

Editorial	
<i>Dor e Psiquiatria e Saúde Mental</i>	3
A Dor no Parto e a Vinculação Materna. Perspetivas sobre uma Nova Abordagem Psicológica	4
Modelo de Acompanhamento Psicoterapêutico Eclético em Doente com Dor: um Caso Clínico	9
Interação Psicológica, Social e Cultural na Perceção da Dor: Uma Reflexão sobre a Experiência Psicoterapêutica na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta	13
Experiência de Tratar Pessoas com Dor Crónica. De Surpresa em Surpresa	17
Dor Crónica e Psiquiatria: um Modelo de Ligação	20
Abordagem da Dor no Âmbito de Psico-Oncologia	25
Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão e a sua Correlação com a Intensidade de Dor em Doentes Oncológicos com Doença Avançada e Progressiva	32
Aqui na Dor, Aquém do Prazer	38



DOR[®]

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 23 • N.º 2/2015

Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Cristina Catana

Graça Mesquita

Ricardo Pestana

Rosário Alonso

Editorial	
<i>Dor e Psiquiatria e Saúde Mental</i>	3
Marco Paulino	
A Dor no Parto e a Vinculação Materna. Perspetivas sobre uma Nova Abordagem Psicológica	4
José Manuel da Costa Martins	
Modelo de Acompanhamento Psicoterapêutico Eclético em Doente com Dor: um Caso Clínico	9
Cristina Caldeira	
Interação Psicológica, Social e Cultural na Perceção da Dor: Uma Reflexão sobre a Experiência Psicoterapêutica na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta	13
Cristina Catana	
Experiência de Tratar Pessoas com Dor Crónica. De Surpresa em Surpresa	17
Marco Paulino	
Dor Crónica e Psiquiatria: um Modelo de Ligação	20
Adelaide Costa, Ana Margarida Ribeiro, Rui Coelho e António Roma Torres	
Abordagem da Dor no Âmbito de Psico-Oncologia	25
Cristina Pires do Vale	
Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão e a sua Correlação com a Intensidade de Dor em Doentes Oncológicos com Doença Avançada e Progressiva	32
Maria de Jesus Moura e Rosana Sodrê Milhomens	
Aqui na Dor, Aquém do Prazer	38
Inês Oliveira	

Ilustração da capa: Amanda Marques Conduto



PERMANYER PORTUGAL

www.permanyer.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.

Curriculum do autor da capa

Amanda Marques Conduto, 20 anos.

Estudante do 4.º ano do MIArq (Mestrado Integrado em Arquitectura).

Na Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto.



© 2015 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



ISSN: 0872-4814

Dep. Legal: B-17.364/2000

Ref.: 2428AP152



Impresso em papel totalmente livre de cloro

Impressão: CPP – Consultores de Produções de Publicidade, Lda.



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial

Dor e Psiquiatria e Saúde Mental

Marco Paulino

Ador é um fenómeno perceptivo complexo, subjetivo e multidimensional. A dor implica o Homem na sua totalidade, não é só um acontecimento fisiológico, é uma experiência existencial. A dor não é só sofrimento do próprio, mas também sofrimento dos próximos.

A dor crónica é um problema importante em saúde pública pela sua prevalência, pela incapacidade e sofrimento que condiciona, e pelos seus custos diretos e indiretos.

A psiquiatria e saúde mental é um parceiro importante no estudo, compreensão e tratamento dos doentes com dor, principalmente dor crónica.

A proposta da Dra. Sílvia Vaz Serra de organizar um número temático da revista «Dor» da APED foi um desafio que aceitei com gosto.

Fiz um primeiro esboço com o meu companheiro nesta viagem da dor, Prof. António Barbosa. Contactei muitos dos serviços de psiquiatria e saúde mental que colaboram nas unidades de dor. Não foi fácil encontrar trabalhos de investigação disponíveis para publicar. Alguns autores potenciais não tinham disponibilidade a curto prazo. Optei por solicitar também artigos de opinião.

O artigo do Dr. J. M. Costa Martins sobre a dor no parto e a vinculação materna é baseado numa investigação mais ampla que tem vindo a desenvolver. A teoria da vinculação, de Bowlby e sucessores, apresenta uma compreensão nova da génese do laço fundamental que faz com que um bebé se vincule aos que o criam. O motor essencial desta construção é a satisfação da necessidade inata de proximidade (em relação às figuras que o protegem) e o sentimento de segurança gerado por esta proximidade. A vinculação constrói-se na interação entre as necessidades inatas da criança e as reações do meio que a envolve. Produz um sistema de representações ativas ao longo de toda a vida, que organiza a perceção do mundo quando o indivíduo está numa situação de vulnerabilidade ou de aflição. O Dr. Costa Martins encontrou correlações significativas entre vinculação insegura das grávidas e níveis mais elevados de dor,

maior consumo de analgésicos e solicitação de analgesia suplementar mais frequente, pelo que defende uma nova perspetiva na abordagem psicológica da gravidez com equipas assistenciais marcadas pela interdisciplinaridade.

As Dras. Maria de Jesus Moura e Rosana Mithomens apresentam uma investigação levada a cabo pela segunda em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva. Este estudo, ao encontrar correlações significativas entre intensidade de dor, ansiedade e depressão, dá um contributo à discussão da complexa relação entre ansiedade, depressão e dor.

Os Drs. Adelaide Costa, Ana Margarida Ribeiro, A. Roma Torres e Prof. Rui Coelho permitem-nos olhar para o interior da colaboração entre a psiquiatria e saúde mental e as unidades de dor. Apresentam um estudo que foca a análise sociodemográfica e clínica da população observada na consulta de psiquiatria – dor. A avaliação subjetiva da evolução clínica dos doentes, realizada seis meses após a primeira consulta, indicou uma melhoria clínica importante (doentes «muito melhorados» em 46% dos casos).

A Dra. Cristina Pires do Vale, psiquiatra com experiência de trabalho num grande hospital oncológico, apresenta uma excelente revisão do tema «Abordagem da dor no âmbito da psico-oncologia».

A Dra. Cristina Caldeira revela o que se passa na intimidade de uma relação psicoterapêutica com uma doente com dor crónica. Descreve o seu modelo de intervenção, ilustrando-o com uma intervenção concreta.

Por fim, os artigos de opinião: os autores escreveram com total liberdade. A Dra. Inês Oliveira escreve um «poema» científico sobre algo que é improvável, a vivência de prazer no corpo com dor. A Dra. Cristina Catana conta-nos um «conto» em que alguém fechado sobre a sua própria dor, excluído, segregado, pode ser ressocializado através de um grupo terapêutico, nomeadamente psicodramático. Eu próprio descrevo como a experiência de tratar pessoas com dor tem sido uma constante surpresa.

A Dor no Parto e a Vinculação Materna. Perspetivas sobre uma Nova Abordagem Psicológica

José Manuel da Costa Martins

Resumo

Apresentam-se os resultados de uma investigação pioneira que encontrou correlações significativas entre a vinculação insegura das grávidas e níveis mais elevados de dor, maior consumo de analgésicos e uma mais frequente solicitação de analgesia suplementar. Estes resultados relevam a teoria da vinculação como uma promissora estrutura conceptual para a compreensão da expressão dolorosa do parto, atendendo ao seu potencial para identificar mulheres com elevado risco de desenvolverem estratégias inadequadas de *coping* para enfrentar a dor. Por outro lado, mas no mesmo sentido, suportam a ideia de que a vinculação segura representa um importante recurso individual na presença de dor. Os dados apresentados implicam uma nova perspetiva na abordagem psicológica da gravidez, configurando uma reestruturação das equipas assistenciais marcada pela interdisciplinaridade.

Palavras-chave: Vinculação. Dor de parto. *Patient controlled epidural analgesia*.

Abstract

We present the results of a pioneering research that found significant correlations between insecure attachment representations of pregnant women and higher levels of pain, increased consumption of analgesics, and a more frequent request for supplementary analgesia. These results highlight attachment theory as a promising conceptual framework for understanding the expression of pain during labor, particularly given its potential to identify women at high risk of inadequate coping strategies to face pain. Conversely, but in the same direction, these findings support the idea that secure attachment is an important individual resource in the presence of pain. The data reported herein implies a new perspective on the psychological approach of pregnancy, by configuring a reorganization of interdisciplinary healthcare teams. (Dor. 2015;23(2):4-8)

Corresponding author: José Manuel da Costa Martins, hcostamartins@gmail.com

Key words: Attachment. Labor pain. *Patient controlled epidural analgesia*.

Para o dualismo cartesiano, a dor associa-se à disfunção orgânica, está centrada na certificação anatómica e, em consequência, é concebida como resultante de um somatório de sinalizações sensoriais. A base epistemológica do racionalismo contribuiu para o conhecimento dos processos somáticos basilares da dor. Todavia, promoveu uma abordagem redutora que, apenas no século passado, foi progressivamente desconstruída, sobretudo após os estudos de Melzack e Wall que atribuem ao fenómeno naturezas e dinâmicas multideterminadas¹.

A comunicação da dor comporta sempre uma verdadeira linguagem, constituindo-se como uma experiência complexa, produto de um contexto e como tal, num facto da existência mediado, também pela cultura, experiência individual acumulada e significação subjetiva². Todas estas dimensões, por não serem entidades dicotómicas³, exercem influências sinérgicas na dor e refletem-se na extrema variabilidade inter e intraindividual da sua expressão^{4,5}, o que é particularmente manifesto no parto⁴. Com efeito, se por um lado, no que respeita aos princípios

Diretor do Departamento de Anestesiologia e Reanimação do Hospital dos SAMS
Lisboa
E-mail: hcostamartins@gmail.com

Este artigo reporta-se a uma tese de doutoramento, intitulada de «A expressão dolorosa do parto. Dimensão psicobiológica na abordagem anestésica», apresentada, em 2015, à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

neurofisiológicos, a dor de parto é um excelente modelo de dor aguda visceral e somática⁶, por outro, resulta do processamento de múltiplas variáveis físico-demográficas e psicossociais^{3,4,7-12}. Neste quadro é inequívoca a importância das emoções e dos afetos, pois a experiência dolorosa contém uma experiência psicológica^{3,8,9,13,14}. O reconhecimento deste facto promoveu crescente investigação neste domínio, focada sobretudo em fatores como o medo e a ansiedade¹⁵⁻²⁰, que surgem associados a uma menor tolerância à dor²¹.

Contudo, importa realçar que a vivência do parto integra o processo da gravidez, que é uma etapa crítica marcada por uma importante reformulação representacional da mulher, em que esta se prepara para uma nova relação, mobilizando e evocando anteriores representações dos vínculos significativos²²⁻²⁴ e que não é isenta de receios, fantasias e de acrescida ansiedade que posteriormente, se refletem no próprio parto²⁵ podendo marcá-lo negativamente²⁶. Neste sentido, sob uma perspetiva psicossomática, o enquadramento clínico e o estudo da dor associada ao nascimento do bebé carecia, até há pouco tempo, de uma abordagem ancorada em construtos estruturais, como a vinculação^{27,28}.

Ainda que inicialmente formulada por Bowlby a partir de observações das etapas precoces da vida, sobretudo na relação diádica criança-cuidador²⁷, a vinculação estende a sua importância a qualquer fase do desenvolvimento individual²⁹. Para este autor, cada ser humano tem tendência para se vincular a outro e este processo, de apego ou vinculação, possui uma função biológica de procura de suporte e proteção²⁷⁻²⁹, que numa perspetiva neodarwiniana, serviria na escala zoológica para a autopreservação^{30,31}. A qualidade das interações com a figura de vinculação determina expectativas relativamente à responsividade e acessibilidade desta no que respeita às suas solicitações³², construindo modelos representacionais (modelos internos dinâmicos) de si (modelo de si) e das figuras de vinculação (modelo dos outros). Cada indivíduo forma então, um projeto interno³³, estabelecendo-se diferenças individuais na organização da vinculação^{34,35}.

Tal como na criança, no adulto verifica-se uma tendência estável do indivíduo para procurar e manter proximidade e contacto com outro(s) capaz de prover segurança, proteção e conforto, sendo esta tendência regulada pelos modelos internos dinâmicos de si e do(s) outro(s), construídos nas suas experiências de vinculação³⁶. No entanto, existem diferenças importantes, entre as quais, o facto de no adulto o sistema de vinculação necessitar de eventos fortemente indutores de stress ou de circunstâncias imprevistas para ser ativado^{34,37}, e ainda, das relações de vinculação se estabelecerem tipicamente entre pares, caracterizando-se por reciprocidade, em contraponto à complementaridade das relações na infância^{37,38}, sendo notório o estabelecimento

de um padrão flexível entre o procurar e o proporcionar segurança e conforto³⁹. Assim, na adultícia, o estilo de vinculação constitui um traço estável que, além de se refletir na relação interpessoal, está ligado à regulação emocional e às estratégias de gestão de situações ameaçantes^{27,40,41}.

As diferenças na conceptualização da vinculação do adulto repercutem-se na metodologia usada na sua avaliação, tecendo-se aqui considerações específicas sobre a psicométrica usada nos estudos da dor de parto. Segundo Brennan, et al.⁴², as diferenças individuais na vinculação podem ser representadas por duas dimensões: a ansiedade relacionada com a vinculação, que descreve a medida em que cada um se preocupa com o facto de não ser amado e de ser abandonado, e se associa a um forte desejo de proximidade e proteção, a preocupações acerca da disponibilidade do(a) companheiro(a), e ainda, ao uso de estratégias de hiperativação para lidar com a insegurança e com a perturbação emocional; e a dimensão evitamento relacionado com a vinculação, que descreve a medida em que cada um evita a proximidade com os outros, tem desconforto com a dependência dos parceiros românticos, tem preferência pela distância emocional e pela autossuficiência e associa-se ao uso de estratégias de desativação para lidar com a insegurança e com a perturbação emocional⁴³. A ponderação destas dimensões constitui a base da Escala de Vinculação do Adulto (adaptação da *Adult Attachment Scale – Revised*; AAR-R de Collins e Read⁴⁴, validada para a população portuguesa por Canavarro, et al.³⁴), em que há uma abordagem bidimensional (situa o sujeito ao longo de dimensões contínuas e torna emergente a variabilidade entre sujeitos), mas igualmente permite a avaliação categorial (estilos de vinculação – a partir de diferentes combinações nos resultados da ansiedade e evitamento associadas às relações de vinculação).

A dor, como forma de stress físico e emocional, pode ser percecionada como uma ameaça ao bem-estar do indivíduo e nesse sentido, ser responsável pela ativação de comportamentos de vinculação. A investigação tem revelado sólidas evidências da importância da vinculação do adulto na experiência dolorosa⁴⁵⁻⁴⁹, nomeadamente associações com a incapacidade para lidar com a dor^{45,50} e, embora com menor consistência, com a sua intensidade⁵⁰. Salienta-se ainda, que resultados significativos foram obtidos mesmo em populações não-clínicas (*pain-free samples*), especificamente a vinculação insegura foi relacionada com aumento dos medos referentes à dor⁵¹, com a diminuição do seu limiar⁵² e da autoeficácia no seu controlo^{46,50}, bem como ainda, com uma maior incapacidade associada à dor⁴⁵. Considerando as abordagens dimensionais, encontram-se dados relevantes, sobretudo para a ansiedade⁴⁶, referindo-se correlações positivas com os níveis de dor^{50,53}, a menor percepção do controlo sobre a dor⁵², o

sofrimento⁵³, o medo e a catastrofização relacionados com a dor^{51,52,54}, enquanto que o evitamento se associa a menor da autoeficácia no seu controlo⁴⁹. Em linha com estes resultados, a vinculação insegura no adulto tem sido proposta como quadro de desenvolvimento da dor crónica, considerando que os seus aspectos de desajustamento cognitivo, comportamental e emocional representariam fatores de vulnerabilidade que precederiam a passagem à cronicidade^{46,52,55-57}, admitindo-se contudo, uma evolução oposta, isto é, a dor crónica constituir-se-ia como uma experiência nova suficientemente significativa para promover padrões inseguros de vinculação⁵⁸.

Os estudos sobre a influência dos estilos/dimensões de vinculação na dor aguda, desenvolvida principalmente em modelo laboratorial^{52,57,59-62}, mostram uma forte ligação da vinculação insegura com variáveis de dor reveladoras de má adaptabilidade (menor controlo da dor, níveis elevados de catastrofização e de intensidade dolorosa, hipervigilância, baixa tolerância e diminuição do limiar à dor e maior afeto negativo)⁵⁸, sendo menos expressiva a associação entre uma vinculação segura e percepções adaptativas à dor potencialmente protetoras (níveis baixos de intensidade dolorosa e de catastrofização)^{52,57}.

O atual estado da arte permite, então, considerar o elevado interesse da vinculação no estudo da dor, qualquer que seja a forma com que esta última se manifesta. Neste sentido, recentemente apresentaram-se os primeiros resultados sobre a influência da vinculação materna sobre a expressão dolorosa do parto^{63,64}. Para a sua contextualização, importa lembrar que a gravidez e o parto constituem transições muito significativas no ciclo de vida da mulher o que, do ponto de vista teórico, pode ativar o sistema de vinculação e provocar uma complexa interação de cognições, emoções e comportamentos em ordem a aumentar a proximidade com as figuras de vinculação⁶⁵. Por outro lado, a elevada intensidade da experiência dolorosa do parto, mesmo que não relacionada com patologia, mas antes com um evento muito significativo, como é o nascimento de uma criança³ é, com frequência, descrita como muito desagradável^{3,4,6,7,15}, podendo constituir-se como uma séria ameaça física e emocional e, como tal, passível de induzir nas mulheres comportamentos de vinculação tendentes a regular emoções negativas e a gerir ameaças indutoras de stress, com o sentido de promover o seu sentimento de segurança⁴³. Estes comportamentos podem ter sérias implicações para a compreensão das diferenças na expressão da dor e serem cruciais na ação terapêutica, em particular na instituição precoce da analgesia⁶⁶, o que é tanto mais relevante quanto se considera que a dor pode ter efeitos deletérios, nomeadamente relacionar-se com uma menor satisfação materna sobre a experiência global do nascimento e envolver potenciais consequências adversas na saúde materna^{3,7}.

Em função destes pressupostos, foram testadas hipóteses de que a vinculação da mulher, caracterizada numa abordagem quer dimensional (ansiedade e evitamento), quer categorial (segura vs. insegura), é, além dos fatores sociodemográficos e físicos, um significativo preditor da dor e influência a sua expressão, quer avaliada direta, mas subjetivamente pela escala analógica visual (VAS), quer indireta, mas objetivamente, através dos consumos de analgésicos⁶⁷.

Na linha investigacional desenvolvida, resultados prévios, de carácter exploratório, evidenciaram a influência de um estilo de vinculação inseguro sobre a dor avaliada no início da fase ativa do trabalho de parto, antes das administrações de analgesia e no pós-parto. No mesmo sentido, ainda que com valores mais baixos, encontraram-se diferenças significativas na dor residual, avaliada após a estabilização do efeito analgésico em cada administração epidural⁶⁸.

No entanto, as limitações deste estudo inicial impuseram a reformulação do desenho dos estudos empíricos principais. Com efeito, no *setting* usado ao longo do trabalho de parto, a avaliação iterativa da dor com a VAS e a técnica analgésica epidural por *top-ups* podem ser consideradas potencialmente intrusivas, apresentarem maior possibilidade de erro em alguns registos, além de dependerem da disponibilidade da equipa assistencial (não-autonomia e não controlo da parturiente) e, como tal, também representarem fatores de confundimento. Em função destes aspectos, particularmente importantes em estudos observacionais, uma cuidada reflexão da equipa de investigadores refletiu-se em importantes diferenças metodológicas e terapêuticas na investigação subsequente. Nesta, os procedimentos permitiram o atingimento de patamares de superior eficácia terapêutica e de acrescida evidência das diferenças individuais, correspondendo também, ao desiderato de preservar a condição ambiental em que os factos sucedem e, ainda, a possibilidade de ser avaliada a existência de uma associação entre determinados fatores e desfechos, sem que o investigador intervenha diretamente nas relações analisadas⁶⁷.

Neste contexto, enquadra-se a adoção da *Patient Controlled Epidural Analgesia* (PCEA) que permite a individualização da dose, confere às parturientes a sensação de controlo sobre o seu tratamento e liberta-as da dependência e da disponibilidade imediata dos profissionais, o que pode ter como proveito um alívio mais rápido da sintomatologia⁶⁹. Na PCEA há então, um comportamento ativo que implica um componente decisório, o que proporciona à mulher a intervenção nos cuidados que recebe⁶⁹, atribuindo-lhe um certo grau de autonomia. Estas características da PCEA associam-se a uma superior satisfação materna^{70,71} e a uma menor incidência de doses analgésicas de resgates e de bloqueio motor^{72,73}. Por estas vantagens serem mais marcantes em regimes *ultra-light dose*, mesmo

quando a técnica é iniciada nas fases precoces da fase ativa do trabalho de parto⁷⁴, na investigação usou-se um protocolo de baixa concentração de anestésicos, sendo a sua escolha resultante do estudo de Costa Martins, et al.⁶⁸, que identificou o regime de PCEA com menor efeito cumulativo analgésico e menor repercussão na duração do trabalho de parto e que assim, promoveu uma menor medicalização e a possibilidade uma superior evidência dos padrões individuais. A estas vantagens de índole clínica, acresce que a PCEA proporciona a transcrição informática de elementos caracterizadores da dor e analgesia, o que lhe outorga a qualidade de excelente instrumento de registo.

Os resultados mais significativos da investigação mostram que as dimensões da vinculação da grávida estão associadas positivamente a indicadores diretos (VAS antes de iniciada a PCEA) e indiretos de dor (consumos de analgésicos, após a PCEA), para além de fatores demográficos e físicos, constituindo um preditor da sua maior intensidade⁶⁴. Nos modelos multivariados, quer para a dor avaliada no início da fase ativa do trabalho de parto, quer no início da analgesia, apenas a ansiedade associada à vinculação contribui para explicar uma parte significativa da variância total⁶⁴, o que está em consonância com os resultados de McWilliams, et al.⁵¹ e de MacDonald, et al.⁵³ e com Porter, et al.⁴⁷, que encontraram efeitos mais consistentes para a ansiedade do que para o evitamento. Estes dados podem ser explicados pelo facto de que as mulheres que percebem os outros como relutantes em providenciarem apoio propenderem a amplificar a dor, a avaliá-la como mais ameaçante e a dependerem de estratégias de *coping* menos efetivas^{47,54}. Para o evitamento encontrou-se apenas uma correlação com consumo de anestésicos⁶⁴, o que reflete nas parturientes com elevados níveis desta dimensão uma visão negativa dos outros e as suas convicções sobre a autossuficiência pois, tendencialmente, duvidam da capacidade dos outros em providenciar apoio e em minimizar as ameaças e, por outro lado, encaram-se como mais capazes de lidar autonomamente com a dor (automedicação)⁴⁰. Tanto a ansiedade como o evitamento apresentaram correlações significativas com o número de bólus autoadministrados e com o ratio de bólus solicitados/bólus administrados⁶⁴ o que, além de indiciar acrescidas necessidades de analgesia, igualmente revela níveis mais baixos de autoeficácia para a gestão da dor⁵¹.

Esta investigação mostra, em consonância com estudos anteriores, uma significativa associação entre a dor e a vinculação insegura^{45,50}, que parece assim, representar um importante fator de vulnerabilidade e de risco que determina um desajustamento para lidar com a dor, enquanto a vinculação segura pode ser considerada como um importante recurso interno para enfrentar eventos indutores de stress, permitindo

uma estratégia adaptativa em razão de uma avaliação positiva dos mesmos e da procura de suporte e conforto junto de outros durante o parto⁴⁹.

A vinculação da grávida surge, assim, como um fator de inegável interesse na abordagem psicológica à gravidez, contribuindo para uma melhor compreensão da dor do parto. O modelo de vinculação é, de facto, um referencial teórico confiável, com o potencial de identificar mulheres com alto risco de sofrer uma mais intensa experiência dolorosa, mas também de desenvolverem sintomatologia traumática, suscetível de ocorrer após o parto^{16,75-77}.

Tendo em conta os dados obtidos nestes estudos, é impossível não se assumirem implicações institucionais, traduzidas na implementação da interdisciplinaridade nas equipas assistenciais e, em consequência, a prossecução de novas práticas nos planos preventivo e curativo. Um mesmo propósito deverá estar presente no plano investigacional, através da conjugação de competências científicas específicas, articuladas numa perspetiva comum sobre a natureza humana⁶⁷.

Bibliografia

- Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(3699):971-9.
- Le Breton D. *Anthropologie de la Douleur*. Paris. Éditions Métailié. 1995.
- Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl):s16-24.
- Bonica JJ. The nature of pain in parturition. In: Van Zunde A, Osheimer GW (eds): *Pain Relief and Anesthesia in Obstetrics*. New York. Churchill Livingstone. 1996;19-52.
- Wall PD. *Pain: The science of suffering*. London, Weidenfeld and Nicolson, 1999.
- Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain*. 1993;53(2):117-20.
- Pan PH, Eisenach JC. The pain of childbirth and its effect on the mother and the fetus. In: Chestnut DH, Polley LSA, Tsen LC, Wong CA (eds): *Obstetric anesthesia principles and practice*, 4th ed. Philadelphia. Elsevier Mosby 2009;387-404.
- Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Can Med Assoc J*. 1984;130(5):579-84.
- Reading AE, Cox DN. Psychosocial predictors of labor pain. *Pain*. 1985;22(3):309-15.
- Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain*. 2006;10(3):263-70.
- Weisenberg M, Caspi Z. Cultural and educational influences on pain of childbirth. *J Pain Symptom Manage*. 1986;4(1):13-9.
- Johnston-Robledo I. Beyond Lamaze: Socioeconomic Status and Women's Experiences with Childbirth Preparation. *J Gend Cult Health*. 1998;3(3):159-69.
- Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. 1999;47(5):471-82.
- Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain*. 1984;19(4):321-37.
- Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de Parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. 2002;20(X):203-17.
- Saisto T. *Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*. Academic Dissertation. Medical Faculty of the University of Helsinki, 2001.
- Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1999;94(5 PT 1):679-82.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001;108(5):492-98.
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1983;2:102-8.

21. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain*. 2001;93(2):123-7.
22. Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanal Study Child*. 1961;16:9-24.
23. Bibring GL, Valenstein AF. Psychological aspects of pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1976;19(2):357-71.
24. Ammaniti M. Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Psychiatr Infant*. 1991;34(2):341-58.
25. Peterson G. Childbirth: The ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*. 1996;11:101-9.
26. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. 1999;47(5):471-82.
27. Bowlby J. Attachment and loss: attachment. New York, Basic Books, 1982.
28. Bowlby J. Attachment and loss: separation. London, Basic Books, 1973.
29. Bowlby J. Attachment and loss: loss, sadness and depression. London, Basic Books, 1980.
30. Slavin MO, Kriegman D. The adaptative design of the human psyche. Psychoanalysis, evolutionary biology, and the therapeutic process. New York. The Guilford Press 1992.
31. Ainsworth M. Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med*. 1985;61(9):771-91.
32. Pacheco AP, Costa RA, Figueiredo B. Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: estudo exploratório com mães adolescentes. *Int J Clin Health Psychol*. 2003;3:35-59.
33. Ainsworth M. Infant-mother attachment. In: Craig W (ed): *Childhood social development. The essential readings*. Malden, MA. Blackwell Publishers. 2000;13-24.
34. Canavarro MC, Dias P, Lima V. A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*. 2006;XX:155-87.
35. Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ. Erlbaum. 1978.
36. Berman W, Sperling M. The Structure and Function of Adult Attachment. In: Sperling M, Berman W (eds.): *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. New York. The Guilford Press. 1994;3-28.
37. Hinde RA, Stevenson-Hinde J. Relating childhood relationships to individual characteristics. In: Hartup WW, Rubin Z (eds): *Relationships and development*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates. 1986;27-50.
38. Weiss RS. Attachment in adult life. In: Parkes CM, Stevenson-Hinde J (eds): *The place of attachment in human behaviour*. New York. Basics Books. 1982;171-84.
39. Hazan C, Shaver P. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq*. 1994;5:1-22.
40. Lopez FG, Brennan KA. Dynamic processes underlying adult attachment organization: toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *J Couns Psychol*. 2000;47:283-300.
41. Mikulincer M, Florian V. Appraisal and coping with a real-life stressful situation: the contribution of attachment styles. *Pers Soc Psychol Bull*. 1995;21:406-14.
42. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds): *Attachment theory and close relationships*. New York. The Guilford Press. 1998;46-76.
43. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York. Guilford Press. 2007.
44. Collins N. Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(4):810-32.
45. Davies KA, MacFarlane GJ, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*. 2009;143(3):200-5.
46. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(3):407-29.
47. Porter LS, Davis D, Keefe FJ. Attachment and pain: recent findings and future directions. *Pain*. 2007;128(3):195-8.
48. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the national comorbidity survey replication. *Heal Psychol*. 2010;29(4):446-53.
49. Meredith P, Strong J, Feeney JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*. 2006;123(1-2):146-54.
50. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain*. 2000;16(4):360-4.
51. McWilliams LA, Asmundson GJ. The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*. 2007;127(1-2):27-34.
52. Meredith P, Strong J, Feeney JA. The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*. 2006;120(1-2):44-52.
53. MacDonald G, Kingsbury R. Does physical pain augment anxious attachment? *J Soc Pers Relat*. 2006;23:291-304.
54. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag*. 2005;10(4):191-200.
55. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clin Psychol Rev*. 1994;14:1-16.
56. Anderson DJ, Hines RH. Attachment and pain. In: Grzesiak RC, Ciccone DS (eds): *Psychosocial vulnerability to chronic pain*. New York. Springer. 1994;137-52.
57. Andrews NE, Meredith PJ, Strong J. Adult attachment and reports of pain in experimentally-induced pain. *Eur J Pain*. 2001;15(5):523-30.
58. Meredith P. A Review of the evidence regarding associations between attachment theory and experimentally induced pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(4):326.
59. MacDonald G. Use of pain threshold reports to satisfy social needs. *Pain Res Man*. 2009;13(4):309-19.
60. Sambo CF, Howard M, Kopelman M, Williams S, Fotopoulou A. Knowing you care: effects of perceived empathy and attachment style on pain perception. *Pain*. 2010;151(3):687-93.
61. Wilson CL, Ruben MA. A pain in her arm: romantic attachment orientations and the tourniquet task. *Pers Rel*. 2011;18:242-65.
62. Rowe AC, Carnelley KB, Harwood J, Micklewright D, Russouw L, Rennie CL, et al. The effect of attachment orientation priming on pain sensitivity in pain-free individuals. *J Soc Pers Rel*. 2012;29:488-507.
63. Martins JMC, da Silva CF, Pereira M, Martins H, Oliveira C, Puga A, et al. Women's attachment as a predictor of pain during labour and post-delivery: A prospective observational study. *Acta Med Port*. 2014;27(6):692-9.
64. Martins JMC, Pereira M, Martins H, Moura-Ramos M, Coelho R, Tavares J. The role of maternal attachment in the experience of labor pain: A prospective study. *Psychosom Med*. 2014;76(3):221-8.
65. Wilson CL, Rholes WS, Simpson JA, Tran S. Labour, delivery, and early parenthood: An attachment theory perspective. *Pers Soc Psychol Bull*. 2007;33(4):505-18.
66. Nielsen CS, Staud R, Price DD. Individual differences in pain sensitivity: measurement, causation, and consequences. *J Pain*. 2009;10(3):231-7.
67. Costa Martins JM. A expressão dolorosa do parto e o seu tratamento. Dimensão psicobiológica na abordagem anestésica. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2015.
68. Costa Martins JM, Dias CC, Pereira M, Tavares J. Effects of local anesthetic dose on the time between analgesic boluses and the duration of labor in patient-controlled epidural analgesia: A prospective study of two ultra-low dose regimens of ropivacaine and sufentanil. *Acta Med Port*. 2015;28(1):70-6.
69. Egan KJ. What does it mean to a patient to be "in control"? In: Ferrante FM, Ostheimer GW, Covino BG (eds): *Patient-Controlled Analgesia*. Boston. Blackwell Scientific Publications. 1990;17-26.
70. Vallejo MC, Ramesh V, Phelps AL, Sah N. Epidural labor analgesia: continuous infusion versus patient-controlled epidural analgesia with background infusion versus without a background infusion. *J Pain*. 2007;8(12):970-5.
71. Saito M, Okutomi T, Kanai Y, Mochizuki J, Tani A, Amano K, et al. Patient-controlled epidural analgesia during labor using ropivacaine and fentanyl provides better maternal satisfaction with less local anesthetic requirement. *J Anesth*. 2005;19(3):208-12.
72. Van der Vyver M, Halpern S, Joseph G. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2002;89(3):459-65.
73. Lopard E. Patient-controlled epidural analgesia for labour: In practice. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2006;25(6):593-8.
74. Wang F, Shenm X, Guo X, Peng Y, Gu X. Labour analgesia examining group. Epidural analgesia in the latent phase of labour and the risk of cesarean delivery: a five-year randomized controlled trial. *Anesthesiology*. 2009;111(4):871-80.
75. Niven C. Labour pain: long-term recall and consequences. *J Reprod Infant Psychol*. 1988;6:83-7.
76. Alder J, Stadlmayr W, Tschudin S, Bitzer J. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(2):107-12.
77. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(4):240-50.

Modelo de Acompanhamento Psicoterapêutico Eclético em Doente com Dor: um Caso Clínico

Cristina Caldeira

Resumo

A unidade multidisciplinar da dor (UMD) do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria (HSM), faz uma abordagem multidisciplinar desta problemática, na qual a intervenção psicoterapêutica tem um papel complementar, na ajuda prestada aos doentes, com o objetivo de ensinar-lhes estratégias que os ajudem a lidar melhor com a sua dor e reorganizar-se dentro das suas limitações. Este artigo pretende demonstrar o trabalho psicoterapêutico desenvolvido, bem como os seus momentos relevantes (contenção da crise, devolução da síntese da problemática, formulação do contrato terapêutico, avaliação da dinâmica interna do sujeito, desenvolvimento da aliança terapêutica, acerto constante da relação terapêutica, crescente autonomização e finalização da relação terapêutica), dando como exemplo um caso clínico.

Palavras-chave: Psicologia da dor. Intervenção psicoterapêutica integrativa. Momentos relevantes.

Abstract

The Pain Multidisciplinary Unit of the Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, has a multidisciplinary approach to the problem of pain, in which psychotherapeutic intervention plays a complementary role to the care given to patients, with the purpose of teaching them strategies they can help them better cope with their pain and reorganize themselves within their limitations. This article aims to show the psychotherapeutic work that has been carried out, as well as its relevant moments (crisis containment, returning the synthesis of the problem, formulating the therapeutic contract, evaluation of the subject's internal dynamics, developing the therapeutic alliance, constant tweaking of the therapeutic relation, growing autonomous, and finalizing the therapeutic relation) with a clinical case as an example. (Dor. 2015;23(2):9-12)

Corresponding author: Cristina Caldeira, mcristinacaldeira@gmail.com

Key words: Pain psychology. Integrative psychotherapeutic intervention. Relevant moments.

Na sequência da intervenção multidisciplinar implementada pela UMD, do HSM, descrevo um caso clínico, que exemplifica os benefícios da intervenção psicológica na problemática da dor, sendo fundamental para a readaptação/reorganização psíquica destes doentes a uma nova realidade onde aprendem a viver com dor e em algumas circunstâncias, a ultrapassar este estado.

A psicologia da dor tem como objetivo o descentrar da dor, reaprender a viver na sua nova condição, bem como potenciar a adesão terapêutica e/ou coadjuvar outras intervenções complementares.

O psicólogo trabalha assim questões, conflitos, distúrbios emocionais, relegando a dor para um segundo plano. É um processo em que os doentes que só vêem como a dor alterou as suas vidas, conseguem fazer o luto e projetar-se no futuro.

Considerando os dados epidemiológicos conhecidos e a aceitação quase unânime da importância dos fatores psicológicos na problemática da dor em geral^{5,12}, é fundamental uma expansão da intervenção da psicologia, bem como da investigação acerca, não de fatores ou intervenções isoladas, mas do indivíduo num todo.

Nesta perspetiva, tomou-se a opção por um tipo de intervenção integrativa ou eclética, que reúne dados provenientes da teoria da relação de objeto⁶ bem como técnicas cognitivas comportamentais, como por exemplo, reformulação de pensamentos distorcidos e promoção de pensamentos adaptativos^{4,9}.

Psicóloga clínica de orientação dinâmica
Faculdade de Psicologia e Ciências
da Educação da Universidade de Lisboa
Unidade Multidisciplinar da Dor do Centro Hospitalar Lisboa Norte
Hospital de Santa Maria
Lisboa
E-mail: mcristinacaldeira@gmail.com

Segundo Branco Vasco, o modelo psicoterapêutico deve ser eclético, com base na integração de técnicas provenientes de diferentes orientações psicoterapêuticas, modelo centrado na pessoa, com seleção de técnicas mais adequadas a cada doente, conciliando com contributos de outras orientações teóricas, particularmente das perspetivas experiencial/emocional e interpessoal/relacional¹³.

O caso clínico que vos passo a descrever tem em consideração esta abordagem psicoterapêutica e teve uma duração de seis meses.

Trata-se de uma doente do género feminino de 30 anos de idade, que passo a designar doravante de Ana (nome fictício). Na UMD teve um acompanhamento multidisciplinar onde participaram, o médico assistente, a psicóloga e a anestesiológica e especialista em eletro-acupunctura médica.

História da doente

A Ana pratica várias modalidades desportivas. Em Junho 2012 surge o primeiro episódio de dor, com história de trauma espontâneo durante realização de corrida, na região sacroilíaca direita. Apresentou edema marcado, com fármaco injetável no glúteo direito durante tratamento com anti-inflamatórios. Desde então, com dor neuropática que melhorou após tratamento farmacológico. À data do acompanhamento, mantém dor que descreve como queimadura. Refere dor basal 4 com picos intermitente de 8. Interfere com a marcha e agrava quando passa muito tempo sentada. Alivia a dor com aplicação de gelo.

A partir de Dezembro de 2013 inicia queixas de náuseas e vômitos diários, artralgiás frequentes e cansaço fácil. A medicina geral e familiar no sentido de despistar uma doença autoimune, referencia a utente para um serviço de reumatologia, que após exames complementares, não identifica alterações relevantes.

A intervenção multidisciplinar é decidida em equipa, após fraca adesão da doente à terapêutica farmacológica tradicional. Inicia então acupunctura com referenciação para psicoterapia.

Chega ao acompanhamento psicoterapêutico com o seguinte historial clínico:

- Eritema cutâneo psicossomático ou sem causa orgânica detetada aos 15 anos, quando se mudaram de Lisboa para o Alentejo.
- Primeiro episódio de ansiedade aos 21 anos com «esgotamento nervoso».
- Episódio depressivo aos 24 anos por desgosto amoroso.
- Surgem episódios de ansiedade aos 29 anos, com acompanhamento psiquiátrico.

Tendo falado atrás que a intervenção psicoterapêutica, tem como paradigma o modelo integrativo ou eclético, evidencio os momentos relevantes pelos quais passam os doentes que iniciam um acompanhamento³:

- Contenção da crise: o utente que chega pela primeira vez ao gabinete do psicólogo na UMD, em geral, vem em situação de crise, e o

fundamental é estar disponível para ouvir o que nos tem para dizer, receber a problemática, queixas, tentar devolver palavras que façam o doente sentir-se compreendido e acompanhado. É importante que este saiba que poderá ter ali, durante um período a estipular, alguém que o ouça, compreenda e o ajude a arranjar estratégias para diminuir o sofrimento. Ou seja, compreender as suas crenças relativamente às doença e os seus sintomas, de forma a desenvolver estratégias de *coping* para que estabeleça um novo ponto de equilíbrio que lhe permita conviver com a realidade da doença, em contraponto à imagem que tinha de si até a data da emergência da mesma¹¹.

- Devolução da síntese da problemática: quando o doente se sentir mais tranquilo, menos queixoso e tenso, fazer um resumo de toda a problemática central, e devolver-lho, de forma a certificarmos-nos de que estamos em sintonia, e que ele sai daquele espaço um pouco mais tranquilo, seguro, e compreendido, se possível. O que fomenta o estabelecimento de uma relação terapêutica.
- Formulação do contrato terapêutico: é importante que seja realizado na primeira sessão, onde iremos explicar o *setting* (duração, periodicidade, horário, local da psicoterapia, tudo o que se passa num processo, estabelecer uma duração da psicoterapia), falar das regras de ética, explicar que é uma relação de confiança, seriedade e sinceridade mútuas. É um compromisso verbal no qual tanto o psicólogo como utente se comprometem a cumprir com as suas obrigações.
- Avaliação da dinâmica interna do sujeito: para que se possa fazer uma intervenção psicoterapêutica é necessário conhecermos a forma como o doente interage e reage em relação aos demais (nível de desenvolvimento da organização da personalidade, estilos defensivos e padrões relacionais).
- Desenvolvimento da aliança terapêutica: vai-se estabelecendo no decorrer das sessões; se o doente vier consecutivamente às três primeiras, sem faltar, poderemos dizer que está estabelecida a aliança terapêutica.
- Acerto constante da relação terapêutica: em função do ritmo e dos conflitos emergentes que vão aflorando durante o processo psicoterapêutico, que nos obrigam a fazer constantes ajustes das técnicas.
- Crescente autonomização e finalização da relação terapêutica: consoante o doente vai avançando na sua psicoterapia, conseguindo atingir os objetivos estabelecidos, diminuímos a periodicidade das sessões, explicando sempre ao utente que é uma consequência natural da sua evolução, passamos a sessões de *follow-up* até finalizarmos o processo psicoterapêutico, sabendo o doente que conseguirá continuar sozinho.

Houve uma avaliação psicológica prévia para objetivar a dor e compreender a parte subjetiva da

doente para podermos intervir e escolher as estratégias mais adequadas.

Iremos de seguida expor o caso, onde serão operacionalizados estes momentos relevantes.

Na primeira sessão, a Ana refere a problemática e queixas que mais a têm incomodado. Comenta que está numa altura da vida em que tem andado muito ansiosa, «parece que está tudo a correr mal. Tenho tido muitas dores nas articulações, além desta dor na anca», um condicionamento que a doente considera perturbar o seu lado funcional, dado que há tarefas que não consegue realizar convenientemente, que a obrigam a estar de baixa e a impedem de praticar desportos vários, como era hábito. Estas limitações e o fato de passar mais tempo sozinha em casa, originam como faz referência «... com que cada vez me sinto mais ansiosa e a ansiedade faz-me sentir insegura e com muito medo de falhar – às vezes a tristeza não me deixa estar concentrada. As noites são péssimas. É quando me vou preparar para deitar que começo com náuseas e vômitos e ultimamente seguidos de ataques de pânico. Cada vez estes sintomas são mais frequentes e mais difíceis de controlar. Outras vezes acordo durante a noite com o pijama completamente molhado. Não consigo explicar porquê, mas é como se tivesse estado muito assustada ou ansiosa. Estou exausta e desesperada. Não sei que fazer...».

Ouvi-a com atenção e deixei que expusesse toda as suas queixas. Quando ficou menos tensa e mais tranquila disse-lhe: Realmente é uma situação muito difícil aquela que está a vivenciar. Percebo que lhe cause tanto mal-estar». Tentei perceber um pouco melhor alguns pormenores; nesta sessão tentei fazer contenção da crise, devolução da síntese da problemática e formulação do contrato terapêutico.

Começa a segunda sessão a falar da mãe, de como se identifica com ela enquanto pessoa, que tem a mesma profissão, a mesma personalidade, maneira de estar, sentido de humor, e da sua doença autoimune (espondilite anquilosante). Refere que a mãe também sofria de depressões recorrentes. É quando comenta que está à espera de uma consulta no Instituto Português de Reumatologia (IPR) para fazer as análises de despiste do diagnóstico. Menciona que tem estado bastante ansiosa e com medo que possa ter a mesma doença, referindo que tem imensas dores na anca e nas articulações, e que continua sem poder trabalhar, e apesar das tentativas, ainda não consegue praticar desporto. Está bastante preocupada devido às lembranças que tem das limitações vividas com/ pela mãe, dado que foi cuidadora da progenitora nos últimos anos de vida, e faz um paralelismo para a sua situação atual – «existe uma desconfiança deste diagnóstico e o facto de ter dores nas articulações e mal-estar no estômago e intestinos poderão ser sintomas».

Como se encontrava muito tensa e ansiosa, fui utilizando estratégias de *coping* de aproximação e aceitação da mudança de papel social, de prestador de cuidados à doente¹⁰. Avaliação da dinâmica

interna do doente. A sessão foi decorrendo e a Ana foi ficando mais tranquila, menos tensa.

No fim da sessão comentei: «Disse-me que exerce a mesma profissão que a sua mãe, que é muito parecida com ela em termos de personalidade e maneira de estar. Veja lá se também herda a doença, porque afinal é tão parecida com ela que só falta a doença para ser igual à sua mãe». Ficou espantada a olhar para mim e disse: «Nunca tinha pensado nisso» – Confronto com interpretação.

Entra no gabinete com um ar menos pesaroso e depois de se sentar, inicia a terceira sessão dizendo: «Acredita que passei a semana toda sem ataques de pânico, mais tranquila? Fez-me bem ouvir aquilo que me disse sobre a herança da minha mãe». Estabelecimento da aliança terapêutica.

Em termos de queixas, menciona que houve uma diminuição do nível da dor em geral, que esta semana já praticou algum desporto, referindo duas aulas de ioga, embora ainda se sinta frustrada por não conseguir praticar outros desportos.

Até então não falara do pai, nem de mais nenhum membro da família. Perguntei-lhe se era filha única. Respondeu que tem uma irmã gémea do segundo relacionamento do pai e quatro do primeiro. Fica algum tempo em silêncio, tendo acrescentado que não lhe é nada agradável falar do pai, que nutre mesmo um sentimento de repugnância por ele, definindo-o como mal-intencionado com os outros. É então que fala da história familiar pesada, em que existia violência doméstica. Refere que cresceram a ver a mãe a ser maltratada e a não se defender e segundo a sua leitura, essa foi a forma que ela teve de proteger as filhas, porque assim, os maus-tratos não se estendiam a elas – estrutura relacional.

Comentei: «No meio de tanta confusão na sua vida, desde criança a ver o seu pai a bater na sua mãe, a vê-la a sofrer...», interrompeu-me e contrapôs: «A minha mãe não sofria. Pelo menos não demonstrava. Estava sempre bem-disposta»; continuei: «...a ver o seu pai a ter estes comportamentos, como lidava com o medo?», ao que respondeu que não tinha medo. Indaguei se não ficava assustada quando via o pai agressivo. Diz: «Nesses casos tinha medo, mas não tinha consciência. Acho que o desporto foi a minha fuga». Avaliação da dinâmica interna da doente, acerto constante da relação terapêutica. Ficamos em silêncio alguns momentos, continuando a contar que numa tarde em que a mulher saíra e as filhas já tinham chegado do liceu, pegou fogo à casa e saiu, deixando-as sozinhas. Refere que a partir de então começou a ter muitos medos e inseguranças. Comenta, «agora que falo disto, acho que foi nesta situação que senti o meu primeiro ataque de pânico».

Sessão intermédia – Passados 4 meses de psicoterapia, a Ana chega ao gabinete num passo rápido, pedindo desculpa pelo atraso. Diz: «Demorei-me a terminar um relatório e estou um pouco atrasada. Sabe, tenho pensado muito em tudo o que temos falado, e agora que sinto menos dor, que as análises do diagnóstico do IPR deram negativo, que voltei ao trabalho, tenho uma novidade: ontem voltei a fazer, pela primeira vez, *surf*. Já começo a sentir vontade de

voltar a sair com os meus amigos e já consegui alugar a casa onde vivia. Mudei-me para um apartamento no mesmo prédio da minha irmã gémea». Manteve-se por breves momentos em silêncio e continuou: «Embora me sinta mais tranquila, estou um pouco preocupada, pois vou ter que fazer uma viagem de longo curso de avião, e tenho receio que volte a piorar das dores e da ansiedade». Acerto constante da relação terapêutica. Perguntei-lhe de que forma isso poderia acontecer, dado que ela se tem mantido estável, com dor controlada, e que aprendera estratégias de *coping* para ajudar em situações limite. Concordou comigo, e refere que respirar devagar e fundo, ouvir o batimento cardíaco, controlar a pulsação, bem como desviar o pensamento da dor/desconforto, e pensar no gosto que tem em viajar, são realmente estratégias que a ajudam a controlar a ansiedade e dor. Ficou combinado nesse dia passarmos a uma periodicidade quinzenal. Crescente autonomização.

Última sessão: Passados seis meses do início deste processo, chega o dia da finalização da relação terapêutica. A Ana voltara ao ativo em termos profissionais. Tinha uma vida social mais ativa, e iniciara uma relação afetiva há três meses. «...Além da diminuição do desconforto físico, também sinto que houve uma mudança interna. Sinto-me mais segura, mais tranquila. Agora durmo sem problemas, e nunca mais tive ansiedades e ataques de pânico». Fez um breve silêncio e perguntou: «Recorda-se daquela sessão em que me disse que eu queria continuar a tratar uma mãe que já morreu, quando afinal de contas ela, nem em vida, quis ser tratada, deixando-se maltratar pelo marido». Respondi-lhe que sim. Continuou: «Lembro-me muitas vezes dessa frase sua. Sempre fui cuidadora, e quando vim para a unidade, para mim foi muito difícil passar a ter que ser cuidada. E penso que durante algum tempo, também não o quis. Essa frase fez-me o clique, e percebi que não queria ser igual a ela. E aí aceitei e mudei o meu papel». Fez mais um silêncio e continuou: «Parece-me que a minha vida voltou a fazer sentido. Nestes seis meses, este espaço foi importante para que pudesse parar para pensar, sentir e reorganizar-me. Hoje tenho a certeza de que saio daqui mais forte» - Finalização da relação terapêutica.

A intervenção da psicologia na área da dor, perspetivando-a com base nos conceitos comportamental e psicofisiológicos, contribuíram para uma visão mais abrangente desta problemática e para o surgimento de tratamentos inovadores com base no controlo da dor, considerando que esta deve ser encarada como uma resposta complexa que integra componentes sensoriais, emocionais, afetivos, cognitivos e comportamentais, que poderão ser aferidos a nível verbal-subjetivo, comportamental-motor e fisiológico⁸.

Sendo a dor melhor compreendida quando perspetiva o doente de um ponto de vista biopsicossocial, ou seja, a dor emerge da interação dinâmica entre o seu estado fisiológico, os seus pensamentos, emoções, experiência subjetiva, contexto sociocultural e familiar, reconhecendo-se assim que se trata de uma vivência marcadamente subjetiva

e que a intervenção, ao invés da cura, pretende que sejam facultadas as técnicas mais adequadas à condição daquele doente, de forma a lhe permitirem uma autonomização na gestão da sua dor².

O recurso ao modelo integrativo, permite-nos uma maior adequação à população heterogénea que a UMD acolhe, por conjugar diferentes técnicas para maior adequação a cada doente.

O papel do psicólogo na dor contempla também a realização de avaliação psicológica que permite recolha de informação diversificada e objetiva acerca de cada doente. Para além da dor, avalia-se também o impacto desta na sua vida, de forma a potenciarmos a intervenção da qual o caso clínico apresentado é exemplo. Esta primeira avaliação é utilizada como ponto de partida para o estabelecimento de metas, e também como forma de monitorizarmos a eficácia das intervenções¹.

Atualmente a intervenção multimodal na dor, onde a psicologia se insere como técnica complementar, permite efetivamente ajudar o doente a sentir maior capacidade de controlo sobre a dor, de reequilíbrio na sua vida, melhorando o sentimento de autoeficácia⁷.

Dada a prevalência da dor na população geral, é cada vez mais premente o desenvolvimento de investigação na área da avaliação psicológica da dor, como ponto de partida para qualquer intervenção psicoterapêutica. Essa investigação deverá traduzir-se numa intervenção na dor cada vez mais eficaz, de forma a minimizar o seu impacto, bem como das suas consequências, melhorando a qualidade de vida dos doentes. É esse o objetivo dos técnicos que compõe a UMD.

Bibliografia

1. Moore R. Biobehavioral Approaches to Pain. Springer Science. New York. 2009.
2. Roditi D, Robinson M. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*. 2011;4:41-9
3. Bateman A, Brown D, Pedder J. Princípios e prática das Psicoterapias. (2ª Ed.). Climepsi Editores. Lisboa. 2000
4. Beck A, Newman C. Cognitive therapy. In: Kaplan & Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins. New York.2005.
5. Breen J. Transitions in the concept of chronic pain. *Advances in Nursing Science*. 2002;24(4):48-59.
6. Greenberg J, Mitchell S. *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Climepsi Editores. Lisboa. 2003.
7. Fishman S, Ballantyne J, Rathmell J. *Bonica's Management of Pain*. (4th Ed.) Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2010
8. Flor H, Turk D. *Chronic Pain: An Intergrated Biobehavioral Approach*. IASP Press. 2011.
9. Knapp P, Beck T. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2008;30(Supl.II):54-64.
10. Moos R, Schaefer J. The crises of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. Moos (ed.). *Coping with Physical Illness: New Perspectives*. Nova Iorque, Plenum Press. 1984;2:3-25.
11. Ogden J. *Psicologia da Saúde*. (2ª Ed.) Climepsi Editores. Lisboa.2000.
12. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(3):78-690.
13. Vasco AB. *Psicoterapeuta conhece-te a ti próprio: Características, crenças metateóricas, estilos terapêuticos e desenvolvimento epistemológico dos psicoterapeutas portugueses*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. 1992

Interação Psicológica, Social e Cultural na Perceção da Dor: Uma Reflexão sobre a Experiência Psicoterapêutica na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta

Cristina Catana

Resumo

O presente artigo sublinha a complexidade do fenómeno da dor crónica cujos fatores socioculturais desempenham uma interferência importante na modulação da perceção da dor. Os profissionais de saúde deverão estar atentos às policulturas como sistemas comunicacionais de significados. No seu isolamento, a pessoa com dor crónica fica vulnerável à exclusão, desigualdade e angústia de rejeição, potenciando um efeito excitatório no processo da dor. As terapias de grupo eventualmente poderão ser uma resposta de intervenção.

Palavras-chave: Dor crónica. Dimensão sociocultural. Angústia de rejeição e psicoterapia de grupo.

Abstract

The following article stresses the complexity of the chronic pain phenomenon where the socio-cultural factors play an important part in the modulation of pain perceptions. Health professionals should pay attention to multicultural communicational systems of meanings. In isolation, a person with chronic pain will be vulnerable to exclusion, inequality, and fear of rejection, enabling an exacerbating effect in the process of pain. Group therapies could possibly become an intervention. (Dor. 2015;23(2):13-6)

Corresponding author: Cristina Catana, criscatana3@gmail.com

Key words: Chronic pain. Dimension socio-cultural. Fear of rejection. Group psychotherapy.

Da doença à pessoa

Em «O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu»¹, diz-nos: «Interesso-me igualmente por doenças e por pessoas; talvez porque sou também (...) um teórico e um homem de ação; porque sou igualmente atraído tanto para o científico como para o romântico, e porque vejo continuamente ambos como parte integrante da condição humana e não menos dessa quinta essência humana que é a doença - os animais adoecem mas só o homem se afunda radicalmente na doença».

Quem trabalha com pacientes com dor crónica, com a sua tamanha complexidade, obriga-se a desafiar reflexões, interrogações, expansão e interceção dos vários paradigmas que ampliem abordagens de intervenção terapêutica.

A escuta da história da dor mergulha-se não numa história clínica que se limita a uma patografia como a defendida por Hipócrates (a história natural da doença), mas naquela que escuta o sujeito com a sua singularidade, interpretação, valores, atitudes, expectativas, comportamentos, medos fantasmas, defesas, a sua realidade interna e externa, a sua identidade, a sua resiliência a par do seu padrão relacional e bagagem cultural.

Dor privada do indivíduo e o contexto sociocultural

O estudo da dor crónica não pode excluir o estudo da identidade do sujeito. Ela é um fenómeno

Psicóloga clínica da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta
Almada, Portugal
E-mail: criscatana3@gmail.com

individual, pessoal, privado, tal como a tristeza, o medo ou outro sentimento. O fenómeno doloroso tem um duplo movimento que é a sua invisibilidade e por outro lado é aquele que capta mais a atenção. O carácter deste fenómeno subjetivo tem uma tradução no sistema nervoso.

A dor crónica mergulha numa enorme complexidade, contraria a relação linear entre a lesão e a sensação de dor. Não se inscreve somente na sensação, ela transborda-a. Não é possível isolar a dor da emoção, da cognição, da personalidade, da sexualidade, da cultura do grupo de referência e de pertença.

Os cientistas da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (1994) definem a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, ou ainda descrita em termos que evocam essa lesão.

Esta definição sublinha o carácter subjetivo e multidimensional da dor crónica cuja abordagem não descarta a complexidade da pessoa que a sofre, não a isola da sua realidade biopsicossocial e enfatiza a realidade cultural. Contudo, a dor é sempre objetiva para quem a sofre.

Todas as dores são reais, ainda que o mecanismo inicial seja psíquico, o paciente sente objetivamente a dor no seu corpo. Mas esta realidade é uma percepção.

Melzack & Wall também abordaram a influência da dimensão cultural onde a pessoa se insere, na variabilidade da tolerância à dor:

«A quantidade e a qualidade da dor que sentimos é determinada pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos delas; pela capacidade de entender as suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor».

Sabemos que o ser humano é um ser relacional, a sua realidade está intrinsecamente vinculada à dimensão social. Nem a vivência da dor está aquém da dimensão sociocultural e respetivo vínculo de pertença (crenças, significados, práticas, padrão comunicacional, imaginários...). A forma como a família, os amigos, os colegas profissionais interpretam a dor do paciente tem um papel fulcral na percepção e tolerância à dor.

A antropóloga Cyintia Sarti reforça que a singularidade do indivíduo constitui-se no processo de socialização, tal como o seu corpo e experiência de dor vivenciada. «Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. Ainda que traduzido e apreendido subjetivamente, o significado de toda a experiência humana é sempre elaborado historicamente e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida»².

Helman reforça a forte relação cultural com a comunicação da dor; refere que cada família, cultura do grupo de pertença têm a sua linguagem própria pela qual expressam a dor³. Alguns grupos

expressam comportamentos e emoções de forma extravagante, enquanto outros uma atitude estoica.

Por exemplo, certas civilizações, como as do baixo mediterrâneo queixam-se de forma mais demonstrativa; enquanto nas civilizações orientais, nas quais se defende a atitude estoica, encoraja-se a capacidade de suportar a dor.

A reatividade individual face à dor reflete as influências do meio cultural, social e familiar.

Os desafios do tratamento da dor crónica nos tempos da pós-modernidade

Peter Hanenberg reflete sobre a diversidade cultural e a mudança na relação da adaptação da pessoa⁴. Distingue a «mudança na história» com «a mudança na evolução» que remete para a mudança da cognição. Cita a argumentação de Merlin Donald, sobre a «a mente moderna» –que a meu ver será a mente na pós-modernidade – «os nossos cérebros e mentes podem ser profundamente afetados pela influência avassaladora de culturas simbólicas durante o desenvolvimento». Hanenberg realça que Donald não se refere apenas à influência da linguagem e da experiência no pensamento, ele refere-se a um nível mais profundo, refere-se a uma remodelação da arquitetura da estrutura operacional do sistema cognitivo.

Na realidade antropológica da pós-modernidade vive-se uma cultura de «rede», de globalização e de velocidade, o planeta tende a ser globalizado. Nesta dimensão sociocultural os profissionais de saúde que tratam a dor crónica deparam-se, também, com o fenómeno de migração tanto continentais como transcontinentais, exigindo uma atenção para os fenómenos sociais e culturais como fortes fatores moduladores na dor.

Quais os desafios que a dor crónica coloca aos profissionais de saúde na cultura contemporânea (multiculturas diversas e fluidas) que está a passar por mudanças profundas e velozes? Qual o desafio para um aspecto fundamental da humanidade que é a capacidade de empatia? Como oferecer resposta empática na diversidade cultural?

Será que também dor crónica também remete para uma remodelação da arquitetura dos sistemas neuropsicológicos e padrão vincutivo? Como intervir?

Quais as limitações? Qual o limite da plasticidade necessária para se lidar com a mudança? Como construir uma dinâmica da estabilidade e de mudança na relação do profissional de saúde com o paciente com dor crónica?

A expansão e integração da intermultidisciplinaridade é um caminho para o nobre objetivo comum que é a reabilitação do doente com dor crónica. A importância da integração da matriz anatomofisiológica, com a matriz emocional e sociocultural.

Dor crónica e a dor da rejeição

Quem trabalha com pacientes que padecem de dor crónica reconhece o papel importante das emoções na modulação da percepção da dor.

Canaipa na sua abordagem da modulação da dor física pelas emoções relaciona os circuitos neuronais da dor e das emoções⁵. Cita Wiech & Tracey (2009) que de facto, as emoções modulam significativamente a experiência da dor, existindo uma forte ligação entre emoções negativas e aumento da dor e entre emoções positivas e diminuição da dor (Wiech & Tracey, 2009).

Quando um paciente é referenciado à unidade de dor, ele próprio já viveu uma pesada e frustrante peregrinação pelas várias especialidades médicas, sem resultados terapêuticos, com sérios impactos: contração da sua vida mental, com perdas, lutos, intolerância, isolamento, angústias de rejeição e no limite vivências traumáticas que se consubstanciam na angústia de morte.

É uma experiência de limites e solitária. Traz uma acumulação de experiências frustrantes (psiquicamente não elaboradas) marcadas por emoções negativas, com um espesso (várias camadas) ciclo vicioso dor-depressão, incapacidade-desvantagem, frequentemente reforçado pela angústia de rejeição.

A família tende a esgotar os seus recursos cuidadores, presa nos sentimentos de impotência, porventura alguma culpabilidade e saturação.

O profissional de saúde reconhece a importância de considerar a família, não só porque é através desta que emergem os processos de identificação, as referências de significado que estruturam as experiências vividas, como especificamente no caso da dor crónica, a família é relevante em todas as fases da vida na construção da história do indivíduo.

A família é cuidadora e paciente. Por esta razão, na unidade de dor crónica do Hospital Garcia de Orta existe um espaço psicoterapêutico para os familiares. Cria-se o triângulo: paciente, família e profissional de saúde.

A escuta empática e resposta integrada no processo do tratamento criam um lugar de acolhimento, um ninho contentor que reforça a segurança e confiança na relação equipa e paciente, reforçando neste maior tolerância à dor.

O ser humano é por sua condição vincutivo. A vinculação estrutura-se sobre dois importantes pilares da saúde mental: relação de segurança e de confiança. Em situações de fragilidade, os referenciais, os limites fragilizam e perante a queda dos mesmos a saúde mental fragiliza-se. Instala-se o terreno para o sofrimento psíquico, para vivências próximas do trauma.

Sabemos que do ponto de vista etológico, todo o mamífero desenvolve-se em grupos sociais donde depende a sua sobrevivência tanto no âmbito da integridade física como emocional.

Canaipa diz-nos que vários estudos têm corroborado esta ideia, mostrando que as situações que envolvem rutura de relações sociais são muito significativas para a saúde mental⁵. Adianta que as situações de rejeição social são os acontecimentos mais implicados na depressão e têm

uma capacidade três vezes superior de desencadear depressão do que outros acontecimentos.

Dickerson e Kemeny (2004) citados por Canaipa, dizem que estas situações estão ainda relacionadas com um aumento da reatividade do eixo hipotálamo-hipofisário, que regula as respostas neuroendócrinas do stress⁵. Tal como ocorre nas situações de dor física, um aumento de citoninas pró-inflamatórias e um aumento de respostas de cortisol, foi verificado em situações de rejeição social.

Com os pressupostos como as dimensões psicológicas e socioculturais modulam a percepção da dor, e reconhecendo a prevalência da dor social (consequência da rutura das relações sociais significativas), perca dos sentimentos de pertença, promotoras da angústia de rejeição, depressão e ansiedade, consideramos de grande importância pensar sobre os aspectos da intervenção psicoterapêutica a oferecer.

O paciente com dor crónica sente manifesta estranheza perante si, perante os outros e perante o seu corpo. A sua imagem corporal transformou-se: A dor revira a casa ao contrário. O corpo, terra natal... passa ser vivido como inóspito, insólito, suspeito: o estranho.

No livro «Perna Para Que Te Quero» de Oliver Sacks conta a sua própria história de luta pela sobrevivência, através de um acidente que lhe provocou uma fratura exposta da perna que o leva ao confronto com o estranho de si mesmo⁶. Durante o longo internamento depara-se com os seus limites e respetivas reflexões:

«Quando temos juventude, beleza, talento, força, quando alcançamos a fama...a fortuna a estima dos outros é fácil sermos simpáticos, acolhermos o mundo calorosamente. Mas basta que sejamos rejeitados, que fiquemos desfigurados, incapacitados, aleijados; basta que percamos a saúde e o vigor e a amizade dos outros...infelizes e sem qualquer esperança de recuperação então a nossa têmpera, o nosso carácter moral, serão postos à prova.»

Oliver Sacks fala da sua perna fraturada; da catástrofe temporária de perder o uso da sua perna. Mas sobretudo fala-nos da fragilidade da condição humana que fica a nu associadas às existenciais inquietações manifestadas e silenciadas.

Para responder à pessoa na sua complexidade, recorro a Moreno – pai do psicodrama – quando defende o «eu total» como uma interação do corpo, da psique e da sociedade. O homem sozinho, para ele é pura abstração.

Psicoterapia de grupo: uma das respostas a oferecer

Neste contexto e tendo presente os pressupostos da dor crónica, o papel da atenção/distração e os sentimentos de exclusão e de rejeição social como potenciadores do agravamento da dor e perturbações psicológicas da linha da depressão e ansiedade, a unidade de dor do

Hospital Garcia de Orta tem recorrido às psicoterapias de grupo e terapias expressivas.

Os grupos são formados pelas pessoas com dor crónica (grupo fixo), pelos psicólogos e profissionais de saúde de outras especialidades (neurologia, anestesiologia, medicina familiar, oncologista, etc) de outras instituições hospitalares.

Sublinhe-se que há uma regra: os profissionais de saúde tiram a bata e despem o papel profissional de saúde. Para vestirem outros papéis, conforme as necessidades emocionais (problemas de relação, a doença como uma fala do não integrável, da falta de significado...) dos pacientes, fomentando e aprofundando o processo empático.

A prática deste tipo de intervenção psicoterapêutica assenta na leitura relacional dos participantes. A dimensão lúdica é importante na criação de uma atmosfera mais espontânea e criativa, aliviando e transformando as ansiedades persecutórias e depressivas.

Se no início do processo o paciente tende a sentir-se espoliado dos seus valores pessoais, sexualidade, das suas relações sociais e da sua autonomia, gradualmente, no contexto de grupo recria o sentimento de pertença, resgata os seus vínculos expresso pelos vários papéis.

Utilizamos algumas linhas interativas que constam nos cenários de vida: a estrutura psíquica da pessoa e a relação com o seu corpo comunicador, ambiente socioafetivo, a sua evolução ao longo da vida e estimula-se a capacidade de sonhar novos projectos.

O corpo que dói vai ser a porta de acesso à comunicação da pessoa em relação: vamos escutar a sua dor: o que ela cala e o que ela fala.

Os pacientes são convidados a dramatizarem a dor e as suas teorias sobre a mesma. O corpo é dramatizado num contexto grupal, onde o próprio grupo oferece contenção, partilha, empatia, acolhimento.

O grupo tem um duplo movimento: umas vezes um ninho outras vezes o voo.

Dramatiza-se a dor, a teoria pessoal que a sustenta.

Gradualmente a pessoa dá-se conta das emoções incorporadas: «verbalizar e pensar a carne» e «encarnar o verbo».

Nietzsche defendia que se Deus existisse seria o Deus da dança, também consideramos de enorme importância trabalhar-se a consciência do corpo no espaço/tempo na relação com o mundo.

Não importa os credos, mas importa a espontaneidade pessoal e grupal e a capacidade de vários encontros que vão emergindo ao longo deste percurso. Onde se pretende que a palavra oca, funcional, ganhe espaço tridimensional para ter a pessoa lá dentro.

Podemos pensar que a dor crónica também carrega uma compulsão à repetição encarnada. Mas também poderemos pensar que o corpo traz à cena a esperança, de um dia serem escutadas, compreendidas as partes da história da pessoa que foram condenadas ao silêncio, pelo temor, pela ausência, falta.

O grupo cuida, é paciente e simultaneamente cuidador. É preciso cuidar as perdas para se ser mais autónomo. Entrar no mundo mais profundo da pessoa é necessário compromisso, confiança, complementaridade.

Os afetos não são só uma brisa que passa pela superfície da pele. Eles aprofundam-se no corpo e na mente, se é que é possível separá-los. O grupo tende a trabalhar, muitas vezes de forma lúdica: o corpo e o compromisso emocional com o outro.

Na nossa experiência, as terapias de grupo têm revelado boa resposta à pessoa com dor crónica, reforçando-lhe os sentimentos de pertença, de inclusão, o resgate da sua rede de pessoas significativas e sobretudo, a visão das relações humanas como um sistema vivo. Especificamente, no psicodrama o conceito de saúde não se circunscreve só no indivíduo, mas na dinâmica da vida vinculativa, promovendo plasticidade, na capacidade de transformação do ponto de vista e da sua narrativa.

Termino com quem iniciei este artigo com Oliver Sacks (1985)¹: «Para recolocar o sujeito humano no centro- o ser humano que sofre, que se aflige, que luta- é necessário aprofundar a história clínica até que ela se transforme numa narrativa ou conto».

Bibliografia

1. Sacks O. O homem que confundiu a mulher com um chapéu. Lisboa. Relógio D'água. 1985.
2. Sarti CA. A dor, o indivíduo e a cultura. Saúde e sociedade. São Paulo. 2001;10:1.
3. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 3ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1994.
4. Hanenberg P. Cultura e cognição: como o estudo da cultura pode contribuir para as ciências cognitivas. In Povos e Culturas. O Cérebro o que a ciência nos diz. 2014;18:25-37.
5. CANAIPA R. O processamento da dor física e da dor social. Povos e culturas: como o estudo da cultura pode contribuir para as ciências cognitivas. 2014;18:97-107.
6. SACKS O. Perna para que te quero. Lisboa. Relógio D'água. 1991.

Experiência de Tratar Pessoas com Dor Crónica. De Surpresa em Surpresa

Marco Paulino

Resumo

A experiência de tratar pessoas com dor crónica tem sido muito surpreendente. Mesmo os doentes que se viram relegados para o papel de sofrendores crónicos, sofrendo e fazendo sofrer as suas famílias, podem ser ajudados. A dor crónica é uma doença em si mesma. É preciso aceitar a dor para a poder aliviar passo a passo. A paciência e a humildade são fundamentais no tratamento da dor crónica. As unidades de dor têm que encontrar um justo equilíbrio entre oferecer cuidados especializados e responder às necessidades reais, no contexto dos serviços de saúde disponíveis, dos doentes em sofrimento. É necessário pensar na figura do gestor de caso. Os doentes com comorbilidade intrincada, nomeadamente depressão e dor crónica, beneficiam de acompanhamento interdisciplinar. É necessário integrar os conceitos de *recovery* e *empowerment* da reabilitação psicossocial no tratamento da dor crónica.

Palavras-chave: Aceitar a dor. Aliviar o sofrimento. Multimodal. Holístico. Consultoria/ligação. Gestor de caso. Adequação das expectativas. Consulta ombro a ombro, *recovery*. *Empowerment*.

Abstract

Taking care of people with chronic pain has proven very surprising. Even patients who have been relegated to the role of chronic sufferers, suffering and causing suffering to their families, can be helped. Chronic pain is a disease in itself. Pain must be accepted in order to relieve it step by step. Patience and humility are essential in the treatment of chronic pain. The Pain Units have to find a balance between offering specialized care and responding to the real needs of the suffering patients in the context of available health services. It is necessary to think of the position of the case manager. Patients with intricate comorbidity, including depression and chronic pain, benefit from inter-disciplinary monitoring. It is necessary to integrate the psychosocial rehabilitation concepts of recovery and empowerment in the treatment of chronic pain. (Dor. 2015;23(2):17-19)

Corresponding author: Marco Paulino, mpaulino@netcabo.pt

Key words: Accepting pain. Alleviate suffering. Multimodal. Holistic. Consultation liaison. Case manager. Adequacy of expectations. Side by side consultation. Recovery. Empowerment.

Quando comecei a colaborar no tratamento de doentes com dor crónica nos anos 80 a minha primeira surpresa foi que muitos doentes melhoravam.

Doentes que tinham passado por investigações longas e por vezes cruentas, que tinham visto os seus médicos desistirem de os tratar, que tinham passado a ter uma existência limitada, permanentemente em sofrimento, sofrendo e fazendo sofrer os seus próximos, pareciam reanimar-se quando alguém se interessava pelo seu sofrimento.

Ficavam surpreendidos quando surgiam médicos que se preocupavam com o sofrimento e não com o significado do sinal dor, que se interessavam por aliviar o sofrimento e não com os racionais que conduziam a uma avaliação dos mecanismos e das causas últimas.

Havia doentes que sabiam a localização exacta da «lesão» que provocava a dor mas estavam condenados a viver com ela. Muitos tinham também construído explicações mais ou menos irrealistas sobre o processo.

Os médicos tinham uma formação predominantemente biológica e tinham sido moldados num modelo em que perante um sofrimento era necessário procurar a causa subjacente, idealmente a lesão orgânica.

O modelo biológico de causalidade linear revelava-se insuficiente na abordagem da dor. O modelo biopsicossocial parecia muito mais adequado mas de difícil operacionalização.

Unidade Multidisciplinar de Dor
Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte
Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia
Universidade de Lisboa
Lisboa
E-mail: mpaulino@netcabo.pt

Nova surpresa: nem sempre havia uma relação entre a lesão orgânica e a dor. A inexistência de uma correlação entre lesões da coluna e lombalgias ilustra de forma exemplar este problema¹.

Se era possível com frequência utilizar a dor aguda como sinal de alarme de um processo subjacente, na dor crónica esta função de alarme parecia desprezível.

A dor, como veio a ficar explicitado na definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), é «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão»².

A distinção entre dor aguda e dor crónica é importante do ponto de vista conceptual. A dor aguda é mais facilmente conceptualizável no paradigma médico habitual em que a dor, sinal de alarme, implica procurar a causa subjacente. Tratando a causa subjacente a dor desaparece. Contudo nem sempre é possível determinar as causas ou mesmo, quando identificadas, tratá-las. É sempre importante aliviar o sofrimento. A dor crónica não é propriamente uma dor aguda que se prolongou no tempo, é uma doença em si mesma. A dor crónica está associada a um sofrimento que se autonomizou da eventual causa subjacente. A causa ou causas deixaram de ser determinantes, por não serem encontradas, não serem tratáveis ou mesmo tratadas não aliviarem o sofrimento, tornando-se um processo de sofrimento autónomo. Há um momento em que deixa de ser razoável continuar as investigações etiológicas por não se revelarem frutuosas ou pela sobrecarga em custos e sofrimento que provocam.

É um momento «mágico» aquele em que se reduz o investimento encarniçado na investigação diagnóstica e se encara o tratamento da dor.

Tal como nas psicoterapias em que o bater no fundo permite vislumbrar alguma luz ao fundo do túnel, o aceitar a dor crónica permite muitas vezes, com surpresa, um renascer das cinzas. É o início de um processo de descoberta de como conseguir com uma doença crónica ir tão longe quanto possível e ser tão feliz quanto possível.

Contudo, quer para os médicos, quer para os próprios doentes, o deixar de estar focado na investigação diagnóstica ou no tratamento, numa causa subjacente orgânica, preferencialmente lesional, é inquietante. O dualismo corpo/espírito, ainda muito presente no pensamento, induz a ideia errada que se o foco não está no orgânico, está no psicológico ou mesmo no psicopatológico. Muitos doentes evitam falar do seu sofrimento ou dor, fornecendo só sintomas, por temerem não ser levados a sério pelos seus médicos. Alguns doentes carregam o peso adicional de ser vistos como doentes imaginários, «ter a mania das doenças», hipocondríacos, demonstrativos ou hipersensíveis.

Depois de muito tempo, por vezes anos, à procura de uma solução que erradique a dor, como aceitar tão-somente o seu alívio?

Para construir uma parceria, uma aliança terapêutica, é necessário obter algum alívio, ainda que mínimo, da dor.

Uma revisão exaustiva dos fatores que aliviam ou agravam a dor permite quase sempre encontrar «valores seguros». É preciso passar em revista as terapêuticas farmacológicas: analgésicos simples (paracetamol, metamizol, clonixina, ácido acetilsalicílico), anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, diclofenac, naproxeno, celecoxib, etoricoxib), opioides fracos (tramadol, codeína), opioides fortes (morfina, fentanilo, buprenorfina, hidromorfona), antidepressivos (amitriptilina, nortriptilina, duloxetina, venlafaxina), anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina), ou outros. As intervenções terapêuticas: infiltrações, bloqueios, estimulações, ou outras. As terapêuticas psicológicas: psicoeducação, aconselhamento, relaxamento (*biofeedback*, hipnose), psicoterapias comportamentais, cognitivo-comportamentais ou outras. As terapêuticas físicas: exercício físico, desportos, hidroginástica, fisioterapia, ou outras. As terapêuticas psicossociais: abordagens socio-terapêuticas, terapias ocupacionais, ou outras. As outras terapêuticas: acupuntura, musicoterapia, ou outras³⁻⁵.

Os guias de orientação terapêutica são fundamentais para selecionar as intervenções terapêuticas. Mas a clínica é um exercício de paciência e humildade. Vi muitas vezes doentes que não respondem às intervenções «recomendadas» e surpresa, respondem a intervenções «que não lembram ao diabo». A medicina baseada na evidência é um corrimão que deve orientar a prática médica, mas o objetivo último da medicina não é fazer raciocínio mas aliviar sofrimento.

Em suma trata-se com o que alivia. O convívio com os Dr. José Luís Portela, Dr. João Santos Pereira e Dr. Mário Brito ajudaram-me a reforçar esta ideia.

Perante um agressor são estratégias adaptativas a fuga ou o «fazer de morto». Perante a dor crónica as estratégias de evitamento ou de descanso/reposo são prejudiciais. É necessário ajudar o doente a recuperar a sua vida. O problema da adequação das expectativas é fundamental. É preciso estar ao lado do doente, não o substituindo, ajudando-o a percorrer o seu caminho passo a passo.

Constato que a unidade multidisciplinar de dor em que trabalho, em que diversos profissionais trabalham em conjunto ou colaboram, é um terreno fértil para intervenções multimodais numa perspectiva holística.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), o Plano Nacional de Controlo da Dor (2008), o Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010 da Comissão Nacional para o Controlo da Dor e o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2013) mostram o imenso caminho legislativo que tem vindo a ser feito.

Não havendo ainda uma rede de cuidados em dor crónica a unidade de dor é confrontada com a necessidade, por um lado, de se diferenciar oferecendo os cuidados mais especializados, e por outro lado, de responder às necessidades dos doentes com dor crónica não investigados ou tratados nos cuidados primários.

Apesar da sobrecarga a que está sujeita a unidade de dor, considero que à semelhança do que se

faz na psiquiatria e saúde mental seria útil desenvolver a consultoria/ligação. A consultoria/ligação que já é feita aos serviços do hospital, deveria ser alargada às unidades de cuidados primários da área.

Como psiquiatra a trabalhar numa unidade de dor tenho sido surpreendido pela quantidade de doentes com dor crónica que perderam a noção de quem é o seu médico. Relatam que têm uma relação superficial com o seu médico de família porque passaram a ser seguidos principalmente em consultas hospitalares. Que deixaram de falar da sua dor crónica com o reumatologista, o neurocirurgião ou o oncologista quando foram referenciados à unidade de dor. Que gostam de falar com o enfermeiro, o dietista, o psicólogo, o assistente social, o fisioterapeuta, o médico anestesista. Mas quem é o gestor? Nas fases iniciais de acompanhamento na unidade de dor o gestor é geralmente o anestesista e a comunicação entre os intervenientes é facilitada pelo processo clínico único. Quando é conseguido um razoável controlo da dor crónica nem sempre é fácil identificar quem é o gestor. É o reumatologista que referenciou o doente, é o enfermeiro que sempre esteve disponível nas fases de descontrolo da dor, é o psicólogo que teve um papel fundamental na ajuda a viver com a dor, é o anestesista que geriu a situação na unidade ou é o médico de família?

Penso que o modelo de gestor de caso, utilizado com bons resultados noutras doenças crónicas, nomeadamente em psiquiatria e saúde mental, pode ser utilizado com modificações na dor crónica. É importante que haja alguém que seja o centralizador da informação e que ajude o doente na tomada de decisões.

As intervenções em dor crónica são frequentemente multimodais, isto é, diversas atuações complementares e idealmente sinérgicas. A intervenção terapêutica não pode ser uma série de procedimentos avulsos. Procura focar-se nas áreas determinantes e subordinar-se a uma perspetiva de custos/benefícios. O modelo sistémico na terapêutica veio mostrar que não é necessário intervir em todos os subsistemas de uma realidade complexa. O intervir em áreas determinantes permite reajustamentos do sistema global. Permitir ao doente escolher intervenções devolve-lhe poder e intensifica o processo terapêutico.

A rentabilização de uma unidade de dor implica a gestão dos recursos. Utilizar em cada doente a intervenção mais adequada. Mas como os recursos são limitados é necessário utilizá-los nas situações em que são mais necessários. O tempo das intervenções é outra preocupação, não só por uma questão de efetividade, mas também porque, desde que o tempo de intervenção seja adequado, permite ao doente programar o seu próprio processo de adaptação. Utilizando como exemplo as psicoterapias, o disponibilizar um pacote de 12 sessões, obriga a díade doente-psicólogo a focar-se no comportamento, na conceção, na experiência ou no significado mental da dor crónica. É claro que é necessário haver flexibilidade mas também ter noção das limitações da intervenção.

Na unidade de dor fui surpreendido pela experiência da consulta ombro a ombro proposta pela Dra. Delfina Fernandes. É completamente diferente observar um doente que nos foi referenciado para esclarecer uma situação ou observar o doente em conjunto com o médico assistente. Pensava que o estabelecimento da relação médico-doente ia ficar comprometido, que seria difícil falar das dúvidas do médico assistente na presença do doente e que seria difícil integrar o doente numa eventual divergência de pontos de vista. A necessidade de construir uma linguagem comum e perceber as diversas perspetivas facilita a integração do doente na discussão e a construção de um plano a três.

Também as consultas interdisciplinares se revelaram extremamente ricas. Em vez de informações de diversos especialistas muitas vezes difíceis de integrar, surge a possibilidade de discutir um determinado doente e mesmo observá-lo em conjunto.

A minha experiência como psiquiatra numa unidade de dor leva-me a individualizar três tipos de situações:

1. Doentes com dor crónica sem patologia psiquiátrica prévia, mas com características de personalidade, acontecimentos de vida ou sofrimento secundário, geralmente depressivo. Estes doentes com o ajustamento da terapêutica psicofarmacológica ou com a introdução de uma intervenção psicoterapêutica podem continuar a ser acompanhados pelo anestesista ou reencaminhados para o seu médico gestor.
2. Doentes com dor crónica com patologia psiquiátrica que funciona como fator predisponente ou de manutenção. Estes doentes, ajustada a terapêutica da dor, podem ser reencaminhados para o seu psiquiatra assistente ou referenciados para psiquiatria com informação.
3. Doentes com dor crónica e psicopatologia «intrincadas». Estes doentes, em pequeno número, beneficiam de um acompanhamento multidisciplinar na unidade.

A interação entre dor crónica e depressão é muitas vezes tão intrincada que é preferível encará-la como coexistência ou comorbilidade do que procurar uma hierarquização.

Penso que os conceitos de *recovery* e *empowerment* tão centrais na reabilitação psicossocial são igualmente centrais na reabilitação das doenças crónicas e da dor crónica em particular.

É sempre com surpresa que se vê um doente com dor crónica voltar a ter controlo sobre a situação, voltar a ter poder, voltar a ser «herói» da sua própria história.

Bibliografia

1. Deyo RA. Low-back Pain. *Scientific American*. 1998;279:29-33.
2. International Association for the Study of Pain. Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage. *Pain*. 1979;6:249-52.
3. Cohen SP, Raja SN. Pain. In: Goldman L, Schafer AI (eds): *Goldman's Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2012;133-46.
4. Kopf A, Patel NB. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: IASP Press. 2010.
5. Rathmell JP, Fields HL. Pain: Pathophysiology and Management. In: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J (eds): *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York: Mc Graw Hill Education. 2015;87-95.

Dor Crónica e Psiquiatria: um Modelo de Ligação

Adelaide Costa^{1,2}, Ana Margarida Ribeiro^{1,2}, Rui Coelho^{1,2}
e António Roma Torres¹

Resumo

A ocorrência de manifestações psicopatológicas em comorbidade com as situações de dor, sobretudo crónica, é uma evidência que nos surge atualmente como inquestionável, produto de uma prática clínica ampliada e de uma investigação científica crescente. Esta realidade motivou a colaboração da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental com a Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), através de um apoio psiquiátrico regular aos seus utentes, em regime de ambulatório, desde o ano de 2008.

Com o intuito de avaliar o impacto da consulta de psiquiatria – dor, foi realizado um estudo sumário, que objetivou a análise sociodemográfica e clínica da população observada nesta consulta.

Num total de 205 doentes incluídos no estudo, observou-se um claro predomínio do género feminino (81%), com patologias somáticas diversas, destacando-se as doenças ortopédicas e reumatológicas (55%). Mais de metade da população apresentou patologia depressiva, na forma de perturbações de adaptação (40%) e episódios depressivos (38%). A inatividade laboral prolongada verificou-se numa percentagem muito significativa dos casos (apenas 16% dos doentes desempenharam funções laborais durante o período de avaliação). A avaliação subjetiva da evolução clínica dos doentes, realizada seis meses após a primeira consulta, indicou uma melhoria clínica importante (doentes «muito melhorados» em 46 % dos casos). O direcionamento do tratamento do doente com dor crónica para ambas as vertentes, física e psicológica, parece otimizar os resultados e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Os resultados desta análise encontram-se de acordo com os principais estudos publicados nos últimos anos e favorecem a integração das equipas psiquiátricas nas unidades hospitalares de tratamento da dor crónica.

Palavras-chave: Dor crónica. Depressão. Psiquiatria. Melhoria clínica.

Abstract

The occurrence of psychopathological manifestations in comorbidity with situations of pain, especially when this is chronic, is an evidence that is today unquestionable, a product of expanded clinical practice and increased scientific research. This fact has motivated the collaboration of the Psychiatric and Mental Health Clinic with the Chronic Pain Unit of São João Hospital Center, through regular psychiatric support to their patients, on an outpatient basis, since 2008.

In order to assess the impact of psychiatry/pain consultation, a brief study was made, aimed to describe the sociodemographic and clinical features of patients attending this consultation.

A total of 205 patients were included in the study, and there was a clear predominance of females (81%), with various somatic diseases, highlighting orthopedic and rheumatologic disorders (55%). More than half of the population presented with depressive disorder, both as adaptation disorders (40%) or depressive episodes (38%). Prolonged labor inactivity was found in a very significant percentage of cases (only 16% of patients worked during the evaluation period). The subjective evaluation of the clinical course of patients held six months after the first consultation indicated a significant clinical improvement (patients “much improved” in 46% of cases). Targeting the treatment of the patient with chronic pain, both physical and psychological approaches appear to optimize the results and to improve patients’ quality of life.

The results of this analysis are in accordance with the main studies published during the past few years and favor the integration of psychiatric teams in chronic pain treatment units. (Dor. 2015;23(2):20-4)

Corresponding author: Adelaide Costa, adelsus@med.up.pt

Key words: Chronic pain. Depression. Psychiatry. Clinical improvement.

¹Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João (CHSJ)

²Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
E-mail: adelsus@med.up.pt

Introdução

O conceito de dor acompanhou a evolução das sociedades e do conhecimento, pelo que diferentes atribuições foram defendidas ao longo dos tempos. Foi paixão da alma para Aristóteles, desequilíbrio dos fluidos vitais para Hipócrates, forma de expiar a culpa num castigo atribuído por Deus aos pecadores em plena época Renascentista. Recuperada a ideologia platónica da dor como estado emocional, foi ainda extensamente debatida por Descartes e Darwin, em fase de entendimento dualista, que permaneceu durante longos anos^{1,2}.

Foi já em pleno século XX que, em Inglaterra, surgiu o primeiro grande grupo de investigação na área das manifestações psíquicas da dor, liderado por Erwin Stengel³. Nos Estados Unidos da América (EUA) desenvolviam-se as primeiras abordagens psicossomáticas para a dor crónica, considerando-se que «a dor de origem física frequentemente se transforma num fenómeno psicológico»⁴. Foram nessa altura descritos alguns dos fatores de risco psicológico mais importantes para o desenvolvimento de dor crónica, como a história pessoal de fracasso, sentimentos de culpa, impulsos agressivos e história real (ou imaginária) de perda⁴. Paralelamente, o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) revelava a tríada neurótica (depressão, hipocondria, histeria) ainda hoje associada às populações com queixas algícas crónicas, parecendo querer sugerir que tais sintomas tivessem origem numa personalidade desajustada⁵. Hagedorn, et al., defenderam mais tarde, que a disfuncionalidade da personalidade seria secundária ao estado de dor⁶. Permanece no entanto a dúvida, e a acesa discussão, se o desajuste da personalidade é causa ou consequência, num contexto clínico complexo, multifatorial e difícil de decifrar.

Em 1975 a *International Association for the Study of Pain* acabou por estabelecer uma definição consensual abrangente e exaustiva da dor, como «uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano». Esta definição ultrapassou o clássico dualismo entre corpo e mente, e introduziu o conceito de dor como um complexo fenómeno biopsicossocial⁷. Deu-se assim, a evolução de uma visão mais simplista da dor, como processo anátomo-fisiológico unidimensional, para o reconhecimento da dor como um fenómeno complexo, que engloba aspectos biológicos, sociais e existenciais.

A dor é um fenómeno subjetivo, individual, imerso em conotações culturais, e a sua componente sem dúvida determinante do processo de vivência do fenómeno e de extrema importância para a manifestação e decurso da doença⁸. Pode cursar com várias manifestações e quadros psiquiátricos, como por exemplo: as

perturbações de adaptação (quando sintomas ansiosos e/ou depressivos se desenvolvem como falência dos mecanismos de adaptação ao estado de dor); a depressão «mascarada» (a dor como equivalente afetivo); a perturbação mental iatrogénica (secundária aos tratamentos da dor física); a perturbação somatoforme (dor que surge na ausência de um substrato orgânico), entre outros⁹⁻¹¹. As perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas nestes doentes são as depressivas e as ansiosas^{11,12}. Outras perturbações mentais moderadamente frequentes são a perturbação (exclusiva) do sono, a disfunção sexual, o abuso de substâncias e o isolamento social motivando perturbação das relações sociais^{11,13,14}.

A comorbilidade psiquiátrica agrava o decurso da doença física, na medida em que os doentes com dor crónica e comorbilidade psiquiátrica estão frequentemente mais focalizados nas queixas físicas (maior preocupação com a dor), têm mais pensamentos e sentimentos negativos, apresentam menor auto-eficácia e desenvolvem mecanismos de adaptação deficitários. Desta forma, a dor acaba por ser percebida como mais intensa, sendo geradora de maior sofrimento, resultando numa procura recorrente dos serviços de saúde e na «escalada» terapêutica, com aumento do número de estratégias terapêuticas dispendiosas, frequentemente sem sucesso clínico. A comorbilidade psiquiátrica nas situações de dor crónica concorre assim para o agravamento da dor, reforça comportamentos de dor desadaptativos, promove maior incapacidade e disfuncionalidade nas atividades quotidianas, menor adesão e uma resposta menos eficaz aos tratamentos¹⁵⁻¹⁹.

Em alguns doentes parece, inclusive, que a causa física não justificará «tanta dor». Tratam-se de doentes com intensa convicção da doença física, marcada adesão a explicações mecanicistas e organicistas da doença, resistência aos tratamentos paliativos e evidente disfuncionalidade. Concomitantemente apresentam elevados *scores* de ansiedade e depressão, requerendo uma intervenção psiquiátrica urgente, de forma a otimizar a resposta aos tratamentos da dor^{6,7}.

Ainda a salientar que, a coocorrência de patologia dolorosa crónica e doença mental, e a vivência de todas as alterações somáticas e psicossociais envolvidas contribuem, na sua globalidade, para a perda de autonomia do doente e apresentam um impacto inegável na sua qualidade de vida^{13,20}. Assim, o diagnóstico precoce e tratamento das comorbilidades psiquiátricas influi positivamente no prognóstico destes doentes. Este tipo de apoio otimiza-se através da abordagem multidisciplinar e biopsicossocial do doente com dor crónica e concretiza-se também, na integração da psicologia e psiquiatria nas unidades de tratamento da dor crónica, prática cada vez mais frequente a nível mundial.

Quadro 1. Sexo, estado civil, idade (n = 205)	
Sexo feminino	81%
Casados(as)/união de facto	75%
Média de idades (anos)	51,57 (mínimo: 20; máximo: 89; DP: 12,35)
Doentes ≥ 65 anos	10%
DP: Desvio Padrão	

Objetivos e métodos

Para uma melhor compreensão da população acompanhada na consulta de psiquiatria – dor, da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ, os autores realizaram a caracterização sociodemográfica e clínica de utentes observados entre 1 de setembro de 2008 e 31 de dezembro 2012, por meio de um estudo retrospectivo, descritivo, fazendo recurso dos respectivos registos clínicos. A análise documental foi realizada por um avaliador (médico psiquiatra), na altura externo à equipa responsável pelo seguimento dos doentes.

Foram selecionados 205 doentes, cujos processos clínicos continham a informação clínica considerada suficiente para a aferição das variáveis em estudo, e cujo seguimento clínico foi igual ou superior aos seis meses.

Foi usado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, para a análise dos dados.

Resultados

A maioria dos utentes seguidos na consulta é do sexo feminino (81%), casada ou em união de facto (75%), e com uma média de idades de 52 anos (Quadro 1).

Uma grande percentagem dos utentes não desempenhou atividade laboral durante o período da avaliação (84%) (Quadro 2).

São várias as doenças físicas motivadoras da dor, sendo que 55% correspondem a patologias ortopédicas e reumatológicas (Quadro 3).

60% dos utentes foram referenciados à consulta de psiquiatria por suspeita de patologia depressiva (Quadro 4).

Relativamente aos diagnósticos psiquiátricos no eixo I (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM IV] – text revision [TR]), verificou-se uma prevalência de 78% de situações de depressão e perturbação de adaptação com sintomas ansiosos e/ou depressivos. Em 53 doentes encontrava-se documentada a existência de uma personalidade disfuncional, destacando-se a personalidade histriónica (Quadro 5 e 6).

A avaliação clínica global (*Clinical Global Impression* [CGI]), aos seis meses de *follow-up*,

Quadro 2. Atividade laboral (n = 205)	
Reformados(as)	32%
Desempregados(as)	18%
CIT prolongada	15%
Estudantes, domésticas, cursos de formação e outras atividades temporárias	19%
Empregados	16%

Quadro 3. Doenças físicas (n = 205)	
Patologias ortopédicas	28%
Fibromialgia	21%
Outras patologias reumatológicas	6%
Trauma/pós-cirurgia	26%
Doenças neurológicas	13%
Outras patologias	6%

Quadro 4. Motivo da referência (n = 205)	
Suspeita de doença depressiva	60%
Outros problemas emocionais/comportamentais	15%
Sintomas ansiosos	10%
Perturbação do sono	9%
Défices mnésicos	4%
Delírio	2%

Quadro 5. Diagnósticos psiquiátricos eixo I (n = 205)	
Perturbação de adaptação com reação ansiosa/depressiva	40%
Episódio depressivo	38%
Perturbação somatoforme	8%
Demências	7%
Perturbações de ansiedade	2%
Outros	5%

Quadro 6. Diagnósticos psiquiátricos eixo II (n = 53)	
Personalidade histriónica	55%
Personalidade <i>borderline</i>	19%
Atraso mental ligeiro	8%
Personalidade antissocial	2%
Perturbação da personalidade NE	16%
NE: não especificada	

Quadro 7. CGI: seis meses de follow-up (n = 205)	
Muito melhorado(a)	46%
Parcialmente melhorado(a)	36%
Pouco melhorado(a)	18%

verificou uma melhoria muito significativa em 46% dos doentes (Quadro 7).

Discussão

Os resultados deste estudo sumário coincidem, na sua maioria, com o que tem vindo a ser descrito na literatura.

Tem sido estabelecida uma maior associação entre o sexo feminino e as situações de dor crónica e queixas somáticas; na nossa amostra, o achado de uma elevada prevalência de patologia depressiva e de doenças reumatológicas, incluindo a fibromialgia, justifica também o predomínio feminino, numa forma que interpretamos ser bidirecional^{15,21}.

Embora a dor crónica pareça ser mais frequente nos idosos²², obtivemos uma amostra populacional mais jovem, mas particularmente inativa. A maior parte dos estudos reporta uma clara associação entre longos períodos de desemprego e baixa médica e uma maior prevalência de dor crónica, sobretudo musculoesquelética²³, esta inatividade motiva a perda da autoestima e agrava a depressão. Por outro lado, a incapacidade laboral foi também associada a elevada sobrecarga económica, elevada procura dos serviços de saúde e marcado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes^{15,23}.

Mais de metade das doenças físicas associadas à dor crónica revelou ser de natureza ortopédica e reumatológica; a literatura comprova também, uma clara associação entre a dor musculoesquelética e a depressão^{23,24}.

Relativamente à psicopatologia nos doentes com dor crónica a depressão é de facto, uma das comorbilidades psiquiátricas mais frequentes, geralmente secundária ao sofrimento físico. A nossa amostra não demonstrou, no entanto, o grande predomínio de sintomas ansiosos descritos nos restantes estudos, o que justificamos pelo facto dos doentes com esses sintomas terem sido incluídos no diagnóstico «perturbação de adaptação»^{15,24}.

Nestes doentes foi também encontrada a associação entre a personalidade histriónica e a dor, o que justificamos pela tendência que este tipo de personalidade tem para a somatização^{25,26}. Destacamos, por consequência, o papel do *coping* mal-adaptativo no agravamento da dor e a importância da promoção de mecanismos mais ajustados, com vista à obtenção de melhores resultados, nos doentes com personalidade disfuncional.

A maioria dos doentes (82%), ao fim de seis meses de acompanhamento clínico multidisciplinar (consulta da dor, psicologia e psiquiatria), evidenciou melhoria da sintomatologia psiquiátrica, que acompanhou a melhoria das suas queixas físicas.

Conclusão

O estudo realizado tem obviamente várias limitações. Destacamos o facto de se tratar de um estudo retrospectivo, baseado em registos clínicos e não na observação planeada e direta dos doentes. Por outro lado, a análise debruçou-se sobre doentes referenciados por elementos da restante equipa terapêutica (consulta de anestesiologia – dor e psicologia), pelo que seria expectável a elevada prevalência de psicopatologia.

No entanto, confirmámos a maior ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos na população referenciada, concluindo-se acerca da importância do rastreio, referência e tratamento deste tipo de comorbilidades.

A existência de uma população não idosa mas inativa, alertou-nos para a necessidade de repensar as intervenções, sobretudo no que respeita à necessidade de uma maior articulação com a equipa do serviço social, no sentido de promover uma maior funcionalidade global, o que implica fomentar a motivação e apoiar os doentes no seu retorno a uma via socioprofissional ativa.

Os doentes foram referenciados à consulta de psiquiatria, na sequência de um seguimento prévio por outras especialidades, incluindo psicologia e anestesiologia (consulta da dor). Pensamos que a melhoria psicopatológica se deveu também à *intervenção psiquiátrica*, sem minimizar o restante acompanhamento e a evidente relação bidirecional que existe entre a melhoria psicológica e a melhoria física. Outros estudos serão necessários para uma constatação mais linear das associações que propomos.

A compreensão da dor evoluiu de um conceito simplista, unidimensional e anátomo-fisiológico até ao reconhecimento de um complexo fenómeno biológico, psicológico, social e existencial. Nesta perspetiva, a influência recíproca entre a dor e as emoções representa um aspecto fundamental na abordagem clínica dos doentes com dor crónica. Existe evidência considerável que a dor persistente aumenta significativamente o risco de patologia psiquiátrica, e da mesma forma, que a depressão e a ansiedade aumentam a probabilidade de desenvolvimento de dor crónica. Aliás, dor e a depressão parecem ter vias neurobioquímicas comuns. Desta forma, os sintomas psiquiátricos, muito prevalentes nestes doentes, requerem avaliação e tratamento especializado, no sentido de melhoria da dor somática, da dor emocional e da qualidade de vida.

Neste modelo de abordagem biopsicossocial, a psiquiatria assume um papel de paralela importância, num contexto de tratamento que exige ser multidisciplinar, o que vem de acordo com a investigação científica metodologicamente mais refinada e actual.

Bibliografia

1. Bonica JJ. History of Pain, Concepts and Pain Therapy. The Mount Sinai Journal of Medicine. 1991;58:3:191-202.
2. Moscoso J. Historia Cultural del dolor. Prosa Ediciones. Madrid. 2011.
3. Stengel E. Pain and the Psychiatrist. Br J Psychiatry. 1965;3:795-802.
4. Engel GL. Psychogenic pain and the pain-prone patient. Am J Med. 1959;26:6:899-918.
5. Slesinger D, Archer RP, Duane W. MMPI-2: characteristics in a chronic pain population. Assessment. 2002;9(4):406-14.
6. Tyrer S. Psychosomatic Pain. Br J Psychiatry. 2005;188:1:91-3.
7. Merskey H, Bodguk N., eds. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle. IASP Press. 2002.
8. Pimenta CAM, et al. Dor crónica e depressão: estudo em 92 doentes. Rev Esc Enferm USP. 2000;34:1:76-83.
9. Braš M, Dordević V, Gregurek R, Bulajić M. Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. Psychiatr Danub. 2010;22(2):221-26.
10. Workman EA, Hubbard JR, Felker BL. Comorbid psychiatric disorders and predictors of pain management program success in patients with chronic pain. J Clin Psychiatry. 2002;4(4):137-40.
11. Marchand S, Saravane D, Gaumond I., eds. Mental health and pain – Somatic and psychiatric components of pain in mental health. Springer. London. 2013.
12. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med. 2003;163(20):2433-45.
13. Goral A, Lipsitz JA, Gross R. The relationship of chronic pain with and without comorbid psychiatric disorder to sleep disturbance and health care utilization: results from the Israel National Health Survey. J Psychosom Res. 2010;69(5):449-57.
14. Rosenbaum TY. Musculoskeletal pain and sexual function in women. J Sex Med. 2010;7:645-53.
15. Malmgren-Olsson EB, Armelius BA. Physical and psychological health and social relations in patients with prolonged musculoskeletal disorders. Scand J Caring Sci. 2001;15(2):181-9.
16. Sertel-Berk HO. The biopsychosocial factors that serve as predictors of the outcome of surgical modalities for chronic pain. Agri. 2010; 22(3):93-7.
17. Holmes A, Williamson O, Hogg M, et al. Predictors of pain 12 months after serious injury. Pain Med. 2010;11:1599-611.
18. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(2):147-55.
19. Ritzwoller DP, Crouse L, Shetterly S, Rublee D. The association of comorbidities, utilization and costs for patients identified with low back pain. BMC Musculoskelet Disord. 2006;7:72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1584237/pdf/1471-2474-7-72.pdf>.
20. Braden JB, Zhang L, Zimmerman FJ, Sullivan MD. Employment outcomes of persons with a mental disorder and comorbid chronic pain. Psychiatr Serv. 2008;59(8):878-85.
21. dos Santos EB, Quintans Junior LJ, Fraga BP, Macieira JC, Bonjardim LR. An evaluation of anxiety and depression symptoms in fibromyalgia. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):589-94.
22. Peter Croft, Blyth FM, van der Windt D. Chronic pain epidemiology. New York. Oxford University Press. 2010.
23. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333.
24. Myhr A, Augestad LB. Chronic pain patients--effects on mental health and pain after a 57-week multidisciplinary rehabilitation program. Pain Manag Nurs. 2013;14(2):74-84.
25. Morrison J. Histrionic personality disorder in women with somatization disorder. Psychosomatics. 1989;30:4:433-7.
26. Sivik T, et al. Relationship between back pain and personality: psychologic vulnerability as risk factor for the development of chronic back pain. Nord J Psychiatry. 1992;46:189-93.

Abordagem da Dor no Âmbito de Psico-Oncologia

Cristina Pires do Vale

Resumo

A dor é dos sintomas mais comuns em doentes com cancro, particularmente na doença avançada. Apesar da elevada prevalência de dor oncológica, e não obstante a elaboração de *guidelines* internacionais, o seu subdiagnóstico e subtratamento permanece uma realidade clínica. A dor oncológica é complexa e multifatorial, resultado da interação de componentes somático, cognitivo, emocional, sócio-cultural e espiritual. O sofrimento global do doente por afeição nos diferentes domínios de dor designa-se por dor total. Face à natureza multidimensional da dor e pelo impacto da mesma sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, destacando-se ainda como fator de risco de suicídio, é imperativo uma abordagem psicossocial incorporada numa visão individualizada e multidisciplinar no manejo da dor, em que é parte integrante o doente e seu(s) familiar(es)/cuidador(es). Enfatiza-se igualmente a necessidade de uma avaliação global da sobrecarga sintomática, dado frequentemente o doente oncológico ser polissintomático, sobretudo em estadios mais avançados; estes sintomas podem assim potenciar a intensidade da dor e condicionar um efeito deletério adicional sobre a QoL.

Palavras-chave: Dor oncológica. Qualidade de vida. Suicídio. Modulação da dor. Manejo da dor.

Abstract

Pain is one of the most common symptoms in cancer patients, particularly in advanced disease. Despite the high prevalence of pain in cancer patients and the widespread publication of international guidelines, it still remains underdiagnosed and undertreated. Cancer pain is a multifaceted experience: a complex integration of somatic, cognitive, emotional, sociocultural, and spiritual factors. The global suffering in the somatic and psychosocial domains of pain is called "total pain." Considering the multidimensional nature of pain, its impact on quality of life, and posing an independent suicide risk factor, a psychosocial approach is crucial integrated in an individualized, comprehensive, multidisciplinary management of cancer pain. This approach must include both patients and their family/caregiver(s). Advanced cancer pain patients are often polysymptomatic. These symptoms may intensify the experience of pain and induce a further decline in quality of life. Therefore, it is important to emphasize the need for a more global approach to symptom management in cancer pain patients. (Dor. 2015;23(2):25-31)

Corresponding author: Cristina Pires do Vale, cpiresdovale@gmail.com

Key words: Cancer pain. Quality of life. Suicide. Pain modulation. Pain management.

Introdução

O cancro é das patologias associadas a maior morbilidade e mortalidade a nível mundial¹. De acordo com a GLOBOCAN 2012², a incidência anual de novos casos de cancro é de cerca de 14 milhões e mortalidade de 8,2 milhões, sendo a prevalência aos cinco anos de 32,5 milhões,

correspondendo a uma proporção de 625/100.000 habitantes. A nível mundial, a frequência segundo a localização do cancro, por ordem decrescente, é: pulmão, mama, colo-retal, próstata e estômago. Em Portugal, a incidência estimada anual de novos cancros é de 49.200 e mortalidade de 24.100, com uma prevalência aos cinco anos de 1.473.900; a frequência, segundo a localização do cancro e por ordem decrescente, é: colo-retal, próstata, mama, pulmão e estômago (ressalva-se o facto do índice de qualidade dos dados da GLOBOCAN 2012 para Portugal ser nível C3). Segundo uma projeção da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), é expectável

Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Unidade de Psiquiatria
Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Francisco Gentil, E.P.E.
Lisboa
E-mail: cpiresdovale@gmail.com

em 2030 um incremento em cerca de 70% no número de novos casos de cancro^{1,3}.

A dor é dos sintomas mais comuns em doentes com cancro, cuja prevalência aumenta com a progressão da doença^{4,5,6,7,8}. De acordo com a meta-análise efetuada por van den Beuken-van Everdingen, et al. (2007)⁹, a prevalência (*pooled prevalence*) de dor no doente oncológico apresentou a seguinte distribuição: 53% independentemente do estadio da doença; 59% durante o tratamento ativo; 33% após tratamento curativo e 64% na doença avançada/metastática/terminal; segundo estes autores, mais de 1/3 dos doentes classificava a sua dor como moderada a severa. De acordo com a O.M.S., cerca de 80% dos doentes terminais apresentam uma intensidade de dor moderada a severa¹⁰. Segundo van den Beuken-van Everdingen, et al. (2007)⁹, embora na literatura seja valorizado um maior risco de dor no cancro do osso, pâncreas e esófago, e menor risco no linfoma, leucemia e tecidos moles, não se constataram diferenças significativas entre prevalência da dor e tipo de cancro; contudo, os autores alertam para uma interpretação cautelosa deste resultado. Outros estudos também evidenciam resultados contrários aos das referências clássicas^{11,12}.

A dor oncológica é complexa e multifatorial. De uma forma simplificada, a dor resulta de uma ou mais de três causas principais: envolvimento direto dos tecidos pelo tumor, terapêutica oncológica, ou por mecanismos não relacionados com o cancro ou seu tratamento. A dor pode ainda ser classificada com base em fatores: 1) temporais: aguda ou crónica (se vivenciada por mais de 3-6 meses ou se persistir para além da evidência de resolução da lesão tecidual); ou 2) fisiopatológicos: nociceptiva (somática ou visceral) e neuropática.

Apesar da elevada prevalência de dor oncológica, e não obstante a elaboração de *guidelines* internacionais visando uma correta avaliação e manejo, estudos evidenciam o subdiagnóstico e subtratamento da dor oncológica^{5,8,11,13,14,15,16,17,18,19} contribuindo e perpetuando o medo universalmente expresso pelo doente oncológico de vivenciar dor não controlada no decurso de evolução da doença, culminando na morte dolorosa.

Dor oncológica e qualidade de vida

Não existe uma definição universalmente aceite de qualidade de vida (QoL) e qualidade de vida associada à saúde (HRQoL), dado ser um constructo individual. A HRQoL pode ser definida como a avaliação subjetiva do impacto da doença e seu tratamento nos domínios de funcionamento e bem-estar físico, psicológico, social^{20,21}. Outros domínios foram propostos na avaliação da QoL (*eg.*, impacto económico e espiritual), propondo O'Connell e Skevington (2005)²² um modelo bio-psico-socio-espiritual de saúde. A HRQoL é assim um constructo subjetivo,

dinâmico e multidimensional de saúde, indicador da qualidade dos serviços de saúde prestados²³.

Múltiplos estudos reforçam o impacto deletério da dor sobre a QoL no doente oncológico^{24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34} não devendo portanto ser desprezado o efeito potencialmente devastador do seu subdiagnóstico e subtratamento. O impacto da dor pode ser de tal ordem que ao dominar o indivíduo, castra ou anula a sua existência; o inverso também pode ocorrer, em que a existência do indivíduo, de forma mais ou menos consciente, é fragilmente sustentada pelo papel de doente.

Pelo impacto da dor, sobretudo da dor crónica, sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, torna-se imperativo uma abordagem individualizada, integradora e multidisciplinar no manejo da dor.

Enfatiza-se a necessidade de uma avaliação global da sobrecarga sintomática, dado frequentemente o doente oncológico ser polissintomático, sobretudo em estadios oncológicos mais avançados^{7,35,36}; a dor pode assim ocorrer num *cluster* de sintomas^{37,38}, particularmente dor, insónia, fadiga e depressão, em que cada sintoma influencia a ocorrência de outros e o seu significado³⁹, potenciando a intensidade da dor e o efeito pernicioso sobre a QoL.

É igualmente imprescindível destacar que a dor oncológica compromete não só a QoL dos doentes, como se poderá repercutir na dos seus familiares/cuidadores^{40,41,42,43,44,45,46}.

Dor oncológica e suicídio

O modelo do comportamento suicida é um modelo biopsiocossocial, refletindo interações complexas e dinâmicas entre fatores de risco e fatores protetores, permanecendo a predição do comportamento suicida uma ciência inexata. É consensual na literatura o maior risco de suicídio (2 a 3x superior) no doente com dor crónica^{47,48}. No estudo de revisão efetuada por Tang e Crane (2006)⁴⁷, oito fatores de risco de suicídio na dor crónica foram identificados: tipo; intensidade e duração da dor; insónia inicial concomitante à dor; *helplessness* (impotência) e *hopelessness* (desesperança) em relação à dor; o desejo de escapar à dor; catastrofização e evitamento da dor e deficiente resolução de problemas.

Os dados estatísticos seguramente subestimam a prevalência de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado no doente oncológico, por múltiplos fatores que ultrapassam o âmbito deste artigo. Contudo, é consensual na literatura o maior risco de suicídio no doente oncológico, sobretudo no primeiro ano após o diagnóstico e em estadios de doença mais avançada^{49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62}. A dor persistente ou mal paliada aumenta o desejo de morte antecipada e é um fator de risco independente de suicídio no doente oncológico; a sua presença, sobretudo nos doentes oncológicos

com doença avançada, aumenta a coocorrência de outros fatores de risco (eg., depressão, *delirium*, perda de controlo, *hopelessness*), potenciando assim o risco de suicídio numa ação sinérgica^{63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74}.

Dor oncológica e sua modulação

Segundo a *International Association on the Study of Pain* (IASP)⁷⁵, define-se como dor «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão». Esta definição reflete a natureza pessoal e subjetiva da dor, traduzindo uma experiência somato-sensorial modulada por múltiplos fatores (eg., fatores psicológicos, sócio-demográficos, espiritualidade, presença de outros sintomas físicos, reações do cuidador), sendo variável a forma como essa íntima influência ocorre em cada indivíduo. A interação de componentes somático, cognitivo, emocional, sócio-cultural e espiritual da dor ilustram a sua natureza multidimensional e respetiva complexidade. Ao sofrimento global do doente por afeição nos diferentes domínios de dor atribuiu-se o termo de dor total, segundo o conceito holístico de Cecily Saunders (1964), sendo assim determinante a abordagem psicossocial na avaliação e intervenção multidisciplinar na dor.

Variáveis psicológicas e doença psiquiátrica

Segundo a teoria cognitiva da emoção, a avaliação cognitiva do estímulo (dor) determinará a resposta emocional, sendo objetivos principais da avaliação cognitiva a relevância e implicações do estímulo, seu significado individual e recursos de *coping* passíveis de serem acionados em resposta ao mesmo (Scherer, 2001)⁷⁶. O modelo cognitivo não postula atualmente uma relação sequencial unidirecional, mas assume que a cognição, a emoção e o comportamento são constructos reciprocamente determinantes e interativos (Beck, 1991)⁷⁷. Se por um lado a avaliação cognitiva antecede estados emocionais (e.g., depressão, ansiedade), por outro lado estes estados emocionais aumentam a probabilidade destas cognições (Teasdale, 1983)⁷⁸. Estudos evidenciam o impacto que o significado atribuído à dor (eg., percepção de dor «inócua» erroneamente interpretada como sinal de cancro ou de sua progressão), auto percepção de controlo sobre a dor, autoeficácia, catastrofização da dor e desesperança, contribuem para a experiência da dor^{4,63,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90}. Outras variáveis são destacadas como moduladores da dor, tais como a incerteza, medo da recidiva e da morte, memórias prévias de dor, atenção^{4,63,82,90,91,92}. Contudo, importa ressaltar que no estudo de revisão efetuado por Zaza e Baine (2002)⁹³, embora se tenha constatado uma associação entre catastrofização e intensidade da dor (em três de quatro estudos), a

evidência de associação entre dor oncológica crónica e *coping* (*coping* cognitivo, percepção de autoeficácia, distração e reinterpretação da sensação de dor) foi inconclusiva, face ao parco número de estudos em análise e magnitude da correlação dos mesmos.

De acordo com a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)⁹⁴, define-se *distress* como «uma experiência emocional desagradável multifatorial de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou espiritual. O *distress* estende-se por um *continuum* desde sentimentos normais de vulnerabilidade, tristeza e medo a perturbações mais incapacitantes como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social, crise existencial e/ou espiritual». Se a relevância do impacto da dor sobre os diferentes domínios da qualidade de vida conduziu ao seu reconhecimento enquanto 5.º sinal vital, é proposto que o *distress* seja reconhecido internacionalmente enquanto 6.º sinal vital em cuidados em oncologia⁹⁵.

Existe uma íntima associação entre dor e morbilidade psicológica e psiquiátrica, relação esta que se pensa ser bidirecional, suportada por um número restrito de estudos longitudinais efetuados. Se por um lado a dor pode ter um efeito profundo psicológico sobre as emoções, cognições e comportamentos, condicionando *distress*, ansiedade e depressão, por outro lado estes quadros clínicos podem condicionar e intensificar a experiência de dor^{81,83,90,93,96,97,98,99,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109}.

A título ilustrativo da influência de fatores psicológicos sobre a experiência de dor, no estudo realizado por Spiegel e Bloom (1983)⁸⁰, o significado da dor e a presença de alterações do humor foram melhores preditores da intensidade da dor que o número e localização de metástases.

Estudos efetuados revelam uma maior prevalência de doença psiquiátrica nos doentes oncológicos com dor. Segundo o *Psychosocial Collaborative Oncology Group Study*, dos doentes oncológicos com diagnóstico psiquiátrico cerca de 39% tinham dor significativa, enquanto 19% sem diagnóstico psiquiátrico apresentavam dor; as doenças psiquiátricas com maior prevalência no doente oncológico com dor eram perturbação de adaptação com depressão ou ansiedade (69%) e depressão major (15%)^{63,71,81,110}. Outros estudos evidenciam a associação entre *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) e maior intensidade de dor no doente oncológico^{90,111,112}. Teorias biológicas sugerem que dor crónica e depressão possam partilhar bases comuns, tendo sido propostos correlatos genéticos e neurobiológicos (neuroanatômicos, neuroquímicos, neuroendócrinos, neurofisiológicos)^{113,114,115,116}.

Segundo Grassi, et al. (2013), o termo somatização é referente a doentes com problemática emocional que exprimem o seu *distress* através de queixas somáticas e comportamentos de

procura de cuidados de saúde, na ausência de causa orgânica identificável¹¹⁷. São alguns dos fatores associados a somatização¹¹⁷, particularmente a dor:

- 1) Comportamento de doença anormal.
- 2) Estilos de atribuição.
- 3) Amplificação somato-sensorial.
- 4) Alexitimia.
- 5) Catastrofização da dor.
- 6) Doença psiquiátrica
(*eg.*, depressão e ansiedade).

A natureza precisa das relações entre fatores perceptivos, cognitivos e comportamentais ainda não estão elucidados¹¹⁸. No estudo efetuado por Chaturvedi e Maguire (1998)¹¹⁹, dos doentes oncológicos com queixas somáticas persistentes ou de intensidade ou natureza inexplicáveis, 19% cumpriam critérios de perturbação depressiva ou de ansiedade e 15% perturbação somatoforme atípica. O diagnóstico de perturbação de sintomas somáticos é um desafio na presença de doença médica, nomeadamente oncológica, sendo ainda mais complexo quando o sintoma dor apresenta um componente psicológico e somático.

Ressalva-se assim a complexidade da dualidade de causa-efeito na relação dor e psicopatologia. A referir que a dor não controlada pode mimetizar quadros psiquiátricos e que características da personalidade podem estar distorcidos pela presença de dor, pelo que o alívio desta pode condicionar a remissão da doença psiquiátrica aparente^{63,81,110}. Pela íntima associação entre dor e psicopatologia, a avaliação psicopatológica apenas poderá ser concluída após controlo da dor.

Avaliação e manejo da dor

Face à natureza multidimensional da dor e pelo impacto da mesma sobre os diferentes domínios da qualidade de vida, destacando-se ainda como fator de risco de suicídio, é imperativo uma avaliação e intervenção individualizada e multidisciplinar, sendo parte integrante o doente e sua família/cuidador(es). Estudos evidenciam discrepância entre o nível de dor percebido pelo doente e pelos seus médicos assistentes e cuidadores^{14,120,121,122}. Alerta-se assim em relação à dificuldade em se avaliar objetivamente uma experiência dolorosa subjetiva, pelo que se destaca que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Reforça-se a importância da avaliação da vivência pessoal da dor, o seu significado e recursos existentes, e o seu impacto nos diferentes domínios (funcionamento, psíquico, social e espiritual). Importa assim estabelecer relações entre dor e cognições-emoções-comportamentos, bem como avaliar o que antecede a dor, os seus fatores de alívio e de agravamento, promovendo a automonitorização. Face à íntima associação à dor, é imprescindível a avaliação psicopatológica do doente com dor.

Para avaliação do *distress*, o NCCN⁹⁴ desenvolveu o «Termómetro de *Distress*» como um instrumento de rastreio, onde o doente assinala o seu grau de *distress* na última semana, perçecionado numa escala de 0 (sem sofrimento) a 10 (sofrimento extremo); se clinicamente significativo (≥ 4), deve ser complementado pela sinalização de problemáticas que possam contribuir para o referido sofrimento, de uma lista em áreas predefinidas (problemas práticos, familiares, emocionais, físicos, espirituais/religiosos e/ou outros problemas). De acordo com as áreas problemáticas identificadas, o doente deverá ser referenciado às valências respetivas. O «Termómetro de *Distress*» foi validado em múltiplos estudos e apresenta concordância com outros instrumentos de rastreio, como o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*⁹⁴.

Torna-se imperativo reafirmar, destacando declarações emitidas pela *American Pain Society (APS)*, pela *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*¹²³, entre outros, que ensaio com substância inerte não tem validade científica na distinção entre dor psicogénea e dor orgânica (Paulino, 1997)¹²⁴, com intrínsecas implicações éticas e nefastas sobre a relação médico-doente.

O insucesso terapêutico é frequentemente resultado de uma avaliação inadequada e insuficiente da dor em todas as suas dimensões. A intervenção psicológica e psiquiátrica no tratamento da dor oncológica é assim parte integrante de uma abordagem multimodal no manejo da dor. Estudos corroboram que as terapias psicossociais dirigidas primariamente a variáveis psicológicas têm um impacto profundo sobre a nociceção, pelo que se preconiza que terapias somáticas e psicossociais sejam usadas em simultâneo numa abordagem multidisciplinar, no controlo da dor no doente oncológico^{63,110}. O objetivo da intervenção é o controlo da dor, melhorando o funcionamento do doente e o impacto a nível psíquico, social e espiritual, promovendo assim a QoL do doente.

Dado a maioria dos doentes ignorar a íntima associação entre emoção-cognição-comportamento e dor, e sendo este um de entre múltiplos fatores que condicionam a recusa na referência para psicologia e/ou psiquiatria¹²⁵, os doentes deverão ser esclarecidos que fatores psicológicos são componentes importantes da experiência de dor. A abordagem psicológica e psiquiátrica no manejo da dor engloba o uso de: 1) intervenções psicoterapêuticas, com ênfase na a) psicoeducação: dor e seus componentes, crenças associadas à dor e às terapêuticas propostas e sua respetiva desmistificação, pois atuam como barreiras no controlo da dor^{126,127,128,129,130,131}, fármacos (eficácia e efeitos secundários), informar sobre o projeto terapêutico e gerir expectativas do doente e b) psicoterapia, sobretudo de orientação cognitivo-comportamental: uso de técnicas

cognitivas e comportamentais (e.g., reestruturação cognitiva, relaxamento, distração, imagética, dessensibilização progressiva; outras intervenções propostas: hipnose, biofeedback, musicoterapia, aromaterapia; alerta-se para o facto de ser essencial ensinar o racional das técnicas aplicadas) que visam a aquisição de estratégias para afastar a atenção sobre a dor, aumentar a tolerância à dor, aumentar a percepção de autocontrolo e autoeficácia e um funcionamento adaptativo e/ou 2) psicofarmacológicas, geralmente em combinação.

Bibliografia

1. Sítio da Internet *World Health Organization*. Media Centre, Fact Sheets. Cancer. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, acessado a 2 setembro de 2015.
2. Sítio da Internet *International Agency for Research on Cancer*, WHO. GLOBOCAN 2012. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>, acessado a 2 setembro de 2015.
3. Sítio da Internet *Cancer Research UK*. *Worldwide cancer incidence statistics. Projections to 2030 for worldwide cancer incidence*. Disponível em <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer/incidence#heading-Five>, acessado a 2 setembro de 2015.
4. Foley KM. The treatment of cancer pain. *N Engl J Med*. 1985;313:84-94.
5. Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C, et al. Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: research project towards a pain-free hospital. *Tumori*. 2000;86(5):412-8.
6. Di Maio M, Gridelli C, Gallo C, et al. Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*. 2004; 90(12):2288-96.
7. Bradley N, Davis L, Chow E. Symptom distress in patients attending an outpatient palliative radiotherapy clinic. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(2):123-31.
8. Foley KM, Wagner JL, Joranson DE, Gelband H. Pain Control for People with Cancer and AIDS. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al. (eds). Washington (DC): World Bank. 2006. 2nd edition;52:981-94.
9. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M e Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1437-49.
10. Sítio da Internet *World Health Organization*. Media Centre, Fact Sheets. Palliative Care. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>, acessado a 2 setembro de 2015.
11. Costantini M, Ripamonti C, Beccaro M, et al. Prevalence, distress, management and relief of pain during the last three months of cancer patients' life. Results of an Italian mortality follow-back survey. *Ann Oncol*. 2009;20:729-35.
12. Morselli M, Bandieri E, Zanin R, et al. Pain and emotional distress in leukaemia patients at diagnosis. *Leuk Res*. 2010;34:e67-8.
13. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med*. 1993;119:121-6.
14. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330(9):592-6.
15. Anderson CM. Pain relief at the end-of-life: a clinical guide. *Mo Med*. 2002;99(10):556-9.
16. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;19(12):1985-91.
17. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009;20(8):1420-33.
18. Apolone G, Corli O, Caraceni A, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer*. 2009;100(10):1566-74.
19. Foley KM. How well is cancer pain treated?. *Palliat Med*. 2011;25(5):398-401.
20. Schipper H, Clinch J, Olweny LM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Spilker B, ed; Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996;11-23.
21. Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res*. 2000;9(8):887-900.
22. O'Connell KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: themes from focus groups in Britain. *Br J Health Psychol*. 2005;10(Pt 3):379-98.
23. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15:1188-95.
24. Portenoy RK. Pain and quality of life: clinical issues and implications for research. *Oncology (Williston Park)*. 1990;4(5):172-8.
25. Ashburn MA, Lipman AG. Management of pain in the cancer patient. *Anesth Analg*. 1993;76(2):402-16.
26. Ferrell BR. The impact of pain on quality of life. A decade of research. *Nurs Clin North Am*. 1995;30(4):609-24.
27. Ahmedzai S. Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. *Eur J Cancer*. 1995;31A (Suppl 6):S2-7.
28. Gordon C. The effect of cancer pain on quality of life in different ethnic groups: a literature review. *Nurse Pract Forum*. 1997;8(1):5-13.
29. Ward SE, Carlson-Dakes K, Hughes SH, Kwekkeboom KL, Donovan HS. The impact on quality of life of patient-related barriers to pain management. *Res. Nurs. Health*. 1998;21(5):405-13.
30. Bonomi AE, Shikar R, Legro MW. Quality-of-life assessment in acute, chronic, and cancer pain: a pharmacist's guide. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2000;40(3):402-16.
31. Schug SA, Chandrasena C. Pain management of the cancer patient. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(1):5-15.
32. Aburub AS, Gagnon B, Rodriguez AM, Mayo NE. Using a personalized measure (Patient Generated Index [PGI]) to identify what matters to people with cancer. *Support Care Cancer*. 2015;1:9.
33. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G e Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care*. 2015. doi: 10.1111/ecc.12360. [Epub ahead of print].
34. Feddern ML, Jensen TS, Laurberg S. Chronic pain in the pelvic area or lower extremities after retal cancer treatment and its impact on quality of life: a population-based cross-sectional study. *Pain*. 2015;156(9):1765-71.
35. Grond S, Zech D, Diefenbach C, Bischoff A. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9(6):372-82.
36. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*. 2000;8(3):175-9.
37. Barsevick AM. The elusive concept of the symptom cluster. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(5):971-80.
38. Aktas A, Walsh D, Rybicki L. Symptom clusters: myth or reality?. *Palliat Med*. 2010;24(4):373-85.
39. Armstrong TS, Cohen MZ, Eriksen LR, Hickey JV. Symptom clusters in oncology patients and implications for symptom research in people with primary brain tumors. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(3):197-206.
40. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(6):418-28.
41. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H Jr, Friedland J, Cox C. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQQLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res*. 1999;8(1-2):55-63.
42. Glajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J Support Oncol*. 2004;2(2):145-55.
43. Kim Y, Given B. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008;112(11 suppl):2556-68.
44. Kim Y, Shaffer KM, Carver CS, Cannady RS. Quality of life of family caregivers 8 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the national quality of life survey for caregivers. *Psychooncology*. 2015. Doi: 10.1002/pon.3843. [Epub ahead of print].
45. Rha SY, Park Y, Song SK, et al. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):376-82.
46. Choi YS, Hwang SW, Hwang IC, et al. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2015. doi: 10.1002/pon.3904. [Epub ahead of print].
47. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006;36(5):575-86.
48. Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(9):803-11.
49. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol*. 1979;109(1):59-65.
50. Fox BH, Stanek EJ, Boyd SC, Flannery JT. Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *J Chronic Dis*. 1982;35(2):89-100.
51. Levi F, Bulliard JL, La Vecchia C. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud. *Oncology*. 1991;48:44-7.

52. Allebeck P, Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients. *Psychol Med.* 1991;21(4):979-84.
53. Storm H, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients of cancer: 1971 to 1986. *Cancer.* 1992;69:1507-12.
54. Crocetti E, Arniani S, Acciai S, Barchielli A, Buiatti E. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer.* 1998;77(7):1194-6.
55. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al. Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res.* 1999;90(8):812-7.
56. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol.* 2004;22(20):4209-16.
57. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer.* 2005;92(6):995-1000.
58. Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population?. *Scand J Public Health.* 2005;33(3):208-14.
59. Dormer NR, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust.* 2008;188(3):140-3.
60. Ahn MH, Park S, Lee HB, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology.* 2015;24(5):601-7.
61. Hultcrantz M, Svensson T, Derolf ÅR, et al. Incidence and risk factors for suicide and attempted suicide following a diagnosis of hematological malignancy. *Cancer Med.* 2015;4(1):147-54.
62. Vysoki B, Gleiss A, Rockett IR, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk?. *J Affect Disord.* 2015;175:287-91.
63. Breitbart W, Passik S. Psychiatric Approaches to cancer patients. In *Psychiatric aspects of Symptom Management in Cancer Patients.* Breitbart W. and Hollande (eds). American Psychiatric Press, Inc. 1993. Chapter 3;49-68.
64. Roth AJ, Breitbart W. Psychiatric emergencies in terminally ill cancer patients. *Hematol Oncol Clin North Am.* 1996;10(1):235-59.
65. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;53(5):569-73.
66. Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, et al. Characteristics of terminal cancer patients who committed suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage.* 2001;22(1):544-53.
67. Filiberti A, Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori.* 2002;88(3):193-9.
68. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer.* 2002;95(5):1085-93.
69. Lefetz C, Reich M. La crise suicidaire en cancérologie: évaluation et prise en charge. *Bull Cancer.* 2006;93(7):709-13.
70. Pessin H, Amakawa L, Breitbart W. "Suicide". In *Psycho-Oncology, Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. (eds), 2.^a Ed.; Oxford University Press, Inc. 2010;319-23.*
71. Breitbart W, Park J, Katz AM. "Pain". In *Psycho-Oncology, Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB et al. (eds), 2.^a Ed.; Oxford University Press, Inc. 2010;215-28.*
72. Madeira N, Albuquerque E, Santos T, Mendes A, Roque M. Death ideation in cancer patients: contributing factors. *J Psychosoc Oncol.* 2011;29(6):636-42.
73. Recklitis CJ, Zhou ES, Zwemer EK, Hu JC, Kantoff PW. Suicidal ideation in prostate cancer survivors: understanding the role of physical and psychological health outcomes. *Cancer.* 2014;120(21):3393-400.
74. Lehluante A, Fransson P. Are there specific health-related factors that can accentuate the risk of suicide among men with prostate cancer?. *Support Care Cancer.* 2014;22(6):1673-8.
75. Siteo da internet *National Cancer Institute.* Pain-for health professionals (PDQ®). Disponível em <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-hp-pdq>, acessado a 3 de setembro de 2015.
76. Scherer KR. Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In *Appraisal process in emotion: Theory, Methods, Research.* Scherer KR, Schorr A e Jonhstone T (eds). New York and Oxford: Oxford University Press. 2001;92-120.
77. Beck AT. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist.* 1991;46(4):368-75.
78. Teasdale JD. Negative thinking in depression: cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy.* 1983;5:3-25.
79. Daut RL e Cleeland CS. The Prevalence and Severity of Pain in Cancer. *Cancer.* 1982;50(9):1913-18.
80. Spiegel D, Bloom JR. Pain in Metastatic Breast Cancer. *Cancer.* 1983;52(2):341-5.
81. Breitbart W. Psychiatric management of cancer pain. *Cancer.* 1989;63(11 Suppl):2336-42.
82. Wilkie DJ, Keefe FJ. Coping strategies of patients with lung cancer-related pain. *Clin. J. Pain.* 1991;7(4):292-9.
83. Syrjala KL, Chapko ME. Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain.* 1995;61(1):69-79.
84. Lin CC. Comparison of the effects of perceived self-efficacy on coping with chronic cancer pain and coping with chronic low back pain. *Clin. J. Pain.* 1998;14(4):303-10.
85. Vallerand AH, Saunders MM, Anthony M. Perceptions of control over pain by patients with cancer and their caregivers. *Pain Manag Nurs.* 2007;8(2):55-63.
86. Porter LS, Keefe FJ, Garst J, McBride CM, Baucom D. Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: associations with symptoms and distress. *Pain.* 2008;137(2):306-15.
87. Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ, Werley HH. Repressive coping style: relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatient. *Lung Cancer.* 2011;71(2):235-40.
88. Leung L. Pain Catastrophizing: An Updated Review. *Indian J Psychol Med.* 2012;34(3):204-17.
89. Belfer I, Schreiber KL, Shaffer JR, et al. Persistent postmastectomy pain in breast cancer survivors: analysis of clinical, demographic, and psychosocial factors. *J Pain.* 2013;14(10):1185-95.
90. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1703-11.
91. Gill KM, Mishel M, Belyea M, et al. Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31:633-9.
92. Janz NK, Hawley ST, Mujahid MS, et al. Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer.* 2011;117(9):1827-36.
93. Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(5):526-42.
94. Siteo da internet *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines).* Distress management – version 2.2013. Disponível em <http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/distress.pdf>, acessado a 8 de setembro de 2015.
95. Bultz BD e Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol.* 2005;23(26):6440-1.
96. McKegney FP, Bailey LR, Yates JW. Prediction and management of pain in patients with advanced cancer. *Gen Hosp Psychiatry.* 1981;3(2):95-101.
97. Kane RL, Berstein L, Wales J, Rothenberg R. Hospice effectiveness in controlling pain. *JAMA.* 1985;253(18):2683-6.
98. Velikova G, Selby PJ, et al. The relationship of cancer pain to anxiety. *Psychother Psychosom.* 1995;63(3-4):181-4.
99. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT, et al. Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer. *J. Clin. Oncol.* 1995;13(3):748-55.
100. Glover J, Dibble SL, et al. Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference? *J Pain Symptom Manage.* 1995; 10(2):120-8.
101. Chaturvedi SK, Peter Maguire G, Somashekar BS. Somatization in cancer. *Int Rev Psychiatry.* 2006;18(1):49-54.
102. McMillan SC, Toftagen C, Morgan MA. Relationships among pain, sleep disturbances, and depressive symptoms in outpatients from a comprehensive cancer center. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35(4):603-11.
103. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer.* 2009;17(5):573-9.
104. Torta RG, Munari J. Symptom cluster: Depression and pain. *Surg Oncol.* 2010;19(3):155-9.
105. Rief W, Bardwell WA, Dimsdale JE, Natarajan L, Flatt SW, Pierce JP. Long-term course of pain in breast cancer survivors: a 4-year longitudinal study. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;130(2):579-86.
106. O'Connor M, Weir J, Butcher I, et al. Pain in patients attending a specialist cancer service: prevalence and association with emotional distress. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(1):29-38.
107. Sabiston CM, Brunet J, Burke S. Pain, movement, and mind: does physical activity mediate the relationship between pain and mental health among survivors of breast cancer? *Clin J Pain.* 2012;28(6):489-95.
108. Wang HL, Kroenke K, Wu J, Tu W, Theobald D, Rawl SM. Predictors of cancer-related pain improvement over time. *Psychosom Med.* 2012;74(6):642-7.
109. Torta RG, Leraci V. Pharmacological management of depression in patients with cancer: practical considerations. *Drugs.* 2013; 73(11):1131-45.
110. Tickoo RS, Key RG, Breitbart WS. Cancer-related pain. In *Psycho-Oncology, Holland JC, Breitbart WS, Butow PN et al (eds), 3.^a Ed.; Oxford University Press, Inc. 2015;171-98.*
111. Gold JI, Douglas MK, Thomas ML, Elliott JE, Rao SM, Miasowski C. The relationship between posttraumatic stress disorder, mood

- states, functional status, and quality of life in oncology outpatients. *J Pain Symptom Manage.* 2012;44(4):520-31.
112. Moye J, June A, Martin LA, Gosian J, Herrman LI, Naik AD. Pain is prevalent and persisting in cancer survivors: differential factors across age groups. *J Geriatr Oncol.* 2014;5(2):190-6.
 113. Institute of Medicine (US) Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior. *Psychiatric Aspects of Chronic Pain.* In *Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives.* Osterweis M, Kleinman A e Mechanic D (eds). Washington (DC): National Academies Press (US). 1987;165-85.
 114. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ. Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry.* 2003;54:399-409.
 115. Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci.* 2009;14:5291-338.
 116. Narasimhan M, Campbell N. A tale of two comorbidities: Understanding the neurobiology of depression and pain. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(2):127-30.
 117. Chaturvedi SK, Leraci V, Torta R. Treatment of somatoform disorders and other somatic symptom conditions (pain, fatigue, hot flashes, and pruritus). In *Psychopharmacology in oncology and palliative care.* Grassi L and Riba M (eds). Springer Heidelberg New York Dordrecht London. 2014;163-87.
 118. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *Int Rev Psychiatry.* 2006;18(1):25-33.
 119. Chaturvedi SK e Maguire GP. Persistent somatization in cancer: a controlled follow-up study. *J Psychosom Res.* 1998;45(3):249-56.
 120. Teske K, Daut RL, Cleeland CS. Relationships between nurses' observations and patients' self-reports of pain. *Pain* 1983;16(3):289-96.
 121. Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *BMJ.* 1990;301(6746):277-81.
 122. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, Mucenski J, Piantadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 1991;6(2):53-7.
 123. National Cancer Institute. EPEC™-O (Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology) Self-Study: Module 2-Cancer Pain Management. 1-77.
 124. Paulino M. Aspectos psicológicos da dor aguda. *Psiquiatria de consulta-ligação.* In *Dor aguda. Analgesia perioperatória.* Portela JL e Aliaga L (eds). Permanyer Portugal. 1997;161-8.
 125. Bursztajn H, Barsky AJ. Facilitating patient acceptance of a psychiatric referral. *Arch Intern Med.* 1985;145(1):73-5.
 126. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993;52(3):319-24.
 127. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain.* 2002;99(3):385-96.
 128. Leon-Casasola OA, Lema MK. Cancer Pain. In *Wylie Churchill-Davidson's A Practice of Anesthesia.* Healy TEJ e Knight PR (ed). Wylie Churchill-Davidson's. 2003;7th Edition;1254-66.
 129. Kreitler S, Merimsky O. Pain and suffering in cancer. In *The Handbook of Chronic Pain.* Kreitler S, Beltrutti D, Lamberto A e Niv D (eds). Nova Biomedical Books by Nova Science Publishers, Inc. 2007;533-50.
 130. Sun V, Borneman T, Piper B, Koczywas M, Ferrell B. Barriers to pain assessment and management in cancer survivorship. *J Cancer Surviv.* 2008;2(1):65-71.
 131. Jacobsen R, Liubarskiene Z, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P, Samsanaviciene J. Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. *Medicina (Kaunas).* 2009;45(6):427-33.

Outra recomendada

132. Pina PR. Generalidades e especificidades sobre a dor crónica. In *Manual de dor crónica.* 25-55
133. Diniz L. Dor crónica. In *Manual de dor crónica.* 89-100.
134. Ritto C, Rocha FD. Avaliação da dor. In *Manual de dor crónica.* 103-23.
135. Milhomens R. Terapêutica não farmacológica. In *Manual de dor crónica.* 287-301.
136. Paulino M. Valorização psicológica no doente com dor crónica. In *Dor crónica rebelde.* Portela JL e Aliaga L (eds). Permanyer Portugal. 1994;3-10.
137. Marques LA, Portela JL. Dor oncológica. Bases clínicas e tratamento farmacológico. In *Dor crónica rebelde.* Portela JL e Aliaga L (eds). Permanyer Portugal. 1994;81-90.
138. Gonçalves F. Dor oncológica. In *Dor e cuidados paliativos.* Portela JL e Neto IG (eds). Permanyer Portugal. 1999;9-21.
139. Portela JL. Unidades de Dor versus Unidades de Cuidados Paliativos. In *Dor e cuidados paliativos.* Portela JL e Neto IG (eds). Permanyer Portugal. 1999;73-5.

Avaliação dos Níveis de Ansiedade e Depressão e a sua Correlação com a Intensidade de Dor em Doentes Oncológicos com Doença Avançada e Progressiva

Maria de Jesus Moura e Rosana Sodré Milhomens

Resumo

Antecedentes y objetivos: A dor é um dos sintomas da doença oncológica com maior incidência e prevalência. Apesar de ser comum e frequente, a dor não é um sintoma que se encontra inevitavelmente presente em todos os doentes. Em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva, a dor é afetada por múltiplas variáveis que podem incluir o estágio, a extensão e a localização da doença, e ainda as variáveis que implicam os procedimentos para o diagnóstico e tratamento. A dor causa um profundo impacto psicológico, a relação entre a dor, ansiedade e depressão nem sempre é linear e de fácil compreensão. É visível o impacto negativo que afeta a qualidade de vida e o sofrimento que causa nos doentes e familiares. Os doentes com dor oncológica podem manifestar níveis de ansiedade e depressão por vivenciarem a dor e a doença, e seus tratamentos, como fatores de stress. O sentir dor como algo que é subjetivo ao sujeito pode associar-se a outros fatores que são passíveis de amplificar os níveis de ansiedade e depressão, e de criar até situações patológicas. Na literatura existem algumas controvérsias sobre a reciprocidade ou não entre a dor-ansiedade e depressão. Alguns autores defendem que a dor oncológica é um fator capaz de desencadear ansiedade e depressão; para outros, a ansiedade e depressão podem ser consideradas aspetos preditivos de dor oncológica, contribuindo para exacerbar a experiência dolorosa. Há ainda investigadores que consideram a ansiedade e a depressão como fatores bivalentes – causais e contributivos na intensidade de dor. Definiu-se, como objetivo deste estudo, avaliar as correlações entre dor, ansiedade e depressão em doentes oncológicos paliativos, seguidos na consulta de dor do IPO de Lisboa.

Método: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Para medir a intensidade de dor utilizou-se a escala numérica de dor. A avaliação da ansiedade e da depressão foi realizada através da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). A amostra deste estudo é constituída por 106 doentes com dor oncológica, 56,6% do sexo feminino, com idades entre os 22 e os 88 anos, sendo a média de idade da amostra de 61 anos.

Resultados: Os doentes participantes deste estudo indicaram 38% dor moderada, sendo os níveis de ansiedade e depressão indicados em 57% dos participantes. De salientar que esta categoria dos níveis de ansiedade e depressão está entre o padrão normal e ligeiro. No que diz respeito à intensidade de dor, não houve correlação estatística significativa com os dados sociodemográficos, clínicos, ansiedade e depressão, apoio psicológico, apoio psiquiátrico, medicação para a dor e psiquiátrica. **Conclusão:** Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre intensidade de dor, ansiedade e depressão. Seria desejável verificar essas correlações no doente com cancro avançado e incurável em estudos futuros, com o objetivo de proporcionar melhor conforto e qualidade de vida aos doentes em fim de vida.

Palavras-chave: Dor. Ansiedade. Depressão. Cuidados paliativos.

psicóloga clínica
Unidade de Psicologia
Clínica da Dor – Instituto Português
de Oncologia de Lisboa (IPO)
Lisboa
E-mail: mjmoura@ipolisboa.min-saude.pt
rmilhomens@ipolisboa.min-saude.pt

Este artigo é um resumo de uma tese de mestrado orientada pelo Prof. António Barbosa, apresentada em 2015 à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Abstract

Background and objectives: Pain is one of most prevalent and incident symptoms in oncology diseases. Nevertheless, not all patients necessarily experience it. In oncology patients with progressive and advanced disease, pain is influenced by multiple factors, which may include not only the disease stage, extension, and location, but also factors related with the diagnostic and treatment procedures. Pain causes a profound psychological impact. Even though the relation between pain, anxiety, and depression is not always easily understood, pain has a noticeable negative impact in the quality of life and suffering of patients and their families. Oncology patients suffering from pain may experience high levels of anxiety and depression due to their perception of pain, the disease, and treatments as stress factors, which amplify anxiety and depression to a pathological state. The reciprocity between pain, anxiety, and depression is a controversial topic in the literature. Some authors advocate that cancer pain is a triggering factor for anxiety and depression, whereas for other authors, anxiety and depression are regarded as predictive factors for cancer pain, which contribute to the exacerbation of the painful experience. Other researchers consider anxiety and depression as bivalent factors – causal and contributory for the intensity of pain. The objective of this study was to evaluate the correlation between pain, anxiety, and depression in oncology patients undergoing palliative care that were followed in the pain management consultation of the Portuguese Oncology Institute, Lisbon.

Methods: We conducted a quantitative, descriptive, and correlational study. Pain was evaluated using the Pain Numerical Rating Scale. Anxiety and depression were evaluated using the Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), validated by Pais Ribeiro, et al. in 2007. The sample of this study included 106 patients with cancer pain, 43.4% men and 56.6% women, with ages ranging from 22 to 88 years old and with a mean age of 61 years.

Results: Among the included patients, 38% reported moderate pain and 57% reported normal to mild anxiety and/or depression. In regards to the pain intensity, no statistically significant correlation was found with the sociodemographic and clinical factors, anxiety, depression, psychological and/or psychiatric support and medication for pain relief or psychiatric medication. **Conclusion:** In this study, weak statistically significant correlations between intensity of pain, anxiety, and depression have been found. Therefore, it would be appropriate to conduct additional studies in patients with advanced and incurable cancer in order to further characterize these correlations. The ultimate goal is to provide the best possible comfort and quality of life to terminally ill patients. (Dor. 2015;23(2):32-7)

Corresponding author: Maria de Jesus Moura, mjmoura@ipolisboa.min-saude.pt; Rosana Sodré Milhomens, rmilhomens@ipolisboa.min-saude.pt

Key words: Pain. Anxiety. Depression. Palliative care.

Introdução

Os doentes com dor crónica oncológica podem apresentar perturbações emocionais como a depressão e a ansiedade, uma vez que os mecanismos psicológicos influenciam os mecanismos de perceção da dor¹.

O aumento de dor pode ser proporcional à progressão de doença. Estima-se que os doentes em fase de doença avançada e progressiva apresentem uma dor moderada a intensa em 60-90% dos casos.

A dor pode ser aliviada em 70-85% dos doentes. Contudo, a maioria dos doentes refere alcançar um controle adequado do quadro algico². De acordo com a revisão da literatura, na Europa Ocidental e na América do Norte, a dor oncológica tem estreita relação com os transtornos psiquiátricos.

Segundo Barbosa e Julião (2011)³, a depressão em cuidados paliativos é um dos problemas psicossociais com alta prevalência e, muitas vezes, é sub-diagnosticada, sub-tratada e compreendida como tarefa médica de grande complexidade.

Na doença oncológica, a dor é quase sempre inevitável. Estima-se que dois terços dos doentes com cancro avançado sentirão dor. A dor é o sintoma mais frequente e surge em 50% dos doentes em qualquer estágio da doença, e 70% nos doentes com doença avançada e progressiva.

Muitos doentes com cancro avançado referem ter mais do que um tipo de dor. Neste sentido, é necessário proceder a uma avaliação rigorosa da dor para que o tratamento seja adequado. A dor pode ser aliviada em 70-85% dos doentes.

Para o controlo de dor, é desejável que as intervenções sejam múltiplas e diversas, possibilitando uma melhor resposta à analgesia e atuando em simultâneo na diminuição do impulso nociceptivo, com o objetivo de alterar os processos de transmissão e de interpretação da sensação dolorosa, e estimular o sistema supressor de dor.

A psico-oncologia é uma área de intervenção importante no tratamento do doente oncológico e família (cuidadores). Neste campo de interface entre a psicologia e a oncologia, utilizam-se procedimentos e estratégias que podem ajudar o doente e os seus familiares a lidarem com este

acontecimento de vida, a promover uma melhor adesão aos tratamentos e a prevenir ou tratar o *distress*⁴.

Métodos

O estudo é quantitativo, descritivo e correlacional, e o seu objetivo principal foi avaliar a correlação da intensidade de dor com os níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva.

A amostra é constituída por 106 doentes oncológicos atendidos sequencialmente em consulta de primeira vez na Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E de Lisboa.

Critérios de inclusão: doentes com doença oncológica avançada e progressiva, referenciados para a consulta da dor pelo médico assistente; idade igual ou superior aos 18 anos; sem comprometimento cognitivo; capazes de ler e compreender os questionários sociodemográficos e os instrumentos de avaliação aplicados pela pesquisadora; aceitando participar no estudo, após terem lido e assinado o consentimento informado. Foram selecionados doentes oncológicos com doença avançada e progressiva (paliativos), através da referência médica e verificação no processo clínico do doente de informação clínica que comprova a evolução da doença oncológica.

Critérios de exclusão da amostra: doentes com dor oncológica com doença estável; menores de 18 anos de idade; apresentando algum comprometimento cognitivo; com patologias psiquiátricas graves; muito sonolentos por «abuso de medicação»; incapazes de compreender os questionários sociodemográficos e os instrumentos de avaliação aplicados pela autora.

O instrumento utilizado para a avaliação da ansiedade e da depressão foi a versão original da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983⁵, e validada para versão portuguesa⁶. Os valores da escala são cotados para cada subescala (ansiedade e depressão): 0-7 – ausência de sintomatologia; 8-10 – sintomatologia considerada leve; 11-14 – sintomatologia considerada moderada; 15-21 – sintomatologia considerada severa.

A escala numérica de dor consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Nesta escala, o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação «Sem dor» e 10 à classificação de «Dor máxima» (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica foi assinalada pelo doente na folha de registo.

Análise estatística

O estudo implicou medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios padrão), e estatística inferencial.

Para testar as hipóteses formuladas utilizou-se, como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância (α) \leq 0,05. No entanto, as diferenças significativas para um nível de significância (α) \leq 0,10 também foram devidamente comentadas. Nas hipóteses em que se compararam dois grupos, utilizou-se o teste t de Student. Nas hipóteses em que se compararam mais de dois grupos, utilizou-se o teste Anova One-Way. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias, foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se verificaram, foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis. Nesta situação, para facilidade de interpretação, apresentaram-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias. Nas situações em que a dimensão das amostras era superior a 30, aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita, usou-se o teste t de Student ou a Anova One-Way com a correção de Welch. Utilizou-se ainda o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson.

A análise estatística foi efetuada com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows.

Resultados e discussão

Participaram neste estudo 106 doentes (56,6% do sexo feminino) com idade entre os 22 e os 88 anos (média de 60,8 anos), e 54,7% tinham concluído o 1.º ciclo de escolaridade (Quadro 1).

Os coeficientes de correlação entre a ansiedade e a dor, e entre a depressão e a dor, são positivos e estatisticamente significativos, embora fracos ($r = ,283$) ou muito fracos ($r = 0,192$). Estes valores sugerem que à medida que aumenta a dor, aumentam concomitantemente os níveis de ansiedade e depressão.

A média da intensidade de dor encontrada neste estudo foi de 38% para a dor moderada.

No que diz respeito ao género, as mulheres apresentaram maiores índices de dor do que os homens (5,08 vs. 4,15), e, mesmo não sendo estatisticamente significativos ($t(104) = 1,662$, $p = ,100$), estes resultados vão de encontro com as hipóteses encontradas na revisão da literatura.

Os níveis de ansiedade são mais elevados no género feminino do que no género masculino (11,12 vs. 9,22), sendo a diferença estatisticamente significativa, ($t(104) = 2,427$, $p = ,017$).

Os níveis de depressão são mais elevados no género feminino do que no género masculino (10,12 vs. 9,26), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, ($t(104) = 0,882$, $p = ,380$).

Quadro 1. Características clínicas da amostra

	n	%
Localização primária do cancro		
– Cabeça-pescoço/ORL	20	18,9
– Gastrointestinal	14	13,2
– Ginecológico	16	15,1
– Mama	19	17,9
– Outros	17	16,0
– Pulmão	7	6,6
– Urológico	13	12,3
Tempo de diagnóstico		
– < 1 ano	17	16,0
– 1-2	27	25,5
– 2-4	30	28,3
– 5-7	15	14,2
– 8-10	1	,9
– > 10 anos	16	15,1
Metástases		
– Não	18	17,0
– Sim	62	58,5
– Desconhece	26	24,5
Tratamento efetuado		
– Cirurgia	60	56,6
– Quimioterapia	70	66,0
– Radioterapia	60	56,6
– Braquiterapia	3	2,8
Medicação dor	100	94,3
Apoio psicológico	23	21,7
Apoio psiquiátrico	25	23,6
Medicação psiquiátrica	44	41,5

A amostra obtida para este estudo foi composta, maioritariamente, por participantes casados e em união de facto (63,2%). Os restantes participantes eram solteiros (13,2%), divorciados (15,1%) e viúvos (6,6%). Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (4,73 vs. 4,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,131$, $p = ,896$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos solteiros/viúvos/divorciados (9,92 vs. 9,65), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,263$, $p = ,793$. A ansiedade foi mais elevada para os participantes casados e em união de facto (10,46 vs. 9,97), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = -0,588$, $p = ,558$.

A literatura revela falta de consenso entre os estudos sobre dor e estado civil, o que nos faz refletir que são necessários mais estudos específicos sobre este tema.

Neste estudo, a relação entre o estado civil com a intensidade da dor e com os níveis de ansiedade e depressão não foi estatisticamente significativa.

No presente estudo, 50,0% dos participantes encontravam-se reformados e apenas 9,4% exerciam uma atividade laboral, a tempo inteiro ou parcial.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos do ativo e mais baixos nos sujeitos reformados (5,17 vs. 4,38), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,663$, $p = ,533$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos não ativos e reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,43 vs. 9,61), contudo a diferença não é estatisticamente significativa, $F(2, 103) = 0,298$, $p = ,743$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos reformados e mais baixos nos sujeitos ativos (10,28 vs. 7,94), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Em relação à localização primária do cancro, a mais frequente nesta amostra foi o cancro de cabeça, pescoço e ORL com 18,9% e o cancro da mama com 17%, sendo o menos frequente o cancro do pulmão com 6,6%.

Os doentes com cancro do pulmão apresentaram mais dor do que os doentes com cancro urológico. A ansiedade foi mais elevada nos doentes com cancro gastrointestinal, sendo menos elevada nos doentes com cancro urológico. A depressão foi mais elevada nos doentes de cabeça e pescoço/ORL.

Em relação às metástases, dos 106 participantes do estudo, 58,5% dos doentes possuíam metástases, 24,5% desconheciam a sua existência e 17,0% não possuíam metástases.

A intensidade de dor e de ansiedade foi maior nos doentes que não tinham metástases, e os índices de depressão foram mais elevados nos doentes com metástases. Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos sem metástases (4,50 vs. 4,10), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -,531$, $p = ,397$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos sem metástases (10,83 vs. 10,02), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = -0,751$, $p = ,455$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com metástases (10,02 vs. 8,78), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(78) = 0,924$, $p = ,358$.

Neste estudo, verificou-se que não existe correlação entre dor, ansiedade e depressão, e a presença de metástases. Alguns autores como Ciaramella e Poli (2001)⁷, Mystakidou, et al., (2006)⁸ e Carvalho (2010)⁹ referem, nos seus estudos, a existência de correlação entre estas variáveis e, como esta evidência não foi verificada neste estudo, estes dados contraditórios podem ser alvo de futuras investigações nesta área.

O tratamento oncológico baseia-se em 3 modalidades principais, cirurgia, radioterapia e quimioterapia. No presente estudo, obtivemos 66% dos doentes que fizeram quimioterapia, 22% dos doentes fizeram os 3 tipos de tratamentos (cirurgia, quimioterapia e radioterapia).

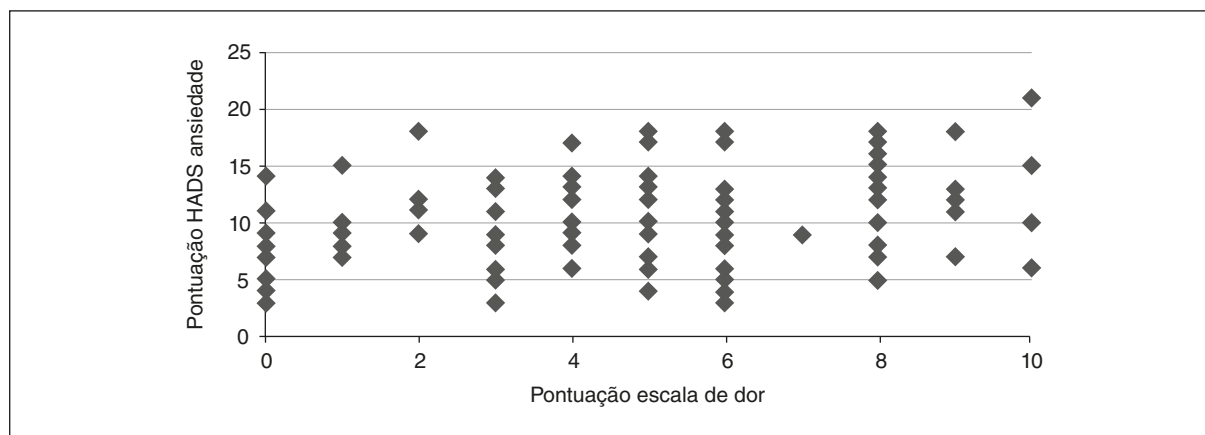


Figura 1. Gráfico pontuação HADS ansiedade vs. pontuação escala de dor.

A dor, ansiedade e depressão surgem com valores mais elevados nos doentes que fizeram quimioterapia. Da amostra deste estudo, encontramos 94,3% dos participantes que já tinham sido medicados para a dor pelos seus respetivos médicos assistentes; apenas 5,7% dos participantes não tomavam nenhum medicamento para o alívio de dor. A dor, ansiedade e depressão foram mais elevadas em doentes que tomavam medicação para a dor, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos.

Estes resultados demonstram que mesmo os doentes medicados para a dor continuavam a apresentar dor moderada, o que pode indicar-nos a dificuldade ainda existente em se tratar a dor de forma adequada pelos profissionais de saúde. De acordo com Fernando (2004)¹⁰, a dor moderada ou intensa ocorre em 30% dos doentes com cancro a receber tratamento antineoplásico, e em 60-90% dos doentes com cancro avançado e incurável. O alívio de dor é um direito do doente oncológico, apesar de ser impossível muitas vezes conseguirmos um alívio de dor completo, podemos minimizá-la e aumentar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos que tomam medicação para a dor (4,79 vs 3,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $z = 1,425$, $p = ,154$.

Os participantes deste estudo que faziam medicação psiquiátrica (antidepressivos e ansiolíticos) foram 41,5%.

A dor ($p = ,019$) e a depressão ($p = ,065$) apresentaram índices mais elevados e estatisticamente significativos. Estes dados mostram a associação entre dor e depressão, em doentes medicados com psicofármacos, sendo que sabemos que estes medicamentos podem ser coadjuvantes no alívio de dor, tendo em conta o seu tempo de atuação (1-2 semanas), ou dependendo das doses dos ansiolíticos.

Os participantes deste estudo, com apoio psicológico, foram de 21,7%, sendo que os índices de dor ($M = 4,87$), ansiedade ($M = 12,04$) e

depressão ($M = 12,04$) foram mais elevados nesta população do que nos doentes que não tinham apoio psicológico, embora os dados não fossem estatisticamente significativos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (4,870 vs 4,63), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(104) = 0,356$, $p = ,722$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (12,04 vs. 9,81), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,374$, $p = ,019$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psicológico (10,04 vs. 9,11), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,585$, $p = ,011$.

Os diversos modelos de intervenção psicológica são técnicas não farmacológicas utilizadas no alívio de dor. A técnica mais utilizada devido à sua eficácia é a terapia cognitiva-comportamental. A intervenção psicológica tem como objetivo promover uma readaptação do doente ao seu meio, permitindo auxiliar com intervenções específicas em relação às incapacidades físicas, funcionais e emocionais.

Em relação ao apoio psiquiátrico, obtivemos 23,7% dos participantes do estudo, sendo que a dor, ansiedade e depressão foram mais elevadas.

Podemos concluir neste estudo que os doentes que recebiam apoio psiquiátrico mostraram índices de ansiedade ($p = ,005$) e depressão ($p = 0,011$) mais elevados e estatisticamente significativos.

Os níveis de dor são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (5,56 vs. 4,41), sendo a diferença estatisticamente significativa, $z = -1,799$, $p = ,072$.

Os níveis de ansiedade são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (12,28 vs. 9,68), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,878$, $p = ,005$.

Os níveis de depressão são mais elevados nos sujeitos com apoio psiquiátrico (11,92 vs. 9,07), sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(104) = 2,581$, $p = ,011$ (Figs. 1, 2 e Quadro 2).

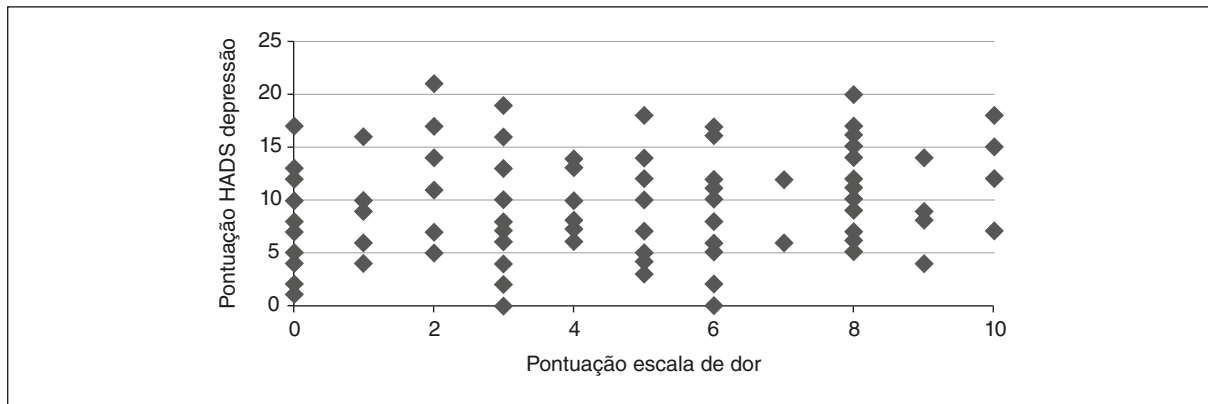


Figura 2. Gráfico pontuação HADS depressão vs. pontuação escala de dor.

Quadro 2. Correlação entre dor e ansiedade/depressão		
	Coefficiente correlação Pearson	
	Coefficiente	p-value
Ansiedade vs. dor	0,283	0,003*
Depressão vs. dor	0,192	0,048†

*p ≤ ,01; †p ≤ ,05.

Conclusão

Apesar de fracas, podemos concluir a existência de correlações significativas: uma correlação entre a dor, ansiedade e depressão. Estas correlações podem estar sobrepostas, independentes e dependentes entre si, sendo parte de um complexo quadro clínico e singulares vivências subjetivas.

O doente oncológico com cancro avançado e incurável apresenta uma complexidade de sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais.

A dor oncológica é o sintoma físico que engloba, na sua generalidade, os aspetos acima citados e acompanha os doentes e suas famílias no fim de vida, exigindo cuidados especializados e devendo ser tratada.

Os componentes psicológicos são muito estudados nesta população de doentes, e a revisão da literatura revela controvérsias entre a correlação dos níveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão. No presente estudo, apesar de termos encontrado correlação entre dor, ansiedade e depressão, mesmo sendo uma correlação fraca em termos estatísticos, comprovamos a maioria das hipóteses colocadas.

Os resultados deste estudo deixam em aberto muitos pontos que podem sugerir futuras pesquisas neste campo de intervenção. Em estudos

futuros, seria importante ter um número maior de participantes, assim como a aplicação de outros instrumentos que nos fornecessem dados estatísticos sobre os mecanismos de *coping* e a qualidade de vida dos doentes. Outro ponto que não foi estudado neste trabalho foi o facto do doente ter ou não suporte social, aspeto muito importante no alívio do *distress* em situações de crise, no apoio nos cuidados e na administração adequada da medicação, reduzindo o mal-estar do doente em relação a muitas variáveis envolvidas na doença oncológica.

Bibliografia

1. Pais Ribeiro JL. Introdução à psicologia da saúde. Coimbra: Edições Quarteto. 2005.
 2. Coniam SW, Diamond A. Controlo da dor crónica. Lisboa: Climepsi Editores. 1999.
 3. Barbosa A, Julião, M. Depressão em cuidados paliativos: Prevalência e avaliação. *Ata Med Port.*2011;24(S4):807-18.
 4. Coelho MO. A dor da perda da saúde. In: Camon VAA (org.), *Psicosomática e Psicologia da dor.* São Paulo: Pioneira. 2001;69-92.
 5. Zigmond AS, Snaith P. The hospital anxiety and depression scale. *Ata Psychiatric Scand.* 1980;67:61-70.
 6. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine.* 2007;12(2): 225-37.
 7. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology.* 2001;10(d):156-65.
 8. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahnos L. "Psychological Distress of Patients with Advanced Cancer: influence contribution of pain severity and pain". *Cancer Nursing.* 2006;5(vol. 29):400-5.
 9. Carvalho MS. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Intensidade da dor, níveis de ansiedade e depressão em doentes oncológicos. Universidade de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2010.
 10. Fernando J, et al. *Enfermagem oncológica.* Coimbra: Sinais Vitais. 2004.
- Direção-Geral da Saúde. Portugal – Doenças Oncológicas em números. Lisboa: Ministério da Saúde/DGS: Direção de Serviços de Informação e Análise. 2013.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ª Ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed. 2002.

Aqui na Dor, Aquém do Prazer

Inês Oliveira

Resumo

O prazer e a dor são fenómenos de enorme complexidade que determinam estados corporais e emocionais, bem como o comportamento. Ambos assumem particular relevância na saúde mental dos indivíduos, no estudo da dor crónica e na interação entre estas disciplinas. Neste artigo apresenta-se uma reflexão sobre a vivência de prazer no corpo com dor, considerando as comorbilidades psiquiátricas mais comuns, depressão e ansiedade.

Palavras-chave: Prazer. Dor. Depressão. Ansiedade. Corpo.

Abstract

Pleasure and pain are complex experiences that guide bodily and emotional states as well as behavior. Both are particularly relevant to the individuals' mental health, to chronic pain, and to their interaction. This paper presents a reflection on experiencing pleasure within a painful body, taking into account the most common psychiatric comorbidities: depression and anxiety. (Dor. 2015;23(2):38-40)

Corresponding author: Inês Oliveira, ines.oliveira@hgo.min-saude.pt

Key words: Pleasure. Pain. Depression. Anxiety. Body.

O prazer e a dor são fenómenos complexos que dizem respeito a todos os indivíduos, independentemente do género, idade ou cultura. São importantes motivadores do comportamento e formam um par indissociável, fundamental no equilíbrio interior homeostático¹.

Definir o prazer é uma tarefa complexa que vários autores tentaram já concretizar. Uma definição particularmente eloquente foi sugerida no início do século XX, por um psicólogo francês, Théodule Ribot (1910)², que considerou o prazer «um acontecimento psicológico *sui generis*, simples, indefinível, irredutível a qualquer outro, como o som, a cor, que cada um conhece através da sua própria experiência» (p.131).

O prazer é essencial no entendimento de como as interações do Homem com outros e com o envolvimento promovem a saúde ou criam a doença, e é fundamental para a manutenção de comportamentos de saúde nos indivíduos³. Podem ser diversas as situações promotoras de prazer. Por exemplo, num estudo com 625 participantes, White & Dolan (2009)⁴ constataram que atividades ao ar livre, ver televisão, rezar e

meditar, relaxar, ingerir alimentos, socializar, ou praticar desporto são atividades diárias descritas como particularmente prazerosas. É também largamente reconhecida a disposição básica do Homem para obter prazer em experiências associadas à natureza, talvez por esta ser muito rica e estimulante do ponto de vista sensorial. Destacam-se elementos como o desfrute de vistas agradáveis, cheiros, sons e sensações táteis⁵. A fruição de estímulos sensoriais é fundamental para o bem-estar e para o equilíbrio, permite uma gratificação imediata e, tal como outras experiências de prazer, serve como elemento motivacional para manter a procura de sensações positivas⁶. Por outro lado, existem evidências de que o afeto positivo e os sentimentos de prazer podem agir como amortecedores perante experiências de afeto negativo e *distress* psicológico⁷.

As experiências de prazer incluem uma componente motivacional e outra relacionada com a satisfação. Desta forma, distingue-se o prazer antecipatório, que ativa os processos motivacionais, influenciando o comportamento de procura de estímulos prazerosos e que leva a um desejo de repetição, do prazer consumatório, relacionado com o impacto hedónico dos estímulos e ligado à satisfação ou à resolução de um desejo⁷.

Com base nestes dados, constata-se que o prazer está relacionado com afetos positivos e é promotor de saúde mental.

Hospital Garcia de Orta, EPE
Psicomotricista do Serviço de Psiquiatria
com colaboração na Unidade de Dor
E-mail: ines.oliveira@hgo.min-saude.pt

Por seu turno, a dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como uma experiência multidimensional desagradável que envolve uma componente sensorial e outra emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão⁹. A dor crónica, em particular, não tem qualquer benefício e implica diversas consequências para o indivíduo, tais como alterações cognitivas, interocetivas e do sono, incapacidade e perturbações depressivas e de ansiedade¹⁰.

Verifica-se, frequentemente, que a experiência desagradável de dor leva a um evitamento de situações sentidas como ameaçadoras. Desta forma, inibe o comportamento exploratório, conduz ao isolamento social e à perda da qualidade de vida. O Modelo Medo-Evitamento¹¹, um dos mais utilizados na explicação da cronificação da dor músculo-esquelética, ilustra esta dinâmica. Propõe que a cinesiofobia (medo da dor, do movimento ou de nova lesão) gera catastrofização da dor, aumentando os níveis de hipervigilância a possíveis sinais de ameaça, resultando assim em incapacidade, depressão e síndrome de desuso¹². Em relação a esta última, destaca-se o impacto da mesma sobre os sistemas cardiovascular e músculo-esquelético decorrente da atividade física diminuída e a sua relação com uma menor tolerância à dor¹¹.

Se atentarmos às definições de prazer e dor, verificamos que ambos constituem dimensões altamente subjetivas da experiência humana. Aliás, é comum constatar que, tanto num caso como no outro, situações semelhantes são vividas com níveis de intensidade diferentes entre indivíduos e em momentos distintos.

De uma forma geral, o movimento encontra-se associado ao prazer. No início de vida, a relação com o mundo é assegurada pela sensorialidade e pela ação, e todo o desenvolvimento do Homem ocorre guiado pelo prazer. É o caso das reações circulares primárias descritas por Piaget, que ocorrem no primeiro estágio do período sensorio-motor (desde o primeiro ao quarto mês e meio de vida). A sua principal característica é manter e redescobrir um resultado casual de uma ação não intencional¹³. A repetição do gesto acontece na medida em que provoca prazer funcional e na qual os comportamentos são generalizáveis e aperfeiçoáveis, suportando assim o desenvolvimento da ação intencional dirigida ao meio.

A dor afeta a relação do indivíduo com o seu corpo, ao modificar a perceção e a consciência corporal¹⁴. Este facto tem implicações na forma como os sujeitos lidam com a dor e na incapacidade que desta decorre. Na dor crónica, o movimento fica profundamente comprometido, tal como se verifica na síndrome do desuso, já referida a propósito do modelo Medo-Evitamento. Estes dados levam a uma reflexão acerca de quão limitada fica a pessoa com dor crónica no acesso a experiências de prazer e acerca da

forma como pensa e sente o seu corpo. De facto, observa-se comumente na prática clínica a desvalorização, a insatisfação e o desinvestimento corporal, expressos pelos pacientes.

Face ao quadro vivido pelos doentes com dor crónica, e conforme foi já referido, a depressão e a ansiedade são comorbilidades comuns. Entre os diversos mecanismos que estão na base desta realidade apresentam-se, de forma sumária, alguns destes aspetos, os quais estão relacionados com a vivência do corpo.

Nas perturbações depressivas, o corpo torna-se compacto, sem fluidez e é experienciado como pesado, opressivo e rígido. Coloca resistência às intenções e impulsos do sujeito, pelo que este tem dificuldade em identificar-se com o seu próprio corpo¹⁵. Um aspeto central nos estados depressivos é a perda de sensibilidade ao prazer, denominada anedonia¹⁶. Neste quadro, existe menos disponibilidade para a fruição de experiências de prazer, e até aquelas que anteriormente eram significativas passam a ser sentidas com indiferença. Esta incapacidade de apreciar e fruir de experiências prazerosas induz um decréscimo de vivências associadas ao bem-estar, contribuindo para que a experiência corporal seja pouco rica em aspetos positivos e, consequentemente, diminuindo a evocação de memórias associadas ao prazer e bem-estar.

Segundo Rey, et al (2010)¹⁷ existe um padrão geral de hiporesponsividade emocional em sujeitos com elevados níveis de anedonia física (relacionada com as experiências sensoriais), em que o défice na capacidade de experienciar emoções positivas está associado à diminuição da intensidade do prazer. Outros dados empíricos corroboram esta ideia, demonstrando a associação entre a anedonia física e social, e as características da experiência emocional, designadamente a diminuição da intensidade de afeto positivo perante estímulos e a baixa ativação relativamente a emoções positivas¹⁸.

A ansiedade, por sua vez, coloca o indivíduo focado no seu corpo, num estado de alerta. A falta de confiança no corpo e o medo de possíveis ameaças conduzem frequentemente a uma amplificação somatossensorial. Palpitações, suores, tremores, dificuldade em respirar, parestesias, náuseas, sensação de tontura, entre outros sintomas, podem ser experienciados como ameaçadores para a própria vida. Desta forma, verifica-se um aumento de comportamentos de segurança em doentes com elevado nível de ansiedade, estando estes relacionados com pensamento catastrófico e não com a intensidade da dor¹⁹. O foco no corpo com dor, associado à sintomatologia ansiosa, fecha o indivíduo numa sensação permanente de insegurança, fragilidade e falibilidade, levando também a uma experiência corporal pouco diversificada.

A dor pode atuar como um evento *stressor*, provocando um desequilíbrio homeostático e uma ativação do sistema nervoso simpático¹⁴.

Tendo em conta que indivíduos anedônicos relatam maiores níveis de ansiedade e depressão⁷ e que a aptidão para manter a capacidade hedônica tem um efeito protetor face ao *stress* crónico²⁰, parece crucial refletir com maior profundidade sobre a importância das experiências de prazer na saúde mental e, em particular, no paciente com dor crónica.

Face à dor, faz sentido que o confronto com o corpo próprio seja evitado. Todavia, a elaboração dos sentimentos negativos em relação ao corpo pode ser melhorada através da «observação e escuta» dos estados corporais, a par com a reestruturação das representações associadas. Para além disso, a consciência ou o acesso imediato às sensações permite o ajustamento do comportamento através dos mecanismos de constante tomada de decisão, no sentido da homeostasia.

Mehling, et al.²¹ definiram a consciência corporal como a consciência sensorial que é originada a partir dos estados fisiológicos do corpo (incluindo dor e emoções), ações (incluindo movimento) e funções, como um processo interativo que inclui a avaliação pessoal e é moldada por atitudes, crenças e experiência no seu contexto social e cultural. As terapias de mediação corporal têm um papel privilegiado no trabalho destes fenómenos. A psicomotricidade, em particular, permite ao paciente entrar em contacto com o seu próprio corpo e a sua sensorialidade, descobrindo e experienciando as principais funções psicomotoras. Desta forma, num contexto de prazer e bem-estar, o sujeito vivencia e reflete sobre as relações entre movimento, emoção e personalidade, e experiencia a passagem da pura sensação à representação mental, condição indispensável à atividade psíquica.

Assim, o corpo que sente dor aqui e o prazer além pode alcançar o equilíbrio, modulando estas distâncias. Se a dor não pode ser colocada além, talvez o prazer possa ser vivido aqui.

Bibliografia

1. Leknes S, Tracey I. A common neurobiology for pain and pleasure. *Nature Reviews Neuroscience*. 2008;9(4):314-20.
2. Ribot T. *Problèmes de psychologie affective*. Paris: Félix Alcan. 1910.
3. Phoenix C, Orr N. Pleasure: A forgotten dimension of physical activity in older age. *Social Science & Medicine*. 2014;115:94-102.
4. White MP, Dolan P. Accounting for the Richness of Daily Activities. *Psychological Science*. 2009;20(8):1000-8.
5. Eisenberger R, Sucharski IL, Yalowitz S, et al. The motive for sensory pleasure: enjoyment of nature and its representation in painting, music, and literature. *Journal of Personality*. 2010;78(2):559-637.
6. Oishi S, Schimmack U, Diener ED. Pleasures and subjective well-being. *European Journal of Personality*. 2011;15(2):153-67.
7. Putnam KM, Pizzagalli DA, Gooding DC, Kalin NH, Davidson RJ. Neural activity and diurnal variation of cortisol: Evidence from brain electrical tomography analysis and relevance to anhedonia. *Psychophysiology*. 2008;45(6):886-95.
8. Gard DE, Gard MG, Kring AM, John OP. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: a scale development study. *Journal of Research in Personality*. 2006;40:1086-110.
9. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Retirado a 13 de agosto, 2015, de: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-ador/a-dor/13-o-que-e-a-dor>.
10. Simons LE, Elman I, Borsook D. Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;39:61-78.
11. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
12. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007;30(1):77-94.
13. Cabral SV. *Psicomotricidade Relacional-prática clínica e escolar*. Rio de Janeiro: Revinter. 2001.
14. Moguillansky CV. Chronic pain and disturbances in body awareness. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2012;7(1):26-37.
15. Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009;22(6):570-5.
16. Loas G. *A Anedonia. A insensibilidade ao prazer*. Lisboa: Climepsi Editores. 2006.
17. Rey G, Jouvent R, Dubal S. Schizotypy, Depression, and Anxiety in Physical and Social Anhedonia. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(7):695-708.
18. Kerns JG, Docherty AR, Martin EA. Social and physical anhedonia and valence and arousal aspects of emotional experience. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008;117(4): 735-46.
19. Tang NK, Salkovskis PM, Poplavskaya E, Wright KJ, Hanna M, Hester J. Increased use of safety-seeking in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(12):2821-35.
20. Vrieze E, Claes SJ. Anhedonia and increased stress sensitivity: two promising endophenotypes for major depression. *Current Psychiatry Reviews*. 2009;5(3):143-52.
21. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE*. 2009;4(5):e5614.