à dependência financeira e à região de residência. A segunda parte do questionário inclui um total de 13 questões relativas a informações gerais do estado de saúde bem como à história da dor crónica. Assim, as primeiras 3 questões – comuns para ambos os grupos de doentes oncológicos observados – dizem respeito à tensão arterial mínima e tensão arterial máxima, à frequência cardíaca, ao peso e à altura. De salientar que estes dois últimos dados serviram para calcular o índice de massa corporal (IMC), que é o quociente entre o peso (kg) e a altura (m) ao quadrado, sendo classificado da seguinte forma:

- inferior a 18,5 – abaixo do peso
- entre 18,5 e 24,9 – peso ideal
- entre 25,0 e 29,9 – acima do peso
- entre 30,0 e 34,9 – obesidade tipo I
- entre 35,0 e 39,9 – obesidade tipo II
- superior a 40,0 – obesidade tipo III (extrema)

Foram ainda recolhidas informações em ambos os grupos sobre a existência de intervenção cirúrgica e de tratamento pós-cirúrgico, bem como sobre a existência de outros problemas de saúde associados.

As restantes 10 questões foram apenas usadas na caracterização do grupo da dor crónica, já que se pretendia recolher informação quanto ao tempo de surgimento da dor actual, como surgiu e como tem evoluído, à identificação do local da dor, à descrição do tipo de dor, e à duração da dor.

A avaliação da ansiedade foi feita através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Spielberg, versão portuguesa de Ponciano, 2001). Este inventário compreende duas escalas de auto-avaliação, que avaliam, respectivamente, a

ansiedade estado e a ansiedade traço (cf. Anexo 2). A escala de ansiedade estado (STAI- forma Y1) contém um total de 20 afirmações que avaliam como os indivíduos se sentem "agora...neste momento". A escala de ansiedade-traço (STAI- forma Y2) consiste igualmente em 20 afirmações mas que avaliam como os indivíduos se sentem "habitualmente". A resposta dos sujeitos a cada afirmação é feita numa escala tipo *Likert*, de 4 pontos, em que, na escala STAI- forma Y1, 1 significa não e 4 significa muito, e na escala STAI- forma Y2, 1 significa quase nunca e 4 significa quase sempre. Para cada escala, o *score* total varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos, sendo a ansiedade classificada do seguinte modo:

- ansiedade baixa: 20 a 34 pontos,
- ansiedade moderada: 35 a 49 pontos,
- ansiedade elevada ou grave: 50 a 64 pontos,
- ansiedade muito elevada ou pânico: 65 a 80 pontos

De salientar que em ambas as escalas algumas questões estão ordenadas de forma sintomaticamente positiva e outras negativas. Os pesos das pontuações para os itens de ausência de ansiedade encontram-se invertidos, isto é, as respostas marcadas com 1, 2, 3 e 4 passam a estar pontuadas com 4, 3, 2 e 1, respectivamente. As questões cuja cotação é realizada de forma invertida são:

- escala de ansiedade-estado: 1, 2, 5, 7, 9, 11, 12, 15, 19 e 20;
- escala de ansiedade-traço: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39.

A avaliação da depressão foi feita através da versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (cf. Anexo 3), de Teresa McIntyre & Scott McIntyre (1995). Este inventário é constituído por um total de 16 itens, avaliados numa escala tipo *Likert*, de 4 pontos, em que o 0 corresponde a baixo e 3 corresponde a alto. O *score* obtido pode variar entre um mínimo de zero e um máximo de sessenta e três pontos, sendo a depressão classificada do seguinte modo:

- sem depressão - até 10 pontos,
- depressão leve - de 11 a 19 pontos,
- depressão moderada - de 20 a 28 pontos,
- depressão grave – maior ou igual a 29 pontos.

Relativamente à avaliação da percepção do impacto da dor nas actividades de vida diária do sujeito com dor crónica, procedeu-se à adaptação ao português do *Pain Disability Index* (PDI), de Tait et al. (1990). O PDI, ou Índice de Incapacidade relacionada com a dor (IIRD), em português (cf. Anexo 4), permite determinar o índice de dor percebido como incapacitante em 7 aspectos de vida diária, nomeadamente:

- 1- Responsabilidades Familiares/Lar. Este item refere-se às actividades relacionadas com o lar ou com a família. Inclui actividades realizadas em redor da casa (por exemplo, jardinagem) e com outros membros da família (por exemplo, levar as crianças à escola);
- 2- Passatempos. Este item inclui *hobbies*, desportos e outras actividades de lazer;
- 3- Actividades Sociais. Este item inclui idas a festas, cinema, concertos, restaurantes, bem como outras actividades sociais que se realizem com familiares e amigos;
- 4- Ocupação. Este item refere-se a actividades directamente relacionadas com a sua profissão, bem como a trabalhos não remunerados, como por exemplo, o serviço doméstico ou o voluntariado;
- 5- Actividade Sexual. Este item refere-se à frequência e à qualidade da sua vida sexual;
- 6- Cuidar de Si Próprio. Este item inclui o cuidado pessoal e actividades independentes de vida diária (por exemplo, tomar banho, vestir-se, conduzir);
- 7- Actividades de Sobrevivência. Este item refere-se a comportamentos básicos de manutenção da vida, como, por exemplo, comer, dormir e respirar.

Trata-se de uma escala tipo *Likert* de 11 pontos, em que 0 significa ausência de qualquer experiência de incapacidade e 10 significa total incapacidade. Deste modo, o *score* máximo possível é de 70 pontos, sendo que quanto maior for o *score* obtido,

maior é a percepção de incapacidade na realização das actividades de vida diária. Para cada um dos sete aspectos da vida diária, existe a seguinte pontuação:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapacidade:	Nenhuma		Leve			Moderada		Grave			Total

A análise às qualidades psicométricas da versão original revelou uma boa consistência interna – $\alpha = 0,87$ – e uma correlação teste-reteste de $r = 0,91$, o que sugere que o instrumento possui bons índices de fidelidade (ibidem).

4.3 – PROCEDIMENTO

Relativamente à adaptação do instrumento, e após autorização dos autores para o efeito (cf. Anexo 5) realizou-se, num primeiro momento, a tradução dos itens. Posteriormente, procedeu-se à retro-tradução da escala, que, neste caso, foi efectuada por duas pessoas bilingues, ligadas ao ensino superior e residentes em Londres. Esta retro-tradução foi enviada aos autores da versão original que consideraram muito próxima do original, não tendo sugerido quaisquer alterações. De seguida, procedeu-se à realização de um estudo prévio de reflexão falada, junto de um pequeno grupo de pessoas com dor crónica ($N = 6$), de baixa escolaridade, não tendo sido observadas dificuldades de compreensão nem de preenchimento.

De salientar que, para além do IIRD, todos os outros instrumentos referidos foram igualmente alvo de um estudo prévio de reflexão falada, efectuada no início de Abril de 2006 a 10 doentes do foro oncológico de baixa escolaridade (5 doentes da consulta da dor e 5 doentes da consulta externa de cirurgia no Hospital Distrital de Lamego). Os resultados obtidos não evidenciaram dificuldades na ambiguidade de compreensão, pelo que se mantiveram as versões originais.

Quanto ao estudo propriamente dito, foi oficializado o pedido por escrito ao Conselho de Administração do Hospital Distrital de Lamego, que foi aceite e autorizado (cf. Anexo 6). Após esta autorização procedeu-se à administração dos testes durante o mês de Maio e Junho de 2006, junto de todos os doentes oncológicos, que frequentaram a consulta da dor e a consulta externa de cirurgia do

referido Hospital. A recolha dos dados foi efectuada no dia da consulta do doente (quer da consulta da dor, quer da consulta externa de cirurgia), individualmente, num gabinete disponibilizado para o efeito e sempre na presença da autora do trabalho, para esclarecimento de qualquer dúvida e ajuda no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados.

Relativamente aos procedimentos éticos junto dos doentes, todos os doentes foram informados dos objectivos do estudo, da confidencialidade e anonimato (até porque em nenhuma circunstância se faria referência ao nome), e que poderiam, naturalmente, recusar participar no estudo. Todos os doentes acederam em colaborar no estudo.

5 – RESULTADOS

5.1 – QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DO ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

Apresenta-se, a seguir, a análise às qualidades psicométricas da versão portuguesa do PDI, em termos de fidelidade, isto é, do grau de confiança ou exactidão dos resultados observados, da validade, isto é, da sua congruência medindo o que se propõe medir, e em termos de sensibilidade que se refere à distinção ou diferenciação dos sujeitos entre si, em torno de uma distribuição de resultados igual ou próxima de uma curva normal (Almeida & Freire, 2003).

5.1.1 - Fidelidade

A análise da consistência interna do Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (IIRD) foi feita através do *alpha* de Cronbach, tendo-se observado um valor de α bastante elevado, de 0,96. Este resultado, superior ao encontrado pelos autores da versão original (Tait et al., 1990), sugere que a totalidade dos itens que constituem o instrumento formam um todo homogéneo. A reforçar esta homogeneidade do IIRD, e conforme uma inspecção ao Quadro 5 revela, foram observadas correlações elevadas da maioria dos itens com o total. Exceptua-se o caso dos itens 5 (actividade sexual) e 7 (actividades de sobrevivência) que apresentam uma correlação mais baixa com o total, sendo esta, no entanto, satisfatória.

Quadro 5. Correlações item-total e valores de *alpha* do IIRD

Item	Correlação item-total	α se item eliminado
1. Responsabilidades familiares/lar	0,98	0,94
2. Passatempos	0,98	0,94
3. Actividades sociais	0,97	0,94
4. Profissão/ocupação	0,95	0,94
5. Actividade sexual	0,70	0,97
6. Cuidar de si próprio	0,93	0,95
7. Actividades de sobrevivência	0,70	0,97

5.1.2 - Validade

No sentido de se conhecer em que medida as avaliações proporcionadas pelo IIRD são válidas, procedeu-se ao estudo da análise factorial, estudo este que foi precedido pela análise da adequabilidade da amostra e da capacidade de rotação dos factores (cálculo do coeficiente de Kaiser – Meyer – Olkin, KMO e teste de esfericidade de Bartlett, respectivamente).

O valor de KMO encontrado foi de 0,92 o que, segundo Pestana e Gageiro (2000), indica a presença de uma análise factorial muito boa. No teste de esfericidade de Bartlett obteve-se um nível de significância inferior a 0.001, o que revela a existência de correlação entre as variáveis, pelo que os itens podem sofrer uma rotação ortogonal através do método *varimax* (ibidem). Após estes resultados, procedeu-se a uma análise factorial em componentes principais com rotação *varimax*, sem pré-definição do número de factores, tendo-se observado uma estrutura de um único factor, que explica 83,96% da variância total dos resultados (cf. Quadro 6).

Quadro 6. Estrutura factorial do IIRD após rotação *varimax*, sem pré-determinação do nº de factores

Item	Factor 1	Comunalidades
1. Responsabilidades familiares/lar	0,98	0,97
2. Passatempos	0,98	0,96
3. Actividades sociais	0,98	0,95
4. Profissão/ocupação	0,97	0,94
5. Actividade sexual	0,76	0,58
6. Cuidar de si próprio	0,95	0,90
7. Actividades de sobrevivência	0,77	0,59
	Val. Próp. 6,87	% var. 83,96%

5.1.3 - Sensibilidade

Por último, no que diz respeito à sensibilidade do instrumento foram analisados os valores da média e da mediana e os coeficientes de assimetria e de curtose.

Assim, e como se pode verificar no Quadro 7, os valores da média e da mediana aproximam-se bastante. No que diz respeito aos coeficientes de assimetria e curtose, e com excepção apenas do item 7, os valores encontrados aproximam-se de zero. Para além disso, a diferença entre o valor mínimo e o valor máximo atingido para cada item e para o total de IIRD representa uma boa dispersão dos resultados. Por conseguinte, os resultados confirmam a sua distribuição normal, revelando boa sensibilidade do instrumento na discriminação dos sujeitos.

Quadro 7. Estatística descritiva para cada item e para o total de IIRD

Item	Média	Mediana	DP	C. Assimet.	C. Curtose	Min. Max.
1	3,61	2,5	2,81	0,19	-1,52	0 – 8
2	3,73	3,0	2,80	0,16	-1,51	0 – 8
3	3,70	3,0	2,84	0,19	-1,51	0 – 8
4	3,69	3,0	2,76	0,18	-1,47	0 – 8
5	3,46	2,5	2,90	0,36	-1,29	0 – 9
6	1,91	2,0	1,85	0,40	-1,14	0 – 6
7	1,0	1,0	1,16	2,55	13,40	0 – 8
Total IIRD	21,10	17,0	15,83	0,17	-1,50	0 – 52

Nota. 1= Responsabilidades familiares/lar; 2= Passatempos; 3= Actividades sociais; 4= Profissão/ocupação; 5= Actividade sexual; 6= Cuidar de si próprio; 7= Actividades de sobrevivência

5.2 – ESTUDOS DIFERENCIAIS

Para cada uma das variáveis dependentes consideradas – Ansiedade, Depressão e Índice de Incapacidade nas Actividades de Vida Diária relacionada com a Dor – foram realizados teste *t* de Student em função da Dor Crónica e do Sexo.

5.2.1 - Ansiedade

Conforme uma inspecção ao Quadro 8 revela, os sujeitos com dor crónica apresentam níveis mais elevados de ansiedade, quer de ansiedade-traço quer de ansiedade-estado, comparativamente aos sujeitos do grupo de controlo. Esta diferença entre os grupos atingiu significância, confirmando-se, por conseguinte, as hipóteses 1 e 2, respectivamente.

Quadro 8. Médias, (e respectivos desvios-padrões), da ansiedade-traço e da ansiedade-estado por grupo, e valores do t-test, graus de liberdade e significância

Ansiedade	Dor Crónica (n = 44)	Controlo (n = 46)	t	gl	p
Traço (n = 90)	55,91 (9,18)	40,30 (9,10)	8,013	88	.000
Estado (n = 90)	57,02 (8,20)	39,59 (9,40)	9,358	88	.000

Se analisarmos especificamente o grau de ansiedade-traço e de ansiedade-estado exibido, verifica-se que a grande maioria dos sujeitos com dor crónica apresenta uma ansiedade elevada (61,4% de ansiedade-traço e 70,5% de ansiedade-estado; cf, Gráfico 6), havendo inclusive 9% de sujeitos com ansiedade-traço e ansiedade-estado muito elevado. Já no grupo de controlo, a grande maioria dos sujeitos apresenta apenas ansiedade moderada (54% de ansiedade-traço e 56,5% de ansiedade-estado) e 30,4% apresenta ansiedade baixa. De salientar ainda, que nenhum dos sujeitos deste grupo apresentam níveis de ansiedade elevada, quer quando se considera a ansiedade-traço, quer a ansiedade-estado.

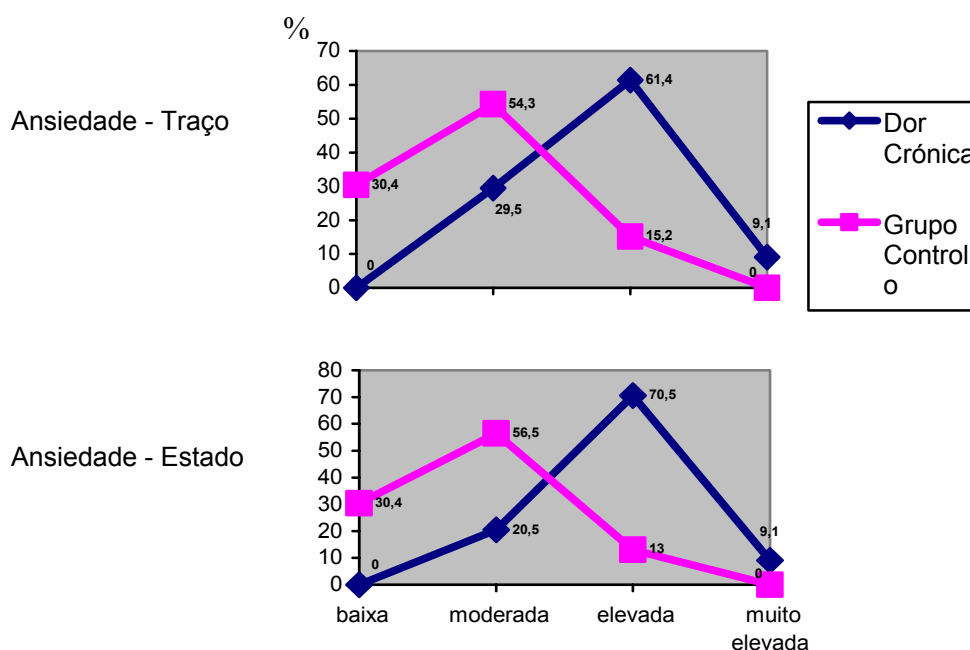


Gráfico 6. Percentagem de sujeitos por níveis de ansiedade-traço (em cima) e de ansiedade-estado (em baixo) e por grupo.

No que diz respeito ao efeito do sexo, a única diferença significativa encontrada observa-se no grupo da dor crónica em que as mulheres apresentam uma ansiedade-traço mais elevada quando comparadas com os homens ($t(42) = 2,02$, $p =$

.05; cf. Quadro 9). Em todos os outros casos, as diferenças entre os sexos não atingiram significância: $t(44) = 0,95$, *ns* para a ansiedade-traço no grupo de controlo; $t(88) = 0,41$, *ns* para a ansiedade-traço na amostra total; $t(42) = 1,49$, *ns* para a ansiedade-estado no grupo de dor crónica; $t(44) = 0,08$, *ns* para a ansiedade-estado no grupo de controlo; e $t(88) = 0,52$, *ns*, para a ansiedade-estado na amostra total. Deste modo, confirma-se a hipótese 3 e rejeita-se a hipótese 4.

Quadro 9. Médias, (e respectivos desvios-padrões), da ansiedade-traço e da ansiedade-estado por sexo para cada grupo e para a amostra total

Ansiedade	Dor Crónica		Controlo		Total	
	F (n= 26)	M (n= 18)	F (n= 28)	M (n= 18)	F (n= 54)	M (n= 36)
Traço (n= 90)	58,15 (7,86)	52,67 (10,18)	39,36 (9,11)	42,00 (9,31)	48,41 (12,70)	47,33 (11,03)
Estado (n= 90)	58,54 (6,25)	54,83 (10,20)	39,50 (9,74)	39,72 (9,11)	48,67 (12,60)	47,28 (12,23)

5.2.2 - Depressão

Relativamente à depressão, o mesmo padrão de resultados foi observado, isto é, também aqui os sujeitos com dor crónica foram os que apresentaram níveis mais elevados de depressão (cf. Quadro 10). Esta diferença entre os grupos foi significativa, pelo que se confirma a hipóteses 5.

Quadro 10. Médias, (e respectivos desvios-padrões), da depressão por grupo, e valores do t-test, graus de liberdade e significância

	Dor Crónica (n= 44)	Controlo (n= 46)	t	gl	p
Depressão (n= 90)	17,59 (6,72)	5,07 (4,86)	10,161	88	.000

Se atendermos ao grau de depressão, e conforme se pode ver no Gráfico 7, verifica-se que, dos sujeitos com dor crónica, 54,5% (34,1% sexo feminino e 20,4% sexo masculino) têm depressão moderada, 20,5% (9,1% sexo feminino e 11,4%

sexo masculino) têm depressão leve e 25% (15,9% sexo feminino e 9,1% sexo masculino) não têm depressão. Já no grupo de controlo, a esmagadora maioria - 82,6% (47,8% do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino) não tem depressão, 15,2% (10,9% sexo feminino e 4,3% sexo masculino) apresentam depressão leve e apenas 2,2% (do sexo feminino) têm depressão moderada.

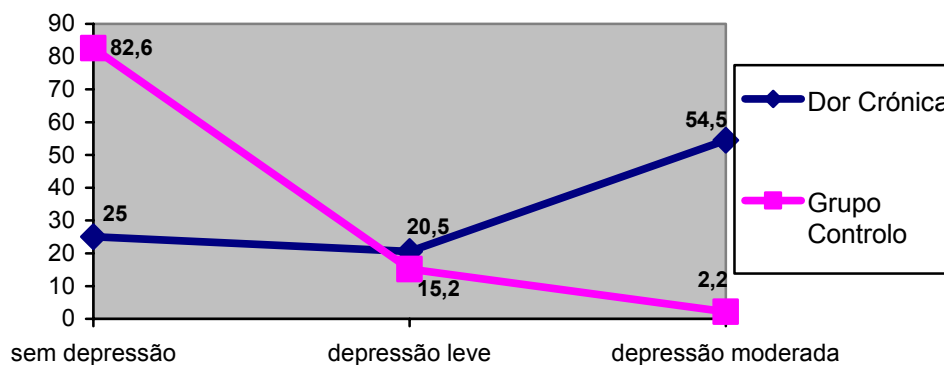


Gráfico 7. Percentagem de sujeitos por níveis de depressão e por grupo

No que diz respeito ao sexo, apesar de os homens terem exibido níveis mais elevados de depressão quando comparados com as mulheres (cf. Quadro 11), não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, nem quando se consideram os grupos de dor crónica e de controlo separadamente nem quando se considera a amostra total ($t(42) = 0,152, ns$); $t(44) = 0,544, ns$ e $t(88) = 0,430, ns$, respectivamente). Rejeita-se, assim, a hipótese 6.

Quadro 11. Médias, (e respectivos desvios-padrões), da depressão por sexo para cada grupo e para a amostra total

	Dor Crónica		Controlo		Total	
	F (n= 26)	M (n= 18)	F (n= 28)	M (n= 18)	F (n= 54)	M (n= 36)
Depressão	17,46 (7,16)	17,78 (6,21)	4,75 (5,48)	5,56 (3,80)	10,87 (8,98)	11,67 (8,01)

5.2.3 – Actividades de Vida Diária

Tal como para a ansiedade e para a depressão, também aqui os sujeitos com dor crónica apresentam uma percepção de incapacidade da realização de actividades de vida diária relacionada com a dor mais elevada do que os sujeitos do

grupo de controlo (cf. Quadro 12). Esta diferença entre os grupos foi igualmente significativa, confirmando-se, deste modo, a hipótese 7.

Quadro 12. Médias, (e respectivos desvios-padrões), do índice de incapacidade relacionada com a dor por grupo, e valores do t-test, graus de liberdade e significância

	Dor Crónica (n= 44)	Controlo (n= 46)	t	gl	p
IIRD	35,57 (8,08)	7,26 (5,72)	19,227	88	.000

Se efectuarmos uma análise mais fina à distribuição de respostas em cada nível da escala por item verifica-se, em termos gerais, que os sujeitos da dor crónica apresentam os índices mais elevados (cf. Quadro 13), percebendo a dor como incapacitante para a resolução das actividades de vida diária.

Quadro 13. Percentagem de sujeitos por índice de incapacidade para cada item do IIRD em função do grupo

Grupo	Escala										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Responsabilidades Familiares/Lar											
Dor Crónica (n = 44)	--	--	2,3	4,5	2,3	20,5	22,7	29,5	18,2	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	30,4	30,4	34,8	2,2	2,2	--	--	--	--	--	--
Passatempos											
Dor Crónica (n = 44)	--	--	2,3	4,5	--	18,2	27,3	25,0	22,7	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	26,1	30,4	34,8	6,5	2,2	--	--	--	--	--	--
Actividades Sociais											
Dor Crónica (n = 44)	--	--	2,3	4,5	--	22,7	20,5	25,0	25,0	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	28,3	30,4	34,8	4,3	2,2	--	--	--	--	--	--
Profissão/Ocupação											
Dor Crónica (n = 44)	--	--	2,3	9,1	--	15,8	27,3	25,0	20,5	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	28,3	23,9	39,1	4,3	2,2	2,2	--	--	--	--	--
Actividade Sexual											
Dor Crónica (n = 44)	13,6	--	--	4,5	4,5	11,4	27,3	6,8	29,5	2,3	--
Grupo Controlo (n = 46)	30,4	15,2	39,1	10,9	4,3	--	--	--	--	--	--
Cuidar de Si Próprio											
Dor Crónica (n = 44)	4,5	2,3	11,4	34,1	27,3	15,9	4,5	--	--	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	71,7	13,0	13,0	2,2	--	--	--	--	--	--	--
Actividades de Sobrevivência											
Dor Crónica (n = 44)	11,4	29,5	52,3	4,5	--	--	--	--	2,3	--	--
Grupo Controlo (n = 46)	69,6	23,9	6,5	--	--	--	--	--	--	--	--

Se considerarmos a variável sexo, verifica-se a inexistência de diferenças entre os sujeitos do sexo feminino e masculino, quer quando se considera o grupo de dor crónica e o de controlo separadamente, quer quando se considera a amostra na sua totalidade ($t(42) = 0,046$, ns; $t(44) = 3,061$, ns e $t(88) = 0,86$, ns, respectivamente; cf. Quadro 14). Rejeita-se, assim, a hipótese 8.

Quadro 14. Médias, (e respectivos desvios-padrões), do índice de incapacidade relacionada com a dor por sexo para cada grupo e para a amostra total

	Dor Crónica		Controlo		Total	
	F (n= 26)	M (n= 18)	F (n= 28)	M (n= 18)	F (n= 54)	M (n= 36)
IIRD	35,62 (9,09)	35,50 (6,61)	5,36 (4,90)	10,22 (5,77)	19,93 (16,85)	22,86 (14,20)

5.3 – ESTUDOS CORRELACIONAIS

No sentido de averiguar a existência de uma relação entre as variáveis dependentes consideradas e entre estas e a intensidade da dor percebida, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson. Este cálculo foi feito após análise da normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se verificado uma distribuição normal em todas as variáveis.

Como se pode ver no Quadro 15, foram observadas elevadas associações lineares positivas entre todas as variáveis, com excepção da correlação entre intensidade de dor percebida e ansiedade-traço que, apesar de positiva, não atingiu significância. Neste quadro, confirmam-se as hipóteses 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 e rejeita-se a hipótese 12 que previa uma relação positiva entre ansiedade-traço e intensidade de dor percebida. Assim:

- quanto maior for a ansiedade-traço maior é a ansiedade-estado, a depressão e o índice de incapacidade relacionada com a dor;
- quanto maior for a ansiedade-estado, maior é a ansiedade-traço, a depressão, o índice de incapacidade relacionada com a dor e a intensidade de dor percebida;
- quanto maior for a depressão, maior é a ansiedade (traço e estado), o índice de incapacidade relacionada com a dor e a intensidade de dor percebida;

- quanto maior for o índice de incapacidade relacionada com a dor, maior a ansiedade (traço e estado), a depressão e a intensidade de dor percebida;
- e, quanto maior for a intensidade de dor percebida, maior é a ansiedade-estado, a depressão e o índice de incapacidade relacionada com a dor.

Quadro 15. Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre ansiedade, depressão, índice de incapacidade relacionada com a dor e intensidade de dor percebida

Variáveis	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço	Depressão	Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor
Ansiedade-Traço	0,78 **			
Depressão	0,79 **	0,70 **		
Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor	0,76 **	0,74 **	0,84 **	
Intensidade de Dor Percebida	0,31*	0,26	0,53 **	0,61 **

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

No quadro 16 pode ver-se para todas as correlações estatisticamente significativas, o coeficiente de determinação (R^2) e respectiva percentagem de variação de uma variável que é determinada pela outra.

Quadro 16. Coeficiente de determinação (R^2), e respectiva percentagem de variação de uma variável que é determinada pela outra (para as variáveis positivamente correlacionadas).

Variável	Ansiedade Estado	Ansiedade Traço	Depressão	Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor
Ansiedade-Traço	0,61 (61%)			
Depressão	0,62 (62%)	0,49 (49%)		
Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor	0,58 (58%)	0,55 (55%)	0,71 (71%)	
Intensidade de Dor Percebida	0,10 (10%)	---	0,28 (28%)	0,37 (37%)

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados deste trabalho - o doente com dor crónica; estudo da repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diária - é centrada na análise e comparação dos dados obtidos no presente estudo com outros estudos similares, fazendo emergir vários pontos de discussão.

Os indivíduos provenientes quer do grupo de dor crónica, quer do grupo de controlo, pertencem na sua grande maioria a grupos etários elevados, confirmando que os vários tipos de cancro são mais frequentes à medida que as populações vão envelhecendo (PAIN, 2004). Assim, os sujeitos do grupo de dor crónica encontram-se distribuídos pelos seguintes grupos etários: 30-39 anos (2,3%); 50-59 anos (11,4%); 60-69 anos (27,3%); 70-79 anos (40,9%); 80-89 anos (11,4%); e 90 e mais anos (6,8%), sendo a média de idades de 70,75 anos com um mínimo de 33 e um máximo de 93 anos. Nos sujeitos do grupo de controlo, os dados são idênticos: 40-49 anos (4,3%); 50-59 anos (13,0%); 60-69 anos (28,3%); 70-79 anos (32,6%); 80-89 anos (19,6%); e 90 e mais (2,2%), sendo a média de idades de 69,39 anos com um mínimo de 40 e um máximo de 90 anos.

Em ambos os grupos, o sexo feminino é predominante, 59,1% para os sujeitos da dor crónica e 60,9% para os do grupo de controlo. O estado civil de casado é o que predomina nos dois grupos, existindo no entanto, uma grande percentagem de doentes viúvos nos dois grupos (34,1% dor crónica e 23,9% grupo de controlo). As habilitações literárias dos doentes dos dois grupos são baixas, predominando o analfabetismo e o 1º ciclo do ensino básico, devendo-se esta situação a dois factos essenciais. O primeiro está relacionado com a elevada idade da nossa amostra e há 50, 60 anos atrás o ensino não era obrigatório e só estudava quem tinha posses económicas para tal, e quando estudavam ficavam só pela “primária”; o segundo facto tem a ver com a residência da nossa população. É que em ambos os grupos (quer da dor crónica, quer do grupo de controlo), os indivíduos vivem em zonas do interior do País, zonas essas que são eminentemente rurais, onde há época (50, 60 anos atrás) toda a mão-de-obra disponível era necessária para trabalhar as “terras”.

Quando nos debruçamos sobre a realização, ou não, de intervenção cirúrgica, podemos concluir que a maior parte dos indivíduos dos dois grupos foi submetido a intervenção cirúrgica (52,3% para os sujeitos do grupo da dor crónica e 97,8% para os sujeitos do grupo de controlo). Também podemos concluir que o que esteve na origem das várias intervenções cirúrgicas, e para ambos os grupos, foram cancros a nível do abdómen (cólon e estômago) e para as senhoras cancro a nível da mama, o que está de acordo com o padrão de morbilidade da doença oncológica em Portugal (PAIN, 2004). A maior parte dos tumores malignos, mesmo que sejam retirados cirurgicamente, pressupõe que existam outros tratamentos, nomeadamente a nível da quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Assim aconteceu com a maior parte dos sujeitos que participaram no estudo, sendo que 45,4% dos indivíduos do grupo da dor crónica fizeram quimioterapia e radioterapia e 9,1% hormonoterapia, enquanto que 34,8% dos indivíduos do grupo de controlo fizeram quimioterapia e radioterapia e 15,2% hormonoterapia.

Relembrando que a dor nos doentes oncológicos é um dos sintomas com maior prevalência e que, quer a dor moderada, quer a dor intensa, ocorre em cerca de 60 a 100% dos doentes com o decorrer da progressão da doença (Harstall & Ospina, 2003; Miaskowski, 2005; PAIN, 2004; Pimenta, Mota & Cruz, 2006), verificámos que o grupo de sujeitos da dor crónica apresenta uma média de intensidade de dor percebida de 7 numa escala de 0 a 10, o que corresponde a uma dor intensa (Serlin, et al., 1995). Estes valores vão ao encontro do observado no estudo ITACA (Casals & Samper, 2004), no qual os doentes apresentaram um valor médio de intensidade de dor percebida de 7, sendo ligeiramente inferior ao observado no estudo realizado na unidade de dor do Hospital de Valência em 2004, junto de 168 doentes com dor crónica e que foi de 8 (Soucase et al., 2005). Já comparando com outros dois estudos, mas não efectuados em doentes oncológicos com dor crónica, a média de intensidade de dor percebida, dos sujeitos da amostra do presente estudo (7,16), foi superior. Num dos estudos realizados nos Estados Unidos com 85 doentes portadores de dores crónicas de origem não maligna e que foram submetidos a um tratamento à base de ópioides, a média de intensidade da dor percebida era de 6,5 e decorridos três meses após o início do tratamento a média de intensidade da dor percebida diminuiu para 5,5 (Chelminski et al., 2005). No outro estudo realizado na

Bélgica em 185 doentes portadores de dor crónica, foi constatado que a média da intensidade da dor percebida era de 5,65 (Vlieger, Crombez & Eccleston, 2006).

Nem todos os indivíduos sabem as causas da sua dor. Dos 52,3% dos que dizem saber as causas, 43,2% refere que é devida à própria doença, 6,8% diz que é devida aos tratamentos e 2,3% diz que é devida à intervenção cirúrgica que realizou, o que está de acordo com Miaskowski (2005) e Pimenta, Mota e Cruz (2006) que referem que a dor tem mais do que uma origem e nem todas podem ser atribuídas ao cancro, mas também ao seu tratamento e a outras doenças concomitantes. A grande maior parte dos indivíduos (86,4%) consegue precisar o local da dor, que em 50,0% dos casos se reporta à região abdominal (local de origem dos tumores do cólon e do estômago). Há depois 13,6% de sujeitos que têm dores generalizadas (pelo corpo todo) e que podem estar relacionadas com a debilidade causada pela própria doença, ou até mesmo com metástases disseminadas pelo corpo. É necessário ainda referir que 9,1% dos sujeitos refere dores na região torácica, sendo estes mulheres que foram submetidas a mastectomia (13,6%).

Recorde-se que ter uma doença crónica, como a dor o é, implica que a pessoa tenha de continuar a viver com a sua doença, o que provavelmente trará problemas a nível físico, psicológico, espiritual, familiar e profissional, sendo de salientar a depressão e a ansiedade (Pais Ribeiro, 2005; Paul & Fonseca, 2001; Seymour & Paz, 2004). A dor, e concretamente a dor crónica, tem uma influência directa na ansiedade, uma vez que um doente portador de dor crónica apresenta um nível mais elevado de ansiedade do que uma pessoa que não experiencie qualquer tipo de dor (Davis, 2000; Schofield, 2005), o que também é comprovado no presente estudo. Quer no que diz respeito à ansiedade-estado (a forma como os indivíduos se sentem no momento da avaliação), quer no que diz respeito à ansiedade-traço (a forma como os indivíduos se sentem habitualmente), os sujeitos da dor crónica, apresentam um nível de ansiedade muito mais elevado do que os sujeitos do grupo de controlo.

Comparando os dados do presente estudo com os resultados de um estudo realizado numa população de indivíduos com dor crónica (n= 382) e na população em geral (n= 5495), em que 35,1% da população de indivíduos com dor crónica

apresentou alguma forma de ansiedade e na população em geral 18,1% apresentou alguma forma de ansiedade (Symreng & Fishman, 2004), podemos dizer que estes resultados são bastante inferiores aos obtidos no presente estudo. Mesmo no que diz respeito aos valores encontrados nos sujeitos do grupo de controlo, serem superiores aos valores acima mencionados, não podemos esquecer o facto de todos eles terem doença oncológica, o que só por si acarreta vários problemas de índole psicológica (Pimenta et al., 2006). Aliás, os indivíduos do grupo de controlo foram praticamente todos submetidos a intervenção cirúrgica (97,8%), e é interessante verificar que a média de ansiedade-estado destes indivíduos foi de 39,59 (DP= 9,40) e que é praticamente sobreponível, à encontrada num estudo realizado em 2004 numa clínica cirúrgica de S. Paulo, junto de 40 doentes e que foi de 38,02 (DP= 9,7) (Medeiros & Peniche, 2006).

Tal como acontece para a ansiedade, também a dor crónica tem bastante influência no aparecimento de um quadro depressivo, em que um doente portador de dor crónica tem mais probabilidades de apresentar um quadro depressivo, do que uma pessoa que não experiencie qualquer dor (Davis, 2000; Schofield, 2005). Este resultado foi igualmente constatado no presente estudo, em que os indivíduos da dor crónica apresentaram um nível de depressão muito mais elevado do que os indivíduos do grupo de controlo. Araújo-Soares e Figueiredo (2001) referem que a frequência de depressão em doentes com dor crónica pode variar entre 30 a 100%, sendo que valores entre os 50 e 65% constituem a norma. Ora, no presente estudo, podemos verificar que 75% dos sujeitos do grupo da dor crónica apresentam quadros depressivos (54,5% depressão moderada e 20,5% depressão leve), enquanto que nos sujeitos do grupo de controlo, só 17,4% é que apresentam quadros depressivos (2,2% depressão moderada e 15,2% depressão leve). Estes valores são muito idênticos a um estudo realizado em Portugal, com 69 doentes portadores de dor crónica em que 68% dos sujeitos da amostra apresentavam um quadro depressivo (Araújo-Soares et al., 2002). Por outro lado, os valores encontrados no presente estudo, foram bastante superiores aos encontrados num estudo realizado numa população de indivíduos com dor crónica (n=382) e na população em geral (n=5495) em que 20,2% da população com dor crónica apresentava depressão e 9,3% da população em geral, tinha depressão (Symreng & Fishman, 2004).

Tendo por base o que Metzger e colegas (2002) referiram acerca da dor crónica, em que esta “perturba completamente a vida do doentes e abala profunda e violentamente o seu equilíbrio psíquico, afectivo e as suas actividades de vida diária” (p. 192), verificamos que nos sete aspectos de vida diária que constituem o índice de incapacidade relacionada com a dor, e de forma geral e praticamente para todos os sete aspectos de vida diária, exceptuando as actividades de sobrevivência (em que é sobreponível para os dois grupos, a incapacidade leve e sem incapacidade), os sujeitos da dor crónica, apresentam uma maior incapacidade relacionada com a dor, nas responsabilidades familiares, nos passatempos, nas actividades sociais, na ocupação, na actividade sexual, no cuidar de si próprio. A média do índice de incapacidade relacionada com a dor, obtida no presente estudo, no que concerne ao grupo da dor crónica, foi menor (35,57) do que a obtida num estudo realizado nos Estados Unidos em 2005, junto de 85 doentes portadores de dor crónica e que foram submetidos a um tratamento à base de ópioides, e que foi de 47,0 e decorridos três meses após o início do tratamento foi de 39,3 (Chelminski et al., 2005), e menor do que a obtida num estudo realizado na Bélgica, junto de 185 doentes com dor crónica, e que foi de 38,09 (Vlieger et al., 2006). Quando a dor é permanente, os sujeitos apresentam um índice de incapacidade relacionada com a dor maior, do que quando a dor é intermitente (36,6 vs 34,7). Por outro lado, os indivíduos que foram submetidos a intervenção cirúrgica, apresentam um índice de incapacidade relacionada com a dor menor, do que os indivíduos que não foram sujeitos a intervenção cirúrgica (33,4 vs 37,9), o mesmo não acontecendo nos sujeitos que realizaram tratamentos pós-cirúrgicos (hormonoterapia, radioterapia e quimioterapia), pois apresentam um índice de incapacidade relacionada com a dor, maior do os sujeitos que não realizaram tratamentos pós-cirúrgicos (36,5 vs 34,4), o que se explica, devido à natureza dos tratamentos, sobretudo de quimioterapia e radioterapia, os quais são muito agressivos (Pimenta et al., 2006).

Relativamente à diferença existente entre ansiedade e o sexo dos sujeitos, constatamos que, apesar de as mulheres apresentarem níveis mais elevados de ansiedade do que os homens, não foram encontradas diferenças significativas, quer para a ansiedade-estado, quer para a ansiedade-traço. Este resultado contraria o descrito por Soucase e colaboradores (2005).

Também no que diz respeito à depressão não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, o que contraria o descrito na literatura, que sugere que as mulheres apresentam níveis mais elevados de depressão do que os homens (e.g., Lorençatto et al., 2002; McIntyre & Araújo-Soares, 1999; Soucase et al., 2005).

Já no caso do índice de incapacidade relacionada com a dor, a ausência do efeito de sexo vai ao encontro do observado por Chibnall e Tait (1994) que, no estudo que realizaram junto de 1059 doentes com dor crónica, verificaram não existir relação entre dor crónica e sexo. No grupo da dor crónica, as mulheres apresentam uma média de índice de incapacidade relacionada com a dor, ligeiramente superior à dos homens (35,62 vs 35,50). O mesmo aconteceu no ano de 2000 no Canadá, num estudo realizado com 112 doentes com dor crónica de origem maligna (Zaza, Reyno & Moulin, 2000), em que a média de idades destes doentes se aproximava das médias de idades dos indivíduos que fizeram parte do nosso estudo, e na qual foi obtido um valor de índice de incapacidade relacionada com a dor de 29,1 (DP= 17,4), enquanto que no presente estudo, junto dos sujeitos do grupo de dor crónica, o índice de incapacidade relacionada com a dor foi de 35,57 (DP= 8,08). Nesse estudo realizado no Canadá, à semelhança do presente estudo, mas exclusivamente no que diz respeito aos sujeitos da dor crónica, também as mulheres apresentaram uma média de índice de incapacidade relacionada com a dor superior à dos homens (31,9 vs 23,4).

Em relação à intensidade de dor percebida, também não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, o que replicou o observado no estudo ITACA (Casals & Samper, 2004), em que as mulheres apresentaram uma intensidade de dor percebida maior do que a dos homens (7,41 e 7,09 respectivamente), dados estes, que são sobreponíveis aos do estudo agora realizado, em que se obteve uma média de intensidade de dor percebida de 7,23 para as mulheres e 7,06 para os homens.

CONCLUSÕES

“A única dor suportável é a dos outros”

René Leriche (1995)

A dor é um fenómeno complexo e com variantes multidimensionais (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais) e que é vivenciado em todas as faixas etárias. São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor. A dor é um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Independentemente da situação clínica que está subjacente ao aparecimento da dor, a dor pode e deve ser tratada.

A natureza multifacetada da dor crónica tem um grande impacto na vida diária das pessoas que dela sofrem, na sua família e na sociedade em geral. É possível observarem-se alterações significativas no estilo de vida, nas actividades do dia a dia e no relacionamento social das pessoas com dor crónica. Este impacto que a síndrome da dor crónica tem sobre os indivíduos, nomeadamente a nível das actividades de vida diária, do trabalho, dos passatempos (*hobbies*, actividades de lazer), do estatuto social e da mobilidade, provoca, geralmente, sentimentos de desamparo e até mesmo de falta de esperança. Acresce aqui dizer que a dor, e sobretudo a dor crónica, tem influência directa na ansiedade e na depressão, isto é, um doente portador de dor crónica apresenta um nível de ansiedade e de depressão mais elevado do que uma pessoa que não experiencie qualquer tipo de dor.

O processo de tratamento da dor é um constante desafio, e isto porque existem várias componentes envolvidas neste processo. Desde logo, a avaliação da dor, o tipo de dor, a intensidade da dor, a localização da dor e as possíveis causas da dor. Não é de descurar também, que os parâmetros dessa avaliação mudam de doente para doente, assim como não existe uma fórmula de tratamento único, medicamentoso, ou não, para todas as situações e tipos de dor. O doente com dor crónica é multifacetado, com frequente morbidade física e psíquica, podendo sofrer

das mais variadas patologias, desde doenças reumáticas, neurológicas ou psiquiátricas, a doenças oncológicas, sendo que a dor é também uma importante causa de internamento nos hospitais. A maioria dos doentes com doença oncológica sofre de dor crónica, a qual pode ser aliviada na quase totalidade dos casos. Qualquer que seja a natureza da dor, aguda ou crónica, e uma vez que a dor é multidimensional e subjectiva, o doente é a única autoridade na sua existência e não o profissional de Saúde, cabendo a este acreditar incondicionalmente nas queixas do doente e agir de forma a minimizá-las.

O trabalho empírico aqui apresentado procura contribuir, embora de forma modesta, para que a avaliação e posterior tratamento da dor crónica seja uma realidade e que os doentes portadores de dor crónica possam efectivamente obter mais ganhos em saúde. Podemos ver claramente ao longo de todo o trabalho, quais são as repercussões da dor crónica, neste caso, em doentes oncológicos, e nomeadamente a nível das actividades de vida diária, ansiedade e depressão. O presente estudo constituiu um desafio pessoal que pretendi prestar à comunidade onde me insiro, porque enquanto profissional de saúde, e concretamente sendo Enfermeira, e pertencendo a uma Unidade de Dor, tenho-me deparado com vários constrangimentos, quer a nível físico, quer psicológico, que vivem e convivem no doente oncológico portador de dor crónica, sendo que o nosso intento, como profissional de saúde, tem inerente o facto de podermos, de alguma forma, tornar a vida das comunidades que servimos mais saudável, e neste caso, com mais qualidade de vida.

Nos capítulos anteriores demos conta do processo de investigação conduzido. Agora, e de uma forma sucinta, pretendemos destacar as conclusões mais relevantes e as inferências que se foram retirando, tomando como organização os eixos orientadores da investigação.

- Caracterização sócio-demográfica e clínica das amostras em estudo

Dos 90 indivíduos oncológicos que constituem a nossa amostra, 44 são do grupo de dor crónica (59,1% do sexo feminino e 40,9% do sexo masculino, com uma média de idades de 70,75 (DP= 11,67) e 46 são do grupo de controlo (60,9% do sexo feminino e 39,1% do sexo masculino, com uma média de idades de 69,39 (DP=

11,26). O estado civil de casado é o que predomina nos dois grupos, existindo no entanto, uma grande percentagem de sujeitos viúvos (as). As habilitações literárias dos indivíduos dos dois grupos são baixas, predominando o analfabetismo e o 1º ciclo do ensino básico e a maior parte são reformados. Uma grande percentagem de indivíduos, quer do grupo de dor crónica, (52,3%), quer do grupo de controlo (97,8%) foram submetidos a intervenção cirúrgica, sendo a Hemicolectomia a mais realizada, assim como, a maioria dos doentes também fez tratamentos pós-cirúrgicos (quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).

- História da dor

A média de surgimento da dor foi de 11,59 (DP= 6,66) meses, sendo o mínimo de 6 meses e o máximo de surgimento da dor de 36 meses. A maior parte dos indivíduos (54,5%) referiu que a dor surgiu de forma lenta e 25,0% de forma repentina, e que tem vindo a piorar para 45,5% dos sujeitos e que cada vez é maior para 31,8%. A maior parte dos indivíduos sabe as causas da sua dor e sabe precisar o local da dor, 56,8% dos sujeitos têm dores de forma intermitente, sendo que, na maior parte deles, a dor surge durante a noite (20,5%), para 18,2% a dor surge após as refeições e para 11,4% a dor surge no final do dia. A média da intensidade da dor percebida, numa escala de 0 a 10, foi de 7,16, a qual corresponde a uma dor intensa, sendo que as mulheres apresentaram uma média de 7,23 e os homens 7,06.

- Ansiedade

Em relação à ansiedade-estado, e para os sujeitos da dor crónica, 70,5% (47,7% sexo feminino e 22,8% sexo masculino) têm ansiedade elevada, enquanto que nos sujeitos do grupo de controlo, a maior parte 56,5% (32,6% do sexo feminino e 23,9% do sexo masculino), têm ansiedade moderada. No que diz respeito à ansiedade-traço, e para os sujeitos da dor crónica, 61,4% (43,2% sexo feminino e 18,2% sexo masculino) têm ansiedade elevada, enquanto que a maior parte dos sujeitos do grupo de controlo, 54,3% (30,4% do sexo feminino e 23,9% do sexo masculino) têm ansiedade moderada.

- Depressão

Nos indivíduos da dor crónica, 54,5% (34,1% sexo feminino e 20,4% sexo masculino) têm depressão moderada, enquanto que a maioria dos indivíduos do grupo de controlo, 82,6% (47,8% do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino) não têm depressão.

- Actividades de vida diária

Os sujeitos do sexo masculino apresentam uma média mais elevada (22,86) de índice de incapacidade relacionada com a dor (IIRD), comparativamente com os sujeitos do sexo feminino (19,93). Só nos sujeitos da dor crónica é que as mulheres têm uma média ligeiramente superior à dos homens (35,62 e 35,50 respectivamente). Quando a dor é permanente, os sujeitos apresentam uma média de índice de incapacidade relacionada com a dor de 36,6 e quando é intermitente apresentam uma média de 34,7. Os indivíduos que realizaram algum tratamento pós-cirúrgico (hormonoterapia, radioterapia e quimioterapia), apresentam uma média de índice de incapacidade relacionada com a dor, mais elevada do que os sujeitos que não realizaram tratamentos pós-cirúrgicos. São os indivíduos com mais idade, os que apresentam uma média mais elevada de índice de incapacidade relacionada com a dor.

Em síntese e face às hipóteses formuladas, podemos dizer que:

- os doentes oncológicos com dor crónica apresentam níveis mais elevados de ansiedade-traço, ansiedade-estado e depressão do que os doentes oncológicos sem dor crónica;
- os níveis de ansiedade-traço, ansiedade-estado e depressão não diferem em função do sexo;
- os doentes oncológicos com dor crónica apresentam um maior índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor do que os doentes oncológicos sem dor crónica;
- o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor não difere em função do sexo;
- existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço, e a ansiedade-estado, entre a ansiedade-traço e a depressão e entre a ansiedade-estado e a depressão;

- existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço, a ansiedade-estado, a depressão e o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor;
- existe uma correlação positiva entre a ansiedade-traço, ansiedade-estado, depressão e a intensidade da dor percebida;
- existe uma correlação positiva entre o índice de incapacidade nas actividades de vida diária relacionada com a dor e a intensidade da dor percebida;
- a versão portuguesa do PDI revelou boas qualidades psicométricas, constituindo-se num instrumento útil na avaliação da percepção do índice de incapacidade que a dor crónica impõe na realização das actividades de vida diária.

Não queremos deixar de referir aqui que os momentos partilhados com os sujeitos, quer do grupo de dor crónica, quer do grupo de controlo do Hospital Distrital de Lamego, e que tornaram possível este estudo, foram extremamente importantes, porque foram momentos de partilha, quer das suas preocupações, quer dos seus medos e também das suas angústias.

No entanto, as nossas últimas palavras adquirirão a forma de sugestões:

» Seria útil e desejável que todas as instituições hospitalares portuguesas conseguissem implementar as Unidades de Dor, previstas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor, e os profissionais de saúde seguissem as orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais, nomeadamente através do registo sistemático da Dor como o 5.º sinal vital.

» Seria igualmente pertinente fazer algumas sugestões no domínio da formação inicial e da formação pós-graduada, quer dos enfermeiros, quer dos médicos, para que os currículos dos seus cursos, possam contemplar a problemática da dor crónica, nomeadamente no que se refere à sua avaliação e ao seu tratamento.

» Quer para os doentes portadores de dor crónica, quer para os profissionais da saúde, seria útil a criação de espaços de reflexão e debate sobre todos os aspectos que envolvem a problemática da dor crónica.

» Nas Unidades de Dor, deveria fomentar-se a troca de experiências com doentes portadores de dor crónica, através da inclusão na equipa de saúde, de doentes que já passaram e/ou passam por situações semelhantes.

» Por fim, era necessário que se implementassem programas educacionais de intervenção, devidamente organizados e estruturados, que permitissem aos doentes portadores de dores crónicas, a obtenção de mais ganhos em saúde e consequentemente a melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, N. & Field, L. (2002). Controlo da dor: Aspectos psicológicos e sociais. *Nursing*, 14 (169), 36-42.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-IV*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, F. A., Pereira, L. V. & Sousa, F. A. E. (2006). Mensuração da dor no idoso. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14 (2), 271-276.
- Araújo-Soares, V. & Figueiredo, M. (2001). Dor: A hydra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 159-184.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T. & Figueiredo, M. (2002). Depressão e dor crónica: Implicações para a intervenção. *Psicologia – Teoria, Investigação e Prática*, 7 (2), 202-226.
- Atkinson, L. D. & Murray, M. A. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Auerbach, S. M., Laskin, D.M., Frantsve, L. M. & Orr, T. (2001). Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J. Oral Maxillofacial Surgery*, 59 (6), 628-633.
- Augusto, M. J. (1987). Ansiedade: Perspectivas clínicas, *Psiquiatria Clínica*, 8 (4), 185-194.
- Averill P. M., Novy, D. M., Nelson, D. V. & Berry, L. A. (1996). Correlates of depression in chronic pain patients: A comprehensive examination. *Pain*, 65 (1), 93-100.
- Aydede, M. (2006). A critical and quasi-historical essay on theories of pain. In M. Aydede (Ed.), *Pain: New essays on its nature and the methodology of its study*. Cambridge: MIT Press.
- Aydede, M. (2007). Is feeling pain the perception oh something? Consultado em 16 de Fevereiro de 2007, em www.clas.ufl.edu/users/maydede/IsPainPerception.pdf
- Baldwin, D.S. & Hirschfeld, R. M. A. (2003). Fast facts – Depressão. Porto: Medisa, Edições e Divulgações Científicas.
- Barbosa, A. (1989). Psiquiatria de ligação em cirurgia. In *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática -Workshops do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria-* (pp. 145-159). Lisboa: Delagrangue.
- Barros, N. (2004). Manifestações clínicas da dor crónica e princípios do tratamento. *Revista Dor: Diagnóstico & Tratamento*, 1 (3), 3-10.
- Bassols, A., Bosch, F. & Banos, J. (2002). How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *Journal Pain Symptom Manage*, 23 (4), 318-328.
- Bassols, A., Bosch F, Campillo, M., Canellas M. & Banos J. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83 (1), 9-16.

- Bendelow, G. A. & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17 (2), 139-154.
- Besson, J. M. (1999). The neurobiology of pain. *The Lancet*, 353, 1610-1615.
- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm L.R., Williamson M. & Cousins M.J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*, 89(2-3),127-134.
- Bond, Sir M. & Breivik, H. (2004). Why pain control matters in a world full of killer diseases. *Pain, Clinical Updates*, 12 (4), 1- 4.
- Brennan, F. & Cousins, M. J. (2004). Pain relief as a human right. *Pain, Clinical Updates*, 12 (5),1-4.
- Brown, B. T., Bonello, R. & Pollard, H. (2005). The biopsychosocial model and hypothyroidism. *Chiropratic & Osteopathy. BioMed Central*, 13 (5), 1-9.
- Buskila, D., Abramov, G., Biton, A. & Neumann L. (2000).The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *Journal Rheumatology*, 27(6), 1521-1525.
- Cabral, A. R. (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Ciências, Ejournal*, 31. Consultado a 9 de Outubro de 2005, em www.ejournal.unam.mx/ciencias/ciencias31
- Cailliet, R. (1999). *Dor: Mecanismos e Tratamento*. Porto Alegre: ArTmed.
- Carr, D. B. (1993). Pain control:The new “whys and hows”. *Pain, Clinical Updates*, 1 (1), 1-9.
- Casals, M. & Samper, D. (2004). Epidemiologia, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev.Soc.Esp. del Dolor*, 11 (5), 26-35.
- Catala, E., Reig, E., Artes, M., Aliaga, L., Lopez J. & Segu, J.L. (2002). Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*, 6 (2), 133-140.
- Catana, C. (2005). O psicodrama no tratamento da dor crónica. *Dor*, 13 (3), 29-33.
- Chelminski, P., Ives, T., Felix, K., Prakken, S., Miller, T., Perhac, J., Malone, R., Bryant, M., DeWalt, D. & Pignone, M. (2005). A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of a psychiatric comorbidity. *BMC Health Services Research*, 5 (3), 1-13.
- Chibnall, J. T. & Tait, R. C. (1994). The Pain Disability Index: Factor structure and normative data. *Arch Phys Med Rehabil*, 75 (10), 1082-1086.
- Chibnall, J. T. & Tait, R. C. (2005). Disparities in occupational low back injuries: Predicting pain-related disability from satisfaction with case management in African Americans and Caucasians. *Pain Medicine*, 6 (1), 39-48.
- Cleeland, C. (1984). The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer*, 54 (11), 2635-2641.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-López, R. & Muñoz-Gómez, J. (2004). Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral, *Rev.Soc.Esp. Dolor*, 11 (4), 203-209.
- Coniam, S. & Diamond, A. (1997). *Controlo da dor* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dallob, R. M., Chertudi-López C. & Rose, T. (2005). Psychological perspectives. In *Chronic Pain Management*, (pp. 155-187), Banks, C. & Mackrodt, K. (1st ed.). London: Whurr Publishers, Ltd.
- Davis, B. D. (2000). *Caring for people in pain*. London: Routledge.
- Deardorff, W. W. (2003). Modern theories of chronic pain. Consultado a 12 de Abril de 2006, em www.spine-health.com/topics/cd/pain/chronic_pain
- Diamond, A. & Coniam, S. (1999). *Controlo da dor crónica* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M. & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 91-105.
- Diekstra, R. F. (1987). A terapia cognitiva da depressão. *Hexágono Roche*, 2 (6), 3-11.
- Direcção Geral da Saúde (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5 º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa N º 09//DGCG de 14/06.
- Dohrenwend, P. B., Raphael, K. G., Marbach, J. J. & Gallagher R.M. (1999). Why is depression comorbid with chronic myofascial face pain? A family study test of alternative hypotheses, *Pain*, 83 (2), 183-192.
- Dworkin, R., Turk, D., Farrar, J., Jennifer, A. Haythornthwait, Mark P., Jensen, N., Katze, R., Kernsf, G., Robert R. Allenh, N., Daniel B., Carrj, J., Penney, C., Raymond, D., Bradley S., Galern, S., Alejandro R. , Kramerq, D., Cynthia G., Steve Q., Bob A., James P., Margaret R., Mike A., Joseph W., Wendy S., Jane T., Joachim W. & James W. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 113, 9-19.
- EFIC (2001^a). *Europe Against Pain - Daunting Figures On Chronic Pain In Europe: Incidence and costs of chronic pain*. Consultado a 12 de Novembro de 2005, em www.belgianpainsociety.org/nl/documents/press%20release/Prevalence%20EN.doc
- EFIC (2001^b). *The European Federation of IASP Chapters*. Consultado a 12 de Novembro de 2005, em www.efic.org/index.htm
- Eisenberg, E., Marinangeli, F., Birkhahn, J., Paladini, A. & Varrassi, G. (2005). Time to modify the WHO analgesic ladder?. *Pain, Clinical Updates*, 13 (5), 1-4.
- Elliot, A. M., Smith, B. H., Hannaford, P., Smith W. & Chambers, W. (2002). The course of chronic pain in the community: Results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 99 (1-2), 299-307.
- Fernandes da Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Filligim, R. B. (2000). Sex-related differences in the experience of pain. *American Pain Society*, 10 (1). Consultado a 24 de Outubro de 2005, em www.ampainsoc.org/pub/bulletin/jan00/upda1.htm
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frazão, R. (2005). Uma dor a que não se dá o nome. *Bipolar*, 28, 10-11.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Guillen, C., Sanabria, A.G. & Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuaderns de Medicina Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace*, 66, 46-55.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crónica. *Dor*, 10 (1), 5-9.
- Gouveia, J. (1982). Relação entre personalidade e ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 3(1), 7-10.
- Harding, V. R., Simmonds, M. J. & Watson, P. J. (1998). Physical therapy for chronic pain. *Pain, Clinical Updates*, 6 (3), 1-8.
- Harstall, C. & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain, Clinical Updates*, 11 (2), 1-4.
- Hoffman, D. E. & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.
- INCA (2001). *Cuidados paliativos oncológicos: Controle da dor*. Consultado a 12 de Outubro de 2005, em www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Matin, J., Fauci, A. & Kasper, D. (1995). *Harrison – Compêndio de Medicina Interna* (13ª ed.). Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Johnson, M. (2005). Physiology of Chronic Pain. In *Chronic Pain Management*, (pp. 36-74), Banks, C. & Mackrodt, K. (1st ed.). London: Whurr Publishers, Ltd.
- Kanner, R. (1998). *Segredos em clínica de dor: Respostas necessárias ao dia-a-dia*. Porto Alegre: ArTmed.
- Katon, W., Egan, K. & Miller, D. (1985). Chronic pain: Lifetime psychiatric diagnoses and family history. *American Journal Psychiatric*, 142 (10), 1156-1160.
- Kazanowski, M. & Laccetti, M. S. (2006). *Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Editorial Lab.
- Lader, M. H. (1992). *Ansiedade: Sintomas*. Lisboa: Wyeth, Instituto Pasteur.
- Linton, S. J., Hellsing, A. L. & Hallden, K. (1998). A population based study of spinal pain among 35-45 year olds: Prevalence, sick leave, and health-care use. *Spine*, 23 (13), 1457-1463.

- Loeser, J.D. (2001). *Pain past, present and future*. Consultado a 12 de Novembro de 2005, em www.efic.org/eficPublications.html
- Loeser, J. D. & Melzack R. (1999). Pain: An overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609.
- Lopes, J. C. (2005^a). *Actividades da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Programa 4 x Ciência, emitido no dia 1 de Setembro de 2005 pelas 23 horas na RTPN.
- Lopes, J. C. (2005^b). *1º Estudo Nacional sobre a incidência da dor crónica*. Jornal o Primeiro de Janeiro, 15/6/2005.
- Lorençatto, C., Vieira, M., Pinto, C. & Petta, C. (2002). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica, *RevAssocMedBras*, 48 (3), 217-221.
- Loureiro, A. Caseiro, A., Magalhães, H. & Costa, C. (1999). *Cadernos de oncologia 2* (1ª ed.). Lisboa: Novartis Farma.
- Mackay, W. A. (1999). *Neurofisiologia sem lágrimas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mackintosh, C. (2005). Appraising Pain. In *Chronic Pain Management*, (pp. 92-112), Banks, C. & Mackrodt, K. (1st ed.). London: Whurr Publishers, Ltd.
- Mackrodt, K. (2005). Living with pain through the eyes of the sufferer. In *Chronic Pain Management*, (pp. 75-91), Banks, C. & Mackrodt, K. (1st ed.). London: Whurr Publishers.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56(3), 289-297.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2001). *Dicionário médico* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marantes, I. & Pinto, F. (2005). Dor crónica e medicina física e de reabilitação. *Dor*, 13 (3), 19-24.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
- McIntyre, T. & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da depressão de Beck: estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. In *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (Vol.VI, pp. 246-255). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Medeiros, V. C. C. & Peniche, A. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *RevEscEnfermUSP*, 40 (1), 86-92.
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47 (4), 615-629.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65 (12), 1378-1382.

- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor; Avaliação da dor; Modalidades de tratamento e psicologia do doente*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Miaskowski, C. (2005). The next step to improving cancer pain management. *Pain Management Nursing*, 6 (1), 1-2.
- Myers, D. G. (1999). *Introdução à psicologia geral* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científico, SA.
- Observatório Nacional de Saúde (2003). *A dor na população portuguesa; alguns aspectos epidemiológicos do ano de 2002*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Ochsner, K. N., Ludlow, D. H., Knierim, K., Hanelin, J., Ramachandran, T., Gary, C. & Mackey, S. (2006). Neural correlates of individual differences in pain-related fear and anxiety, *Pain*, 120, 69-77.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*, (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A. & Gabbai, A. (1998). Abordagem terapêutica da dor neuropática na clínica neurológica. *Revista Neurociências*, 6 (2), 87-95).
- Oliveira, C., Maugin, C., Oliveira, E., Melo, F., Silva, F., Dias, F., Parreira, G., Sérvulo, J., Santos, R. & Pimentel-Souza, F. (1997). A Dor e o controle do Sofrimento (II). *Revista de Psicofisiologia*, 1 (1). Consultado a 23 de Setembro de 2005, em [www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)/cap1_introducao.ht](http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)/cap1_introducao.ht)
- Oliveira, D. A. (2005). A depressão é uma doença que se trata. *Bipolar*, 28, 3-8.
- Ottman, K., Hong, S. & Lipton, R.B. (1993). Validity of family history data on severe headache and migraine. *Neurology*, 43 (10), 1954-1960.
- PAIN (2002). *Consenso de Berlim – Melhoria qualitativa no tratamento da dor*. Consultado a 23 de Junho de 2006, em www.pain-initiative.com
- PAIN (2004). *Consenso do Funchal - Dor oncológica*. Consultado a 23 de Junho de 2006, em www.pain-initiative.com
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1ª ed.). Coimbra: Edições Quarteto.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*, (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paulo, J. (2003). Ajudar o doente com dor: Bem avaliar para melhor intervir. *Dor*, 11(4), 6-8.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: Acomplementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pimenta, C. A. M., Mota, D. C. F. & Cruz, D. A. (2006). *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo: Editora Manole, Lta.

- Pimentel, F. & Marques, H. (1995). *Oncologia para clínicos gerais*. Porto: Laboratórios Searle.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portal da Saúde (2005). *Saiba o que é a dor e como combatê-la*. Consultado a 12 de Março de 2006, em www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/apoio.htm
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Editora Gradiva.
- Riley, J. L. & Gilbert, G. H. (2001). Orofacial pain symptoms: An interaction between age and sex. *Pain*, 90 (3), 245-256.
- Roper, N. Logan, W. W. & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de enfermagem*. Alfragide: Editora McGraw- Hill de Portugal, Lda.
- Santos, G. & Santos, Z. (1997). Depressão secundária. *Pathos*, 13 (2), 6-12.
- Santos, M. F. (2005). Hipnose clínica. *Dor*, 13 (3), 25-27.
- Santos, S. & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAY) – Form Y para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Schofield, P. (2005). *Beyond pain*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Scivoletto, R. (1984). *Farmacologia do sistema nervoso autónomo e ansiedade. Bases biológicas da ansiedade*, 2. Lisboa: Wyeth, Instituto Pasteur.
- Serlin, R. C., Mendoza, R., Nakamura, Y., Edwards K. & Cleeland C. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function, *Pain*, 61 (2), 277-284.
- Seymour, J. & Paz, S. (2004). Pain; Theories, evaluation and Management. In *Palliative care Nursing: principles and evidence for practice*, (pp. 260-298), Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (1st ed.). London: Open University Press.
- Sheldrake, A. (2005). Models of health and illness. In *Chronic Pain Management*, (pp. 1-35), Banks, C. & Mackrodt, K. (1st ed.). London: Whurr Publishers, Ltd.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In *Avaliação Psicológica; Instrumentos validados para a população Portuguesa*, (pp. 47-63), Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. & Machado, C. (Vol.1). Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, J. A. P. & Branco, J. C. (2001). Dor em reumatologia: Abordagem bio-psico-social. *Dor*, 9 (1), 6-11.
- Soucase, B., Monsalve, V. & Soriano, J. F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: El papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes com dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12 (1), 30-37.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (1997^a). Perturbações da Ansiedade, In *Guia de Psiquiatria Geriátrica* (pp. 133-143), Spar, J. & La Rue, A (vol. 3). Lisboa: Climepsi Editores.

- Spar, J. E. & La Rue, A. (1997^b). Perturbações do Humor, *In Guia de Psiquiatria Geriátrica*, (pp. 39-88), Spar, J. & La Rue, A. (vol. 2). Lisboa: Climepsi Editores.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., Stanish, W. D. & Savard, A. (2005). La reduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail. *Pistes*, 7 (2), 1-11.
- Symreng, I. & Fishman, S. M. (2004). Anxiety and pain. *Pain, Clinical Updates*, 12 (7), 1-6.
- Tait, R. C. & Chibnall, J. T. (2005). Factor structure of the pain disability index in workers compensation claimants with low back injuries. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 1141-1146.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T. & Krause, S. (1990). The pain disability index: Psychometric properties. *Pain*, 40 (2), 171-182.
- Talarico, L. (1998). Ajuda para os doentes com dor neuropática. *Patient Care*, 3 (29), 34-40.
- Teixeira, R. M. (2003). O médico de família e o tratamento da dor. *Dor*, 11 (4), 6-8.
- Thomas, M. (2003). Pain management – The challenge. *The Ochsner Journal*, 5 (2), 15-21.
- Tian, H., Robinson, R. L. & Sturm, R. (2005). Labor market, financial, insurance and disability outcomes among near elderly Americans with depression and pain. *Journal of Mental Health Policy Economy*, 8 (4), 219-228.
- Turk, D. C. (1993). Assess the person, not just the pain. *Pain, Clinical Updates*, 1 (3), 1-8.
- Turk, D. C. (2006). *Pain management: Past, present, and future*. Consultado a 20 de Maio de 2006, em www.touchbriefings.com/pdf/2017/turk.pdf
- Valença, A. (1995). *Neurofisiologia da dor e comportamento*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens comportamentais para a dor crónica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 47-54.
- Vasudevan, S. (1998). Medicina física e reabilitação no controlo da dor. *Dor*, 6 (3/4), 32-35.
- Vaz Serra, A. (1987). Ansiedade social: Definição e conceitos. *Psiquiatria Clínica*, 8 (1), 17-25.
- Verhaak, P. F., Kerssens, J.J., Dekker J., Sorbi M. & Bensing, J. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain*, 77, 231-239.
- Vlieger, P., Crombez, G. & Eccleston, C. (2006). Worrying about chronic pain. An examination of worry and problem solving in adults who identify as chronic pain sufferers. *Pain*, 120, 138-144.
- Von Korff, M. & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168, (30) 101-108.
- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A. & Roberts, J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *The Clinical Journal of Pain*, 12, 277-290.

- World Health Organization (1990). *Câncer pain relief and palliative care*, 804. Geneve: WHO Technical Report Series.
- World Health Organization (2003). *International classification of diseases* (ICD;10º Rev.. Consultado a 28/2/2006, em www.3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm
- Worz, R. (2003). Pain in depression - depression in pain. *Pain, Clinical Updates*, 11 (5), 1-4.
- Zaza, C., Reyno, L. & Moulin, D. (2000). The Multidimensional Pain Inventory profiles in patients with chronic cancer-related pain: An examination of generalizability. *Pain*, 87, 75-82.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

O presente questionário é **Confidencial** e **Anônimo**. Os dados pessoais servem apenas para fins estatísticos. As suas respostas serão analisadas conjuntamente com as respostas de outras pessoas, pelo que não haverá acesso às respostas individuais. Por favor, responda com **sinceridade**. **MUITO OBRIGADO.**

I Parte – Caracterização Sócio-Demográfica

1 – **Idade:** _____ anos

2 – **Sexo:** Feminino Masculino

3 – **Estado civil:** _____

4 – **Habilitações Literárias:** _____

5 – **Profissão:** _____

6 – **Profissão do cônjuge/companheiro(a):** _____

7 – **Depende financeiramente de alguém?**

Sim De quem? _____

Não

8 – **Tem filhos?**

Sim Quantos? _____

Quantos dependem financeiramente de si? _____

Não

9 – **Residência:** _____

Região Geográfica: Norte Centro Sul

Área Urbana: APU AMU APR

Zona Geográfica: Litoral Interior

II Parte – História da dor**10 - Estado Geral**

Peso _____

Altura _____

Tensão Arterial ____/____

Pulso _____

Temperatura axilar _____

Frequência Respiratória _____

11- Foi submetido/a a alguma intervenção cirúrgica?Sim Qual? _____Não **12 – Foi submetido/a a algum tratamento pós-cirúrgico?**Sim Qual? _____Não **13 – A dor actual**

Há quanto tempo surgiu? _____

Como é que surgiu? _____

Como tem evoluído? _____

14 – Sabe as causas da sua dorSim Qual(is)? _____Não **15 – Consegue precisar o local da dor ?**Sim Qual? _____Não **16 – Consegue descrever o tipo de dor que sente?**Sim Como é? _____Não **17 – A dor que sente é:**Permanente Intermitente Quando surge? _____

18 – **Consegue quantificar a sua dor?**

Sim Na escala de 1 a 10 como quantifica a sua dor?

Não

Sem Dor

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

 Dor Máxima

19 – **Costuma vir acompanhado(a) à consulta da Dor?**

Sim Com quem? _____

Não

20 – **Tem alguém na família que tem ou teve problemas semelhantes ao seu?**

Sim Quem? _____

Não

21 – **O que aconteceu a essa pessoa de família?**

Faleceu

Ficou tratada

Anda em tratamentos

22 – **Tem outros problemas de saúde?**

Sim Quais? _____

Não

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO
de Charles D. Spielberger
com a colaboração de
R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs
STAI Forma Y-1

Data: ___/___/___ S ___

Idade: _____ Sexo: M _____ F _____

T _____

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente *agora*, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como actualmente se sente.

	MODERADAMENTE UM POUCO NÃO		MODERADAMENTE		MUITO
1. Sinto-me calmo(a)	①		②		③ ④
2. Sinto-me seguro(a)	①		②		③ ④
3. Estou tenso(a)	①		②		③ ④
4. Sinto-me sob pressão	①		②		③ ④
5. Sinto-me à vontade	①		②		③ ④
6. Estou preocupado(a) com possíveis contratempos	①		②		③ ④
7. Sinto-me satisfeito(a)	①		②		③ ④
•8. Sinto-me com medo	①		②		③ ④
9. Sinto-me confortável	①		②		③ ④
10. Sinto-me uma pilha de nervos	①		②		③ ④
11. Estou descontraído(a)	①		②		③ ④
12. Sinto-me contente..	①		②		③ ④
13. Estou preocupado(a)	①		②		③ ④
14. Sinto-me confuso(a)	①		②		③ ④
15. Sinto-me sereno(a)	①		②		③ ④
16. Sinto-me assustado(a)	①		②		③ ④
17. Sinto-me inquieto(a)	①		②		③ ④
18. Sinto-me perturbado(a)	①		②		③ ④
19. Estou relaxado(a)	①		②		③ ④
20. Estou tranquilo(a)	①		②		③ ④

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-2

Data ____ / ____ / ____

INSTRUÇÕES: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como *habitualmente* se sente. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever melhor a maneira como habitualmente se sente.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem disposto(a)	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso(a) e agitado(a)	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo	①	②	③	④
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto-me um "falhado(a)"	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado(a)	①	②	③	④
27. Sou "calmo(a), indiferente e sereno(a)"	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira que não consigo ultrapassá-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me perturbam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio(a)	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro(a)	①	②	③	④
34. Tomo facilmente decisões	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Estou satisfeito(a)	①	②	③	④
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	①	②	③	④
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas ..	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso e a "ferver por dentro"	①	②	③	④



Observatório para a Investigação e
Intervenção em Psicologia e Saúde

QUESTIONÁRIO DE BECK (Revisão de 1973)

Traduzido por Teresa McIntyre, Ph. D., e Scott McIntyre, Ph. D.

(Versão Experimental, 1995)

Instruções:

Este questionário tem vários grupos de frases. Por favor leia todas as frases num grupo antes de fazer a sua escolha. Depois de ler um grupo, escolha a frase nesse grupo que melhor descreve a maneira como se sente hoje, isto é, neste momento. Ponha um círculo à volta do número que corresponde à frase que escolheu. Se achar que mais de uma frase no grupo representam a sua escolha, marque mais do que um número.

LEIA TODAS AS FRASES NUM GRUPO ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA!

A.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo deixar de me sentir triste.
- 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não posso suportar a minha tristeza.

B.

- 0 Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar do futuro.
- 3 Sinto que não há esperança no futuro e que as coisas não podem melhorar.

C.

- 0 Não sinto que sou um fracasso.
- 1 Sinto que tenho falhado mais do que a maior parte das pessoas.
- 2 Quando penso na minha vida passada só vejo uma série de fracassos.
- 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

D.

- 0 Sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir.
- 1 Não sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir.
- 2 Já não sinto verdadeira satisfação em nada.
- 3 Sinto-me insatisfeito ou aborrecido com tudo.



Observatório para a Investigação e
Intervenção em Psicologia e Saúde

E.

- 0 Não me sinto muito culpado.
- 1 Sinto-me culpado muito vezes.
- 2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me sempre culpado.

F.

- 0 Não sinto que estou a ser castigado.
- 1 Sinto que possa ser castigado.
- 2 Acho que vou ser castigado.
- 3 Sinto que estou a ser castigado.

G.

- 0 Não me sinto desiludido comigo mesmo.
- 1 Estou desiludido comigo mesmo.
- 2 Estou repugnado comigo mesmo.
- 3 Detesto-me.

H.

- 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me pelos meus erros ou fraquezas.
- 2 Culpo-me sempre pelas minhas faltas.
- 3 Culpo-me por tudo de mal que acontece.

I.

- 0 Não penso em matar-me.
- 1 Penso em matar-me mas não tenho intenção de o fazer.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Se tivesse oportunidade eu matava-me.

J.

- 0 Não choro mais do que o costume.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Actualmente estou sempre a chorar.
- 3 Costumava a ser capaz de chorar, mas agora não posso chorar mesmo que eu queira.

L.

- 0 Não me sinto mais cansado do que o costume.
- 1 Canso-me mais facilmente do que o costume.
- 2 Canso-me com quase qualquer coisa.
- 3 Sinto-me demasiado cansado para fazer qualquer coisa.



Observatório para a Investigação e
Intervenção em Psicologia e Saúde

M.

- 0 O meu apetite não é pior do que o costume.
- 1 O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
- 2 Actualmente o meu apetite é muito pior do que dantes.
- 3 Já não tenho nenhum apetite.

N.

- 0 Ultimamente não tenho perdido grande peso, se é que perdi algum.
- 1 Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
- 2 Perdi mais de 5 quilos de peso.
- 3 Perdi mais de 7 quilos de peso.

O.

Estou a comer menos de propósito para tentar perder peso.

Sim

Não

P.

- 0 Não estou mais preocupado do que o costume acerca da minha saúde.
- 1 Estou preocupado com problemas de saúde como dores, prisão de ventre, ou má disposição do estômago.
- 2 Estou muito preocupado com problemas de saúde e é difícil pensar noutra coisa.
- 3 Estou tão preocupado com problemas de saúde que não consigo pensar noutra coisa.

Q.

- 0 Não tenho notado mudanças recentes no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado no sexo do que costumava.
- 2 Actualmente estou muito menos interessado no sexo.
- 3 Perdi completamente o interesse no sexo.

ÍNDICE DE INCAPACIDADE RELACIONADA COM A DOR

Tait, Chibnall & Krause (1990)
Adaptação Portuguesa de Rodrigues & Gomes (2005)

Este questionário pretende avaliar o impacto que a dor tem na sua vida diária., isto é, até que ponto a sua dor o(a) impede de fazer as actividades normais. Assim, para cada um dos sete aspectos de vida diária apresentados, coloque um círculo no número que melhor traduz o nível de incapacidade que tipicamente experiencia. A sua resposta deverá reflectir o impacto que, no geral, a dor tem na sua vida e não apenas quando a dor é de maior intensidade.

O número 0 significa que não experiencia qualquer incapacidade e o número 10 significa que todas as actividades que normalmente fazia foram totalmente afectadas pela sua dor.

Não se esqueça de assinalar um só número para cada um dos sete aspectos de vida apresentados. Se considerar que um determinado aspecto não se aplica a si, coloque um círculo no número 0.

1. Responsabilidades Familiares/Lar. Este item refere-se às actividades relacionadas com o lar ou com a família. Inclui actividades realizadas em redor da casa (por exemplo, jardinagem) e com outros membros da família (por exemplo, levar as crianças à escola).

Incapacidade: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma Leve Moderada Grave Total

2. Passatempos. Este item inclui *hobbies*, desportos e outras actividades de lazer.

Incapacidade: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma Leve Moderada Grave Total

3. Actividades Sociais. Este item inclui idas a festas, cinema, concertos, restaurantes, bem como outras actividades sociais que se realizem com familiares e amigos.

Incapacidade: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nenhuma Leve Moderada Grave Total

INBOX: Re: Authorization to translate the Pain Disab... (2 de 2)

« INBOX »

PAIN

[Reencaminhar](#) | [Código-fonte da Mensagem](#) | [Gravar como](#) | [Imprimir](#) | [Reportar como Spam](#)

Data: Thu, 14 Jul 2005 08:18:32 -0500 [14:18:32 WEST]

De: "Raymond C. Tait, Ph.D." <taitrc@slu.edu> 

Para: Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues <amfmr@sapo.pt> 

Assunto: Re: Authorization to translate the Pain Disability Index

Cabeçalhos: [Mostrar todos os cabeçalhos](#)

Dr. Rodrigues-

You certainly have my permission to translate the PDI into Portuguese. Let me

know how your work goes.

Ray Tait

Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues wrote:

Dear Professor Tait, RC

Department of Psychiatry, Saint Louis University School of Medicine,

I am writing to ask authorization to translate the Pain Disability Index (PDI) from Portuguese, in order to put in practice in Portuguese population with chronic pain.

I hope to hear from you soon.

Yours sincerely




Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues

INBOX: Re: PAIN - version translated (1 de 1)

<< INBOX >>

PAIN

Reencaminhar | Código-fonte da Mensagem | Gravar como | Imprimir | Reportar como Spam

Data: Thu, 13 Apr 2006 11:08:13 -0500 [17:08:13 WEST]**De:** "Raymond C. Tait, Ph.D." <taitrc@slu.edu> **Para:** Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues <amfmr@sapo.pt> **Assunto:** Re: PAIN - version translated**Anexo(s):**  2 PAIN - version translated.doc [application/msword] 33 KB 

Transferir todos os anexos (em ficheiros zip)

Cabeçalhos: Mostrar todos os cabeçalhos

Dr. Rodrigues-
 I am attaching the PDI translation that you forwarded to me. The translation looks very good.
 .
 Ray Tait

Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues wrote:

Dear Professor Tait ,RC
 Department of Psychiatry, Saint Louis University School of Medicine,

Please find attached our Portuguese version of the PDI translated back into English.

This new English version was produced by a bilingual translator who only had access to the Portuguese version; they have not seen the original English-language PDI.

I would be most grateful if you would be willing to evaluate the similarity between the original and this version translated from Portuguese.

Yours sincerely,
 Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues

H.D. LAMEGO 19/08/05 007309/CA
CUA

Exmo Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Distrital de Lamego

Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues
9

Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues, Enfermeira Graduada do quadro deste Hospital, a frequentar o Mestrado de Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária na Universidade Fernando Pessoa, vem por este solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a aplicação de um instrumento de recolha de dados aos doentes do foro oncológico da consulta da dor e consulta externa de cirurgia.

Este instrumento de avaliação, tem como objectivo colher dados que servirão de referência para a minha tese de Mestrado "O DOENTE COM DOR CRÓNICA: ESTUDO DA REPERCUSSÃO NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO", cuja orientação está sob a responsabilidade da Exma. Sr^a Professora Doutora Inês Gomes.

Junto anexo o instrumento de recolha de dados.

Ana Maria Fernandes Mouta Rodrigues

*Nada a opor à pretensão
requerida, com o desejo
de que meu exemplar do
estudo possa enriquecer a
Biblioteca*

Pede Deferimento

Lamego, 19 de Agosto de 2005

Enfermeiro Director
António Taveira
António Taveira
22/08/05

António Taveira