
Dor: a hidra de sete cabeças

Vera Araújo-Soares*, Margarida Figueiredo**, Equipa de Dor***

Resumo

O artigo aqui apresentado pretende dar uma panorâmica da diversidade das situações dolorosas apresentadas pelos utentes de uma consulta de dor. Apresenta-se uma lista das patologias que causam dor, distinguem-se diferentes tipos de dor e identificam-se factores de agravamento e recuperação. Casos de dor aguda e dor crónica são diariamente atendidos por esta equipa. Os casos de dor crónica, pelos maiores custos em termos pessoais, familiares e sociais que acarretam e pela maior prevalência de factores psicossociais associados à manutenção desta condição, são mais exigentes na abordagem diagnóstica e na proposta de medidas terapêuticas.

Palavras-chave: Dor; Diagnóstico; Tratamento.

I - CONSULTA DE DOR DO HOSPITAL DE GUIMARÃES – Importância de uma equipa multidisciplinar

A consulta da dor surge em 1995. A história da sua criação prende-se com uma reflexão cuidada acerca do

fenómeno da dor e das ramificações teóricas e práticas nele envolvidas, integrando a contribuição de novas conceptualizações teóricas. Desta análise surgiu a constatação da necessidade de uma intervenção multidisciplinar.

Na consulta de dor estão presentes diferentes tipos de dor. As especialidades presentes nesta consulta são: Anestesiologia; Neurologia; Medicina física e reabilitação; Ortopedia; Psiquiatria; Psicologia; Outras especialidades...

Na tentativa de abordar e compreender o fenómeno de dor de uma forma funcional e holística, ou seja, sem perder o sujeito como um todo (bem maior do que a soma das partes), a avaliação é multidisciplinar e inclui a colaboração de muitos profissionais. A psicologia e psiquiatria participam na avaliação cuidada dos diferentes factores envolvidos nos casos de dor crónica e a estas especialidades deverão juntar-se outras consoante a problemática apresentada, pertencendo à Anestesiologia a direcção da consulta e a gestão do espaço físico.

A presença de vários profissionais alarga a possibilidade de análise como um todo dos problemas, permite encontrar soluções mais criativas, envolvendo vontades e clarificando dúvidas. Nem sempre é fácil o diálogo, a tolerância é regra de ouro; mas

*Universidade do Minho, Braga.

**Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Marcos, Braga.

***Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

a valorização dos aspectos psicológicos na dor surge do acumular da experiência de todos os profissionais.

O comentário: "...Consulta pesada..." espelha a dificuldade em lidar com as reacções emocionais à doença, grave, mutilante, mortal, sentida e partilhada pelos profissionais da consulta.

II - TIPOS DE DOR NA CONSULTA DE DOR DE GUIMARÃES

No Quadro 1 estão descritos os tipos de patologias oncológicas, às quais este serviço pretende dar resposta. Assim verifica-se que 91,1% da amostra apresenta dor oncológica. Desta percentagem 5% apresentam patologia pulmonar; 8% dos sujeitos apresentam cancro na mama; 9% na cabeça e no pescoço; 9% hepato-pancreática; 11% ginecológica; 14% urológica; 14% colo-rectal; e 31% gástrica.

Quanto à dor não oncológica (Quadro 2) os resultados revelam que 7% se referem à dor do membro fantasma; 14% a dores musculo-esqueléticas; 14% a lombo-ciatalgias; 21% apresentaram nevralgia pós-Herpes Zoster; e 43% dor do nervo trigémio.

Quanto aos tipos de analgesia efectuados (Quadro 3), estes variam bastante quanto aos casos apresentados, e também têm apresentado alterações ao longo dos anos que esta consulta tem prestado serviço. Assim, no ano de 1995 a percentagem de analgesias por morfina endovenosa foi de 4%, depois em 1996 subiu para 7%,

Quadro 1 - Dor Oncológica (91,1% da amostra)

Pulmonar	5%
Mama	8%
Cabeça-pescoço	9%
Hepato-pancreática	9%
Ginecológica	11%
Urológica	14%
Colo-rectal	14%
Gástrica	31%

Quadro 2 - Dor Não Oncológica (8,9% da amostra)

Membro Fantasma	7%
Musculo-esqueléticas	14%
Lombo-ciatalgias	14%
Nev.Pós Herpes Zoster	21%
Nev. Trigémio	43%

Quadro 3 - Tipos de Analgesia

	1995	1996	1997	1998
	%	%	%	%
Morfina EV	4	7	5	6
Morfina SC	7	28	34	32
Morfina IP	7	7	10	8
Morfina oral	15	11	8	12
Bl. Nervos periféricos	20	35	28	30
Epidural lombar	47	12	4	7
Paravertebral	—	—	11	5

EV - endovenosa; SC - subcutânea; IP - intrapleural

no ano de 1997 voltou a descer para 5%, e em 1998 passou para 6%. Quanto à morfina subcutânea em 1995 a percentagem foi de 7%, em 1996 de 28%, em 1997 de 34%, e em 1998 de 32%. Em relação à analgesia intra-

pleural a percentagem em 1995 e 1996 foi de 7% passando a 10% em 1997, e em 1998 a 8%. A morfina oral foi de 15% em 1995, de 11% em 1996, de 8% em 1997 e 12% em 1998. Os bloqueios dos nervos periféricos foram utilizados em 1995 em 20% dos casos, em 1996 foram utilizados em 35% dos casos, em 1997 foram utilizados em 28% dos casos e em 1998 em 30% dos casos. A analgesia epidural lombar foi utilizada em 1995 em 47% dos casos, em 1996 em 12% dos casos, em 1997 em 4% dos casos e em 1998 em 7% dos casos. Em 1997 iniciou-se a ministração da analgesia paravertebral em 11% dos casos e em 1998 decresceu esta ministração para 5%.

Quanto à distribuição dos doentes por ambulatório ou internamento (Quadro 4) os resultados revelam que: em 1995 uma percentagem muito semelhante de sujeitos era seguida que em ambulatório (54%) quer em internamento (46%); em 1996 uma maioria dos sujeitos era seguida em ambulatório (64%); em 1997 esta disparidade acentuou-se verificando-se que apenas 30% dos sujeitos se encontravam a usufruir dos serviços de internamento; em 1998 esta tendência reforçou-se verificando-se apenas 28% dos sujeitos em internamento.

Quanto à frequência da consulta esta aumentou ao longo dos anos, com um ligeiro decréscimo em 1997 (Quadro 5). Assim em 1995 o número de primeiras consultas era de 114 e o de segundas de 356. Em 1996 aumentou para um número de primeiras consultas de 127 e o de segundas de 1506. Em 1997 decresceu e o número

Quadro 4 - Doentes em Ambulatório e em Internamento

	1995	1996	1997	1998
Ambulatório	54%	64%	70%	72%
Internamento	46%	36%	30%	28%

Quadro 5 - Frequência da Consulta

	1995	1996	1997	1998
1 ^{as} Consultas	114	127	102	146
2 ^{as} Consultas	356	1506	2163	2718

de primeiras consultas passou para 102 tendo aumentado o número de segundas consultas (2163). O ano de 1998 estes dados aumentaram. As primeiras consultas passaram a apresentar um número de 146 e a de segundas consultas aumentou para 2718.

Em conclusão pode dizer-se que ao longo dos anos foi aumentando o número de sujeitos abrangidos por esta consulta. O número de segundas consultas aumentou o que nos revela a importância atribuída por esta equipa à necessidade de fazer um seguimento cuidado dos casos. Muitos são os tipos de patologias causadoras de dor abrangidas e nestas encontramos as benignas e malignas. A especialidade de anestesiologia representa um papel importante, contudo, é de ressaltar o facto de a percentagem de procedimentos invasivos ter vindo a decrescer anualmente. Este resultado encontra-se intimamente relacionado com as contribuições da equipa. A percentagem de pessoas em internamento também decresceu ano a ano

o que parece indicar que o nível de funcionamento individual aumentou, permitindo um seguimento em ambulatório. A psiquiatria e a psicologia apresentam uma contribuição, também decisiva, para estes resultados.

2.1 - Duração

Existem diferentes tipos de dor, sendo a distinção entre "dor crónica" e "dor aguda" uma das mais importantes (Fordyce & Steger, 1979). Na dor aguda, uma lesão identificada leva à dor. Depois de tratada, dá-se uma diminuição da ansiedade e da dor, aumentando o sentido de controlo e ocorrendo uma recuperação total. Durante este episódio de dor aguda, o sujeito apresenta comportamentos de dor. Contudo, como a sua duração é curta, esta dor encontra-se mais ligada ao seu estímulo nociceptivo, revelando-se menos vulnerável a aprendizagens e condicionamentos. Deste modo, as mudanças de estilo de vida que se possam observar não são permanentes.

Na dor crónica, a ausência de resposta ao tratamento e a sua persistência provoca um aumento da ansiedade e da tensão associadas à dor, o que pode implicar uma consequente perda de sentido de controlo e esperança. A dor crónica persiste por um longo período de tempo (6 meses), os comportamentos sintomáticos continuam a ocorrer e, assim, estão mais sujeitos a fenómenos de aprendizagem e condicionamento. Para além disso, a cronicidade leva muitas vezes a grandes alterações no estilo de

vida, nas actividades e nos relacionamentos sociais do indivíduo que sofre. Ao longo do tempo, há uma cada vez maior implementação de comportamentos de dor, em prejuízo dos comportamentos saudáveis. Segundo Fordyce e Steger (1979), quando o *déficit* cessa, o regresso a um comportamento saudável pode tornar-se uma "tarefa gigantesca".

A incidência de dor crónica na população em geral varia muito, especialmente quando nos dirigimos a problemas específicos como lombalgias, cefaleias, dor abdominal ou facial, mas esta diferença pode dever-se mais aos métodos distintos de quantificação utilizados do que à verdadeira incidência destas problemáticas (Brattberg, Thorslund & Wikman, 1989). Os autores referidos estimam que apenas um ou dois terços destes pacientes são submetidos a programas de "lidar com a dor". Mesmo numa equipa multidisciplinar de uma clínica de dor, em que o doente é submetido a uma triagem constante, pode não ser valorizado o peso da interacção social entre o paciente e o profissional, que interfere nos resultados e, em última análise, nos dados estatísticos obtidos.

Nas definições que possamos dar de dor crónica não podemos deixar de apontar o facto de que existe uma evolução de um estado de dor aguda para um estado de dor crónica.

2.2 - Características da Dor e sua Avaliação

Uma vez que o fenómeno da dor

é algo de tão complexo, ou não fosse eminentemente subjectivo, surge a questão de saber quais as características ideais de um instrumento de avaliação. Durante muitos anos, os investigadores tentaram encontrar um instrumento que nos desse uma medida fiel da dor sentida pelo sujeito ao induzir um estímulo num determinado local do corpo (sem provocar grandes alterações histológicas), eliminando os "exageros" nos relatos da dor. Esta medida deveria ainda permitir avaliar as propriedades sensoriais e discriminativas da dor, como a intensidade, a localização, a duração, bem como as características motivacionais e emocionais, incluindo factores como a ansiedade, o medo, a depressão, a aversão e o grau de desconforto. Gracely diz que uma medida de dor ideal deverá ser pouco específica para permitir medições clínicas e experimentais de dor, tornando possível efectuar comparações entre tipos de dores (1983).

No exame clínico de doentes com patologia discal ou osteoartrítica é importante possuir um método simples e rápido para medir a dor. Apesar da natureza multidimensional da dor, a abordagem mais utilizada no caso da avaliação da dor continua a ser unidimensional (Ogon *et al.*, 1996). A Escala Visual Analógica (EVA, Fig.1) é, para esta abordagem, o instrumento de eleição. Esta escala é constituída por uma linha com um determinado tamanho, que separa limites extremos do fenómeno da dor, sendo os indivíduos instruídos a indicar, marcando um ponto nessa li-

Escala Visual Analógica (EVA):



Fig. 1 - Escala Visual Analógica

nha, a intensidade da dor percebida. A EVA é apresentada como uma simples linha horizontal, sem subdivisões ou números. O tamanho deste tipo de escala é crítico: escalas de 10 a 15 cm produzem menos erros do que escalas de 5 ou 20 cm (Seymour *et al.*, 1985). Esta escala deve ser reproduzida com muita fidelidade, de modo a que o número de centímetros seja o correcto, e em cada um dos pólos deverão incluir-se as palavras "sem dor" até "pior dor possível". Na base da construção deste instrumento está a concepção de que apenas os pacientes podem avaliar a intensidade ou gravidade da sua própria dor. No entanto, filosoficamente, é questionável que uma pessoa possa de facto avaliar a sua própria dor. Esta medida tem sido descrita como um instrumento simples, robusto, sensível, capaz de ser reproduzido e que possibilita que o paciente expresse a gravidade da sua dor de forma numérica (Huskisson, 1983 in Skevington, 1995). Huskisson (1983) argumenta que é a uniformidade desta escala a razão da sua sensibilidade face à mudança.

A maior crítica que é feita a esta medida é a sua natureza unidimensional. Os seus defensores referem que a EVA encara erroneamente a dor como um fenómeno unitário, usual-

mente em termos de intensidade da dor. No entanto, a dor é altamente complexa, constituindo-se como uma experiência multifacetada possuindo dimensões linguísticas discerníveis (Melzack, 1975). Durante muito tempo, os investigadores preocuparam-se com o estudo da quantidade da dor, utilizando para tal escalas EVA e esquecendo-se de investigar as múltiplas qualidades da dor (Reading, 1983). Numa tentativa de dar resposta a esta questão, algumas escalas EVA tentam fazer a distinção entre as características da intensidade da dor sensorial e as características desagradáveis da dor afectiva. Também a validade destas escalas tem sido questionada quando comparada com escalas categoriais.

Contudo, mesmo as escalas verbais não se encontram isentas de criticismo. Assim, estas assumem erroneamente (Skevington, 1995) intervalos iguais entre os pontos da escala e, em comum com muitas outras medidas em psicologia, impõem os conceitos de quem desenvolveu a medida, uma vez que a linguagem e as categorias podem não ser significativas para os sujeitos que vão ser avaliados. Resta-nos verificar se, no futuro, este tipo de medida terá tanta aceitação como as escalas EVA. Estas parecem estar a evoluir para a integração da intensidade da dor no nível de limitação acarretado por esta, o que parece promover uma maior compreensibilidade na avaliação, com características atraentes de pragmatismo.

Em conclusão, as medidas subjectivas de relato da dor são essenciais

para que qualquer avaliação possa ser considerada compreensiva e por questões práticas, muitas destas medidas vão continuar a ser utilizadas. O uso de mais de uma medida parece ser aconselhável de modo a que se possam controlar as várias desvantagens de cada uma.

III - LEGITIMIDADE DE QUALQUER DOR

Os critérios biológicos estritos, assim como os exclusivamente psicopatológicos deixam de fora enormes quantidades de doentes com queixas dolorosas. Exames físicos ou complementares negativos ou incipientes, ou situações diagnosticadas com distúrbios de personalidade ou distúrbio de ansiedade introduzem na avaliação que o profissional faz da dor do seu paciente um dado subjectivo desvalorizador desta. Ou seja, admitindo embora que a dor existe e é sentida, deixa de ser uma dor como as outras. Se a dor de uma fractura é legítima, compreensível e aceitável sem reservas, tal como o é a dor da perda afectiva num processo de luto, outras dores de etiologia biológica menos clara ou a que se associam traços e sintomas característicos – neuroticismo, dependência, imaturidade, somatização, hipocondria,... na sua persistência vão sendo progressivamente desvalorizadas. E não só pelos familiares, amigos e colegas, mas também pelos próprios profissionais de saúde, confrontados com a sua impotência e com a falência dos mais diver-

sos meios de alívio do sofrimento.

É importante reabilitar o direito ao tratamento de um tipo de dor que pode parecer menos intensa, mais inócua e cuja causa se percebe como mais nebulosa, e que para o seu tratamento implica o envolvimento de vários profissionais de saúde.

IV - FACTORES PSICOSSOCIAIS E DOR

Nos desenvolvimentos recentes observados na conceptualização da dor crónica é ponto assente a importância dos factores psicossociais na manutenção da dor. Já em 1959 Beecher destacara a importância dos componentes psicológicos da dor, enfatizando a importância do processamento da informação de dor pelo Sistema Nervoso Central e acreditando que este poderia ter uma influência importante no modo como cada pessoa experienciava a dor.

Nas últimas décadas têm-se diferenciado múltiplas variáveis psicossociais associadas à dor crónica. Entre estas encontram-se o *locus* de controlo, a expectativa de sofrer dor, as crenças individuais, os estilos de *coping*, a família, a cultura, estados de depressão, de ansiedade, o sentido de auto-eficácia, bem como os ganhos secundários que esta desordem pode implicar. Seguidamente, será apresentada uma resenha que incidirá sobre os factores psicossociais mais importantes para a compreensão da dor crónica.

4.1 - Mecanismos Operantes e de Aprendizagem Social

As crenças acerca da doença são baseadas em experiências passadas e na transmissão cultural e social de crenças e expectativas. A pertença a determinados grupos étnicos influencia a forma como se percebe, categoriza, responde e comunica a presença de determinados sintomas, tal como a eleição dos profissionais de saúde e o tipo de tratamentos recebidos (Mechanic, 1978, in Sanders, 1996). Muitos autores notaram especificamente a importância de factores sócio-culturais nas crenças e respostas individuais face à dor (Lipton & Marbach, 1984), verificando-se ainda que estas também interferem na forma como a família e os grupos sociais respondem à doença e interagem com os pacientes. Actualmente existe um acordo geral quanto ao facto de os comportamentos de dor poderem ser adquiridos através da observação e modelagem. Assim, os sujeitos podem aprender formas de resposta que anteriormente não se encontravam no seu repertório comportamental. Bandura (1969 in Sanders, 1996) descreveu e documentou o papel importante da aprendizagem através da observação.

As investigações desenvolvimentais quanto à aprendizagem social revelam que as crianças adquirem atitudes e comportamentos através da observação dos outros. Assim mecanismos de aprendizagem social encontram-se na base da aquisição de atitudes acerca da saúde e cuidados

de saúde, da percepção dos sintomas e processos fisiológicos, bem como de respostas apropriadas face a ferimentos e doenças (Sanders, 1996). O modo como as crianças aprendem atitudes resulta da observação dos pais e do ambiente social que rodeia a reacção face aos vários sintomas com que vão contactando no seu dia-a-dia. Esta observação pode ter um valor de sobrevivência. Parece poder concluir-se que as expectativas e as respostas comportamentais face a estímulos nociceptivos são, pelo menos parcialmente, baseadas nas histórias anteriores de aprendizagem. Este factor constitui-se como um dos que parece contribuir para a marcada variabilidade observada nas respostas face a graus semelhantes de patologia física.

Uma das abordagens comportamentais que explora a aprendizagem social das respostas de dor é a teoria dos "Mecanismos de Aprendizagem Operante". Já em 1913 Collie discutia os efeitos dos factores ambientais na modelagem da experiência de pessoas com dor (*in* Sanders, 1996). Este pensamento foi desenvolvido mais tarde, aquando da conceptualização da dor como um comportamento (Fordyce & Staeger, 1979), descrevendo-se o papel dos factores operantes na dor crónica. Todos os comportamentos de dor são observáveis e, como tal, encontram-se subordinados aos princípios de aprendizagem. Este ponto de vista operante refere que os comportamentos de dor aguda podem também ocorrer sob o controlo de contingências externas (reforço) e, como tal, levar ao aparecimento de

uma condição de dor crónica. Estes comportamentos podem ser reforçados positiva e directamente através de respostas de atenção por parte do (a) esposo (a) ou dos profissionais de saúde. Os comportamentos de dor podem ainda ser mantidos através do evitamento de estímulos nocivos, do uso de drogas, de comportamentos de descanso e do evitamento de actividades pouco desejadas como o trabalho. Adicionalmente, os comportamentos saudáveis podem não ser reforçados. Chega-se então a um ponto no qual os comportamentos de dor, iniciados por factores orgânicos, podem passar a ocorrer como resposta a acontecimentos reforçadores, ganhando "vida própria". Desta forma, as respostas de dor podem persistir muito tempo após a causa inicial ter sido resolvida ou consideravelmente reduzida. Neste modelo explicativo o ponto fulcral é a função comunicativa do comportamento dor (Sanders, 1996).

Este modelo estimulou inúmeras investigações que, ao longo do tempo, apresentaram um vasto número de dados comprovativos. Deste modo, alguns autores demonstraram que determinados comportamentos de dor (mais especificamente a inactividade) podiam ser diminuídos e os comportamentos saudáveis aumentados (ex: actividade física) através do reforço verbal, com ou sem *feedback* e com o estabelecimento de uma prática gradual de actividade física (Cairns & Pasino, 1977, *in* Sanders, 1996).

As implicações práticas deste modelo foram variadas, num momento

em que pouco ou nada havia para oferecer, a não ser pôr em prática o modelo biomédico. Tendo por base este modelo conceptual, a intervenção foca-se na extinção de comportamentos de dor e no reforço positivo de comportamentos saudáveis.

Contudo, este modelo não está isento de críticas, uma vez que encara os factores psicológicos como reacções secundárias à estimulação sensorial, não os considerando como factores directamente envolvidos na percepção da dor "per se". Tem ainda sido criticado por apresentar um foco exclusivo nos comportamentos sintomáticos de dor, bem como pelo facto de não considerar os aspectos emocionais e cognitivos envolvidos na dor crónica. Acrescenta-se a estas críticas o facto deste modelo não preconizar uma intervenção a nível da experiência subjectiva de dor. Não podemos esquecer que, num deserto de possibilidades de intervenção, esta forma de conceptualização cumpriu a sua função e abriu um caminho para a intervenção psicológica.

De seguida vamos abordar o fenómeno ansiedade, bem como os comportamentos de evitamento que esta acarreta, uma vez que parecem desempenhar um papel importante em termos da manutenção da dor crónica.

4.2 - Ansiedade e Dor

Quanto à relação entre ansiedade e dor, os dados existentes fazem-nos prever que a antecipação da ocorrência de um estímulo que possa provocar dor aumenta o estado de ansieda-

de (ansiedade antecipatória). Este estado de ansiedade aumentado pode exacerbar a percepção da dor. As atitudes, crenças e outro tipo de cognições relacionadas com o valor, enquanto ameaça de determinado acontecimento futuro, possuem certamente uma grande influência no facto do agente desencadeador de *stress* envolver ou não a percepção de dor. Sternbach (1986) foi um dos primeiros investigadores a tomar consciência de que a percepção de dor é idiossincrática. Assim sendo, a dor pode ser considerada como um fenómeno com características cognitivas, na medida em que atribuímos um determinado significado à dor por nós sentida. Este autor refere-se também ao aspecto comportamental da dor, referindo que este se pode observar quer a nível celular (em termos neuronais) quer a nível de comportamento aberto, observável e mensurável. Os aspectos psicofisiológicos da dor são também importantes para Sternbach (1986). Em coerência com as ideias da "Gate Control Theory".

Algumas técnicas de redução da dor envolvem a redução da ansiedade. Contudo, apesar do controlo e da redução de ansiedade serem vistas como meios de reduzir a dor, o relacionamento exacto da dor com a ansiedade não é completamente compreendido. Muitos estudos revelam dados contraditórios, sabendo-se que num estado de elevada ansiedade, como aquele que surge em batalha, a percepção da dor é menor (Beecher, 1959; Weisenberg, 1987).

O comportamento de evitamento

encontra-se muito relacionado com a ansiedade antecipatória. A ansiedade relacionada com o medo do aumento da dor provoca, invariavelmente, a apresentação de comportamentos de evitamento. De seguida, vamos abordar os comportamentos de evitamento, bem como as suas implicações.

4.2.1 - Os Comportamentos de Evitamento na Manutenção da Dor Crónica

Recentemente, a investigação tem-se preocupado em delinear o papel que o medo e os comportamentos de evitamento desempenham a nível da manutenção da dor. Os artigos inicialmente escritos sobre o tema por Fordyce e Staeger (1979) descreviam como determinados comportamentos associados à dor (ex: evitamento, rosto transtornado, limitações a nível da actividade física) são mantidos por uma larga variedade de reforços negativos (ex: permissão para evitar determinadas responsabilidades indesejáveis). Também um grande número de teóricos cognitivo-comportamentais (Philips, 1987a; Vlaeyen *et al.*, 1995) propôs que os comportamentos de evitamento, apesar de nascerem de uma motivação inata para reduzir o desconforto, bem como dos pensamentos de que a actividade irá produzir dor e sofrimento, levam a um ciclo vicioso caracterizado por uma reduzida auto-eficácia, por medo e mais evitamento/limitação. Este ciclo é mantido pela redução da ansiedade através do evitamento de actividades indesejáveis ou temidas.

Em geral, as investigações nesta

área têm apoiado as considerações teóricas efectuadas acerca deste tema. Aquilo que se verifica é que, como resposta a lesões agudas, o comportamento de evitamento é adaptativo (Wall, 1979, *in* Philips, 1987a). Um indivíduo sob dor tende a evitar estimulação e, deste modo, reduz as suas actividades físicas. Estas mudanças no comportamento promovem a cura dos tecidos durante o período inicial de recuperação. Porém, no caso da dor crónica, o comportamento de evitamento persiste mesmo depois de a cura dos tecidos estar efectuada. A extensão destes comportamentos de evitamento torna-se um índice importante de ajustamento à doença, podendo ser um sinal de estratégias de *coping* inexistentes ou inadequadas.

Podem identificar-se vários tipos de evitamento, tais como: o evitamento da estimulação, do movimento, da actividade, das interações sociais e das actividades de lazer (Philips & Hunter, 1981; Anciano, 1986, *in* Philips, 1987a; Philips & Jahanshahi, 1986). Em casos de dores crónicas nas costas, verifica-se que muitos destes sujeitos se encontram deitados durante 30% do seu tempo activo (Follick *et al.*, 1985, *in* Philips, 1987a). Deste modo, o componente de evitamento é o mais proeminente dos comportamentos de dor. No entanto, existem poucas provas de que o comportamento de evitamento promova a redução da dor crónica, quer a curto quer a longo prazo.

A longo prazo, constata-se que o comportamento de evitamento pode ser negativo. Se o evitamento fosse

instrumental na redução da dor, os níveis médios de dor deveriam diminuir à medida que o evitamento aumentava, mas os níveis de intensidade da dor mantêm-se surpreendentemente estáveis e crescem dessincronizadamente com o comportamento de dor. Os comportamentos de evitamento encontram-se associados a um sentido de auto-controlo reduzido, podendo tornar as pessoas que assim sofrem derrotistas a curto prazo e ineficazes a longo prazo.

Elevações na frequência de comportamentos de evitamento revelam subidas nos níveis de ansiedade, aumentando a frequência destes. A percepção de auto-eficácia e de auto-controlo diminuem e os sentimentos de desespero do desânimo aprendido podem levar ao aparecimento de estados depressivos.

4.3 - Depressão e Dor Crónica

Estima-se que a depressão seja um distúrbio de humor bastante comum em pessoas que apresentam dor crónica, embora as estimativas de incidência variem muito (Romano & Turner, 1985). Quanto à frequência do estado depressivo em pessoas com dor crónica, os resultados de muitos estudos revelam que a frequência deste estado em pacientes com dor crónica varia entre 31 e 100% (Romano & Turner, 1985), observando-se que valores encontrados entre os 50 e os 65% constituem a norma (Flor *et al.*, 1987). Alguns investigadores sugerem que parte desta variabilidade pode ser explicada devido às diferentes me-

didadas usadas nos diversos estudos efectuados neste âmbito.

A relação entre depressão e dor parece ser mediada por outros conceitos relacionados com esta, como o de "desânimo aprendido" e as "atribuições de causalidade". As investigações efectuadas no campo do *locus* de controlo, atribuições e distorções cognitivas estimularam um importante debate acerca da aplicação destes conceitos para a compreensão da depressão. O desânimo aprendido foi um conceito formulado em termos atribucionais por Abramson, Seligman e Teasdale (1978, *in* Skevington, 1995), sendo entendido como o resultado de uma forma habitual de pensamento, que faz com que a interpretação dos acontecimentos predisponha algumas pessoas para se sentirem desanimadas e deprimidas. O desânimo afectaria a sua motivação para escapar a situações desagradáveis, interferindo na sua capacidade de sentir e pensar, bem como nas suas emoções. Os sintomas do desânimo aprendido apresentam muitas semelhanças com o quadro psicopatológico da depressão, sendo algumas das características comuns: a passividade, a reduzida auto-estima, a tristeza, a agressividade e a diminuição de apetite. Algo que é central no conceito de desânimo aprendido é a noção de que as pessoas que apresentam sentimentos desta natureza sentem ter perdido qualquer controlo sobre os acontecimentos negativos que se verificam nas suas vidas. Esta teoria prevê que pessoas que se tornam desanimadas depois de um acontecimento aver-

sivo, como o aparecimento de dor, mais facilmente olharão para este fenómeno como algo impossível de ser controlado. Além disso, as pessoas que se encontram num estado de desânimo e depressão mais facilmente farão um conjunto de atribuições, tais como: auto-culpabilização (atribuições causais internas), em vez de culparem os outros pelo que está a suceder (externa); crença de que a dor irá afectar todas as áreas da sua vida (atribuição global) e não apenas uma pequena área (específica); e crêem na persistência da sua condição (atribuição estável) em vez de acreditarem que esta vai desaparecer completamente (instável). Contudo, fazer atribuições incontroláveis, internas, estáveis e globais não causa por si só depressão. A depressão acontece quando um determinado acontecimento desagradável é vivenciado, tendo como uma das características principais o fracasso (Skevington, 1995).

Autores como Barnett e Gotlib (1988) defendem a ideia de que, para além do estilo atribucional, existem outros construtos psicossociais que diferenciam pessoas com dor crónica que apresentam um estado de depressão de pessoas que não o apresentam. Assim, acreditam na existência de diferenças a nível de atitudes disfuncionais, do suporte social, do ajustamento marital, do estilo de *coping* e da personalidade. Deste modo, a teoria atribucional pode ser apenas uma das explicações possíveis para o aparecimento de uma reacção depressiva.

Muitos estudos investigam o relacionamento existente entre dor e de-

pressão. Rudy, Kerns e Turk (1996) investigaram no sentido de saber se a experiência de dor crónica é uma condição suficiente para o desenvolvimento de um estado de depressão. Ao questionarem a existência desta relação causal, descobriram que não existe uma ligação directa entre dor e depressão. Aumentos na gravidade da dor prevêm grandes interferências na vida do sujeito e uma diminuição do auto-controlo e estas duas dimensões, conjuntamente, encontram-se relacionadas com aumentos nos níveis de depressão no futuro. Deste modo, um aumento na intensidade da dor é apenas indirectamente afectado pela depressão. As interferências na vida do sujeito e a diminuição no seu sentido de auto-controlo explicavam 68% da variância da depressão. Consequentemente, estes autores propuseram um modelo cognitivo-comportamental de mediação da relação entre depressão e dor.

Surgem estudos noutros domínios científicos que estabelecem uma relação bastante profunda entre depressão e dor crónica. Alguns trabalhos observaram que estes dois fenómenos possuem vias biológicas semelhantes (Ruoff & Michigan, 1996). Os neurotransmissores serotonina e norepinefrina encontram-se implicados quer na percepção da dor quer na patogénese da depressão. O apoio para esta teoria vem das observações efectuadas em casos de dor crónica, nos quais se verifica que a transmissão da dor é mediada por mecanismos serotoninérgicos, além de que em casos de dor crónica (dor neuropáti-

ca periférica, cefaleias, dor facial, dor reumática, etc.) tratados com antidepressivos que actuam a nível destes dois neurotransmissores os resultados são eficazes.

4.4 - Sofrimento e Dor: Paralelismos e Idiossincrasias

Cassel (1982) observou que o sofrimento acontece quando a pessoa se apercebe da sua possível destruição ou dano. Esta percepção tende a persistir depois do desaparecimento da ameaça ou até que a pessoa consiga restabelecer o sentido de integridade. Os acontecimentos com o poder de causar este tipo de ameaça são situações como: a falta de poder sobre os acontecimentos do dia a dia, o desânimo aprendido, o desespero, a tortura, a perda do trabalho de toda a vida, a agonia física, o isolamento... Quanto maior a perda maior se crê ser o sofrimento. Mas este fenómeno depende muito do significado atribuído à perda. Um exemplo pode apresentar-se a nível das diferenças encontradas entre a perda de um ente distante e a perda de uma figura significativa.

O sofrimento também envolve a qualidade unicamente humana de antecipar as consequências de determinados acontecimentos. Este poder permite que as pessoas "ruminem" acerca das suas capacidades e objectivos diminuídos, antecipando ansiosamente um *stress* prolongado, e contemplando a possibilidade de incapacidade e, em algumas patologias, de desfiguramento físico (Craig, 1983). Importantes processos de acti-

vação emocional ocorrem quando se antecipa o aparecimento de uma dor severa.

O ambiente social ou o contexto das sensações pessoais é algo que também interfere nas crenças acerca do sofrimento pessoal (Twaddle, 1980). Deste modo, uma teoria social dedicada à compreensão do sofrimento como uma consequência da dor deveria incluir as normas sociais e culturais que influenciam esta interpretação.

O sofrimento pode seguir-se a uma perda funcional, como a dificuldade crescente de mobilidade em determinadas patologias discais, o que, por sua vez, se constitui como um factor desencadeador de *stress*. Como parte do papel de doente, espera-se que as pessoas com doença sofram. Todas estas normas sociais implícitas podem constituir-se como um fardo (Skevington, 1995). Assim, manifestações comportamentais de sofrimento podem constituir-se como compromissos entre o sofrimento efectivamente sentido pela pessoa e aquele que os contextos onde esta se move esperam que manifeste (Wortman & Silver, 1989).

Pode concluir-se que o simples conhecimento das bases neuro-anatómicas, neuro-fisiológicas e neuro-bioquímicas da sensação de dor se manifesta insuficiente para a compreensão individual dos seus significados, bem como do valor que lhes pode ser atribuído como experiência de vida. Este conhecimento também não é o bastante para a antecipação da expressão fenomenológica das emoções

e sentimentos dominantes numa determinada pessoa, sendo insuficiente para que se possa orientar o processo de assistência e alívio da pessoa que sofre. Estes pressupostos apresentam implicações a nível do "cuidar" do doente, uma vez que o alívio da dor e do sofrimento implicam uma avaliação e intervenção dirigidas ao todo biopsicossocial do indivíduo que sofre (McIntyre, 1995).

4.5. - *Locus* de Controlo e Atribuições Causais

À capacidade de discernimento quanto às causas internas ou externas de uma doença dá-se o nome de atribuições causais. Estas encontram-se intimamente relacionadas com o *locus* de controlo (o facto de atribuímos o aparecimento de uma determinada doença a uma causa dependente de nós vai interferir no *locus* de controlo). O questionar das causas é tanto maior quanto maiores forem as perdas, quer funcionais quer relacionais e sociais (Weiner, 1985). A investigação acerca do modo como as pessoas fazem atribuições acerca daquilo que lhes acontece tem sido extensivamente estudada sobre o conceito de "*locus* de controlo" (Turk, 1996). Dentro deste conceito pode distinguir-se *locus* interno e externo. Verifica-se que a doença crónica afecta profundamente as crenças pessoais acerca do controlo da saúde, verificando-se que nestes casos o *locus* de controlo evolui no sentido da externalidade (*sorte ou outros poderosos*). As crenças acerca do controlo na dor influenciam o com-

portamento da pessoa durante o tratamento, bem como a sua predisposição para a procura de tratamentos alternativos (Skevington, 1995). Desta forma, o *locus* de controlo percebido tem sido aceite como uma variável mediadora no caso da dor crónica. Por sua vez, estas crenças parecem encontrar-se muito relacionadas com as estratégias de *coping*.

Geralmente afirma-se que todas as pessoas são capazes de distinguir entre duas causas diferentes para o aparecimento de uma doença: internas ou externas. As explicações internas de uma determinada doença podem referir-se à hereditariedade e predisposição, enquanto as explicações baseadas em algo externo à pessoa se baseiam em "forças do mal" (um demónio ou uma bruxa) ou "elementos perigosos", como micróbios (Stacey, 1988). Estas explicações para o seu estado de saúde são geradas e mantidas pelo debate de ideias entre paciente e terapeuta. Contudo, algumas pessoas parecem não procurar causas para a sua dor. Num estudo efectuado em 1983 com 55 homens que sofriam de artrite reumatóide, constatou-se que uma pequena porção desta amostra (n=8) não era capaz de encontrar uma causa para o seu estado. Estas pessoas possuíam características que as distinguem da restante amostra, nomeadamente uma reduzida saúde mental, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e hostilidade (Lowery, Jacobsen & Murphy, 1983). Contudo, a maior parte das pessoas doentes encontra-se muito activa na procura de uma causa para a doença, questionan-

do-se constantemente acerca das razões e tentando fazer atribuições de causalidade.

No caso da doença crónica (cujo principal sintoma, na maior parte das vezes, é a dor crónica), verifica-se que esta afecta profundamente as crenças pessoais acerca do controlo da saúde. Usualmente, quem sofre de uma condição crónica apresenta um *locus* de controlo externo, acreditando que a *sorte* ou os *outros poderosos* (como médicos) desempenham um papel muito importante no aparecimento e evolução da sua condição física (Skevington, 1983).

Hoje em dia, sabe-se que as crenças acerca do controlo da dor influenciam o comportamento da pessoa durante o tratamento, bem como a sua predisposição para a procura de tratamentos alternativos. Deste modo, o *locus de controlo percebido* tem sido demonstrado e aceite como uma variável mediadora básica quer na dor crónica quer na dor aguda. Os programas de intervenção na dor têm colocado um grande ênfase no envolvimento activo do paciente, para que este possa atingir um elevado grau de controlo sobre a sua dor. Inúmeros estudos laboratoriais indicam que quando os pacientes possuem controlo sob a estimulação de dor são mais capazes de reduzir o *stress* e aumentar a tolerância à dor. Bowers (1968) defende que o sentimento de falta de controlo aumenta a ansiedade, o que resulta numa maior percepção de dor sob *stress*. Staub e col. (1971 *in* Weisenberg, 1987) relacionaram o controlo com a previsibilidade. A incerteza

aumenta a ansiedade, o que leva a uma diminuição na tolerância à dor. As crenças acerca do controlo encontram-se muito relacionadas com os estilos de *coping*. Autores como Phillips e Jahanshini (1985) referem que a dor depende em grande parte do estilo de *coping* do indivíduo.

O contexto e o ambiente social também desempenham um papel vital na alteração do *locus* de controlo. Um exemplo disto foi encontrado por Craig e Best (1977). Estes investigadores observaram que a percepção e avaliação da dor se encontram profundamente afectadas pela forma como as outras pessoas reagem à dor. Os Hospitais são ambientes que facilitam o desenvolvimento de um *locus* de controlo externo. Dadas as suas características, constata-se que são cada vez mais as pessoas a olhar-se como incapazes de lidar com a sua doença (Skevington, 1995). Deste modo, se no início falávamos no *locus* de controlo como uma dimensão da personalidade, a verdade é que este parece não possuir a estabilidade requerida para ser considerado como tal, o que não diminui a sua importância fundamental.

Em suma, muitas questões ainda prevalecem quanto ao *locus* de controlo na saúde. O facto de este poder ser dividido em três dimensões ortogonais (interno, sorte e "outros poderosos") faz com que as combinações sejam múltiplas, não se sabendo muito bem qual a combinação ideal em casos de doença. Desta forma, será necessário um aprofundamento da investigação para que se possa che-

gar a uma conclusão plausível, capaz de integrar os diversos pontos de vista, bem como os dados já existentes.

Não esquecendo todos os dados apresentados, parece poder concluir-se que a dimensão de *locus* de controlo não possui a estabilidade necessária para ser denominado como uma dimensão da personalidade. Contudo, apresenta-se como um conceito importante no domínio da dor crónica.

4.6 - *Coping* e Dor

A auto-regulação da dor, bem como o seu impacto na vida dos sujeitos, dependem das formas específicas encontradas por estes para lidar com a dor, se ajustarem a esta e reduzirem ou minimizarem a dor e o desconforto, por outras palavras, das suas estratégias de *coping*. O *coping* manifesta-se através de actos empregues espontânea e intencionalmente, podendo ser algo avaliado em termos de comportamentos abertos e cobertos (ou encobertos). Nas estratégias de *coping* observáveis abertamente, podem contar-se o descanso, a medicação e o uso de relaxamento, ao passo que as estratégias de *coping* cobertas incluem várias formas de distração, de pensamentos positivos acerca da certeza da diminuição da dor, de procura de informação e de resolução de problemas. Nem todas as estratégias usadas são adaptativas e vice-versa. Acredita-se que as estratégias de *coping* actuam quer pela alteração da percepção da intensidade da dor quer pela capacidade de lidar ou tolerar a dor, permitindo a continuação da rea-

lização das actividades do dia-a-dia (Turk *et al.*, 1983).

Na investigação do *coping* relacionado com a dor, os cientistas consideram o episódio de dor como o *stressor* primário e descrevem a forma como o indivíduo lida com esta. Contrastando com os conceitos estreitamente relacionados com a dor, há noções teóricas que se focam em processos de *coping* mais globais, incorporando outros *stressores* e não apenas a dor (Lazarus & Folkman, 1984; Gentry, 1984). Este ponto de vista parece ser de facto o mais sensível, uma vez que os sintomas de dor não são, necessariamente, as principais preocupações do sujeito.

Muitas investigações têm sido realizadas neste campo e as conclusões destes estudos revelam que as estratégias de *coping* activas (esforços para continuar a funcionar apesar da dor, por exemplo, através de estratégias de distração) se encontram associadas a um funcionamento adaptativo, ao passo que as estratégias de *coping* passivas (tais como depender dos outros para ter ajuda no controlo da dor, bem como a restrição das actividades) se encontram relacionadas com maiores níveis de dor e depressão (Turk, 1996). Contudo, ainda não há evidências quanto ao valor diferencial das diversas estratégias de *coping* activas, não se sabendo qual a mais eficaz (Fernandez & Turk, 1989 *in* Turk, 1996). Parece mais provável que diferentes estratégias de *coping* sejam mais eficazes para um determinado indivíduo em circunstâncias específicas, não possuindo todas necessariamente o mesmo

valor para todos os indivíduos e na mesma fase. As estratégias de *coping* divididas *a priori* em categorias adaptativas e desadaptativas levam ao não reconhecimento de que um comportamento de *coping* específico pode ser eficaz numa determinada situação e não ser apropriado numa outra. Parece existir uma tendência para favorecer um determinado ideal de *coping*, caracterizado por esforços de *coping* activos e "ofensivos" e por um nível elevado de controlo da dor. Turner e colaboradores (1987) referem que as provas empíricas indicam que os pacientes com dor crónica tendem a empregar poucas estratégias de *coping* focadas no problema, percebendo o controlo sobre a dor como sendo muito baixo.

Um vasto número de estudos tem demonstrado que, se se instruírem sujeitos no uso adaptativo de estratégias de *coping*, a frequência e intensidade da dor diminui, ao passo que a tolerância a esta aumenta (Fernandez & Turk, 1989 in Turk, 1996). O factor mais importante num sujeito que apresenta poucas estratégias de *coping* parece ser a presença de distorções cognitivas de natureza catastrofizante. Um conjunto de investigadores (Turk *et al.*, 1983) concluiu que: "*what appears to distinguish low from high pain tolerant individuals is their cognitive processing, catastrophizing thoughts and feelings that precede, accompany, and follow aversive stimulation*" (p.197).

A investigação científica identificou muitos mecanismos cognitivos específicos utilizados para lidar com a dor crónica, tais como: a) catastrofização;

b) *coping* activo *versus* passivo (ou seja, escolher exercício físico em vez de modalidades mais passivas, tais como massagens); c) desânimo aprendido (como olhar para a situação confrontada de uma forma desesperada, sem qualquer tipo de crença de a poder alterar); d) auto-eficácia (ex. a crença de que uma pessoa pode influenciar a sua dor); e e) pensamento racional (como descrever os acontecimentos de uma forma objectiva em relação aos estímulos da dor) (Lenhart & Ashby, 1996). Muitos destes mecanismos cognitivos têm sido associados a níveis mais baixos de limitação física e a uma maior auto-estima.

Alguns estudos revelaram três estratégias utilizadas por pacientes para lidar com a doença e com a limitação física: a) confrontação (o grau de confronto activo com as exigências da dor); b) aceitação/resignação (aceitação da condição como permanente e resignação face a esta); e, c) evitamento das exigências da doença (Feifel, Strack, & Nagy, 1987). Estes estilos de *coping* foram observados em grupos com diferentes diagnósticos e não eram específicos ao *coping* com a dor. Os autores deste estudo relatam que pessoas com dor crónica tendem a apresentar menores níveis de confrontação do que pessoas com outras patologias.

Outro estudo tentou definir os estilos cognitivos gerais das pessoas com dor crónica. Flor e Turk (1996, in Turk, 1996) diferenciaram estratégias de *coping* globais e específicas para esta população, sugerindo que as estratégias de *coping* específicas e meta-

cognitivas podem interferir nos níveis de limitação física. Aquilo que os autores observaram foi que a catastrofização e o desânimo aprendido se encontram relacionados com o aumento das limitações físicas e com uma diminuição do uso de auto-afirmações de *coping*. Níveis elevados de limitação foram associados a uma diminuição a nível dos estilos de *coping*.

Uma investigação efectuada por Lenhart e Ashby (1996) tentou replicar o estudo anteriormente referido e concluiu que quer as estratégias de *coping* mais gerais quer as estratégias de *coping* mais específicas, se encontram relacionadas com a limitação. Este estudo constituiu-se como uma tentativa de analisar a contribuição independente de estratégias de *coping* cognitivas em duas medidas de limitação em pacientes com dor crónica. Os investigadores utilizaram medidas de inibição da actividade diária e do controlo percebido sobre as circunstâncias da vida, de modo a avaliar o grau de limitação física devido à dor crónica. Os resultados deste estudo apoiam as descobertas de estudos anteriores. Em termos do desânimo aprendido, verificou-se que esta estratégia parecia prever as limitações percebidas pelo paciente devido à dor e ao auto-controlo. O evitamento parecia estar relacionado com medidas de limitação física, enquanto a aceitação/resignação pareciam relacionadas com a percepção de falta de controlo sobre os acontecimentos da vida. Outros resultados, similares a estudos realizados anteriormente, revelaram que o estado de compensação

do paciente (ou seja, se o paciente recebe ou não uma compensação económica pela sua dor) estava positivamente correlacionado com a percepção de uma maior limitação física – importância dos ganhos secundários (Lenhart & Ashby, 1996).

O desânimo aprendido parece constituir-se como o fenómeno cognitivo mais robusto associado à percepção de limitação física. Este resultado é consistente com as investigações no campo da dor crónica que têm associado o desânimo aprendido com uma vasta variedade de sequelas, incluindo a limitação, a depressão e a maior utilização de recursos médicos. Em suma, este é mais um dos estudos que defende a necessidade de promover estratégias de *coping* activas entre os pacientes com dor crónica.

Em conclusão, a auto-regulação da dor, bem como o seu impacto na vida dos sujeitos, dependem das formas específicas encontradas pelos mesmos para lidar com a dor, de modo a produzir um melhor ajustamento e/ou a reduzir ou minimizar o desconforto. As estratégias de *coping* activas parecem estar associadas a um funcionamento adaptativo. Contudo, ainda não há provas quanto ao valor diferencial das diversas estratégias de *coping* activas, não se sabendo qual a mais eficaz. Parece poder concluir-se que diferentes estratégias de *coping* são mais eficazes para um determinado indivíduo em circunstâncias específicas, mas não possuem todas o mesmo valor para todos os indivíduos e na mesma fase. Contudo, o ensino e treino de estratégias de *coping*

têm dado as suas provas em termos de eficácia na redução da frequência e intensidade da dor, aumentando a tolerância.

A utilização das estratégias de *coping* encontra-se não só relacionada com as atribuições causais que fazemos da nossa doença, mas também com as crenças acerca da eficácia pessoal para a resolução de problemas, ou seja, com a auto-eficácia.

4.7- A Auto-eficácia

Bandura foi um dos primeiros autores a abordar este conceito. Este encara a auto-eficácia não como um traço de personalidade, mas, sim, como um estado psicológico passível de alteração. Uma expectativa de auto-eficácia define-se como uma convicção pessoal de que poderemos realizar com sucesso determinados comportamentos necessários numa dada situação. Assim, é esta crença individual na capacidade de realizar um determinado comportamento que vai fazer com que este seja ou não implementado. Deste modo, este construto não se pode separar da implementação de estratégias de *coping*, uma vez que, para as colocar em prática, são necessárias crenças de auto-eficácia, além das capacidades e incentivos adequados. Contudo, a maior responsabilidade de serem ou não implementadas estratégias de *coping* depende em larga medida das expectativas de auto-eficácia.

As provas iniciais de que a auto-eficácia poderia ser importante para a compreensão do fenómeno da dor

advieram de um estudo efectuado por Neufeld e Thomas (1977). Estes investigadores deram falso *feedback* de eficácia. Os resultados indicaram que os pacientes que receberam treino de relaxamento e *feedback* positivo acerca da auto-eficácia toleravam muito mais a dor do que membros de outros grupos. Uma vez que nos restantes grupos o componente de relaxamento era comum, ficou claro o papel da auto-eficácia na implementação de estratégias de *coping* para lidar com a dor. Estas crenças têm implicações directas na gestão da dor, quer aguda quer crónica (Skevington, 1995), dada a sua relação com as estratégias de *coping* implementadas. Estas estratégias, tão importantes para lidar com a dor, são mediadas pelas expectativas acerca da capacidade de gerir e controlar a dor. Mais especificamente, indivíduos com elevadas expectativas acerca da capacidade de lidar com a dor deverão ser mais capazes de implementar estratégias de *coping*, sendo mais persistentes nas suas tentativas de lidar com um estímulo doloroso e prolongado (Dolce, 1987). Desta forma, está implícito que indivíduos que acreditam serem capazes de lidar com a sua dor (auto-eficácia) tolerarão mais experiências e acontecimentos negativos e experienciarão menos *distress* durante o *coping*. São também estas pessoas aquelas que conseguem procurar mais informação acerca das diversas estratégias de *coping* existentes e persistir na utilização destas. Quando estamos perante pessoas que não acreditam nas suas capacidades de

auto-eficácia aquilo que acontece é que estas desistem facilmente, se não obtêm um sucesso imediato. De facto, num estudo por Turk, Meichenbaum e Genest (1983) sugeriu-se que a diferença entre indivíduos muito e pouco tolerantes à dor se encontraria, não no *déficit* de estratégias de *coping*, mas, sim, nas expectativas de conseguirem de facto empregar com sucesso as estratégias que possuíam. Wallston (1989) refere que crenças de auto-eficácia podem ser mais importantes na previsão dos resultados da intervenção do que o *locus* de controlo. De facto Weisenberg (1987), em estudos por si efectuados, chegou à conclusão de que um controlo inadequado da dor é mais negativo do que não possuir qualquer tipo de controlo. Verifica-se, também, que o sentimento de auto-eficácia diminui a frequência de apresentação de reacções negativas e de tensão física face a determinadas situações *stressantes*. Finalmente, aqueles que acreditam que podem controlar a sua dor têm a tendência para encarar sensações desagradáveis de uma forma positiva, ao passo que os que se sentem incapazes de a controlar não são capazes de demonstrar este tipo de reacção.

Estes factores podem ainda estar correlacionados com as cognições. Num estudo por Spanos e col. (1979 in Dolce, 1987) concluiu-se que sujeitos que apresentavam estilos cognitivos catastrofizantes experienciavam mais dor do que os sujeitos que não apresentavam este tipo de pensamentos. Assim, as crenças que um sujeito possui acerca da sua capacidade de

lidar com determinados acontecimentos desempenha um papel crucial num *coping* eficaz. Além disso, as crenças na auto-eficácia dependem muito de acontecimentos passados, bem ou mal sucedidos.

Dolce (1987), ao fazer uma distinção entre um tipo de dor mais breve e um tipo de dor aguda intensa e duradoura, que pode durar várias semanas, refere que ensinar estratégias de *coping* é apenas o passo inicial para aprender a lidar com estas duas condições. Depois desta fase, devemos providenciar a vivência de experiências bem sucedidas, de modo a melhorar a consciência pessoal acerca da auto-eficácia, permitindo um olhar positivo face às capacidades de *coping* que passam a ser encaradas como eficazes. Num terceiro estágio, os pacientes devem ser treinados a utilizar estas estratégias nas situações mais adequadas para tal. Dolce considera que baixas crenças de auto-eficácia apresentadas por pacientes com dor crónica são bastante limitativas. Este autor explica o desenvolvimento deste tipo de crenças pelos sucessivos fracassos em variados tratamentos a que estes pacientes já foram submetidos. Com o passar do tempo e a integração de variados fracassos, começa a alicerçar-se uma "aparente" verdade, bastante assustadora e desanimadora de que jamais irão voltar ao "normal" e deixar de sentir dor. Concluindo, os estudos apontam no sentido das *crenças de auto-eficácia* serem factores preditores de um *coping* eficaz com a dor.

V - SUGESTÕES PARA O DOMÍNIO DA HIDRA

Os primeiros sucessos da intervenção psicológica surgiram da impossibilidade, sentida por alguns médicos, em tratar determinados pacientes com condições de dor crónica. Estes pacientes eram enviados ao psicólogo como último recurso, o facto de não terem conseguido fazer nada por aquele paciente fazia-os crer numa dor idiopática com causa psicogénica. As armas inicialmente possuídas pela psicologia para intervir nestes casos eram eminentemente comportamentais. Actualmente reconhece-se que uma condição de dor, seja de origem orgânica ou não, pode ser alterada através da utilização de factores psicológicos. Deste modo, os métodos de intervenção e tratamento da dor têm evoluído para a inclusão de procedimentos psicológicos, adicionando este vasto conjunto de novas formas de intervir com outras formas médicas de intervenção (Horn & Munafò, 1997).

Muitos estudos examinaram a eficácia de determinadas intervenções psicológicas, tais como a terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental-operante e hipnose em casos de dor crónica heterogénea. Nestes estudos foram agrupados pacientes com uma grande variedade de queixas (lombalgias, dor nas articulações, na face, com artrite, etc). Muitos compararam intervenções cognitivo-comportamentais com grupos de controlo – lista de espera. Por exemplo, Philips (1987b), utilizando uma amostra de doentes em ambulatório,

os quais submeteu a uma intervenção cognitivo-comportamental, comparou os resultados com um grupo de controlo (lista de espera). O tratamento cognitivo-comportamental utilizava nove sessões que envolviam treino de relaxamento, estabelecimento de objectivos, redução da medicação, treino de estratégias de *coping*, aumento gradual da actividade e lidar com emoções como a ansiedade e a depressão. O estudo revelou melhoras clínicas significativas em 83% dos participantes. Mais especificamente, os pacientes demonstraram uma diminuição significativa na dimensão afectiva da dor, na depressão e nos comportamentos de evitamento. Num estudo semelhante, Puder (1988) avaliou a eficácia de um programa de intervenção cognitivo-comportamental similar com dez sessões. Nestas, enfatizava-se o *coping* com a dor, o treino de técnicas específicas para o controlo da dor e a modificação de pensamentos que exacerbam a dor. Os pacientes, com idades entre os 27 e os 80 anos, foram aleatoriamente designados para o grupo experimental e para o grupo de controlo (lista de espera). Os pacientes no grupo experimental conseguiam lidar mais eficazmente com a dor, relatavam uma menor interferência desta na sua vida quotidiana, bem como uma diminuição no consumo de medicação.

Numa tentativa de examinar a eficácia diferencial de vários tipos de técnicas, autores como Linton e Gotestam (1984) compararam o treino de relaxamento, relaxamento mais

condicionamento operante e uma condição de controlo (lista de espera). O grupo que foi submetido ao treino de relaxamento recebeu a intervenção em ambulatório enquanto o grupo submetido ao treino de relaxamento conjuntamente com o condicionamento operante recebeu a intervenção diariamente. O condicionamento operante envolvia o encorajamento de um tipo de medicação contingente ao tempo e não à dor, um aumento da actividade física, uma minimização dos comportamentos de doente e um aumento de comportamentos de saúde. Os resultados indicaram que os pacientes do grupo de intervenção melhoraram significativamente em relação ao grupo de pessoas que estavam na lista de espera. Estas mudanças observaram-se em relação à redução da medicação, medidas de actividade física e de depressão. Quanto à eficácia diferencial dos dois tipos de intervenção, verificou-se que os pacientes que receberam a intervenção constituída por treino de relaxamento e condicionamento operante mais facilmente reduziam a toma de medicação do que os pacientes que apenas foram submetidos ao treino de relaxamento. Os resultados sugerem que o treino de relaxamento era suficiente para reduzir os níveis de dor, mas para aumentar os níveis de actividade e reduzir a medicação um programa de intervenção com condicionamento operante é mais vantajoso.

Uma das críticas que não podemos deixar de fazer a este estudo é a de que as condições de ministração do

tratamento nos dois grupos de intervenção não eram homogêneas, no primeiro grupo de intervenção com um componente de relaxamento em ambulatório numa base semanal, ao passo que no segundo grupo a intervenção foi realizada diariamente. A constatação destas diferenças faz com que os resultados devam ser encarados com grande cautela, considerando-se crucial a realização de uma investigação que responda a esta crítica numa tentativa de ultrapassar as limitações deste estudo.

Outras investigações, com grupos de pacientes apresentando dor heterogênea, examinaram o impacto de uma intervenção cognitivo-comportamental em contextos multidisciplinares. Num estudo planeado de modo a que se pudesse avaliar a diferença entre uma intervenção em ambulatório e internamento, Peters e Large (1990) seleccionaram aleatoriamente os pacientes de modo a que pertencessem a uma de três condições: a) programa de intervenção multidisciplinar com a duração de 4 semanas para doentes internados; b) programa de intervenção multidisciplinar de 9 semanas para pacientes em ambulatório; c) grupo de controlo. O primeiro programa de intervenção possuía uma orientação cognitivo-comportamental e incluía treino de relaxamento, reestruturação cognitiva, distracção, aumento do exercício físico, terapia individual, gestão da medicação e reforço de comportamentos saudáveis. O programa de intervenção com doentes de ambulatório foi descrito como educacional,

apesar de terem sido debatidos conselhos para o aumento da actividade física, o estabelecimento de objectivos, gestão da medicação e do *stress* e treino de relaxamento. Os resultados indicaram que os pacientes que participaram quer num quer noutro grupo de intervenção apresentavam níveis mais elevados de bem-estar psicológico, menos comportamentos de dor, menos limitações relacionadas com a saúde e menor intensidade de dor depois da realização de exercício físico, quando comparados com o grupo de controlo. Uma das críticas que pode ser efectuada a este estudo reside no facto de as condições aparentemente não estarem bem controladas, de modo que não sabemos a que se devem na realidade os efeitos dos resultados encontrados.

Em geral, as investigações acima apresentadas sugerem que as intervenções com orientação cognitivo-comportamental são mais benéficas do que condições de controlo (lista de espera). As provas obtidas da avaliação destes estudos indicam ainda que uma intervenção multidisciplinar e mais compreensiva a nível da dor poderá levar à obtenção de melhores resultados. Contudo, este grupo de estudos apresenta algumas limitações como o facto de não descrever adequadamente as suas amostras, verificando-se que estas são bastante heterogéneas, não existindo um controlo das condições de ministração da intervenção, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos e dificulta a sua interpretação.

VI - CONCLUSÃO

Hoje em dia uma pessoa que apresente um quadro de dor crónica pode desenvolver aquilo a que se apelida de "síndrome de dor crónica". Esta caracteriza-se por uma série de limitações na vida do sujeito que, conseqüentemente, implicam um conjunto de repercussões psicossociais. É esta a hidra que se torna difícil de extinguir. Apenas fazendo uma avaliação cuidada desta condição podemos planejar uma intervenção que se dirija aos pontos fulcrais que tornam ainda mais incapacitante esta condição.

Abstract

This article aims to give a view of the diversity of the painful situations presented by patients in clinical pain consultations. A list of the pathologies that cause pain is presented, and several types of pain, aggravation and recovery factors are identified.

Cases of acute and chronic pain are observed everyday by this team.

The chronic pain cases bring higher costs in personal, familiar and social terms, and there is a higher prevalence of psychosocial factors related to this condition.

Therefore, these cases are more demanding in terms of diagnosis and therapeutic approaches.

Key-words: *Pain; Diagnosis; Therapeutic approaches.*

REFERÊNCIAS

- Barnett PA, Gotlib IH. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychology Bulletin* 1988; 104(1): 97-126.
- Beecher HK. *Measurement of Subjective Responses*. New York: Oxford University Press, 1959.
- Bowers KS. Pain, anxiety and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1968; 32: 596-602.
- Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37: 215-222.
- Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982; 306: 639-645.
- Craig KD, Best JA. Perceived control over pain: individual differences and situational determinants. *Pain* 1977; 3: 127-135.
- Craig KD. Emotional aspects of pain. In P.D. Wall and R. Melzack (Eds.). *Textbook of Pain* 1983; 153-161, 1st edn. Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Dolce JJ. Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 1987; 25(4): 289-299.
- Feifel H, Starck S, Nagy VT. Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine* 1987; 49: 616-625.
- Flor H, Turk DC. Psychophysiology of chronic pain: do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses? *Psychological Bulletin* 1989; 105 (2): 215-259.
- Flor H, Turk DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine* 1988; 11: 251-265.
- Flor H, Kerns RD, Turk DC. The role of spouse reinforcement, perceived pain and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research* 1987a; 31(2): 251-259.
- Flor H, Turk DC, Sholtz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional, and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research* 1987b; 31: 63-71.
- Fordyce WE, Steger JC. *Chronic Pain*. In O.F. Pomerleau, & J.P. Brady (Eds.) *Behavioral Medicine: Theory and Practice* pp. 125-153. Williams & Wilkins: Baltimore, 1979.
- Gentry D (Ed.). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.
- Graceley RH. Pain language and ideal pain assessment. In R. Melzack (Ed.), *Pain Measurement and Assessment*, 71-78. Raven Press: New York, 1983.
- Horn S, Munafò M. *Pain: Theory, Research and Intervention*. Open University Press, 1997.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York, 1984.
- Lenhart RS, Ashby JS. Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling* 1996; 27(4): 15-18.
- Linton SJ, Gotesdam KG. A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in regulation of chronic pain. *Br J Clin Psychol* 1984; 23: 291-299.
- Lipton JA, Marbach JJ. Ethnicity and the pain experience. *Social Science and Medicine* 1984; 19(12): 1279-1298.
- Lowery BJ, Jacobsen BS, Murphy BB. An exploratory investigation of causal thinking of arthritics. *Nursing Research* 1983; 32(3): 157-162.
- McIntyre TM. Aspectos positivos do sofrimento. In T.M. McIntyre C, Vila-Chã, *O Sofrimento do Doente: Leituras*

- Multidisciplinares*. Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos (APPOR), 125-131, 1995.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-299.
 - Neufeld RW, Thomas P. Effects of perceived efficacy of a prophylactic controlling mechanism on self-control under pain stimulation. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1977; 9 (3): 224-232.
 - Ogon M, Krismer M, Sollner W, Kanter-Rumplmair W, Lampe A. Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings. *Pain* 1996; 64: 425-428.
 - Peters JL, Large RG. A randomised control trial evaluating in- and outpatient pain management programmes. *Pain* 1990; 41: 283-293.
 - Phillips HC. Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 1987a; 25(4): 273-279.
 - Phillips HC. The effect of behavioural treatment on chronic pain. *Behavioral Research and Therapy* 1987b; 25: 365-377.
 - Phillips HC, Jahanshashi M. The effects of persistent pain: the chronic headache sufferer. *Pain* 1985; 21.
 - Puder RS. Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging* 1988; 3: 204-207.
 - Reading AE. The McGill pain questionnaire: an appraisal. In R. Melzack (ed.), *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press, 1983.
 - Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin* 1985; 97: 18-34.
 - Ruoff GE, Michigan K. Depression in the patient with chronic pain. *Journal of Family Practice* 1996; 43, 6 (Suppl): S25-S34.
 - Sanders SH. Operant conditioning with chronic pain: back to basics. In Robert J Gatchel and Dennis C Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. The Guilford Press: NY, p.112-130, 1996.
 - Seymour RA, Simpson JM, Charlton JE, Phillips ME. An evaluation of length and end phase of visual analogue scales in dental pain. *Pain* 1985; 21:177-185.
 - Skevington SM. Chronic pain and depression: universal or personal helplessness. *Pain* 1993; 15: 309-317.
 - Skevington SM. *Psychology of Pain*. Wiley & Sons. Chichester, 1995.
 - Stacey M. Lay concepts of health and illness. In M. Stacey (Ed.), *The Sociology of Health and Healing: A Textbook*, chapter 10. Unwin Hyman: London, 1988.
 - Sternbach RA. Pain and hassles in the United States: findings of the Nuprin Pain Report. *Pain* 1986; 27: 69-80.
 - Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioral medicine*. New York: The Guilford Press, 1983.
 - Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In Robert J. Gatchel and Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. The Guilford Press: NY, p.3-32, 1996.
 - Turner JA, Clancy S, Vitalino PP. Relationships of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain. *Behavior Research and Therapy* 1987; 25: 281-288.
 - Twaddle AC. Sickness and the sickness career: some implications. In L. Eisenberg and A Kleinman (Eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine* 1980; 111-133.
 - Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMK, Boeren RGB, Van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995; 62, 262-272.
 - Wallston KA. Control in chronic illness. *Paper* presented to the International Conference on Health Psychology, Cardiff, 1989.

- Weiner B. An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychological Review* 1985; 92(4): 548-575.
- Weisenberg M. Psychological intervention for the control of pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 1987; 25(4): 301-312.
- Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(3): 349-357.