



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE ESTADOS EMOCIONAIS ASSOCIADOS A SÍNDROMES
DOLOROSAS**

Autor: Jamir João Sardá Jr.

Orientador: Prof. Dr. Emil Kupek
Co-orientador: Prof. Ms. Roberto Moraes Cruz

Dissertação submetida ao Colegiado do Curso de
Mestrado em Psicologia da Universidade Federal
de Santa Catarina, em cumprimento parcial para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Florianópolis
Dezembro - 1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Jamir João Sardá Jr.

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE ESTADOS EMOCIONAIS ASSOCIADOS A SÍNDROMES
DOLOROSAS**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado do
Curso de Psicologia da UFSC, em cumprimento
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

SUBMETIDO À BANCA EXAMINADORA EM 13/12/1999

Prof. Dr. Emil Kupek - *Orientador*

Prof. Dr. Célia Maria Lana da Costa Zannon

Prof. Dr. José Baus

AGRADECIMENTOS

Das inúmeras contribuições que ajudaram a concretizar esta pós-graduação, agradeço especialmente:

Aos 500 pacientes com dor, que atendi nestes 2 anos, que me ensinaram muito sobre a vida. Sem estes esta pesquisa não seria possível..

Aos meus pais pelo background que me proporcionaram, pela visão de mundo e de homem.

Ao meu irmão, Sandro Sardá, que de forma especial tem me acompanhado por toda a vida e me incentivou durante todo este processo.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Emil Kupek e Prof. Ms. Roberto Moraes Cruz, pelas discussões, críticas e sugestões. E pelo exemplo de profissionalismo, objetividade e humanidade.

Ao Dr. Marco A. Haberbeck Modesto, por acreditar na multidimensionalidade do ser humano, o que possibilitou a implantação do serviço de avaliação psicológica de pacientes com dor.

Aos professores e amigos do programa de mestrado, que de alguma forma colaboraram para este trabalho.

AValiação Psicológica de Estados Emocionais Associados a Síndromes
Dolorosas

Jamir João Sardá Jr.

RESUMO

Teorias e modelos correntes descrevem a presença de aspectos emocionais, comportamentais, cognitivos e culturais em fenômenos dolorosos. A complexidade da etiologia e manifestação desses fenômenos, demanda a avaliação de diversos aspectos por múltiplas especialidades. O objetivo desse estudo é obter uma análise quantitativa de fatores psicológicos associados às síndromes dolorosas, através da: 1) comparação dos resultados dos escalas de depressão, ansiedade e somatização dos testes P-3 (Perfil do Paciente com Dor) e SCL 90-R (Inventário de Sintomas); 2) comparação entre uma amostra populacional norte-americana descrita pelo P-3 e uma brasileira; 3) relação entre escalas do P-3 e as variáveis independentes ou preditivas: idade, sexo, período de manifestação, estresse, intensidade da dor e medicação. Este estudo caracteriza-se como psicométrico, de corte transversal, com amostra não probabilística, enquadrado entre as chamadas pesquisas de desenvolvimento. Foram realizadas avaliações psicológicas, utilizando os testes P-3, SCL 90-R e uma anamnese psicológica, em 120 pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos, atendidos em uma Clínica de Dor, em Florianópolis. Os resultados indicam uma correlação moderada entre o P-3 e SCL 90-R, com as médias e os desvios padrão do P-3 próximos entre as amostras norte-americana e a brasileira. Não há diferenças significativas entre as escalas do P-3 e as variáveis sexo, tempo de manifestação dos sintomas, medicação e intensidade da dor. Existe, uma correlação significativa entre as variáveis idade e eventos estressantes nas escalas do P-3. Por fim, a associação entre variáveis pesquisadas e as semelhanças com resultados do P-3 nas duas populações, reforçam a indicação deste na avaliação psicológica de pacientes com dor.

Palavras chaves: avaliação psicológica, dor, P-3, testes psicométricos.

ABSTRACT

Current theories and models describe the presence of emotional, behavioral, cognitive and cultural aspects in Pain Syndromes. Its etiology and subsequent onset are complex, demanding evaluation of many aspects by a multi-disciplinary team. A quantitative analysis of psychological factors associated with Pain Syndromes is the Objective of this study: 1) In a P-3 test (Pain Patient Profile), compare results in the depression, anxiety, and somatization scales; 2) Compare american and brazilian population samples; 3) The relationship between P-3 scales and variables: age, sex, duration, stress, pain intensity and medication. This is a psychometric study, cross sectional, with non-probabilistic sampling, defined as developmental research. To evaluate psychological states, personal interviews, P-3 and SCL 90-R tests were utilized in 120 patients, of both sexes, ages 19 to 83, in a Pain Clinic. A moderate correlation was found between P-3 and SCL 90-R. No differences were found between P-3's scales and variables: sex, symptoms' duration, medication and pain intensity. Significant correlation was found between age and P-3's stressful events scale. The association found among variables and the similarities of P-3 test results on both populations, reinforces its indication for psychological evaluations of pain patients

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
1. INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	9
1.2 JUSTIFICATIVA	11
<i>1.2.1 Relevância Científica</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Relevância Social</i>	<i>12</i>
1.3 OBJETIVOS	13
<i>1.3.1 Objetivo Geral</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2 Objetivos Específicos</i>	<i>13</i>
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 TEORIAS E MODELOS DA DOR	14
2.2 A AVALIAÇÃO DA DOR	22
<i>2.2.1 Fisiopatologia da Dor</i>	<i>23</i>
<i>2.2.2 Avaliação de Pacientes com Dor</i>	<i>25</i>
2.3 AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR	29
2.4 AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR	40
<i>2.4.1 Pressupostos Psicométricos</i>	<i>40</i>
<i>2.4.2 Os instrumentos de avaliação psicológica em pacientes com dor</i>	<i>45</i>
<i>2.4.3 Testes psicológicos na avaliação de pacientes com dor no Brasil</i>	<i>49</i>
3. MÉTODO	51
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA LOCALIDADE	51
3.2 AMOSTRA	52
3.3 PROCEDIMENTO	53
3.4 INSTRUMENTOS	54
3.5 VALIDAÇÃO EXTERNA	56
4. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	57
4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	57
4.2 PERFIL CLÍNICO	58
4.3 VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS	60
4.4 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS	61
4.5 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS	62
5. DISCUSSÃO	67
6. CONCLUSÃO	76
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
8. ANEXOS	82

1. INTRODUÇÃO

“A dor é o mais urgente dos sintomas”

Beecher, 1959

A raiz latina da palavra dor é *dolor*, que significa sofrimento. No cotidiano, o termo dor está vinculado ao sofrimento físico e/ou mental. Outras definições referem-se a dor como um sofrimento moral, ou seja, mágoa, pesar, desconforto, uma sensação desagradável. Apesar do desconforto existente, a função inicial da dor é informar sobre um perigo potencial ou real, bem como da quebra da homeostase orgânica¹.

Como profissional, tivemos o primeiro contato com experiências dolorosas somáticas em 1992, quando começamos a trabalhar com pacientes portadores do vírus HIV. Em fevereiro de 1997, como resultado de um acompanhamento psicoterapêutico bem sucedido de uma paciente com lombociática, mantive contato com o Dr. Marco A. Haberbeck Modesto, médico neuroradiologista e clínico, responsável técnico pelo NIDI-Neurociências².

A partir daquele momento, iniciamos a estruturação de um serviço multiprofissional, com o objetivo específico de avaliar pacientes com dor. Essas atividades incluíam os aspectos emocionais e comportamentais associados às síndromes dolorosas³. Atualmente, além desses serviços, foram incorporados: outros testes neuropsicológicos e a formação de grupos de pacientes visando o manejo da dor crônica.

A pesquisa médica e psicológica vêm gerando novos conhecimentos e informações técnicas que nos permitem compreender os processos dolorosos, suas diversas etiologias e manifestações mais frequentes, bem como as possibilidades de intervenção. Entretanto, apesar das inovações tecnológicas e da rápida evolução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, permanecemos distantes de uma compreensão abrangente de todos os aspectos envolvidos dentro da multidimensionalidade que compõe a experiência da dor.

Hipócrates, o patrono da Medicina, já apontava uma relação entre emoções e manifestações somáticas. Similarmente, Charcot, Freud, e outros pesquisadores, compartilharam este mesmo paradigma à sua época. Entretanto, há apenas algumas décadas, a literatura psicológica especializada (Ader, 1991; Chrousos e Gold, 1992;

¹ Refere-se a condição de estabilidade orgânica, estado saudável de um organismo.

² Clínica de Dor, especializada em dores de natureza neurológica.

Melzack & Wall, 1965; Tollison, 1996; Turk, 1997, dentre outros), passaram a apontar evidências das relações existentes entre estados emocionais e comportamentais e as doenças somáticas⁴. Contudo, deve-se reconhecer a grande dificuldade em desenvolver métodos, técnicas e instrumentos que, efetivamente, demonstrem uma sólida relação, ou correlação, entre certos estados psicológicos e a instalação ou a manifestação de doenças.

O presente trabalho utilizará o teste P-3 (*Pain Patient Profile*⁵) e o SCL-90R (*Symptoms Check List*⁶), inventários norte-americanos desenvolvidos especificamente para avaliar a relação entre aspectos psicológicos e síndromes dolorosas. Esses instrumentos diagnosticam a existência de alterações psicológicas dos pacientes com dor, quantificando-as.

A população estudada, constituiu-se de 120 pacientes com dor atendidos no NIDI-Neurociências, em Florianópolis, Santa Catarina, entre o período de julho de 1998 a janeiro de 1999.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Existe uma profunda complexidade na etiologia e na manifestação de fenômenos dolorosos. Essa realidade demanda não só a compreensão dos seus múltiplos aspectos, mas da necessidade de que sejam abordados por diversos profissionais. De início, um dos desafios dos pesquisadores, em especial os psicólogos, reside na dificuldade de poder descrever e quantificar os estados emocionais⁷ e comportamentais. Este é uma tarefa de suma relevância, face a implicação destes, na instalação e manifestação de síndromes dolorosas.

Mesmo compreendendo essas dificuldades e limitações, mas necessitando obter diagnósticos mais precisos, psicólogos, enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde têm recorrido, de forma crescente, ao uso de instrumentos psicométricos.

³ Conjunto de sintomas e sinais, considerados em conjunto, caracterizando uma moléstia ou lesão. O termo síndromes dolorosa é o nome genérico utilizado para designar síndromes cujo principal queixa ou sintoma é a dor. Dicionário Médico Blakiston, p43.

⁴ Nos referimos a doenças somáticas apenas para fazer uma distinção entre psicopatologias e fisiopatologias.

⁵ O teste P-3 (em anexo) foi traduzido pelo pesquisador com o nome de Perfil do Paciente com Dor.

⁶ O SCL-90R (em anexo) também foi traduzido pelo pesquisador com o nome de Inventário de Sintomas.

⁷ Tollison e Hinnant (1995), dentre outros autores, definem estados emocionais como manifestação de emoções, tais como, raiva medo, irritação ou ainda, depressão e ansiedade, todavia não caracterizando estas como psicopatologias.

Existe, portanto, uma busca, às vezes até desordenada, de conhecer qualitativa e quantitativamente, aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais que possam estar associados às síndromes dolorosas

A literatura especializada sobre este tema é recente, datando basicamente do início dos anos 50. Atualmente, o Canadá e os Estados Unidos são os grandes centros de referência na investigação da dor. Mesmo assim, nesses países, as instituições e universidades de referência para o assunto são em pequeno número, contando com um quadro de profissionais especializados ainda reduzido.

Em relação à pesquisa no Brasil, uma das principais dificuldades no estudo da dor é a forte tradição de se publicarem manuais e livros especializados⁸ em inglês, fato que limita o acesso à bibliografia existente. Essa barreira dificulta e/ou inibe o pleno desenvolvimento da pesquisa no Brasil.

É relevante ressaltar que, embora haja um número razoável de instrumentos utilizados na avaliação psicológica de pacientes com dor, existem diferenças significativas quanto a sua:

- fundamentação teórica;
- metodologia;
- padronização.

Investigar a eficácia, aplicabilidade e validade desses instrumentos, em diferentes ambientes culturais e amostras populacionais, mostra-se imprescindível para o avanço científico da pesquisa.

No caso específico deste trabalho, o problema enfrentado na pesquisa consiste em diagnosticar, através do P-3, estados psicológicos associados a manifestação de síndromes dolorosas em um grupo específico de pacientes brasileiros.

A avaliação psicológica, empregando o teste P-3 como instrumento, tem como objetivo colaborar para um diagnóstico mais preciso, onde as condições psicológicas dos pacientes possam ser avaliadas como co-fatores, visando assim a implementação de intervenções mais eficazes.

Além disso, este estudo poderá estimular outras pesquisas que possibilitem o desenvolvimento no Brasil de instrumentos para a avaliação psicológica de pacientes com dor.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este estudo leva em conta duas necessidades que julgamos fundamentais:

- a) compreender os aspectos presentes na manifestação da dor, visando a diminuição do sofrimento das pessoas;
- b) introduzir e avaliar na população brasileira, a aplicabilidade de instrumentos orientados ao estudo da relação entre estados psicológicos específicos e a manifestação de síndromes dolorosas.

1.2.1 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA

Durante as últimas décadas, a comunidade científica internacional tem prestado ao estudo da dor, considerável ênfase. Prevalece, hoje, uma corrente que aborda o diagnóstico e o tratamento da dor como sendo um fenômeno de características multidimensionais. Nesse sentido, uma das áreas de concentração dos profissionais dedicados ao seu estudo é a avaliação dos diversos aspectos psicológicos da dor, através do uso de instrumentos psicométricos.

No entanto, enquanto esse tipo de pesquisa multidisciplinar, de base psicométrica, se desenvolve com grande presteza nos países desenvolvidos, a realidade brasileira é adversa, apresentando uma carência crônica de ensaios, estudos e pesquisas⁹.

A relevância científica do presente trabalho está embasado nas seguintes premissas:

- a universalidade da dor como fato inerente ao ser humano;
- a dor, por ser um fenômeno de expressão universal, comporta a aplicabilidade de instrumentos psicométricos já parametrizados e amplamente aceitos como válidos em outros países;
- o conhecimento sobre a população brasileira com dor é reduzido e necessita ser expandido;

⁸ Os chamados *handbooks*.

⁹ Com exceção de alguns profissionais seletos, a produção científica nessa área é reduzida. Sobre isso, ver o *site* da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - IASP (Brazilian Chapter) na URL: www.dor.org.br

- o debate e o estudo sobre a dor deve ser fomentado de forma a catalisar novos esforços para esta área de estudo.

Vale aqui ressaltar que esta pesquisa não tem como pretensão validar o teste P-3 (*Pain Patient Profile*). Poderá, contudo, servir como um estudo piloto, um "primer"¹⁰, que, como referência inicial, proporcionará subsídios para o futuro desenho e estruturação de projetos mais abrangentes, em termos de perfil e segmentos amostrais, e tendo como objetivo principal, a validação do P-3 para a realidade brasileira.

1.2.2 RELEVÂNCIA SOCIAL

Nos Estados Unidos, de acordo com Borsook, Le Bel & Mc Peek (1996), estima-se que 40% das dores agudas não são tratadas de forma adequada. Pessoas com dor crônica gastam bilhões de dólares com medicações e, o país, outros tantos bilhões por dias perdidos de trabalho. No Brasil¹¹, não existe até o momento, esse tipo de levantamento de dados, mas é válido inferir a existência desse mesmo problema, em semelhante grau de magnitude.

Além das considerações epidemiológicas, clínicas e sócio-econômicas, as síndromes dolorosas crônicas possuem, também, impactos psicossociais, à medida que incapacitam as pessoas, afastando-as do trabalho, do lazer, limitando-as do convívio social e interferindo intimamente nas relações familiares e interpessoais.

Uma das principais missões da Psicologia envolve o aprimoramento da compreensão da multidimensionalidade da psique, do comportamento humano em sua totalidade. Portanto, no tratamento da pessoa com dor, existe uma fusão desses dois anseios, onde a compreensão mostra-se ainda mais relevante, dado ao desconhecimento que ainda prevalece, e a importância de desvendarmos a complexidade de fatores psicológicos presentes na etiologia e manifestação da dor.

¹⁰ "Primer", traduzido, significa: processo inicializador, espoleta, disparador.

¹¹ O único material encontrado foi um estudo, editado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1996, em forma de manual, intitulado "Saúde no Brasil". Este trabalho demonstra o esforço do MS em traçar um perfil da saúde e das principais patologias que acometem a população brasileira, embora não faça nenhuma menção a classificação de síndromes dolorosas, da mesma forma que o boletim epidemiológico feito pelo mesmo órgão também não o faz. O Hospital das clínicas de São Paulo possui alguns dados mencionados posteriormente.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a presença de estados emocionais diagnosticados pelo teste P-3 na manifestação de síndromes dolorosas em pacientes neurológicos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os resultados das escalas depressão, ansiedade e somatização dos testes P-3 e SCL90-R;
- Verificar a existência de diferenças entre os resultados obtidos da amostra de pacientes com dor, pesquisada pelo P-3 nos Estados Unidos, e uma amostra de pacientes com síndromes dolorosas atendidos em um centro neurológico brasileiro;
- Investigar a relação entre as escalas do teste P-3 (variáveis dependentes ou de critério) e as variáveis independentes ou preditivas: idade, sexo, período de manifestação, estresse, intensidade da dor, uso de medicação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TEORIAS E MODELOS DA DOR

“Não faz sentido encontrar uma teoria apenas sobre fatos isolados. Na verdade, acontece o contrário, é uma teoria que determina o que podemos observar”

Einstein, 1962

Segundo a IASP¹² (International Association for Study of Pain), a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão.

As primeiras referências ocidentais ao conceito de dor descrevem-na mais como um estado afetivo do que como uma sensação. Entre os gregos, de acordo com Melzack & Wall (1965), Aristóteles (384-322 a.C.) referia-se a dor como uma paixão da alma, distinta dos outros cinco sentidos; concebia a dor como um estado afetivo, semelhante a tristeza ou amargura, sinalizando algo a ser evitado ou interrompido, mas não como um sentido como os outros cinco sentidos, talvez em função de não estar diretamente relacionado a um objeto externo.

No mundo ocidental, o conceito da dor foi fortemente mediado durante vários séculos, pela concepção grega acima exposta. Até meados do século XVII o modelo proposto por Aristóteles mediou a compreensão da dor no mundo ocidental até a idade medieval. Ainda no século XVII, o modelo proposto por Descartes concebia fenômenos dolorosos de forma análoga à proposta por Aristóteles. Embora Aristóteles concebesse a interação entre mente e corpo, sua “teoria da dor” discriminava aspectos emocionais dos aspectos orgânicos, o que de certa forma também foi corroborado por Descartes. Somente em meados do século XX, com o desenvolvimento teórico metodológico das ciências humanas, mais especificamente da Psicologia, a compreensão da dor como um fenômeno multidimensional, pôde ser mais efetivamente investigado.

Melzack & Wall (1965) talvez tenham sido os primeiros pesquisadores a proporem evidências mais concretas sobre a multidimensionalidade de fenômenos dolorosos, classificando as teorias da dor em dois grandes grupos:

¹²Instituição de referência internacional para o estudo da dor em seus mais diversos aspectos. Sediada nos Estados Unidos, pode ser acessada na internet, através do site www/halcyon.com

- teorias de especificidade;
- teorias padrão.

As teorias classificadas como de especificidade explicam a dor a partir de seus mecanismos fisiológicos de transmissão, enfatizando a existência de receptores específicos para a dor, projetados a um centro específico de dor no cérebro.

As teorias padrão salientam a importância do estímulo eliciador da dor, enfatizando a inexistência de receptores e de fibras específicas à condução da mesma. Apesar da aparente contraposição entre essas teorias, ambas estão centradas nos mecanismos de transmissão dos estímulos dolorosos.

A classificação proposta por Turk, Novy, Nelson, Francis em 1985 (descrita no trabalho de Guimarães, 1999), descreve oito teorias da dor. Sendo essas, por sua vez, sub-classificadas em duas grandes categorias:

- teorias restritivas
- teorias abrangentes

A conceituação desses autores não difere muito da apresentada por Melzack & Wall, em 1965, centrada basicamente nos mecanismos de transmissão da dor, principalmente no que tange a fisiopatologia da mesma. Entretanto, Turk e seus colaboradores ampliam a classificação anterior quando identificam, nas novas teorias emergentes, a influência de outras variáveis presentes na fisiopatologia da dor, tais como os aspectos cognitivos e afetivos. Por exemplo: a manifestação de um sintoma já presente na história de doença familiar pode colaborar na percepção e expectativa do paciente quanto a evolução de seu sintoma.

As teorias classificadas como restritivas, delimitam a existência de um sistema próprio, específico para a dor. Geralmente, enfatizam a sua compreensão sob um prisma unidimensional, seja ele orgânico ou psicológico. Por outro ângulo, as teorias abrangentes se contrapõem de certa forma, a este enfoque, ao evidenciar a inexistência de receptores e “interpretadores” específicos para a dor, valorizando, assim, a multidimensionalidade do fenômeno da dor.

Dentre as diversas teorias restritivas, devem ser destacadas as seguintes teorias:

- dualismo mente-corpo;
- teorias padrão;
- psicológica;
- comportamental operante-radical;
- cognitiva radical;

Essas teorias apresentam modelos conceituais diferenciados, que serão sintetizados a seguir.

A teoria do dualismo mente-corpo, herdeira do modelo sensorial cartesiano, dominou os modelos de compreensão da dor até meados de 1965. Segundo Melzack & Wall, “Descartes propunha que nervos sensoriais conduziam cópias de objetos externos à mente” (1994, p. 1). Este modelo sensorial enfatiza a existência de receptores específicos à dor¹³, interpretados por um centro de dor no cérebro (de forma semelhante ao que acontece na visão). Esta compreensão tradicional da dor, incentivou o reducionismo biofísico que prevaleceu nas práticas de manejo da dor até meados do século XX.

Um refinamento da teoria do dualismo mente-corpo é a chamada teoria da especificidade, mais conhecida através de Mueller e Von Frey. Para Guimarães (1999, p. 21), “segundo essa teoria, a dor é comunicada ao cérebro por um sistema sensorial exclusivo, daí o nome especificidade”. Apesar das críticas, essa teoria ainda é utilizada e serve de fundamento para as intervenções de bloqueio da dor.

Contra-ponde-se as teorias do dualismo mente-corpo, encontra-se a teoria padrão, que teve dentre seus precursores Goldscheider, responsável por enfatizar a intensidade do estímulo e a natureza do somatório central do *input*¹⁴ sensorial, como os principais determinantes da dor, relevando a especialização fisiológica dos receptores e considerando todos os terminais sensoriais igualmente enervados, portanto, passíveis de serem receptores inespecíficos. Tanto a teoria do dualismo mente-corpo, como a teoria da especificidade e a teoria padrão, ao mencionarem os aspectos psicológicos da dor referem-se, apenas, à dor psicogênica¹⁵.

A teoria psicológica centraliza suas explicações de fenômenos dolorosos nos aspectos emocionais, dando pouca ênfase aos aspectos fisiológicos. Segundo Guimarães (1999, p. 22), esta teoria propõe que, “uma vez evoluído o substrato psicológico necessário para a percepção da dor, ela não precisará mais de uma estimulação externa para ser experienciada”.

Para a fundamentação dessa teoria, dois aspectos chaves foram utilizados como subsídios: a ausência de estímulos em quadros de dores crônicas e o conceito de desordem na predisposição à dor¹⁶. Contudo, alguns autores criticam seus fundamentos por julgá-los metodologicamente frágeis.

¹³ Atualmente a IASP recomenda o uso do termo nociceptor: um receptor preferencialmente sensível a estímulos nocivos ou potencialmente nocivos.

¹⁴ Quantidade de matéria, energia ou informação que entra ou é consumida.

¹⁵ Patologia sem evidências orgânicas e passível de etiologia psicológica e/ou comportamental.

¹⁶ Dificuldades afetivas como fator determinante na instalação de dores.

Para Guimarães (1999, p. 23), “o entendimento da dor apenas sob o enfoque psicológico é tendencioso e metodologicamente problemático, carece de pesquisas com resultados mais contundentes, revelando a fragilidade de uma teoria exclusivamente psicológica”.

O enfoque da teoria comportamental-operante radical, salienta a aprendizagem do comportamento de dor, que é mantido por reforçadores mesmo na ausência de dor, como determinante na instalação e manifestação da mesma.

Já a teoria cognitiva radical entende a dor como resultado de pensamento racional e atividades cognitivas correlatas. Segundo Guimarães (1999, p. 24), os defensores dessa teoria afirmam que a dor decorre de padrões específicos de pensamentos disfuncionais. Mesmo que as técnicas de *biofeedback*¹⁷, relaxamento, visualização e outras, utilizadas pela abordagem cognitiva, demonstrem resultados variados de eficácia no controle de alguns tipos de dor, sob o prisma metodológico, esta teoria também não se mostra bem fundamentada.

Em geral, as teorias restritivas mostram-se limitadas no que concerne a compreensão da dor, por enfatizar, excessivamente, certos aspectos desse fenômeno em detrimento de outros, primando por abordar de forma simplista, um fenômeno extremamente complexo.

Em resumo, o escrutínio das teorias, apresentadas até este momento, denota que as teorias do dualismo mente-corpo e a padrão propõem a compreensão da dor apenas a partir de aspectos orgânicos.

Em justaposição, temos basicamente três teorias: a psicológica, a comportamental operante-radical e a cognitiva radical que tem como pressuposto a compreensão da dor a partir de aspectos psicológicos.

Além disso, diversos aspectos relevantes não foram explicitados pelas teorias restritivas, a saber:

- a inexistência da dor na presença de lesão;
- a manifestação da dor na ausência de lesão;
- a inexistência de uma relação entre o tamanho e o tipo de lesão e a intensidade da sensação de dor;
- o insucesso dos procedimentos bloqueadores da dor;
- a capacidade dos neurotransmissores de inibir dores.

¹⁷ Aplicação do modelo operante-voluntário, sobre funções neurovegetativas autonômas

Essas questões permanecem abertas à pesquisa, carecendo de explicações e modelos mais convincentes e, acima de tudo, de dados científicos.

A exploração dos padrões de transmissão central e periférica da dor possibilitou descobertas inovadoras nesta área, ampliando e levando à compreensão dos processos dolorosos para além do além do modelo sensorial. A partir da segunda metade do século XX, os componentes emocionais da dor foram caracterizados como sendo reações à processos dolorosos.

Para Guimarães (1999 p. 25), em sua revisão das teorias da dor, “as teorias abrangentes surgiram da necessidade de contemplar as múltiplas dimensões da dor e a complexidade de seu mecanismo de percepção”.

Diversas contribuições teóricas colaboraram para o reconhecimento da presença de aspectos emocionais como parte integrante e essencial no processo da dor. As teorias abrangentes representam o esforço no reconhecimento da multidimensionalidade da dor.

Dentre as teorias abrangentes hoje estabelecidas, três modelos destacam-se:

- a Teoria do Controle do Portal¹⁸;
- a Teoria Comportamental-Operante Não-Radical;
- a Teoria Cognitivo-Comportamental.

Melzack e Wall propuseram, em 1965, através da Teoria do Controle do Portal, uma compreensão multidimensional dos fenômenos da dor. Segundo esses autores, “a estimulação da pele ou outros órgãos evoca impulsos nervosos transmitidos a três sistemas da espinha dorsal:

- as células da substância gelatinosa,
- as fibras da coluna vertebral que se projetam em direção ao cérebro,
- os transmissores centrais.

A substância gelatinosa funciona como um sistema de controle de portal, modulando os padrões aferentes antes desses influenciarem as células “T”. Padrões aferentes na coluna dorsal atuam em parte como um controle central de disparo, que ativa determinados processos neurais, tais como: liberação de neurotransmissores e outras substâncias, influenciando as propriedades modulatórias do sistema de portal. As células “T” por sua vez, ativam mecanismos neurais que compreendem o sistema de ação responsável por respostas e percepção de estímulos” (1965, p. 974).

¹⁸ *Gate Control Theory*, traduzido em português como Teoria do Controle do Portal.

O diagrama abaixo, reproduzido Melzack e Wall, 1965, visa facilitar a compreensão do leitor.

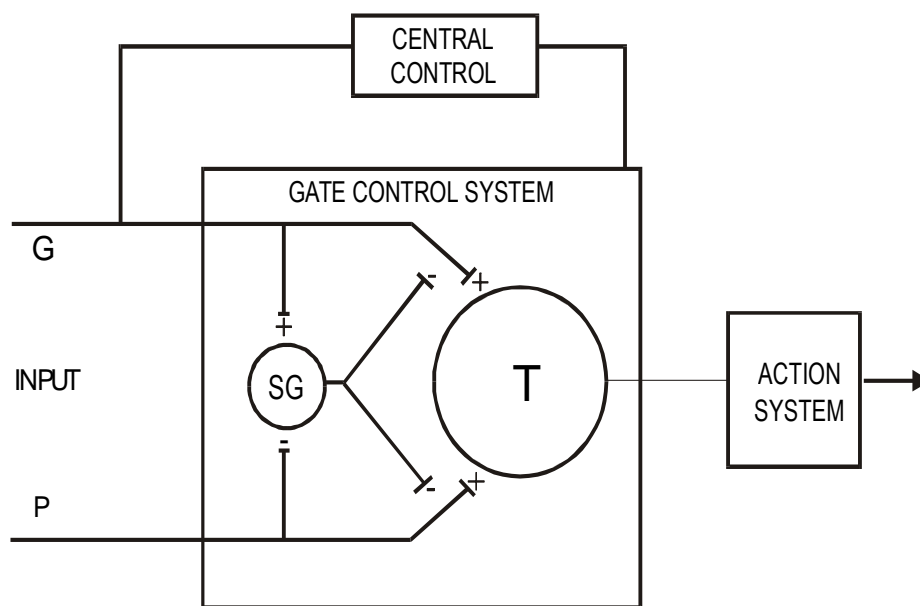


Figura 1. Diagrama esquemático da Teoria de Controle do Portal do mecanismo de dor.

Segundo o modelo acima, as fibras grandes “G” e as pequenas “P”, projetam-se na substância gelatinosa “SG” e nas células “T”, a última sendo as primeiras células de transmissão central. O efeito inibitório da substância gelatinosa sobre terminais de fibras é aumentado pela atividade da célula “G” e diminuído pela “P”. O controle de disparo central é representado pela linha que vai do sistema de fibras “G” ao mecanismo de controle central; este mecanismo, em contrapartida, projeta-se de volta ao sistema de Controle do Portal. As células “T” projetam-se para as células de entrada do sistema de ação produzindo mais excitação ou inibição.

A Teoria do Controle do Portal estabeleceu um novo paradigma ao enfatizar a importância da modulação realizada pela espinha medular, sistema nervoso central e hipotálamo, nos processos dolorosos. A teoria descreve os mecanismos da percepção da dor em função da estimulação sensorial transmitida ao sistema nervoso central, passível de inibir ou estimular as mensagens recebidas. Mensagens centrais descendentes através da espinha, refletindo fatores emocionais e cognitivos, podem influenciar mensagens nociceptivas originárias das regiões periféricas. Por exemplo, caso o cérebro envie uma mensagem de volta a um portal fechado, os sinais de dor serão bloqueados para ele. Por outro lado, se os portais de controle da dor se abrem mais, o sinal da dor se intensifica.

Golleman e Gurin (1998, p. 98), com o intuito de facilitar a compreensão do leitor, descreveram a Teoria do Controle de Portal através da figura¹⁹, reproduzida a seguir:

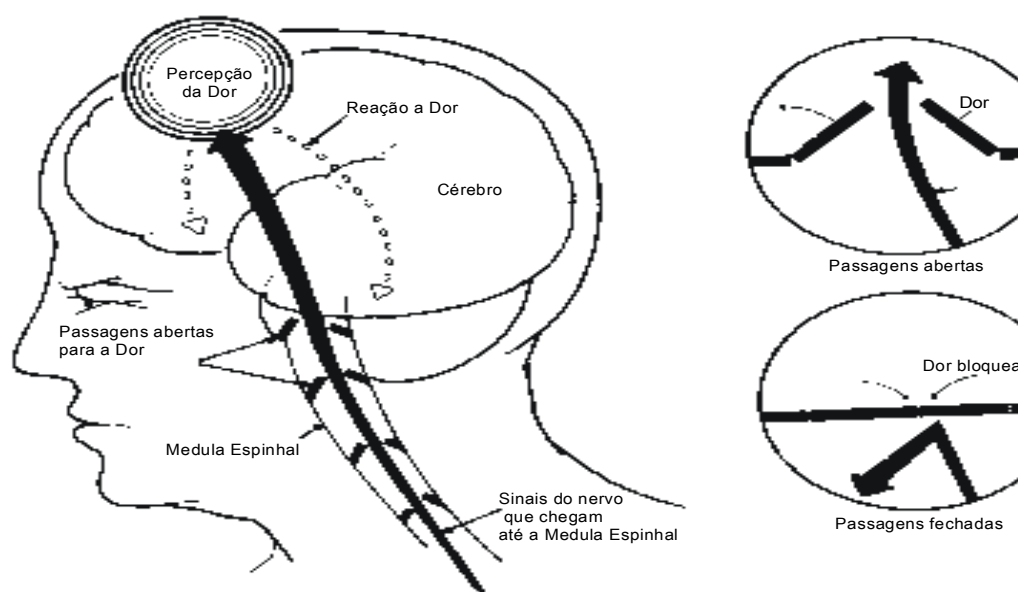


Figura 2. O caminho da dor.

Craig (1994) aponta evidências de que o cérebro pode ativar fibras aferentes descendentes passíveis de influenciar conduções aferentes em níveis sinápticos iniciais do sistema somestésico²⁰. Os seus resultados são semelhantes a de outros estudiosos mencionados pelo mesmo autor, como Kypers & Fleming (1994), como exemplo. Para esses autores, esse processo possibilita que algumas atividades do sistema nervoso central funcionem de forma subserviente às emoções, exercendo assim, um controle sobre os estímulos sensoriais. Nesse sentido, podemos citar como exemplo a atenção e a memória.

Melzack & Wall, (1965) demonstram diferentes evidências da modulação realizada através do controle do portal. Ressaltam as possíveis influências do sistema nervoso central como moderador do sistema de controle do portal, mencionando, como referência, os resultados da pesquisa de Halbarth e Kerr, realizada em 1954.

¹⁹ Figura extraída do livro “Equilíbrio mente/corpo”, citado na bibliografia.

²⁰ O termo somestésico refere-se ao sistema nociceptivo, responsável pelas sensações referentes aos sentidos.

Outro ponto relevante é apresentado por Melzack & Wall (1965), ao mencionarem os resultados obtidos por Beecher, acerca da diversidade de expressões de dor manifestada por soldados, diante de estímulos dolorosos semelhantes causados por ferimentos de guerra.

Melzack & Wall (1965) fornecem outro exemplo indicativo, dessa vez com as pesquisas realizadas por Machison em 1934. Este pesquisador observou que cães submetidos a estímulos dolorosos anteriores ao fornecimento de comida não demonstravam sinais de dor.

As evidências trazidas por estes e outros autores, nos remetem a possibilidade de avaliar a influência de estados emocionais, funções cognitivas e outros estímulos na modulação da transmissão de estímulos sensoriais.

Uma das contribuições do modelo de Melzack e Wall para as ciências biológicas e médicas, foi a descrição dos mecanismos da dor no sistema nervoso central, especialmente quando comparada aos principais modelos anteriores, que tentavam explicar a dor apenas a partir de aspectos periféricos (células sensoriais específicas). Para a Teoria do Controle do Portal, fenômenos de dor consistem de componentes sensório-discriminativo, motivacional-afetivo e cognitivo-avaliativo.

Melzack e Loeser (1999) reiteram que a Teoria do Controle do Portal requer, ainda, avaliações empíricas adicionais. Diversos pesquisadores como, por exemplo, Ader, Felten & Cohen, 1991 e 1995, Cohen & Willianson, 1999, Kieckolt-Glaser e col. 1991, Loeser. 1999, têm contribuído nesta direção, uma vez que seus trabalhos corroboram a existência de relações entre processos neurológicos-endócrinos-imunológicos e psicológicos.

As pesquisas desenvolvidas por esses autores, definidas como pertinentes a área da psiconeuroimunologia, tem proporcionado substratos importantes à sustentação da Teoria do Controle do Portal.

Na busca por uma maior compreensão da multidimensionalidade do fenômeno da dor, outros autores, mesmo que partam de abordagens distintas, encontram na Teoria do Portal, fundamentos aplicáveis, ainda que parciais, ao desenvolvimento de suas próprias teorias.

Atualmente, a Teoria do Controle do Portal é a mais utilizada pela maioria dos profissionais especializados. Sua aplicação permite uma abordagem mais complexa dos processos envolvendo a instalação e manifestação da dor, devido a importância prestada às múltiplas dimensões desse fenômeno.

Entre as teorias abrangentes, poderíamos ainda destacar a teoria comportamental não radical e a teoria cognitivo-comportamental. Segundo Guimarães (1999, p. 25), “a teoria comportamental-operante não-radical, proposta por Fordyce, em 1976, enfatiza a utilização de comportamentos de dor para comunicar aos outros seu sofrimento”. Esta abordagem reconhece as dimensões emocionais e cognitivas da dor, porém, atribui pouca importância às dimensões sensoriais. Talvez aí resida a sua maior limitação.

A teoria cognitiva-comportamental enfatiza a compreensão de processos dolorosos a partir do envolvimento de variáveis afetivas, comportamentais, cognitivas e físico-sensoriais. Quando aliada a alguns fundamentos da teoria cognitiva radical, esta tem sido uma das abordagens mais aceitas nos últimos anos, dada a eficácia de suas técnicas de relaxamento, como o *biofeedback* e visualização, entre outras. Sua aplicação prática têm demonstrado resultados eficazes no tratamento de dores, bem como de comportamentos não adaptativos à quadros algícos²¹. Na busca de uma teoria compreensiva, ela ainda demanda estudos adicionais e evidências.

Em resumo, durante mais de 2000 anos diversas teorias sobre a dor criaram modelos com o intuito de compreendê-la em sua totalidade. Como resultante, existe hoje uma gama de formas e meios de compreender e intervir sobre a manifestação da dor. Até o momento, nenhuma teoria ou modelo conseguiu descrever a totalidade e a complexidade desse fenômeno. Por outro lado, embora estejamos distantes de compreender todos os aspectos presentes na etiologia e na sua manifestação, a abordagem de síndromes dolorosas vem se tornando mais eficiente nos últimos 20 anos.

2.2 A AVALIAÇÃO DA DOR

A dor é a causa mais comum para que um paciente procure um médico. Ela compreende um processo complexo, multidimensional, determinado não apenas pela área lesada, mas, também, por experiências prévias com eventos dolorosos, estados emocionais, histórico familiar e até por litígios trabalhistas.

Variáveis como, sexo, idade, cultura, têm sido investigadas em diversos estudos. Neste sentido, um grande número de pesquisas (Andersson, 1997 e 1999; Praemer, 1992, Zborowski, 1952, entre outros), tem demonstrado, por exemplo, a modulação de dessas variáveis na instalação e manifestação de síndromes dolorosas.

²¹Quadros dolorosos.

A partir dessas evidências, existem indicações para que intervenções em síndromes dolorosas sejam precedidas por um amplo diagnóstico multidisciplinar. Este, deveria incluir sempre que necessário e possível, diagnósticos:

- clínico,
- laboratorial,
- radiológico e
- psicossocial.

Na verdade, essa modalidade de abordagem diagnóstica deveria ser uma pré-condição para intervenções que visem obter resultados mais efetivos.

2.2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR

Embora estejamos estudando a associação entre estados emocionais e síndromes dolorosas, é necessário a todo profissional que trabalhe com estes pacientes, conhecer alguns conceitos concernentes a fisiologia e fisiopatologia da dor. Seria oportuno, portanto, descrever concisamente, alguns conceitos básicos relevantes para a compreensão da complexidade da dor.

Existem diferentes taxonomias de síndromes dolorosas; em sua maioria, a etiologia destes sintomas é classificada de acordo com a localização ou origem do(s) estímulo(s) e duração dos sintomas. O Quadro 1, apresenta a classificação das dores, segundo a conceitualização proposta por Teixeira (1999, p. 80).

Quadro 1. Classificação das dores

CRITÉRIO	CATEGORIA	TIPO
ORIGEM	DOR POR NOCICEPÇÃO (ocorre por acometimento de estruturas somáticas superficiais e profundas, de estruturas do aparelho locomotor e vísceras).	Dor somática superficial. Dor somática visceral. Dor músculo-esquelética
	DOR POR DESAFERENTÇÃO (decorrente de lesão ou disfunção de estruturas neurais periféricas e centrais).	Neuropatias periféricas. Neuropatias radiculares. Neuropatias plexulares. Neuropatias tronculares. Síndromes polineuropáticas. Síndromes dolorosas de órgão amputado. Neuropatias centrais. Neuropatias medulares. Neuropatias encefálicas. Neoplasias.
	Dor mista (resultante de ambos mecanismos).	Síndrome da distrofia simpaticorríflexa.
	Dor psicogênica (quando não há evidências orgânicas e suspeita de etiologia comportamental e/ou psicológica).	Transtornos somatoformes.
DURAÇÃO	Aguda.	Duração de minutos, horas, dias.
	Crônica.	Ultrapassam 4 a 6 meses.
	Dor episódica.	Recidivante ou recorrente.

Atualmente, os médicos dispõem de um arsenal de instrumentos para investigação morfo-radiológica²² da etiologia de uma grande parte de sintomas, além de bloqueios diagnósticos, testes termo-sensoriais e uma gama de exames laboratoriais.

De um modo geral, sobretudo por fatores econômicos e técnicos, o diagnóstico clínico centrado nos aspectos fisiológicos, permanece como o meio mais utilizado para investigar a etiologia das doenças.

A compreensão da etiologia e manifestação fisiopatológica de uma doença é, sem dúvida, o primeiro aspecto a ser abordado. “O diagnóstico de síndromes dolorosas pode ser muito difícil, frustrante e tomar muito tempo. É importante tratar o paciente como um todo, e não apenas como um local dolorido.” Borsook (1996, p. 43).

²² Tomografia computadorizada, ressonância magnética, termografias, mielografias, eletromiografia, entre outros.

2.2.2 AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DOR

Até o presente momento, “o campo da intervenção e avaliação de processos dolorosos, ainda não desenvolveu métodos precisos de mensurar diretamente dores de natureza fisiológica. Todavia, temos capacidade de acessar e conhecer variáveis comportamentais e fisiológicas da dor” (Tollison, 1996, p. 119), o que possibilita uma intervenção mais efetiva sobre estes sintomas.

A avaliação multidimensional da dor teve o seu início a partir dos anos 50. Melzack & Wall (1965) relatam, em seu importante estudo sobre o tema, que Beecher descreve a presença de dois componentes distintos da dor: o componente sensorial e o componente reativo. Este último, refere-se à forma como o indivíduo responde à dor, sendo considerado por Beecher (segundo Melzack & Wall) como uma função da personalidade e de fatores sociais e emocionais.

Esta abordagem foi mundialmente aceita durante algumas décadas. Pesquisas e teorias posteriores, entre elas a Teoria do Controle do Portal, não só corroboraram com o modelo de Beecher, mas transcenderam-no, ao identificar outros aspectos presentes na instalação e manifestação de dores.

De acordo com Craig (1994, p. 296), “atualmente diversos autores concordam que a avaliação da dor deve abordar duas dimensões: os aspectos sensoriais da dor e a resposta emocional do indivíduo a experiência dolorosa”. Dentro desse enfoque, uma avaliação mais completa da dor deve incluir as dimensões:

- motivacional-afetiva;
- sensorial-discriminativa;
- cognitiva-avaliativa.

A dimensão motivacional-afetiva refere-se à interpretação da dor, envolvendo aspectos de tensão, respostas neurovegetativas, medo, punição e outros sentimentos.

A dimensão sensório-discriminativa compreende os aspectos fisiológicos da percepção da dor, envolvendo: os processos de nocicepção, estímulos eliciadores e aspectos mecânicos, térmicos e espaciais.

A dimensão cognitiva-avaliativa refere-se à compreensão da experiência dolorosa. Inclui o valor atribuído pela pessoa a este evento a partir das características sensoriais e afetivas, que por sua vez são mediadas por experiências prévias. Inclui o(s) significado(s) da situação, a(s) representações, outros aspectos cognitivos envolvidos nesse processo.

“a avaliação da experiência dolorosa é fundamental para se compreender a origem e magnitude da dor, e para implementar e avaliar intervenções. A necessidade de quantificar e qualificar a sensação dolorosa e medir o alívio obtido com as terapias, levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação da dor, que facilitam a comunicação com o doente e permitem comparações individuais e grupais, possibilitando maior compreensão da experiência dolorosa e suas repercussões na vida do doente e também auxiliando no diagnóstico e na escolha terapêutica” (1999, p. 34).

Adicionalmente, é necessário acrescentar que, tanto a amplitude (dimensionamento) quanto o foco (etiologia) da avaliação da dor, demandam identificar os diferentes aspectos de sua manifestação. Dentre estes, sua duração, intensidade, localização, frequência, nas limitações impostas pelos sintomas, estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, estados emocionais associados a dor, etc.

A IASP (International Association for The Study of Pain) no seu *core curriculum*²³, endossa três questões básicas centrais, que devem constar na avaliação da pessoa com dor:

1. Qual a extensão e magnitude da doença ou sintoma ?
2. Como a dor interfere na vida do paciente e quais as limitações impostas por ela?
3. Quando e como os sintomas podem estar sendo alterados por aspectos sociais, emocionais ou comportamentais?

Os métodos para a avaliação de dores dividem-se em três grandes categorias: descrições verbais ou escritas da dor, observações de comportamentos relacionados à dor e, medida de respostas fisiológicas à dor, esta última geralmente realizada em laboratórios.

Diversos métodos e instrumentos podem ser utilizados na avaliação da dor. McDowell e Newell²⁴ (1996) fazem uma revisão dos principais instrumentos utilizados na avaliação da dor, apresentados no quadro a seguir.

Quadro 2. Instrumentos utilizados na avaliação de dor

²³ O *core curriculum* da IASP estabelece pontos essenciais e necessários na abordagem da dor em seus mais diversos aspectos e áreas.

²⁴ Extraído de McDowell e Newell (1996).

INSTRUMENTO	PROPÓSITO	DESCRIÇÃO	AUTOR-ANO
Visual Analogue Pain Rating Scale.	Avaliar de forma simples a intensidade da dor.	É pedido ao paciente que marque um ponto em linha vertical ou horizontal (0 a 10, Termos descritivos também são utilizados) que expresse a severidade de sua dor.	Vários 1974
The McGill Pain Questionary	Fornecer um perfil quantitativo de três aspectos da dor.	Composto de uma lista de palavras distribuídas em 18 grupos abordando aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos relacionados a dor.	Melzack 1975
The Brief Pain Inventory.	Mede a severidade da dor oncológica e outras doenças e impactos no funcionamento do paciente.	Composto de 14 questões que abordam a intensidade da dor e impacto sobre o paciente, expresso em escalas numéricas de 0 a 10.	Cleeland 1982
The Medical Outcomes Study Pain Measure.	Utilizado para avaliar a severidade da doença e o efeito na vida do paciente.	Baseado no Wisconsin Brief Pain Questionary, é composto por 12 itens abordando a severidade da dor nas últimas 4 semanas e efeitos sobre comportamentos e estado emocional.	Sherboure 1992
The Oswestry Low Back Pain Disability Questionary	Avalia o grau de limitação em função de dores nas costas ou pernas.	Composto de 10 itens, com escalas de 6 pontos. Aborda as limitações do paciente pelos sintomas.	Fairbank 1980
The Back Pain Classification Scale	Instrumento destinado diferenciar dores de coluna relacionadas à distúrbios psicológicos de dores de origem orgânica.	Elaborado a partir da observação de pacientes com dores de etiologia psicológica, e termos utilizados por estes para descreverem as qualidades de suas dores. É composto de 103 palavras distribuídas em 7 escalas.	Leavitt. 1978.
The Pain and Distress Scale	Desenvolvido para acessar mudanças de comportamentos humor e associadas à dores agudas.	Descreve seqüelas físicas e psicológicas da dor, que incluem limitações diárias e respostas psicológicas à dor, como agitação, depressão, apatia. Possui 20 itens. Não mede diretamente a severidade da dor.	Zung. 1983
The Illness Behavior Questionary	Foi desenvolvido para identificar respostas inadequadas à doença e exacerbadas à dor.	É composto por 62 questões distribuídas em 7 dimensões: hipocondria, convicção da doença, percepção somática vs. psicológica da doença, inibição e distúrbios afetivos, negação e irritabilidade.	Pilowsky 1975
The Pain	Fornece informações	Desenvolvidos por terapeutas	Tursky

Perception Profile	referentes a intensidade, desconforto e tipo de dor experienciada.	comportamentais. É composto de um diário de dor baseado no Questionário McGill, métodos de estimativa de magnitude da dor e procedimentos de cruzamento de combinações.	1976
--------------------	--	---	------

Correntemente, a pesquisa literária demonstra haver inúmeros métodos e instrumentos disponíveis, desenvolvidos nestes últimos 25 anos, para acessar diferentes dimensões da experiência dolorosa. A revisão dos autores foi concentrada, priorizando a busca por instrumentos que avaliam as dimensões sensoriais da dor, as respostas dos pacientes as mesmos, bem como as conseqüências dos sintomas.

Com exceção do Questionário McGill²⁵ e do *The Illness Behavior Questionary*²⁶, as dimensões motivacionais-afetivas e cognitivas-avaliativas foram pouco abordadas. Entre os questionários que buscam medir ou quantificar a dor, podemos constatar que, o Questionário McGill se destaca dos demais por ser fortemente fundamentado em uma teoria da dor, além de ser o único a abordar as suas diversas dimensões.

O Questionário McGill é utilizado por uma grande número de profissionais. Segundo Pimenta (1997, p. 182), “o questionário McGill é referido como o melhor e mais utilizado instrumento para caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais”. É considerado um instrumento universal capaz de padronizar a linguagem da dor, o que colaborou para que diversos instrumentos de avaliação da dor incorporassem alguns indicadores do Questionário McGill em suas estruturas.

A IASP (International Association for The Study of Pain) sugere, através do seu *core curriculum*, a avaliação de alguns aspectos importantes no diagnóstico de pacientes com dor: aprendizagem e experiência na infância; aspectos culturais; ambiente familiar e social; aspectos laborais; histórico da doença atual, histórico clínico pregresso e familiar; utilização de medicação; alimentação; estrutura de personalidade; afetividade; ganhos secundários; imagem corporal; representações; expectativas e crenças. O conceito de dor adotado pela IASP, e endossado através das indicações do *core curriculum*, salienta a necessidade de focar a dor como um fenômeno multidimensional.

²⁵ No Brasil, ver Pimenta C.A.M., Teixeira, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa., 1997.

²⁶ Traduzido como Questionário de Comportamento Patológico.

A complexidade da compreensão, da análise e intervenção clínica em pacientes com dor é ainda mais ampla, uma vez que outras dimensões igualmente importantes, como a individualidade de cada paciente, sua relação com o profissional de saúde, o ambiente terapêutico, entre outros, agregam novas e importantes variáveis às síndromes dolorosas.

Consequentemente, as dimensões abordadas pelos instrumentos descritos no Quadro 2, não são suficientes para a compreensão da dor em sua totalidade. Como fenômeno multidisciplinar, é fundamental a adição de outros instrumentos ou técnicas, com o intuito de compreender o “mozaico” da dor.

Com esse intuito, um dos próximos passos seria expandir o conhecimento dos aspectos emocionais e comportamentais associados a síndromes dolorosas passíveis de alterá-las.

2.3 AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR

“Sócrates, segundo Platão, não prescrevia remédio para a dor de cabeça de Cármitide sem primeiro acalmar sua mente tumultuada; corpo e alma devem ser curados juntos, assim como a cabeça e os olhos...” (Sacks, 1992)

Todo tipo de dor detém um componente psicológico, em última análise, pela forma com que o ser humano lida com este fenômeno. Sob o prisma etiológico, não foram encontradas informações que esclareçam o quê deflagra primeiro, a dor ou os transtornos psicológicos associadas. O uso de analgésicos é, freqüentemente, a primeira intervenção para o alívio das dores, acompanhadas ou não de medicações para transtornos psicológicos. De qualquer forma, a primeira estratégia para lidar com a dor é a busca de um alívio para os seus sintomas, tanto físicos quanto psicológicos. O diagnóstico de fatores orgânicos ou metabólicos vem a seguir, embora seja comum para o profissional, não encontrar tão facilmente suas causas.

Segundo Craig (1994, p.34), “algumas abordagens realizam constantes esforços com o intuito de discriminar dores de natureza fisiológica e/ou psicológica e em categorizá-las em orgânicas ou funcionais, sem dúvida, este é um procedimento inútil”. Ainda segundo o autor, este tipo de abordagem é reducionista e/ou simplista e, portanto, inadequada, que resulta em estratégias ineficientes para o tratamento da dor.

Independentemente da conceituação e da fundamentação teórica, existe atualmente entre os profissionais especializados e pesquisadores, um certo consenso quanto a existência mútua de componentes emocionais e fisiológicos da dor.

O uso do termo 'dimensões psicológicas' empregado neste capítulo, não se obstina a excluir as dimensões motivacional-afetiva e cognitiva-avaliativa. É uma questão de ênfase prestada, neste momento, aos estados emocionais.

A ocorrência de depressão e ansiedade está freqüentemente associada a estados dolorosos. Sua incidência é comum em pacientes com dor e, em maior freqüência, se as dores forem contínuas. “O humor pode ficar comprometido pela dor, e alterações de humor podem interferir na percepção, interpretação e relato da dor” (Pimenta, 1999, p. 41). Embora não exista um consenso sobre a correlação entre dores e estados emocionais, diversos autores tem descrito as propriedades moderadoras de estados emocionais sobre a instalação e manifestação de síndromes dolorosas.

Depressão, ansiedade e raiva freqüentemente interagem entre si na presença de síndromes dolorosas, no entanto, é possível distinguir pacientes com quadros ansiosos daqueles com depressão.

A ansiedade é uma resposta emocional e comportamental que se manifesta com grande índice de freqüência e de maneiras diferenciadas, em quadros de dor aguda e crônicas. Segundo Borsook, Le Bel e Mc Peek. (1996, p. 384), dor e ansiedade têm características psicológicas e orgânicas similares. Anorexia, dor no peito, diarréia, tonturas, boca seca, dispnéia, dores de cabeça, hiperventilação ou respiração curta, tensão muscular, náuseas, palpitações e tremores são alguns dos sinais físicos e sintomas da ansiedade.

Não existe um consenso sobre a relação entre ansiedade e dor: observa-se que estados ansiógenos provocam alterações viscerais, autônomas e mio-esqueléticas. A interação entre estes sistemas biológicos é descrita pelo ciclo de dor-ansiedade-tensão, proposto para explicar algumas formas de dor aguda e crônica.

Este ciclo tem sido freqüentemente observado em desordens envolvendo o sistema mio-esquelético. Dor provoca ansiedade que, por sua vez, induz espasmos musculares prolongados no local dolorido, podendo estimular pontos de disparo²⁷, bem como, vasoconstrição, isquemias e a liberação de substâncias produtoras de dor. Craig, (1994, p. 267), relata que as observações clínicas realizadas em 1974 e 1977 por Weisenberg, Sternbach e Taenger, sugerem que quanto maior a ansiedade maior a percepção de dor.

²⁷ Trigger: local do nervo que elicia o estímulo doloroso (fisiologia), sentimento ou evento que pode eliciar uma alterações fisiológicas favorecendo a manifestação de sensações de dor.

Freqüentemente, “a presença de ansiedade em crianças e adultos é acompanhada por um aumento de sintomas somáticos e queixas de dor” (Murphy, Lindsay, 1997, p. 231). Em um outro estudo, relatado neste mesmo artigo, os autores observaram que níveis maiores de ansiedade estavam associados à expectativa de aumento da dor, ao mesmo tempo em que não observaram uma relação entre o aumento de níveis de ansiedade e o aumento da dor após a prática de exercícios de fisioterapia. Borsook (1996) enfatiza que o reconhecimento e tratamento da ansiedade provavelmente irá aumentar a chance do tratamento da dor. Em contrapartida, estudos realizados por Phillipps e Grant, conforme Melzack & Wall, (1994), não encontraram base empírica conclusiva que pudesse determinar que a ansiedade aumenta a dor.

Dores crônicas também estão, freqüentemente associadas a depressão leve ou severa. Critérios diagnósticos para depressão incluem: humor depressivo, perda de prazer ou interesse, distúrbios de apetite e sono, baixa energia, agitação ou déficit motor, dificuldades de concentração, culpa e ideação suicida. A incidência de depressão entre a população em geral é de 4 % a 5%, sendo que a incidência em mulheres é duas vezes maior do que em homens.

Em pacientes com dores crônicas, a estimativa de incidência de depressão varia consideravelmente. Melzack & Wall (1994, p.265) apresentam índices observados por Pilowsky, em 1977, onde 10% dos pacientes com dores crônicas atendidos em uma clínica, apresentavam depressão. No entanto, em níveis de severidade inferiores aos detectados em pacientes psiquiátricos. Melzack & Wall (1994, p. 265) relatam índices ainda maiores, em um estudo conduzido por Magni, em 1990, na população norte-americana. Nesta pesquisa, a taxa de depressão entre a população portadora de dor crônica foi de 18%, contra 8% da população em geral. Craig (1994, p. 269), traz subsídios adicionais que corroboram a ligação entre a dor e a depressão, como é o caso da pesquisa realizada por Wadden, em 1989, que relata processos depressivos associados a severidade de queixas de dor em pacientes com artrite reumatóide. Craig (1994) afirma, ainda, que estados depressivos tendem a intensificar dores. No Brasil, apesar de dispormos de poucos dados, Pimenta (1999), em um estudo com pacientes oncológicos com e sem dor, observou uma correlação positiva entre a intensidade da dor e pontuações mais altas no Inventário de Depressão de Beck.

Pimenta (1999) descreve diversos modelos que tentam explicar a relação entre dor e depressão. O modelo cognitivo comportamental afirma que a redução de atividades diárias, os sentimentos de perda de prestígio social e a dificuldade de controle dos sintomas da doença, ocasionam depressão. O isolamento social e laboral também podem colaborar para a

suscetibilidade da percepção da dor. O modelo neurobiológico enfatiza a diminuição de neurotransmissores centrais, entre eles a serotonina e a norepinefrina, em processos de dor e depressão, o que poderia colaborar para quadros depressivos.

No trabalho publicado por Magni, conforme Craig (1994, p. 267), constata-se a presença de sistemas biológicos comuns entre depressão e dor (sistemas endócrino e neurológico). Indicações clínicas e algoritmos de tratamento²⁸ sugerem a utilização de antidepressivos para a redução da depressão e dores crônicas, desaconselhando o uso de benzodiazepínicos, pelo fato de serem passíveis de aumentar a depressão, hostilidade, raiva e dor.

O cerne da questão envolvendo a relação dor - depressão, reside na pergunta: a dor leva a depressão e vice-versa? Embora seja difícil estabelecer uma relação causal, existem evidências de que a depressão tende a intensificar a dor; “ao que parece, a depressão não é somente uma condição co-mórbida, mas interage com a dor crônica aumentando a morbidade e mortalidade desta” (Pimenta, 1999, p. 145). Os comentários desta e de outros pesquisadores, não enfatizam a relação causal entre depressão e dor, mas sim a participação da depressão como um co-fator.

O estresse psicológico também pode ser um outro fator presente na etiologia da dor, tornando-a mais intensa e menos suportável.

O conceito de estresse existe a séculos. Hipócrates já mencionava a relação entre eventos desequilibradores da harmonia e doenças (Chrousos, 1992, p. 2). Claude Bernard²⁹ também já descrevia a importância do processo de adaptação do corpo humano para manter ou restaurar o equilíbrio. Entretanto, a relação entre o estresse e a instalação de doenças só passou a ser metodologicamente investigada a partir de meados do século XX.

Em 1930, Selye utilizou-se de conceitos da Física para definir estresse como, a ação de forças sobre qualquer parte do corpo. Embora sua definição fosse bastante simples, seu conceito já fazia uma diferenciação entre estresse e *distress*³⁰. Selye acreditava que, eventos desreguladores da homeostase poderiam ser percebidos como prazerosos e estimulantes, podendo ser estímulos positivos para o desenvolvimento intelectual e emocional. Todavia, situações mais severas, excessivas e de difícil controle

²⁸ Procedimentos para tratamento medicamentoso e outros.

²⁹ Médico Francês (1825-1878), defendia a teoria de que, outras condições são necessárias para o desenvolvimento de doenças além da presença de agentes patológicos.

³⁰ *Distress*: acúmulo de estresse. Esta palavra é pouco utilizada, já que frequentemente em português, nos referimos a estresse com o sentido de *distress*. A distinção feita na língua inglesa entre *stress* e *distress* é bastante adequada e colabora para a distinção entre “sobrecarga” ou exposição a um estímulo excessivo e suas seqüências.

sob o ponto de vista psicológico ou físico poderiam colaborar para a instalação de doenças, sendo definidas como *distress*.

É encontrado no estudo de Lazarus & Folkman (1984, p.5) uma definição proposta por Miller, que define estresse como: “qualquer estímulo excessivo ou incomum, tomado como danoso e causador de mudanças comportamentais”. Nesse mesmo trabalho, Lazarus & Folkman (1984) citam a definição de estresse proposta por Basowitz, Persky, Korchin e Grinker, como a existência de estímulos passíveis de produzir distúrbios. As primeiras definições de estresse, enfatizavam a relação estímulo-resposta. Com o passar do tempo, e os resultados de novas pesquisas, estas abordagens mostraram-se limitadas.

A definição proposta por Lazarus e Folkman tem sido uma das mais utilizadas. Para estes autores, “estresse psicológico é uma relação particular entre o meio ambiente e o indivíduo, percebida por este como uma demanda excessiva para seus recursos e prejudicial ao seu bem estar”(1984, p.19). A ênfase na relação entre o indivíduo e o meio ambiente proposta pelos autores nos remete às dimensões e características pessoais como mediadoras dos eventos estressantes.

Os conceitos de vulnerabilidade individual, duração e previsibilidade³¹ do evento são também abordados por Lazarus e Folkman. Os conceitos centrais do modelo por eles proposto são os da valoração cognitiva (*appraisal*³²) e estratégias de enfrentamento (*coping*). Para esses autores é através da valoração cognitiva que o indivíduo avalia o significado do que está acontecendo, relacionando o evento ao seu bem-estar. A partir da avaliação feita do evento, o indivíduo “responde” ao mesmo. O conceito de estratégias de enfrentamento, nos permite compreender o processo de responder a um evento. Lazarus e Folkman definem estratégias de enfrentamento como: “recursos cognitivos e comportamentais para manejar demandas externas e internas específicas percebidas como excessivas” (p.141). Uma leitura fenomenológica da relação entre eventos estressantes e estresse, nos permite perceber a importância das características individuais na percepção do evento e das respostas a estes.

Diversos autores identificaram diferentes funções para as estratégias de enfrentamento. Lazarus & Folkman (1984, p. 157), por exemplo, citam as três funções das estratégias de enfrentamento propostas por White: a) obter informações sobre o meio; b) manter condições internas satisfatórias para a ação e o processamento de informações; c) manter a autonomia de ação para usar o repertório individual de modo flexível. Outros

³¹ Por vulnerabilidade entende-se a adequação dos recursos individuais para lidar com determinado evento. A extensão do evento estressantes e a previsão de sua ocorrência ou duração também são mediadores do estresse.

autores (Lubkin, 1986; Stroebe, 1996) transcenderam estas questões genéricas e descrevem estratégias de enfrentamento referentes a eventos específicos como doenças crônicas, realização de provas, dentre outras.

Definições mais recentes definem estresse como “a reação que se tem a um evento diante do qual o organismo necessite fazer um esforço maior para adaptar-se” (Lipp, 1990, p.310). Ou ainda, “tudo aquilo que possa, bem ou mal, manter o organismo em inquietude cria estresse”, (Lipp, Nery, Curcio & Pereira . 1993, p.310).

Embora o conceito de estresse seja bastante complexo, optamos por descrever sucintamente algumas definições centrais, já que um dos aspectos abordados neste trabalho é a relação entre estresse e a manifestação de síndromes dolorosas.

Existem evidências suficientes das influências do estresse sobre o sistema imunológico. A psiconeuroimunologia vem há algumas décadas através de diversas pesquisas, descrevendo as relações existentes entre os sistemas nervoso central, endócrino, imunológico e os aspectos emocionais.

O Quadro 3 descreve algumas das alterações que ocorrem em estados estressantes (modelo extraído de Chouros e Gold. 1992, p. 1245).

Quadro 3. Adaptações comportamentais e orgânicas durante estresse.

ADAPTAÇÃO COMPORTAMENTAL	ADAPTAÇÃO ORGÂNICA
Facilitação aguda de adaptação e inibição de padrões não adaptativos neurais.	Redirecionamento do oxigênio e nutrientes diretamente para o sistema nervoso central e áreas afetadas.
Aumento da atenção, alerta.	Alterações cardiovasculares e aumento da pressão arterial.
Aumento da cognição, vigília e atenção concentrada.	Aumento do padrão respiratório.
Supressão do apetite.	Aumento da glucogênese e lipólise.
Diminuição da libido.	Desintoxicação de produtos tóxicos.
Manutenção da resposta de stress.	Inibição do sistema reprodutor e de crescimento.
	Diminuição da resposta imune e anti-inflamatória.
	Manutenção da resposta de stress.

³² Apesar de existirem inúmeros conceitos de *appraisal* e *coping* esta é a tradução mais frequentemente utilizada no Brasil.

A manifestação de dores crônicas, ainda que não esteja diretamente relacionada ao sistema imunológico ou endócrino, pode revelar a existência de uma interação entre estes, como, por exemplo, no caso das dores por artrite reumatóide.

No que se refere ao sistema nervoso central e a dor, esta relação parece ser mais evidente. Segundo Craig (1994. p.267), “o estresse emocional pode aumentar a dor, aumentar a atividade do sistema psicofisiológico, também ativada por eventos nocivos”. Este autor cita, também, os estudos de Steinbach (1974) e Weisenberg (1977), que enfatizam a redução da capacidade do indivíduo de tolerar dores, quando sob eventos estressantes, bem como, de uma maior incidência de eventos estressantes diários, em indivíduos que se queixavam do aumento de dores nas costas. Craig (1994) e Borssok (1996), sugerem que, o estresse emocional possa causar dores agudas ou colaborar para a reinstalação de dores crônicas na ausência de fisiopatologias

Segundo Andersson (1999), pacientes com dores lombares apresentavam uma alta incidência de eventos estressantes, quando comparados a pacientes sem dor. Craig (1994. p. 267) descreve que: “freqüentemente dores de cabeça tem sido diagnosticadas como resultante da contração dos músculos da face, pescoço e ombros, quando não existiam evidências de mudanças estruturais.” Um outro aspecto interessante observado na prática clínica é mencionado por Craig (1994), ao referir as pesquisas de Fordyce (1976), Lethen (1983) e McCracken (1992). Os autores mencionam que o medo da recorrência da dor, ou o descontrole sobre essa, pode causar tensão muscular, que por sua vez, colaboraria para a manifestação dos sintomas.

Mudanças autonômicas e neuroendócrinas provocadas por estresse psicológico têm sido associadas com doenças cardiovasculares, digestivas, e respiratórias. A Associação de Psiquiatria Americana afirma que eventos estressantes podem contribuir para a instalação e exacerbação de um grande número de quadros dolorosos, incluindo angina, cólicas menstruais, artrite reumatóide, úlcera gástrica e duodenal e colites.

Segundo Borsook, atualmente reconhece-se que: "dores crônicas não tratadas podem provocar alterações permanentes no sistema nervoso central e periférico, resultar em eventos estressantes e provocar alterações no sistema vegetativo e imunológico"(1996, p. 2).

Em contrapartida aos efeitos negativos do estresse em síndromes dolorosas ou a função mediadora do estresse e de alguns estados emocionais já mencionados anteriormente, alguns estudos sugerem que estados emocionais positivos podem diminuir dores. Craig (1994) aponta as influências da valoração de eventos dolorosos na qualidade emocional da dor. Outras abordagens cognitivas salientam, também, a interação entre

processos cognitivos³³ e síndromes dolorosas. Craig (1994), por exemplo, cita um dos resultados da pesquisa de Weisenberg, onde foi observado que encorajar pacientes a reconhecer as dimensões emocionais³⁴ de seus sintomas, pode facilitar o tratamento. O mesmo autor, relata que a identificação de problemas emocionais e a realização de intervenções sobre estes podem ser muito benéficas no tratamento da dor.

Estas intervenções podem ser comportamentais, já que técnicas de relaxamento e *biofeedback* podem alterar dimensões sensoriais e afetivas da dor . Ou seja, o paciente com dor pode ser requisitado a cooperar no tratamento, desenvolvendo habilidades, características ou padrões de comportamento que anteriormente não apresentava, e que estão relacionados com seus sintomas. Intervenções medicamentosas também devem ser utilizadas quando necessárias, já que as drogas psicoativas podem reduzir estresse, ansiedade e depressão

Embora existam poucas evidências conclusivas, é constatado a partir de alguns estudos, como os expostos acima, os efeitos positivos e danosos que determinados estados emocionais podem proporcionar, quando associados ou ocorrendo simultaneamente em diversos tipos de doenças ou sintomas.

Outros estados emocionais tais como, fobia, obsessão-compulsão, distúrbios psicóticos, têm sido associados a instalação de quadros crônicos de dor, todavia não existem estudos conclusivos.

Um outro conceito bastante conhecido pelos profissionais de saúde é o de somatização. Frequentemente, médicos referem-se a esse conceito associando-o a histeria; já os psicólogos descrevem somatização como, manifestações somáticas de fundo emocional, ou manifestações orgânicas de origem psíquica. De acordo com o DSM-IV³⁵, o espectro de doenças psicossomáticas inclui: desordens de somatização, desordem de dor somatoforme, desordem conversiva, hipocondria, desordem corporal dismórfica e desordem somatoforme indiferenciada. Desordens somatoformes são diagnosticadas quando sintomas orgânicos existem sem relação com a patologia ou sem a existência de mecanismos que expliquem o sintoma. Algumas abordagens mais recentes (Tollison, 1995 e Pimenta, 1999) definem somatização como: "o estresse em função da percepção de disfunções fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autônomo".

³³ Embora este tema não seja objeto de nossa pesquisa, alguns estudos recentes tem apontado a associação entre déficits cognitivo, ex: falta de memória e a presença de doenças crônicas e, eventualmente, dores agudas .

³⁴ Dimensões emocionais da dor: percepção da dor, prognóstico e avaliação individual, antecipações, estratégias de enfrentamento, experiências anteriores, reações a dor.

³⁵ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

O conceito de somatização é importante para a avaliação de aspectos emocionais e comportamentais da dor, pois pode indicar a presença de estresse ou tensão emocional. Desta forma, componentes psicológicos podem ser co-fatores na instalação e manifestação de síndromes dolorosas, à medida que colaboram para a alteração de diversas funções biológicas, dentre elas, o aumento da tônus muscular.

Em linhas gerais, os conceitos aqui abordados até esse momento, pertencem a esfera da psicologia da saúde. E para complementar a discussão de aspectos psicológicos associados a dor, é necessário que os conceitos de traço ou padrão de personalidade e estado³⁶, sejam, também, abordados.

O conceito de personalidade é um dos eixos centrais de diversas teorias psicológicas. Durante a história da psicologia é possível identificar teorias distintas, cada qual apresentando um enfoque específico e definições particulares sobre a personalidade.

O DSM IV define traços de personalidade como: “padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais”(1994, p. 594).

O conceito de personalidade é central na teoria psicanalítica, tanto para Freud, seu criador, quanto para seus seguidores. A compreensão da estrutura da personalidade na psicanálise, alicerce da compreensão do homem, é sustentada nos conceitos de inconsciente³⁷ e dos mecanismos de defesa conscientes e inconscientes, modo através do qual se constitui a psique e a relação do sujeito com a realidade interna e externa.

As abordagens existenciais-fenomenológicas, dentre elas a Gestalt Terapia de Fritz Perls, o existencialismo de Sartre e a Psicologia da Consciência de Willian James, apesar de suas diferenças teóricas, enfatizam a relação do homem com o mundo, através de um processo de conscientização. Essas abordagens não possuem contudo, uma teoria da personalidade estruturada como a da Psicanálise. Os conceitos de *awareness*³⁸, percepção, intencionalidade, cristalização, entre outros, trouxeram contribuições para a compreensão da estruturação da personalidade.

Para Skinner, um dos principais representantes do Behaviorismo “a personalidade é definida como uma coleção de padrões de comportamento. Onde situações diferentes evocam diferentes padrões de respostas, baseado apenas em experiências prévias e

³⁶ A discussão entre estado e traço tem sido bastante recorrente entre os profissionais que trabalham com testes psicométricos.

³⁷ O inconsciente é um constructo teórico, definido como uma atividade mental latente, não manifesta, a não ser através de mecanismos de defesa. Ou ainda, sob o aspecto topológico, enquanto instância da estrutura da personalidade, denominada id.

³⁸ Ainda que, não haja uma tradução adequada dessa palavra para o português da forma com Perls a concebeu, “estar consciente de” é a mais utilizada.

história genética”(Fadiman & Frager 1979, p. 194). Para esse autor, os conceitos de reforçamento e condicionamento são centrais na estruturação de padrões de comportamento. Carl Rogers, Abrahan Maslow, Piaget e Vigostsky, dentre outros autores, também deram importantes contribuições na construção de teorias da personalidade.

O conceito de personalidade é central na maior parte das teorias psicológicas, permeando todas as tentativas de compreensão de homem, pilar importante dentro de cada teoria e base determinante para nortear como estas abordam o fenômeno psicológico.

Esse parágrafo pretende através de uma breve noção de algumas teorias da personalidade, apontar a diversidade dos conceitos existentes.

A propriedade da discussão entre traços ou estrutura de personalidade neste trabalho, reside no fato de diversos autores proporem uma relação entre estrutura de personalidade e a instalação de doenças.

Freud abordou essa questão através do conceito de histeria³⁹. As diferentes abordagens psicossomáticas, por sua vez, estão centradas no problema da relação entre “emoções” e comportamentos e a instalação de doenças. Todavia, apenas recentemente tem sido desenvolvidas pesquisas criteriosas relacionando padrões de comportamento á instalação de doenças.

Lipp e col. (1990, p.312) citam diversas pesquisas relevantes ao tema, particularmente os trabalhos de Friedman e Rosenman, 1959 e 1961; Wurn, Hank, Kusitec e Werthsen, 1964; Case, Heller, Moos e Debronski, 1985. Estes trabalhos apontam uma relação entre o padrão tipo A de comportamento e as doenças coronárias. O próprio Instituto Nacional de Saúde do Estados Unidos⁴⁰, reconhece o padrão de comportamento tipo A como fator de risco para as doenças cardíacas.

Pesquisadores definem o padrão de comportamento tipo A, como indivíduos dotados das seguintes características: sensação de urgência do tempo, competitividade, alta expectativa e polifasia⁴¹. Em justaposição ao tipo A, o padrão de comportamento tipo B é exatamente o oposto, indivíduos mais calmos, sem a sensação de urgência de tempo e menos competitivos.

Segundo Lipp & col., outros estudos sugerem que a característica mais nociva correlacionada a doenças cardíacas é a raiva e/ou hostilidade. Contudo, existe um consenso entre os pesquisadores de que há necessidade de maiores evidências empíricas .

³⁹ Embora o conceito de histeria de conversão tenha sido desenvolvido pela psicanálise, o termo se tornou bastante difundido. Médicos, psiquiatras e psicólogos de diferentes abordagens o utilizam. Genericamente, histeria pode ser definida como uma manifestação somática de afetos ou estados emocionais, p.e.: desmaios, perda repentina da visão, surtos catatônicos.

⁴⁰ National Health Institute.

⁴¹ Exercer diversas atividades simultaneamente.

Adler (1991), Cohen (1995), Kiecolt-Glasser (1991), entre outros, apontam alterações funcionais do sistema endócrino e imunológico relacionados a comportamentos ou situações estressantes.

Estes estudos não se referem a padrões de personalidade, mas sim, a situações aliciadoras de determinados traços ou estados emocionais. Figueiró (1999) enfatiza a necessidade de reconhecer a diferença entre estado e traço psicológico, sabendo-se que traços podem modificar-se com a dor crônica.

Concomitante e complementar à discussão entre a correlação da instalação de doenças e padrões ou traços de personalidade, existe ainda, a discussão sobre estados emocionais.

Estados emocionais são caracterizados como situacionais, não necessariamente presentes ao longo da vida. Medo, ansiedade e depressão podem ser exemplos de estados emocionais ou de padrões de comportamento. Determinadas situações podem eliciar certos estados emocionais. Dor pode eliciar ansiedade e depressão, uma situação de perigo pode eliciar medo, dor pode eliciar estresse.

Talvez a distinção entre traço e padrão de personalidade possa ser clarificada através de alguns pontos:

- * a intensidade, quantidade e período de manifestação de uma determinada característica, pode determinar a presença de um traço ou padrão. De certa forma, o que caracteriza um padrão de comportamento é sua repetição, sua continuidade;

- * alguns estados emocionais são esperados em determinadas situações;

- * um evento externo pode potencializar ou expor um padrão de personalidade latente;

- * graus excessivamente elevados de ansiedade, medo, depressão e outros estados emocionais, de certa forma, não seriam apenas fruto de estímulos específicos, salvaguardadas certas situações.

Vale apontar que existe uma tendência de determinadas abordagens, em estabelecer relações causais ou correlações, entre padrões de personalidade e a instalação de doenças, sem que tenham, contudo, suficiente embasamento científico.

Por outro lado, a ênfase dada aos efeitos mediadores de padrões de personalidade associado a instalação de doenças, tem se mostrado o modelo mais adequado na compreensão da relação entre padrões de comportamento, estados emocionais e a instalação de doenças.

Recentes avanços científicos e clínicos têm revolucionado o campo de intervenção e manejo de síndromes dolorosas. Ainda que sejam desconhecidas todas as variáveis

presentes na instalação desses referidos processos, atualmente dispomos de diferentes teorias e abordagens sobre a dor, permitindo uma melhor compreensão desse fenômeno.

O desafio corrente, consiste em desenvolver instrumentos diagnósticos que permitam acessar os diversos aspectos da dor, principalmente os aspectos ou dimensões mediadores ou co-fatores na instalação ou manutenção de síndromes dolorosas.

2.4 AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR

Teorias e evidências suportam a existência e participação de aspectos emocionais e comportamentais em síndromes dolorosas. Na condução da presente pesquisa, os problemas detectados são comuns aos principais eixos e problemas da Psicologia, ou seja: a busca pela objetividade científica, a relação sujeito-objeto, a possibilidade de acesso a realidade subjetiva e a relação entre, emoções, comportamentos e patologias orgânicas.

A Psicometria através de seu corpo de conhecimento é uma das áreas da Psicologia que se ocupa de alguns aspectos mencionados acima.

2.4.1 PRESSUPOSTOS PSICOMÉTRICOS

Ao longo da história da Psicologia os processos envolvendo medida e avaliação, tem sido uma constante, permeando o desenvolvimento das ciências humanas e sociais. Diversos fatores colaboraram para o desenvolvimento de técnicas, instrumentos e teorias, que permitissem ao psicólogo, aproximar-se de seu objeto de estudo: o comportamento humano.

Em retrospectiva, o contexto dentro do qual nasceu a Psicologia, era fortemente sobrepujado pelo modelo das ciências naturais. De acordo com Cruz (1998), a Psicologia científica procurou transpor os métodos das ciências naturais diretamente para o campo do estudo e conhecimento do homem. Medida esta que favoreceu o desenvolvimento e a constante evolução de testes, de instrumentos, na busca para atender o ideal da pesquisa no modelo científico.

O desenvolvimento dos testes de inteligência e de aptidão ainda no final do século passado e a aplicação destes em larga escala desde então; o desenvolvimento de um número expressivo de testes projetivos, de eficiência e de personalidade, a utilização dos testes pela Psicologia Industrial e Organizacional, etc., são exemplos do quanto a Psicometria é intrínseca à história da Psicologia.

Descrever comportamentos e características da forma mais objetiva e compreensível possível, sempre foi um desafio e uns dos principais objetivos da psicometria. O uso do número na descrição dos fenômenos naturais constitui o objeto da Teoria da Medida. Somente hoje, esta teoria se encontra razoavelmente axiomatizada no cenário das ciências físicas, mas aparecendo de forma lacunar nas ciências sociais e do

comportamento, onde se discute a viabilidade epistemológica da medida. A natureza da medida implica, *a priori*, em alguns problemas básicos, entre os quais, três devem ser mencionados: representação, unicidade e erro⁴² (Pasquali, 1996).

A Psicometria cobre todas classes de medidas na Psicologia, sendo essa a sua principal definição. Para Cruz (1998), a psicometria é o ramo da psicologia que se propõe a estudar o fenômeno psicológico através da representação quantitativa. Pasquali a caracteriza como que “dentro de uma orientação epistemológica quantitativa, mas como um ramo das ciências empíricas e não matemáticas” (1996, p.73). Ainda que a psicometria se utilize de diversas aplicações da matemática, estas são epistemologicamente diferentes. A psicometria vale-se de conceitos de medida em geral e está estruturada a partir de dois eixos principais: a teoria da medida e a teoria da personalidade.

Segundo Pasquali (1996), uma teoria não é uma lei, dado que ela é composta de axiomas ou postulados e não de fatos empíricos. Portanto, sua cientificidade está relacionada a possibilidade de deduzir hipóteses empiricamente testáveis, ou ainda, ao acesso a variáveis hipotéticas. “A teoria que fundamenta a psicometria, neste sentido estrito, além de assumir postulados da teoria da medida em geral, trabalha com o modelo de estrutura latente (traços psicológicos, *latent modeling*)” (Pasquali, 1996, p.74). Neste contexto, alguns conceitos chaves da teoria psicométrica precisam ser descritos.

O conceito de traço latente é central na teoria psicométrica. Segundo Pasquali (1996, p.74), “traço latente é referido sob diversas denominações como: variável hipotética, variável fonte, fator, constructo, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, tendência e outros”. Há os que concebiam traço latente como uma estrutura global, seja constituindo toda psique humana ou partes dela. Já os chamados “fatoristas”, estão mais interessados em chamar de traço latente aquele conjunto de processos cognitivos necessários para a execução de uma tarefa. Desta forma, as concepções de traço latente dependem do nível de especificidade que se quer dar a este constructo⁴³ ou parâmetro.

Segundo Pasquali “o conceito de traço faz mais sentido quando entendido na concepção de Popper de realidade, “... de que é real aquilo que age sobre coisas consideradas reais, como as coisas físicas e materiais. Deve-se então admitir que

⁴² A representação implica na legitimidade de expressar fenômenos através de uma representação numérica. O conceito de unicidade diz respeito a forma de representar o fenômeno e define a escala de medida. O problema do erro refere-se a falhas de observação, de instrumentos, ou ainda, aleatórias. Neste sentido, a teoria estatística elabora procedimentos que estabelecem a aceitabilidade de medidas.

⁴³ Por constructo, entende-se entidades hipotéticas ou processos cuja existência só pode ser conhecida indiretamente.

entidades reais podem ser concretas ou abstratas em vários graus.” (1996, p.74). Como tal, na física aceitamos forças e campos de força como sendo reais, pois agem sobre coisas materiais. De forma análoga, o conceito de traço na psicometria sustenta-se pelas mesmas evidências. Estruturas psicológicas latentes são o objeto de interesse da psicometria, lembrando que um sistema apresenta atributos que são os vários aspectos ou as propriedades que o caracterizam.

No que se refere ao objeto central da psicologia e da psicometria, percebe-se que tanto o objeto a ser abordado, como o arcabouço de teorias, constructos elaborados e os instrumentos utilizados para abordar o objeto, todos sofreram e vem sofrendo, alterações no decorrer de nossa história.

Na Psicometria, especificamente, discerne-se, em alguns momentos, concepções distintas. Num primeiro momento, uma distinção entre o mentalismo e o empirismo é passível de ser feita. Entre os mentalistas pode-se destacar Binet e Simon, considerados os principais sistematizadores no que tange a questões do funcionamento mental como um problema central para a Psicologia e a preocupação com a classificação do comportamento através de medidas escalares. Entre os empíristas destacam-se Galton e Spearman, que basearam suas afirmações sobre os processos sensoriais como o problema ou fenômeno principal e a preocupação com a descrição e a quantificação estatística.

A seguir, é apresentado, de forma sintética, uma cronologia de autores e eventos mais significativos no campo da Psicometria, com o intuito de estabelecer alguns marcos históricos e tendências de estudo.

Quadro 4. Marcos teóricos e principais autores da psicometria

PERÍODO	PRINCIPAIS AUTORES	MARCOS TEÓRICOS E TENDÊNCIAS PRINCIPAIS
---------	--------------------	---

1880-1900	Galton / Catell	Avaliação das aptidões e das diferenças individuais. Medidas sensoriais e mentais
1900-1930	Binet / Simon Spearman	Avaliação das capacidade humanas. Surgimento dos testes de inteligência. Fundamentos da psicometria clássica (fator G). Uso acentuado dos testes psicológicos para fins de seleção.
1930-1940	Thurstone	Desenvolvimento da análise fatorial e das escalas psicométricas. Fundação da Sociedade Psicométrica Americana e da revista Psychometrika.
1940-1980	Vários autores	Sistematização e crítica do conhecimento produzido, desenvolvimento das medidas de personalidade. Surgimento da IRT (teoria de resposta ao item) e teoria do traço latente. Avanço da tendência cognitiva. Regulamentação e normatização dos procedimentos de elaboração e uso de testes psicológicos.
1980	Psicometria moderna	Preocupação com os critérios de validade e construção de itens, desenvolvimento da pesquisa de base cognitiva.

A partir deste quadro, onde foram salientados alguns expoentes da Psicometria, marcos teóricos e tendências principais, é possível discernir estágios distintos na sua evolução. Embora não exista um consenso sobre este assunto, Cruz (1998), refere-se a uma psicometria antiga, contemporânea e moderna. Num primeiro momento, denominado de psicometria antiga (1880 até aproximadamente 1930), houve uma hegemonia das teorias da personalidade e dos traços e tipos de personalidade. Num momento posterior, (1930 a 1970), a maioria dos testes psicológicos tinha a função de prever comportamentos. A partir da década de 70, a Psicometria moderna voltou suas preocupações para a teorização dos atributos e para o isomorfismo dos itens.

Esta evolução pode ser constatada a partir da análise da literatura técnica, dos artigos de revistas científicas e base de dados. Atualmente, um grande número de artigos têm discutido temas como: validade interna e externa de instrumentos, correlação de itens, problemas lingüísticos, adaptação e validade de instrumentos e discussões sobre traço-estado.

Além dos aspectos epistemológicos da Psicometria, brevemente revistos acima, seria oportuno realizar, também, alguma explanação sobre as técnicas de construção dos instrumentos psicométricos. Segundo Van Kolck (1981, p.17), “o teste é um procedimento cientificamente elaborado, por isso exige a observância de uma série de requisitos e qualidade, a saber: validade, fidedignidade, padronização e aferição. Além de simplicidade técnica, economia, facilidade, e rapidez de avaliação”.

A validade diz respeito ao que o teste se propõe a medir, sendo que todo instrumento deve ter validade internamente e externamente. A fidedignidade refere-se a precisão e confiabilidade dos resultados obtidos. Por padronização ou standartização entende-se a uniformidade do processo de aplicação, avaliação e interpretação de testes. A aferição concerne a graduação do teste, à fixação de graus de resultados, de unidades de comportamento, a fim de poder comparar objetivamente os resultados de diversos indivíduos, ou seja; o estabelecimento de normas para a avaliação e interpretação dos resultados.

Os testes são, segundo Van Kolck (1977), o mais desenvolvido instrumento de diagnóstico psicológico, a par das críticas e dos problemas operacionais relacionados ao uso dos instrumentos. É necessário, porém o estabelecimento de algumas distinções entre os diferentes tipos de testes. Cruz (1998, p.35), cita Pichot, com o intuito de fazer uma diferenciação entre os tipos de testes, já que denomina “testes psicológicos” de testes mentais, definindo-os como ”uma situação mental padronizada que serve de estímulo a um comportamento”. Comportamento este que é avaliado mediante uma comparação estatística com o de outros indivíduos colocados na mesma situação, permitindo, assim, classificar o indivíduo examinado, quer quantitativamente quer tipologicamente⁴⁴.

No tocante a validade dos testes ou ao que estes pretendem medir, ainda que o termo genérico 'teste psicológico' seja usado de forma indiscriminada, para todos os tipos de testes, faz-se necessário adotar uma distinção, separando os testes em dois grupos principais: os testes de eficiência e os testes de personalidade.

Os testes de eficiência visam medir aspectos cognitivos e de desempenho, já os testes de personalidade avaliam aspectos afetivos, padrões de comportamento. É importante salientar a não inclusão dos testes projetivos nesta classificação, uma vez que, segundo a Associação Internacional de Psicotécnica, estes instrumentos não são aceitos como instrumentos psicométricos. Mesmo que sejam amplamente difundidos e utilizados em avaliações clínicas e no psicodiagnóstico.

Como explanado, existem diferenças marcantes entre os tipos de testes utilizados hoje na psicologia. Diferenças envolvendo sua conceitualização e especificidade, a metodologia utilizada, as formas de aplicação e, até os critérios científicos utilizados. Entretanto, dentro e fora da Psicologia, prevalece um razoável desconhecimento dos fatores acima e, conseqüentemente, muitas críticas infundadas.

⁴⁴ O pressuposto básico de uma tipologia de comportamento é o estabelecimento de classificações segundo critérios, aspectos ou características. A psicologia diferencial e a psicopatologia foram as principais áreas da psicologia a descreverem tipologicamente alguns aspectos do comportamento humano.

Adicionalmente, um percentual razoável das críticas feitas ao uso de testes na Psicologia, denota preconceitos e distorções históricas. Postulações especialmente vinculadas a um momento denominado de 'Psicometria Contemporânea', quando o uso indiscriminado de testes foi amplamente colocado à serviço de interesses políticos, na forma do controle social, racial e étnico. Neste sentido nos parece que isto se refere a uma questão mais ampla, que nos remete à prática da psicologia e a serviço de quem está a ciência psicológica.

Outra razão para críticas, seria o desconhecimento dos pressupostos teóricos que sustentam os testes ou a psicometria. Independentemente da relevância dessas observações críticas, os axiomas da teoria psicométrica demonstram estar cada vez mais sólidos. Esse é fato observável e palpável, fruto da evolução, da qualidade e aplicabilidade dos testes psicológicos nas diversas áreas de atuação dos psicólogos, inclusive nas chamadas áreas emergentes. Áreas como a neuropsicologia, psicologia hospitalar e psicologia ambiental, entre outras, têm desenvolvido e empregado com frequência crescente, inventários, escalas e outros instrumentos psicométricos.

2.4.2 OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES COM DOR

Em diversos centros de referência dedicados ao tratamento de síndromes dolorosas relacionadas a diversas fisiopatologias, as avaliações psicológicas já fazem parte do procedimento de rotina para determinadas doenças ou síndromes.

A própria Comissão de Avaliação de Instituições de Reabilitação dos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Dor e a Agência para Políticas de Saúde e Pesquisa dos EUA, tem indicado o uso de avaliações psicológicas em centros de reabilitação e clínicas de dor.

No Brasil, esta prática é bastante recente, restringindo-se a alguns centros de excelência, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e outros seletos profissionais.

Na busca por uma classificação para a função do psicodiagnóstico do paciente com dor, pensamos que este pode ser definido como uma especificidade do psicodiagnóstico, ou ainda, um psicodiagnóstico voltado para um propósito específico.

Cunha (1993, p.9), de forma bastante sucinta, descreve os diversos passos que compreendem o processo psicodiagnóstico. Essa abordagem proposta pela autora, poderia servir, também como algoritmo na avaliação psicológica de aspectos emocionais e comportamentais dos pacientes com dor:

- levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição de hipóteses iniciais;
- seleção e utilização de instrumentos de exame psicológico;
- levantamento quantitativo e qualitativo dos dados;
- formulação de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame;
- comunicação de resultados e encerramento do processo.

Diversos autores preconizam a utilização da avaliação psicológica para identificar aspectos emocionais e comportamentais envolvidos na dor.

Segundo Figueiró, esta avaliação deve incluir:

“a história da dor e da experiência dolorosa subjetiva atual, modelo da dor do paciente e cônjuge, expectativas e objetivos de ambos, respostas aos tratamentos prévios, uso de drogas e álcool, fatores sociais e ambientais reforçadores, aprendizado de evitação, desativações, avaliação vocacional, aspectos de litígio e compensação, história do desenvolvimento e familiar, fatores culturais, estresse de vida recente e disfunções psicológicas” (1999, p.148).

A descrição acima, ilustra a amplitude e a complexidade dos aspectos envolvidos na avaliação dos aspectos envolvidos na instalação e manifestação de síndromes dolorosas. Para Pimenta, “os objetivos da avaliação da experiência dolorosa são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro fisiopatológico, aquilatar as limitações e sofrimentos advindos da dor, nortear a escolha das intervenções implementadas”(1999, p. 44).

Optamos por adotar os objetivos propostos por Tollisson e Hinnant (1996). Segundo estes autores os propósitos da avaliação psicológica de pacientes com dor são:

- detectar fatores emocionais/comportamentais que possam estar alterando a síndrome dolorosa;
- identificar distúrbios afetivos e cognitivos;
- colaborar para a implementação de tratamentos adequados.

Mesmo havendo diversas teorias e fatores precursores e/ou associados às síndromes dolorosas, a existência de eventos psicológicos a elas relacionados é hoje um consenso estabelecido através de teorias e pesquisas. Existe, porém, alguns critérios e indicações para a solicitação e uso da mesma:

- quando os sintomas ou queixa trazidos pelo paciente são maiores que os esperados pela avaliação clínica ou exames;
- quando houver percepção ou dúvida sobre aspectos emocionais e/ou comportamentais do paciente (ex: padrão de comportamento “inadequado”, estresse, uso de drogas).

Da mesma forma como é realizada uma avaliação da dor, existem, similarmente, diversos instrumentos que avaliam as dimensões psicológicas da dor. Testes⁴⁵ e entrevistas são freqüentemente os instrumentos mais utilizados; testes projetivos, em menor freqüência, também são utilizados por alguns profissionais.

Mesmo com a existência de diversos instrumentos de avaliação disponíveis, é necessário uma análise prévia criteriosa quanto a validade dos testes e a sua aplicabilidade na avaliação de aspectos emocionais e comportamentais relacionados à dor. Tollison e Hinnant (1996, p.122) em uma revisão dos instrumentos utilizados com este fim, apresentam 13 instrumentos psicométricos (no quadro a seguir), descritos por suas qualidades psicométricas, seus procedimentos de aplicação, tipo de material, forma de correção e a validade destes na avaliação de pacientes com dor.

⁴⁵ O termo teste aqui empregado, refere-se a inventários e questionários.

Quadro 5. Testes psicométricos usados na avaliação de pacientes com dor

Teste	Descrição	V.E*	Fonte
MMPI	O Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota foi normatizado para populações psiquiátricas com idade superior a 18 anos. Possui 12 escalas: histeria, depressão, hipocondria, masculinidade-feminilidade, psicastenia, paranóia, fobia, mania, introversão. Distribuídas em 567 itens, em papel ou computador. O MMPI-2 contém versões para pacientes com dor. Diversos autores se contrapõem ao uso desse para avaliações de pacientes com dor	3	NCS
P-3	O Pain Patient Profile- Perfil do Paciente com Dor, é um instrumento multidimensional com fortes características psicométricas. Desenvolvido para pacientes com dor, com idade superior a 17 anos. Visa identificar estresse associado a dor, grau de estresse e a influência de aspectos psicológicos na dor. Possui 3 escalas, depressão, ansiedade e somatização. É composto de 44 itens em papel ou computador.	5	NCS
MPI	O West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, é um inventário de dor, baseado no modelo cognitivo comportamental. É composto de 50 itens, distribuídos em 12 escalas. Foi desenvolvido para medir o impacto da dor na vida do paciente e comunicar a experiência do paciente. Indicado para maiores de 17 anos, formato papel. Deve ser usado associado a outros instrumentos.	5	UP
BAP	O Behavioral Assessment of Pain, foi desenvolvido a partir do modelo biopsicossocial. Possui 17 itens, formando 9 escalas: demográfica, evitação, interferência em atividades, influência familiar, influência e qualidade física, crenças sobre a dor, conseqüências percebidas, estratégias de enfrentamento. Foi desenvolvido para populações com mais de 17 anos. Disponível em papel.	5	PI
16-PF	O Sixteen Personality Factor Questionary é um instrumento multidimensional composto de 16 itens, em papel ou computador. Avalia estados emocionais, recursos individuais e características de personalidade. Idade: 16 anos.	1	NCS
BDI	O Beck Depression Inventory, foi desenvolvido para diagnosticar depressão em pacientes psiquiátrico e outras populações, com idade superior a 18 anos. Possui 32 itens, disponível em papel ou computador	1-2	TPC
MBHI	O auto inventário Million Behavioral Health Inventory, desenvolvido para pessoas com problemas de saúde. Possui 150 itens, distribuídos em 4 escalas: estilo de estratégias de enfrentamento, atitudes psicogênicas, correlatos psicossomáticos e prognósticos. Indicado para maiores de 18 anos. Disponível em papel ou computador.	2	NCS
MPQ	O McGill Pain Questionary, compreende 78 palavras distribuídas em 20 escalas, descreve dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, formando um índice de dor. Indicado para maiores de 20 anos. Disponível em papel.	3-4	MGU
CPB	Instrumento multidimensional, o The Chronic Pain Battery, foi desenvolvido para pacientes com câncer. Possui 200 itens e inclui informações médicas, social e funcional.. Idade não referida, disponível em papel.	3	PRC
SCL 90-R	O Symptom Checklist, Inventário de sintomas, desenvolvido para identificar sintomas psicológicos e psicopatologias. Composto de 90 itens, em papel ou computador, distribuídos em 9 escalas, para pacientes psiquiátricos internados e não internados, adultos e adolescentes.	3	NCS
CQA	O Clinical Analysis Questionary, é um auto inventário, com 271 itens, disponível em papel. Foi desenvolvido para diagnóstico clínico, avaliação de intervenções e orientação vocacional. Acessa traços de personalidade em maiores de 16 anos.	2	NCS
PAI	Teste multidimensional de personalidade, o Personality Assessment Inventory,	2	PA

	é composto de 344 itens, formando 22 escalas. Desenvolvido para acessar síndromes psicopatológicas. Indicado para maiores de 18 anos. Não possui grupo normativo de pacientes com dor. Disponível em papel.		
CRI	O Coping Responses Inventory, foi desenvolvido para identificar e monitorar respostas cognitivas e comportamentais em indivíduos com idade superior a 12 anos com problemas ou situações estressantes. Possui 58 itens, distribuídos em 8 escalas. Não possui grupo normativo de pacientes com dor. Disponível em papel.	1	PA

V.E: Os critérios para estimar a validade, definida aqui pelos autores como valor estimado, não foram definidos, nem tão pouco explicitados.

Os resultados do quadro acima (extraído de Tollison e Hinnant) é um exemplo de análise comparativa da validade e adequação de diversos instrumentos como meio de avaliação de estados emocionais associados a síndromes dolorosas. Esse procedimento de seleção do(s) instrumento(s) propício(s) é parte integrante da avaliação do paciente com dor.

Segundo os autores, dentre os testes revisados, constata-se que os testes P-3 e West Haven-Yale mostram-se como sendo os mais eficientes, pois avaliam os estados emocionais mais significativos nos quadros de dor. O teste West Haven-Yale mostra-se mais eficaz quando utilizado junto com outros instrumentos, por não abordar alguns fatores determinantes em quadros álgicos.

Adicionalmente, o Perfil do Paciente com Dor (P-3), por suas propriedades, demonstra ser um dos mais válidos, por ter como grupo de referência populações com dor e populações "normais", e por avaliar aspectos determinantes em quadros álgicos, conforme aponta a literatura especializada. Essas aspectos são fundamentais, pois colabora na compreensão da influência da depressão, ansiedade e somatização em síndromes dolorosas.

O P-3 é um instrumento que fornece tanto para a equipe multidisciplinar quanto ao paciente, uma compreensão de seu estado emocional e da relação deste com os seus sintomas de dor. O teste fornece subsídios que poderiam justificar de forma objetiva a necessidade, ou não, de acompanhamento psicológico e/ou intervenção medicamentosa.

Na compreensão do "mozaico" da dor, a avaliação psicológica tem sido realizada com o objetivo de colaborar de forma decisiva na compreensão dos aspectos emocionais /comportamentais associados às síndromes dolorosas, passíveis de alterá-las.

A partir da necessidade de obtenção de um diagnóstico multidimensional para pacientes com dor, o emprego de estratégias de avaliação dos estados psíquicos, em conjunto com a clínica médica, é crítico por trazer ao ambiente terapêutico subsídios para a implementação de um tratamento mais eficaz da dor.

2.4.3 TESTES PSICOLÓGICOS NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM DOR NO BRASIL

O desenvolvimento dos testes psicométricos no Brasil teve seu ápice entre as décadas de 30 e 60. Caberia ressaltar que, durante este período, a precariedade das técnicas estatísticas, a ausência de uma cultura voltada a utilização da Psicometria, colaboraram para manter o subdesenvolvimento desta ciência. Até a época atual, a subutilização da informática, seja na realização de testes, seja como apoio à aferição dos mesmos, indica o grau de atraso em relação a outros países com nível de desenvolvimento semelhante ao Brasil.

Andriola, descreve em poucas palavras a situação da Psicometria nacional, ao enfatizar que “... de todos os chamados testes psicológicos atualmente existentes no país, somente um número pequeno corresponde as mínimas exigências científicas” (1993, p.15).

Analisando o cenário nacional, além de constatarmos a deficiência metodológica de alguns instrumentos, percebe-se também: a pequena produção de novos instrumentos nacionais e o predomínio de validações com critérios questionáveis de instrumentos importados. Dentro deste contexto, Andriola, salienta a importância de observarmos alguns aspectos necessários para que esta situação seja superada, a saber: revisão dos instrumentos mais usados no país; capacitação de recursos humanos na área; desenvolvimento de tecnologia nacional.

No tocante ao uso ou desenvolvimento de testes específicos relacionados à avaliação de estados emocionais associados a síndromes dolorosas, o quadro é ainda mais alarmante. Em um levantamento realizado em diversas bases de dados (Lilacs, Mediline, IASP, Psyclite)., encontramos um número muito reduzido de publicações especializadas, apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 6. Instrumentos usados no Brasil na avaliação do paciente com dor

Título	Instrumento	Autor	Ano	Local
Dores crônicas na coluna e depressão	MMPI, Escala Hamilton e Zung	Knoplick, J	1989	São Paulo
Avaliação de pacientes com síndromes dolorosas	MMPI	Li., S.M	1991	Sorocaba
Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia	Escala Hamilton	Martinez, J. E. e col.	1992	São Paulo
Proposta de adaptação para língua portuguesa	Questionário de dor McGill:	Pimenta, C. A. M. Teixeira, M. J.	1997	São Paulo

Infelizmente, o Brasil carece de instrumentos específicos para pacientes com dor, salvo o trabalho de Pimenta e de um grupo seletivo e reduzido de profissionais. O desenvolvimento e a utilização desse tipo de testes viria a colaborar significativamente para a compreensão do quadro clínico do paciente. Mais ainda, permitiria uma comunicação mais adequada entre médicos e psicólogos, entre as equipes de saúde e seus pacientes e, acima de tudo, um melhor tratamento do paciente.

3. MÉTODO

O enfoque metodológico deste estudo é de base psicométrica, quantitativa, com utilização de análise descritiva e inferencial.

Optamos por utilizar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Levin, 1985) para análise de variância (ANOVA), devido a existência de poucos casos por grupo. Respeitamos o grau de significância de 0.05 para erro tipo I (alfa), e os níveis de significância de até 0.10, neste último caso, por serem considerados como marginalmente significativos.

Este estudo pode ser caracterizado como de corte transversal em uma amostra não probabilística.

A estratégia de pesquisa pode ser enquadrada dentro das chamadas pesquisas de desenvolvimento (Contandriopoulos, 1999), já que propõe utilizar, de maneira sistemática, os conhecimentos já fundamentados, elaborar uma nova maneira de intervenção ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente, instrumento, dispositivo ou método de medição.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA LOCALIDADE

Foram empregados parâmetros semelhantes aos utilizados na normatização do P-3 nos Estados Unidos: pacientes com dor, idade entre 16 a 65 anos e escolaridade mínima de 1º grau. Entretanto, na população estudada nesta pesquisa, optamos por incluir também, participantes com mais de 65 anos, bem como, a 4ª série do 1º grau⁴⁶.

Nos limitamos a pesquisar indivíduos que utilizaram os serviços do NIDI-Neurociências, em Florianópolis, Santa Catarina, durante o período de julho de 1998 a julho de 1999.

No que se refere a localidade, a cidade de Florianópolis é considerada hoje, entre

⁴⁶ Nesse estudo foram incluídos participantes com mais de 65, por haver um número considerável de pacientes com mais de 65 anos atendidos no NIDI. A ampliação da escolaridade para 4ª série do 1º grau, está associada a menores indicadores de escolaridade na população brasileira em relação à realidade norte americana.

os especialistas, como referência para o atendimento de doenças neurológicas, bem como, para síndromes dolorosas, em função da concentração de profissionais especializados na área, recursos diagnósticos de imagem e estrutura do sistema de saúde.

3.2 AMOSTRA

Foram avaliados 120 pacientes, de ambos os sexos, com dores de cabeça, pescoço, coluna e membros, todos com quadro clínico indicando a realização de uma avaliação psicológica.

Outros pacientes portadores de sintomas não dolorosos, e avaliados durante esse mesmo período, não foram incluídos nesse estudo. É importante salientar que, entre 5% e 10% dos pacientes indicados pelos médicos para a avaliação psicológica, optaram por não realizá-la.

O tipo de amostra pode ser caracterizada como não-probabilística, em razão da conveniência da escolha da população avaliada. O tamanho da amostra foi calculado levando em conta as informações sobre as médias e desvios-padrão dos grupos de pacientes com dor, num estudo prévio e do grupo controle do estudo conduzido nos Estados Unidos⁴⁷, quando da elaboração do teste, assim como os critérios aceitáveis do chamado erro tipo I e II (ou fatores alfa e beta em termos estatísticos). Os níveis de alfa e beta são 0.05 e 0.20, respectivamente. Isso implica que 5% das pessoas com patologia não seriam detectadas pelo teste, enquanto 20% sem patologia seriam indicados como casos patológicos.

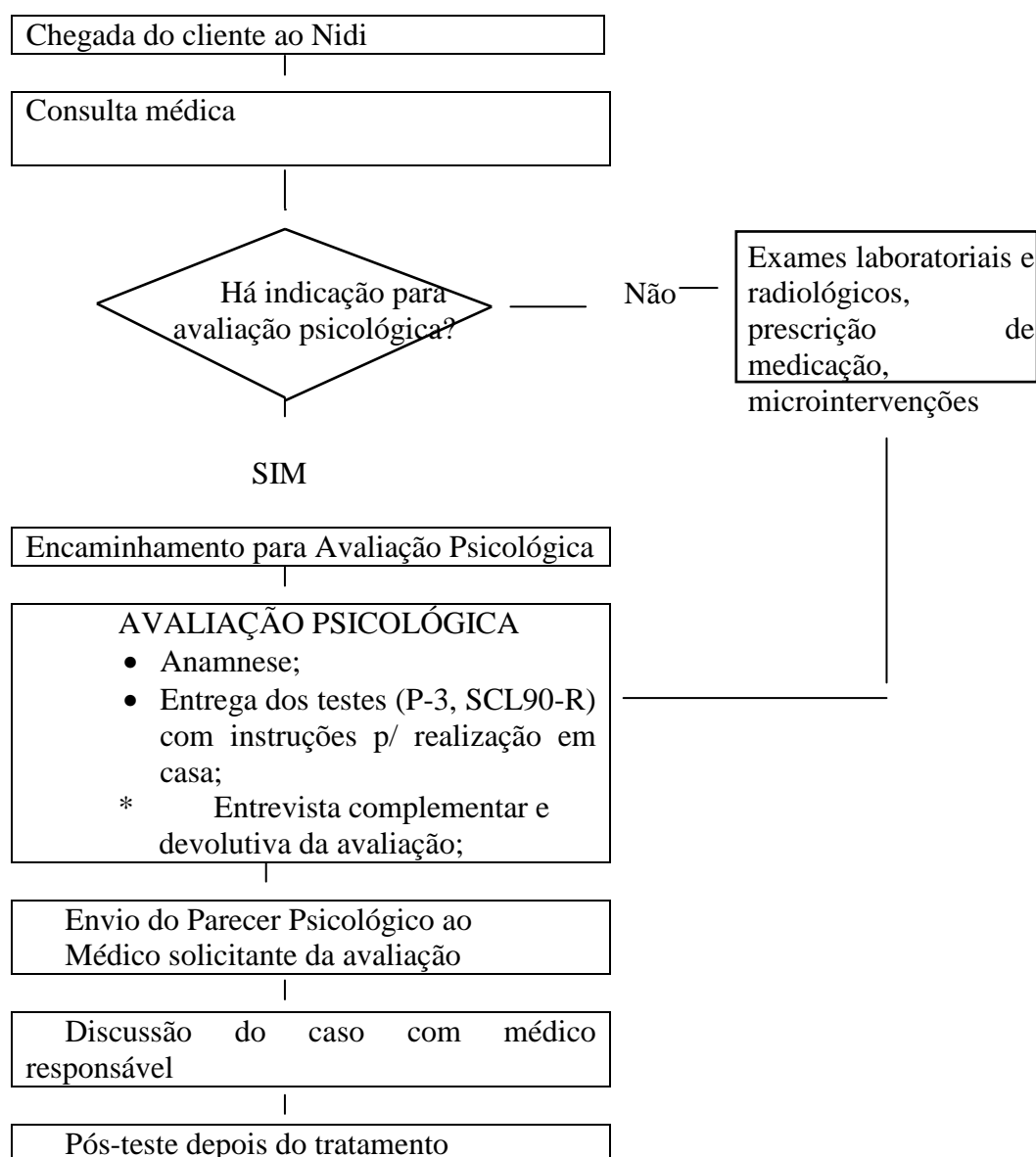
⁴⁷ O número de pacientes participantes do estudo é apresentado na Tabela 1, conforme o manual do P-3.

3.3 PROCEDIMENTO

Afim de atingirmos os objetivos da pesquisa, foi necessário organizar procedimentos gerais, que incluíam as seguintes estratégias:

- Revisão dos principais instrumentos utilizados na avaliação psicológica de aspectos relacionados a dor;
- Formalização do uso com a empresa detentora dos direitos de comercialização do teste P-3 e SCL 90-R, para a utilização dos instrumentos em pesquisa;
- Tradução dos instrumentos;
- Re-estruturação da anamnese psicológica, respeitando os objetivos da pesquisa.

A seguir, apresentamos um fluxograma do atendimento ao paciente com dor:



3.4 INSTRUMENTOS

a) O teste P-3 (*PAIN PATIENT PROFILE*)

O P-3 (em anexo) foi traduzido, para fins diagnósticos e para este estudo, como: PERFIL DO PACIENTES COM DOR. Elaborado por Tollison e Langley, em 1992, com o intuito de identificar em pacientes o estresse associado às síndromes dolorosas.

Trata-se de um auto-inventário, composto de 44 itens, em uma escala do tipo Likert, com 3 possibilidades de resposta, referentes a “como você tem se sentido atualmente”. Compreende 3 escalas clínicas (depressão, ansiedade e somatização), em conformidade com o DSM-IV, e uma escala de validade que verifica a possibilidade de respostas aleatórias e/ou compreensão inadequada das questões. O tempo de administração é de aproximadamente 20 minutos.

As bases teóricas do teste P-3 são coerentes com as teorias da dor mais atuais. A finalidade do P-3 é suprir o déficit de instrumentos de avaliação psicológica para pacientes com dor.

Um total de 497 pessoas participaram da validação do instrumento, em amostras representativas, obtidas em diversas cidades dos Estados Unidos, incluindo as diferenças de raças, idade e sexo.

O P-3 possui uma validade interna e externa moderada, particularmente em relação ao MMPI.

O teste P-3 tem se mostrado um excelente instrumento para:

- determinar em pacientes no trato pré-operatório, a presença de variáveis psicológicas associadas à dor e a influência de tais variáveis na sintomatologia da dor;
- medir níveis de dor antes e depois do tratamento médico para avaliar prognósticos clínicos, e a efetividade da intervenção, bem como colaborar na implementação desses tratamentos;
- determinar e justificar a necessidade de intervenção psicológica e/ou psiquiátrica;

Apesar de possuir uma sólida fundamentação psicométrica e das teorias da dor, o P-3 não deve ser o único instrumento de diagnóstico, nem tampouco, substituir a avaliação de um profissional experiente. Seu objetivo é realizar uma avaliação objetiva de variáveis associadas à dor, em especial depressão, ansiedade e somatização, proporcionando mais informações ao profissional de saúde.

b) O teste SCL 90-R (*SYMPTON CHECK LIST*)

O SCL 90-R, INVENTÁRIO DE SINTOMAS (em anexo), traduzido dentro dos mesmos objetivos do P-3, foi desenvolvido por Derogatis, em 1975, segundo critérios do DSM II. É um instrumento de medida de padrões de sintomas psicológicos presentes em um determinado período de tempo. Sua função é determinar a dimensão de sintomas psicológicos, não é indicado como medida de personalidade, exceto de forma indireta em determinados transtornos de personalidade.

É composto de 90 itens, organizados em forma de afirmativas, formando 9 escalas e 3 índices globais, a saber: somatização, obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, paranóia, distúrbio afetivo, e os índices de severidade global, sintomas positivos estressantes e total de sintomas. As 90 afirmativas referem-se aos últimos 7 dias, e são pontuados de 0 a 4 (escala tipo Likert), associadas as palavras: nunca, um pouco, moderadamente, freqüentemente, extremamente. O tempo de administração do instrumento é de aproximadamente 20 minutos.

O SCL 90-R foi aplicado em mais de 2000 pessoas nos Estados Unidos e normatizado em 4 categorias: pacientes psiquiátricos internos, externos, população não psiquiátrica adulta e adolescente.

Da mesma forma que o P-3, o SCL 90-R possui uma correlação moderada com o MMPI. Foi traduzido para mais de doze línguas, totalizando mais de 900 estudos em diversos países, e populações. Tem sido utilizado para: avaliação de sintomas psicológicos em pacientes psiquiátricos, em pacientes em processo psicoterapêutico, no tratamento farmacológico, em pacientes com transtornos depressivo e ansioso, na avaliação de estresse, do comportamento suicida, de abuso de álcool e substâncias químicas, na disfunção sexual, dentre outros fins.

C) A ANAMNESE NEURO-PSICOLÓGICA

Consiste de um questionário semi-estruturado (em anexo), utilizado durante as 2 entrevistas que compõem a avaliação, visando obter informações referentes aos seguintes aspectos bio-psicossociais: aspectos familiares, afetivos, comportamentais, sociais, laborais, litígios, história mórbida familiar, histórico de saúde pregresso e atual dos pacientes, uso de medicação, presença de evento estressantes, expectativa com relação a evolução do sintoma, sentimentos com relação ao sintoma, participação no tratamento, prática de exercícios, qualidade do sono, entre outros.

3.6 VALIDAÇÃO EXTERNA

O teste utilizado para a validação externa do P-3 nos Estados Unidos foi o MMPI-2. Embora o MMPI seja um dos inventários mais utilizados no mundo; especialmente como instrumento de validação externa, a opção foi a de não utilizá-lo como instrumento de validação externa pelos seguintes motivos: a) existem divergências quanto a sua utilização em pacientes com dor; b) em função da sua extensão, pois demanda pelo menos uma hora para ser preenchido, um tempo talvez excessivo para pacientes com dor de coluna e outras; c) por não avaliar aspectos importantes na dor, como ansiedade, somatização e estresse; d) e, principalmente, por se caracterizar como um inventário de personalidade, ao contrário do P-3, que avalia como a pessoa está se sentindo ultimamente, ou seja, seu estado emocional atual.

Além destas, a opção do uso do SCL 90-R, também pode ser justificada pelas seguintes razões:

- * por ser este um instrumento já validado em diversos países;
- * por apresentar uma correlação significativa com o MMPI-2;
- * pelo grande número de estudos utilizando este instrumento;
- * por ser um teste mais recente do que o MMPI-2.

4. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Optamos por apresentar os resultados da pesquisa em 3 grandes categorias;

- dados sócio demográficos;
- comparação entre os resultados da amostra norte americana e da população brasileira estudada;
- relação entre as variáveis dependentes, escalas depressão, ansiedade e somatização do teste P-3 e as variáveis independentes, idade, sexo, período de manifestação do sintoma, estresse, intensidade da dor, uso de medicação.

Os dados sócio demográficos foram subdivididos em 4 subcategorias menores a seguir:

- a) dados demográficos;
- b) perfil clínico;
- c) eventos estressantes;
- d) auto-percepção.

4.1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Participaram deste estudo 120 pacientes, 34 homens representando (28%) e 86 mulheres totalizando (72%) dessa população. A proporção entre homens e mulheres é de 2,57 mulheres para 1 homem. Quanto ao estado civil a grande maioria dos participantes, (66%) aproximadamente (2/3) é casada, 13% solteira, 9% viúva e 12% separada.

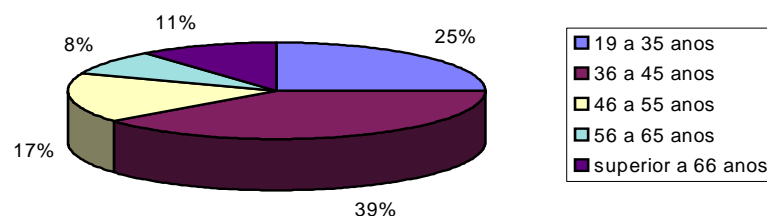


FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA

A idade média dos participantes é de 44.6 anos. É relevante apontar que aproximadamente 64% desses, estão entre os 19 e 45 anos, faixa etária relativamente jovem, quando considerado o tipo de enfermidade apresentada, como dores na coluna e cabeça, já que estas estão geralmente associadas ao envelhecimento. Em contrapartida, apenas 19% estão acima dos 56 anos.

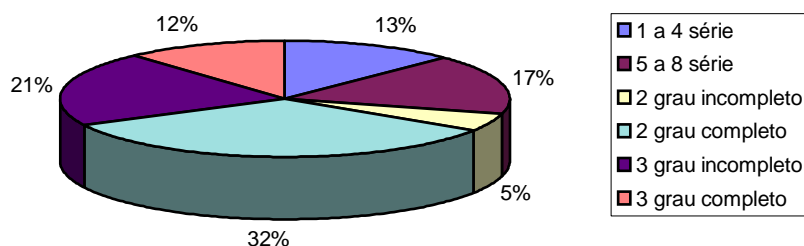


FIGURA 2. GRAU DE INSTRUÇÃO

No que se refere ao nível de instrução dos participantes, observa-se uma distribuição heterogênea. Sendo que 30% dos participantes possuem o 1º. grau completo ou incompleto, 37% tem o 2º. grau completo ou incompleto e 33% possuem curso superior completo ou não.

4.2 PERFIL CLÍNICO

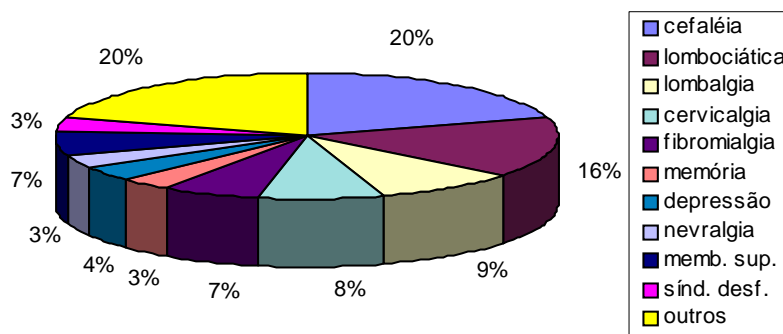


FIGURA 3. INDICAÇÃO CLÍNICA

A partir da indicação clínica do médico, os sintomas dos pacientes foram agrupados segundo a sua área de localização. Desta forma, existe uma incidência de 43% de doenças de coluna, 23% doenças de cabeça, 20% com vários sintomas (não passíveis de serem classificados como síndromes dolorosas), 7% com fibromialgia, 4% com depressão e 3% com dificuldade mnemônicas.

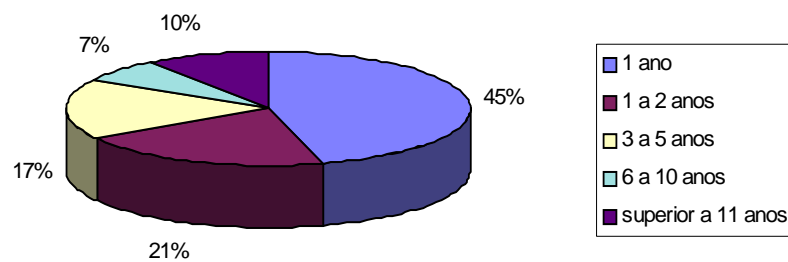


FIGURA 4. PERÍODO DE MANIFESTAÇÃO DO SINTOMA

Pode-se constatar que aproximadamente metade (45%) dos participantes, possuem os sintomas há 1 ano; em contrapartida, 38% entre 1 e 5 anos e 17% apresentam os sintomas há mais de 6 anos. Dos participantes entrevistados, 20% referiram a existência de doenças semelhantes na família, 3% desconheciam a presença de doenças similares e 77% referiram não possuir patologias semelhantes na família.

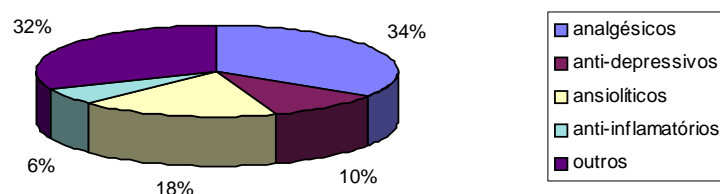


FIGURA 5. TIPO DE MEDICAÇÃO UTILIZADA

Quanto ao uso de medicação, 30% dos participantes referem não utilizar medicação de tipo algum, enquanto 70% afirmam fazer uso de medicação. Destes, 40% utilizam medicações específicas para os sintomas (analgésicos ou anti-inflamatórios), 32%

usam outros tipos de medicação não específicas para o sintoma principal e 28% utilizam antidepressivos e/ou ansiolíticos.

4.3 VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

As variáveis psicológicas analisadas foram: ocorrências de eventos estressantes e estados emocionais de acordo com o reportado pelos participantes.

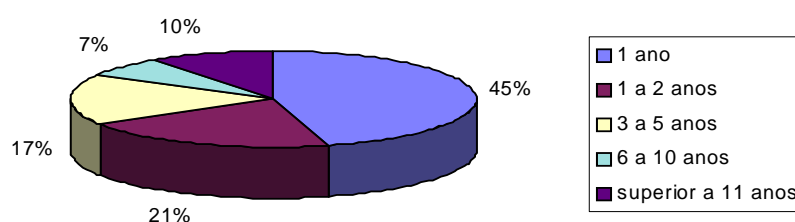


FIGURA 6. OCORRÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSANTES

Os três grandes grupos de eventos estressantes em ordem decrescente são: problemas de relacionamento familiar, dificuldades relacionadas ao trabalho e morte de pessoa próxima. No tocante ao número de eventos estressantes, 11% dos participantes não referem ter tido eventos estressantes nos dois últimos anos, 29% referem apenas uma, 31% a duas, 19% a três e 10% referem ter tido mais que quatro situações estressantes nos dois últimos anos.

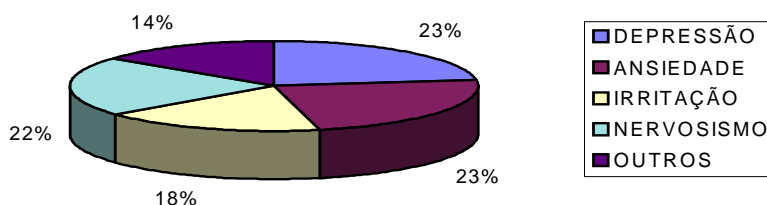


FIGURA 7. ESTADO EMOCIONAL SEGUNDO OS PARTICIPANTES

Na figura 7, podemos observar que os pacientes fazem referência ao seu estado emocional de forma bastante difusa, fato que introduz uma possível dificuldade para o

fechamento do diagnóstico clínico, caso o mesmo seja calcado apenas no relato transmitido pelo paciente.

4.4 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

As tabelas 1, 2, 3 referem às propriedades psicométricas do teste P-3, com relação a aplicação em diferentes grupos e correlação com outros instrumentos.

Tabela 1. Médias e desvios-padrão da população pesquisada e da amostra norte-americana

ESCALAS	MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
	Brasil (120)	E.U.A (243)	Brasil	E.U.A
DEPRESSÃO	25.89	27.34	5.42	6.96
ANSIEDADE	23.20	23.27	4.47	5.93
SOMATIZAÇÃO	26.12	23.38	5.44	5.74

Podemos constatar que as médias e os desvios padrão da amostra norte-americana e os da população estudada são semelhantes.

Tabela 2. Validade interna

ESCALAS	BRASIL			E.U.A		
	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	SOMATIZAÇ ÃO	DEPRESSÃO	ANSIEDADE	SOMATIZAÇ ÃO
DEPRESSÃO	1.00	0.52	0.55	1.00	0.73	0.60
ANSIEDADE	0.52	1.00	0.37	0.73	1.00	0.58
SOMATIZAÇÃO	0.55	0.37	1.00	0.60	0.58	1.00

Os resultados da tabela 2 apontam correlações mais fortes entre as escalas do P-3 quando aplicada à amostra norte-americana do que quando aplicada a população brasileira estudada.

Tabela 3. Correlação. Das escalas do P-3 com o SCL-90-R e o MMPI

ESCALAS	SCL90-R	MMPI	SCL90-R	MMPI ⁴⁸		SCL90-R	MMPI	
	Depressão		Ansiedade	HY	PT	Somatização	HS	DEP
DEPRESSÃO	0.51	0.63	0.48	0.43	0.51	0.42	0.65	0.49
ANSIEDADE	0.48	0.82	0.57	0.62	0.55	0.48	0.41	0.63
SOMATIZAÇÃO	0.42	0.49	0.50	0.48	0.37	0.58	0.65	0.49

⁴⁸ Já nos referimos as escalas do MMPI anteriormente; o fazemos novamente para facilitar a compreensão do leitor. Escala HY: Histeria, PT: Psicastenia, HS: Hipocondria, e DEP: Depressão.

A análise dos resultados de forma geral, sugere uma correlação moderada entre o P-3 e o SCL 90-R, e inferior a correlação apontada entre o P-3 e o MMPI. A correlação entre as escalas de depressão no P-3 e a do MMPI foi a mais alta (0.82). Já na correlação entre o P-3 e o SCL90-R, a escala que apresentou a maior correlação foi a de somatização (0.58). Embora o MMPI não possua as escalas Ansiedade e Somatização, os autores utilizaram as escalas Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia na comparação com os resultados das escalas do teste P-3.

4.5 RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Tabela 4. Escores no teste P-3 distribuídos por sexo

ESCALAS	SEXO MASC (28.3%) FEM.(71.7%)	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal- Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	masculino	26.55	4.79	0.97	0.32
	feminino	25.62	5.66		
ANSIEDADE	masculino	24.02	4.98	2.19	0.13
	feminino	22.84	4.24		
SOMATIZAÇÃO	masculino	26.11	5.80	0.03	0.84
	feminino	26.12	5.33		

As médias das mulheres nas escalas depressão e ansiedade apresentam-se ligeiramente menores do que a dos homens, todavia as diferenças entre as médias não são significativas.

Tabela 5. Faixa etária e escores no P-3

ESCALAS	FAIXA ETÁRIA	Nº. de PAR T.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal- Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	19-35	30	24.30	4.99	11.17	0.02
	36-45	47	25.74	5.70		
	46-55	20	24.85	3.99		
	56-65	10	28.80	3.49		
	66+	13	29.46	6.59		
ANSIEDADE	19-35	30	22.33	4.74	2.97	0.56
	36-45	47	23.44	4.74		
	46-55	20	23.30	4.60		
	56-65	10	22.60	3.65		
	66+	13	24.69	3.06		
SOMATIZAÇÃO	19-35	30	24.83	5.74	3.03	0.55
	36-45	47	26.93	5.32		
	46-55	20	26.25	4.77		
	56-65	10	25.80	5.63		
	66+	13	26.23	6.24		

A análise dos resultados aponta uma diferença significativa entre as médias das escalas, com médias superiores na escala depressão em relação à ansiedade e à somatização. As médias na escala depressão apresentam, também, diferenças entre as faixas etárias, apontando uma tendência do aumento de médias com o aumento de idade, fator que não ocorre nas escalas ansiedade e somatização.

Tabela 6. Qualidade do sono e escores no P-3

ESCALAS	FREQÜÊNCIA	Nº. de PART.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	bom	36	23.72	5.23	8.14	0.01
	regular	37	26.08	4.56		
	ruim	47	27.40	5.74		
ANSIEDADE	bom	36	21.58	4.65	4.74	0.09
	regular	37	23.62	3.91		
	ruim	47	24.12	4.49		
SOMATIZAÇÃO	bom	36	23.63	5.17	10.66	0.01
	regular	37	27.35	5.12		
	ruim	47	27.06	5.37		

No que se refere a qualidade do sono dos participantes, os resultados sugerem diferenças significativas entre as médias, apontando uma correlação entre a má qualidade de sono e a elevação das médias nas 3 escalas.

Tabela 7. Prática de esportes e escores no P-3

ESCALAS	FREQÜÊNCIA	Nº. de PART.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	freqüente	28	24.42	5.37	4.76	0.09
	eventual	27	24.85	5.24		
	nenhum	59	26.79	5.40		
ANSIEDADE	freqüente	28	22.50	3.99	0.78	0.67
	eventual	27	23.66	3.38		
	nenhum	59	23.33	5.11		
SOMATIZAÇÃO	freqüente	28	25.39	4.99	5.68	0.05
	eventual	27	24.47	4.93		
	nenhum	59	27.06	5.85		

A análise dos resultados nesta população indica um decréscimo na freqüência da prática de esportes, associada a uma elevação das médias nas escalas depressão e somatização.

Tabela 8. Tipo de medicação usada pelos paciente e os escores no P-3

ESCALAS	MEDICAÇÃO	Nº. de PAR T.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	Analgésico	48	26.58	6.24	18.59	0.67
	Anti.inflamatório	8	26.25	4.59		
	Ansiolítico	25	30.20	5.37		
	Antidepressivo	14	24.64	6.45		
	Outros	44	26.43	5.12		
ANSIEDADE	Analgésico	48	22.95	4.42	18.67	0.54
	Anti.inflamatório	8	21.25	3.57		
	Ansiolítico	25	24.76	3.58		
	Antidepressivo	14	22.14	6.17		
	Outros	44	23.81	4.01		
SOMATIZAÇÃO	Analgésico	48	25.68	5.97	29.64	0.23
	Anti.inflamatório	8	26.75	3.69		
	Ansiolítico	25	28.92	5.07		
	Antidepressivo	14	26.35	6.61		
	Outros	44	25.56	4.53		

Os resultados sugerem a inexistência de uma relação entre a utilização de medicações específicas, como antidepressivos e ansiolíticos, com escores mais baixos nas escalas específicas. Em contrapartida, um pequeno número de participantes utilizando antidepressivos e antiinflamatórios apresentaram médias significativamente diferentes na escala ansiedade.

Tabela 9. Número de eventos estressantes e escores nas escalas do P-3

ESCALAS	Nº DE EVENTOS	Nº. de PART.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	Nenhum	13	22.69	2.84	8.80	0.06
	1	35	26.65	6.15		
	2	37	25.62	4.99		
	3	23	25.87	5.24		
	4 a 6	12	28.00	6.09		
ANSIEDADE	Nenhum	13	21.38	4.15	7.39	0.11
	1	35	24.28	3.25		
	2	37	22.29	4.72		
	3	23	23.52	4.69		
	4 a 6	12	24.25	5.97		
SOMATIZAÇÃO	Nenhum	13	23.69	4.47	4.62	0.32
	1	35	27.00	6.44		
	2	37	25.40	4.85		
	3	23	26.17	3.99		
	4 a 6	12	28.33	6.74		

Os resultados apontam uma associação entre o número de eventos estressantes e o aumento das médias na escala depressão. Na escala ansiedade, ainda que com diferenças de médias não significativas, os escores dos participantes com 1 (um) evento estressante diferenciam-se dos outros. Constata-se, também, que os participantes que reportam a ausência de eventos estressantes são os que apresentaram os menores resultados em todas as escalas.

Tabela 10. Período de extensão do sintoma e escores nas escalas do P-3

ESCALAS	PERÍODO	Nº. de PART.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	1 ano	54	25.98	5.11	7.27	0.12
	1 a 2 anos	25	27.96	6.20		
	3 a 5 anos	12	24.81	4.10		
	6 a 10 anos	21	25.75	5.45		
	+ de 10 anos	8	23.16	5.23		
ANSIEDADE	1 ano	54	23.35	4.27	3.37	0.49
	1 a 2 anos	25	23.76	6.11		
	3 a 5 anos	12	21.90	3.22		
	6 a 10 anos	21	23.62	4.80		
	+ de 10 anos	8	23.41	3.11		
SOMATIZAÇÃO	1 ano	54	26.01	5.49	7.27	0.11
	1 a 2 anos	25	27.88	4.91		
	3 a 5 anos	12	23.85	4.75		
	6 a 10 anos	21	27.87	6.44		
	+ de 10 anos	8	25.75	6.00		

A análise dos resultados não aponta diferenças significativas entre as médias, sugerindo que o tempo de manifestação do sintoma não é fator determinante na instalação ou manifestação de distúrbios emocionais.

Tabela 11. Intensidade da dor e escores nas escalas do P-3

ESCALAS	INTENSIDADE	Nº. de PART.	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	χ^2 (Kruskal-Wallis)	VALOR P
DEPRESSÃO	2	3	21.66	5.85	8.01	0.43
	3	6	22.00	2.96		
	4	7	25.00	6.35		
	5	21	25.81	4.63		
	6	11	25.54	2.58		
	7	21	27.47	5.79		
	8	13	26.69	4.71		
	9	3	24.33	2.39		
	10	12	27.00	7.96		
	ANSIEDADE	2	3	22.33		
3		6	20.83	2.31		
4		7	23.28	5.61		
5		21	23.28	4.06		
6		11	22.81	4.89		
7		21	23.66	5.96		
8		13	24.61	4.87		
9		3	22.00	3.46		
10		12	24.00	1.08		
SOMATIZAÇÃO		2	3	16.33	4.04	21.48
	3	6	22.50	2.88		
	4	7	23.14	3.84		
	5	21	25.57	5.48		
	6	11	27.81	5.07		
	7	21	26.66	5.75		
	8	13	29.00	4.18		
	9	3	22.33	0.57		
	10	12	27.91	5.12		

Os resultados apontam uma diferença significativa entre as médias na escala somatização, com aumento das médias associado a uma maior intensidade das dores. Não existem evidências da relação entre médias mais altas nas escalas depressão e ansiedade e aumento da intensidade da dor.

5. DISCUSSÃO

O presente capítulo pretende discutir os dados coletados a partir de alguns pressupostos teóricos pertinentes ao tema de pesquisa.

Quanto a distribuição dos participantes segundo sua distribuição por sexo, na população estudada o percentual de mulheres foi de 71,7% e de homens 28,3%, na amostra norte-americana, as mulheres correspondiam a 61% e os homens a 39%. Constata-se que o número de mulheres participantes em ambas pesquisas é significativamente superior ao de homens

Embora a prevalência das dores ocorra de forma diferenciada entre os sexos, a maior incidência de mulheres nestas populações não significa que a incidência de síndromes dolorosas é maior entre elas, já que a demanda em hospitais, postos de saúde e no próprio Nidi, é, de fato, em maior número, feminina.

No Hospital das Clínicas de São Paulo, por exemplo, o número de clientes atendidos é proporcional. Não foi possível obter estes dados da Secretaria da Saúde de Santa Catarina. Dados de 1998 da Unimed-SC, referem que 70% de suas consultas são realizadas por mulheres.

De forma hipotética, estes dados podem, de certa forma, serem explicados por:

- uma maior facilidade das mulheres em assumir seus sintomas e/ou limitações;
- por uma maior preocupação da mulher com a saúde da família como um todo;
- pelo fato de que em algumas famílias a mulher ainda trabalha em casa, situação que proporcionaria maior disponibilidade de tempo para ir ao médico.

Todavia este não é o objetivo deste estudo, e não dispomos de maiores dados para levantar hipóteses sobre a maior prevalência de mulheres em ambos os estudos.

No que se refere, a idade, na população brasileira estudada, a idade dos participantes variou entre 19 e 83 anos, com uma média de 44.6 anos. Na amostra norte-americana, a idade mínima foi de 17 e a máxima de 76, com uma idade média de 39.9 anos. No Centro de Dor do Hospital das Clínicas, São Paulo, a média de idade é de 49,8 anos. Comparando os resultados desse estudo com os do Hospital das Clínicas de São Paulo, constata-se que a população aqui estudada detém características semelhantes à atendida neste centro de referência.

A literatura científica internacional (Andersson, 1999; Chrousos, 1992, dentre outros) aponta uma maior incidência de dores crônicas associadas ao envelhecimento, bem como uma maior prevalência de tipos específicos de dores em idades específicas. No Brasil, infelizmente não temos dados epidemiológicos oficiais sobre síndromes dolorosas, o que nos impossibilita comparar a população estudada com a população brasileira.

Na população estudada, apenas 19% está acima dos 56 anos. Em contrapartida, aproximadamente 64% dos participantes tinham idade entre os 19 e 45 anos, faixa etária relativamente jovem quando pensamos em doenças de coluna, pescoço, cabeça e membros. Nota-se que esses tipos de enfermidades estão geralmente associadas ao envelhecimento. Possivelmente, a instalação de patologias relacionadas ao trabalho e ao estresse estão associadas a maior prevalência de síndromes dolorosas encontrada em pessoas jovens. Esse tema será analisado mais adiante.

A análise dos resultados relacionando as variáveis idade e depressão sugerem uma diferença significativa entre as médias dessas escalas, com médias superiores na escala depressão quando comparadas às médias das escalas de ansiedade e somatização.

As médias na escala depressão apresentam diferenças entre faixas etárias, havendo um aumento das médias associado ao aumento de idade, o que não ocorre nas escalas ansiedade e somatização. Este dado é corroborado pela literatura científica que aponta um aumento de incidência da depressão associado ao envelhecimento.

A distribuição dos participantes, segundo o nível de escolaridade, mostrou-se heterogênea, com 30% dos participantes possuindo o 1º grau completo ou incompleto, 37% tem o 2º grau completo ou incompleto e 33% possuem curso superior completo ou não.

O nível educacional da amostra norte-americana mostrou-se mais heterogêneo, com 18,2% possuindo o 1º grau incompleto ou completo, 32,5% com 2º grau incompleto ou completo e 49,3% com 3º grau incompleto ou completo. A diferença no grau de escolaridade entre estas populações, reflete as diferentes realidades educacionais entre esses dois países. Adicionalmente, a população deste estudo possui um nível educacional superior a população brasileira.

Os resultados referentes as médias e desvios padrão da amostra norte-americana e da população estudada, apresentados na tabela 1, mostram-se semelhantes. As correlações mostram-se mais fortes entre as escalas do P-3, quando aplicada na amostra norte-americana do que quando aplicada população aqui estudada. Esse fator pode implicar em

uma maior distinção das escalas no teste brasileiro em função da tradução, diferenças culturais e diferenças existentes no grau de instrução.

Analisando a validade externa do teste P-3, observa-se uma correlação moderada entre o P-3 e o MMPI, e do P-3 com o SCL 90-R. Porém, a correlação entre o P-3 e o MMPI mostrou-se mais alta de que entre o P-3 e o SCL 90-R. A correlação mais alta (0.82) ocorreu entre a escala depressão do P-3 e a escala depressão do MMPI. Comparando as correlações entre o P-3 e o SCL90-R, a escala somatização foi a que apresentou a maior correlação (0.58). Ainda que o MMPI não possua as escalas Ansiedade e Somatização, os autores utilizaram as escalas Hipocondria, Histeria, Depressão e Psicastenia para a validação externa das escalas do P-3.

O P-3 e o SCL 90-R possuem, ambos, as escalas, depressão, ansiedade e somatização; embora com pequenas distinções conceituais, introduz variantes associadas a avaliação da ansiedade e da depressão. No que tange a escala somatização, a pesquisa apresentou uma correlação maior, talvez pelo fato dos itens de ambos os instrumentos, abordarem os sintomas de modo muito semelhante.

Portanto, evidencia-se que uma análise dos itens a partir da IRT (Teoria de Resposta ao Item) poderia responder com mais propriedade este problema de validação externa.

Além disto, os testes P-3 e SCL 90-R avaliam estados emocionais atuais, em contrapartida ao MMPI, que se refere às características individuais presentes ao longo da vida, através dos indicadores de padrões de personalidade ou comportamento. Portanto, estes instrumentos estariam avaliando diferentes períodos da vida do paciente. Similarmente, este problema de validação também não foi resolvido, de certa forma, com a utilização do SCL 90-R, já que este instrumento pretende avaliar como a pessoa está se sentindo na última semana.

Por tratar-se de um estudo exploratório, na área da avaliação psicológica de síndromes dolorosas, não houve a pretensão de, simultaneamente, padronizar o teste P-3 à realidade brasileira. A decisão do pesquisador foi a de não aprofundar o presente trabalho para a esfera da validação do P-3. Essas questões devem ser dirigidas quando da padronização deste instrumento no Brasil.

Na inexistência de evidências contrárias, supomos que as diferenças existentes entre as variáveis sexo e grau de instrução, bem como as demais, analisadas posteriormente, não foram suficientes para proporcionar médias e desvios-padrão significativamente diferentes entre a população brasileira e a amostra norte-americana.

Estudos futuros, comparando os resultados do teste P-3 e outros inventários, aplicados em populações com diferentes graus de escolaridade, seriam necessários. O viés cultural e educacional está presente entre populações, podendo representar uma importante variável interveniente na compreensão e resposta aos testes.

Quanto à incidência de sintomas, conforme explicado anteriormente, é observada a seguinte distribuição: 37% dos participantes tinham doenças de coluna; 23% doenças de cabeça; 20% com outros sintomas não passíveis de serem classificados como doenças de coluna, pescoço e cabeça; 7% com fibromialgia; 4% depressão; 3% com dificuldade mnemônicas. Estes dados não poderiam ser comparados com a incidência de doenças na população brasileira como um todo, por se tratar de uma clínica especializada em doenças de pescoço, cabeça, coluna e membros.

Associado a este fato, a informação existente e disponível a partir de clínicas de dor é de difícil acesso. Ainda assim, segundo Teixeira, Figueiró, Yeng e Pimenta (1999), as afecções do aparelho locomotor são a causa mais comum de dores crônicas, com a lombalgia ocorrendo em 70% dos brasileiros. As cefaléias, dores abdominais e generalizadas, são também relatadas como sintomas frequentes.

Genericamente, as informações existentes referem-se a dores de natureza oncológica, cefaléia, lombalgia, artrite e, mais recentemente, fibromialgia, distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho (DORT), e HIV/AIDS, como as doenças ou sintomas de maior incidência.

Nos Estados Unidos e Europa, segundo os autores acima citados, 80% das pessoas apresentam ou irão apresentar lombalgia incapacitante em algum momento de sua vida, tornando-se crônica em 10% a 15% dos trabalhadores. Nos Estados Unidos, 70% das pessoas apresentam dores no segmento cefálico em algum momento de sua vida, atingindo 10% da população de forma crônica. Já o câncer é responsável por 5% das dores crônicas.

Praemer e col. (1999), baseado no National Health Interview Survey⁴⁹ 1985-1988, estimou que doenças mio-esqueléticas são os sintomas de maior incidência em casos de incapacitação permanente. Os autores descrevem diferenças de incidência de doenças em função da idade e sexo, apontando uma maior incidência de dores lombares incapacitantes em pessoas com idade entre 18 e 44 anos, mesmo que, em pessoas da terceira idade, esta seja a doença mais incapacitante.

⁴⁹ Dados epidemiológicos do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos.

Nos EUA, existe uma maior prevalência de dores na coluna em mulheres (70.3 por 1000), do que em homens (57.3 por 1000), bem como, diferenças de incidência entre etnias. Ainda que não seja objetivo dessa pesquisa estudar distúrbios de memória e depressão, como sintomas principais, 9% da população estudada apresentou esses sintomas. No que se refere a estas patologias, existe um consenso na literatura científica especializada sobre uma maior incidência de depressão entre mulheres, e uma maior incidência de distúrbios de memória associados ao envelhecimento.

Alguns dados coletados corroboram algumas das informações descritas acima. As doenças de coluna foram as de maior incidência na população aqui estudada, 25% com lombalgia e lombociática, 20% com cefaléia e 8% com cervicalgia.

Não foram constatadas diferenças significativas entre as médias na escala depressão no que se refere a variável sexo; todavia, a incidência da depressão em mulheres foi marcante em relação aos homens, numa proporção de 5/1, ou seja, 83% das mulheres com queixa principal de depressão, em comparação a 17% de homens, embora o número de participantes masculinos com este sintoma fossem apenas 6. Vale apontar que dados epidemiológicos afirmam haver uma incidência duas vezes maior de depressão entre mulheres do que em homens. As médias nas escalas depressão e ansiedade apresentaram-se ligeiramente menores nas mulheres do que entre os homens, mas sem diferenças significativas entre os sexos.

A variável idade superior a 65 anos não se mostrou significativa na manifestação de depressão, distúrbios de memória e dores lombares. No tocante ao tempo de manifestação dos sintomas, 55% desta população poderia ser classificada como portadores de dores crônicas ou recidivantes.

Diferentes aspectos participam de dores crônicas e agudas, a saber:

- a possibilidade de remissão dos sintomas;
- a associação de diferentes estados emocionais em quadros agudos e crônicos;
- as diferentes estratégias de enfrentamento desenvolvidas por doentes crônicos e agudos;
- a cronicidade de uso de medicação, entre outros.

A análise dos resultados não aponta diferenças significativas entre as médias das escalas depressão, ansiedade e somatização, sugerindo que o tempo de manifestação do sintoma não é fator determinante na instalação ou manifestação de distúrbio emocionais. Essa constatação induz a uma inferência de que devem existir respostas adaptativas as dores e doenças crônicas, como sugere a literatura especializada. Ou ainda que, a variável

tempo de manifestação dos sintomas, não seja tão significativa face as outras variáveis, na alteração de estados emocionais.

No tocante a intensidade das dores, os resultados apontam uma diferença significativa entre as médias na escala somatização, com aumento das médias associado a maior intensidade das dores. Nas escalas depressão e ansiedade, não houve uma diferença significativa entre o aumento da intensidade da dor e o aumento das médias.

A discussão entre traço-estado pode ser útil para compreender a inexistência de alterações emocionais relacionadas aos sintomas. A ansiedade pode estar relacionada a presença de novas situações, ou ainda, aliciada por dores agudas, e a depressão pode estar associada a incapacidades ou doenças crônicas.

Os resultados desta população sugerem que os traços de personalidade pré-existentes podem ser determinantes para que os pacientes apresentem altos níveis de ansiedade e depressão. Neste sentido, acreditamos que eventos externos podem colaborar para a manifestação de determinados estados emocionais, mas parecem ter um impacto relativamente pequeno.

A variável estresse associado ao sintoma da dor também foi analisada. Durante as entrevistas, a escala de Holmes e Rahe foi utilizada. Através dela, pergunta-se aos pacientes se os eventos estressantes nela listados, haviam ocorrido em suas vidas nos últimos dois anos.

A relação entre stress e a instalação de doenças é bastante conhecida. Como referência, Holmes e seus colaboradores (1976), descreveram que 49% dos pacientes que apresentaram escores superiores a 25% do escore total em sua escala, manifestaram algum tipo de doença nesse período, em comparação com 9% daqueles com escores inferiores a 25% e sem manifestação de doenças.

Outro estudo dos mesmos autores, descreve que 11% dos participantes com câncer não referem ter tido situações estressantes nos dois últimos anos, 29% referem apenas uma situação, 31% a duas, 19% a três e 10% referem ter tido mais que quatro situações estressantes nos dois últimos anos. Pode-se constatar e medir, que existe uma alta prevalência de eventos estressantes nas populações pesquisadas. Essa análise parece indicar que o estresse é um co-fator importante na manifestação de doenças, como tem demonstrado a literatura científica.

Ao analisar a relação entre o número de eventos estressantes e as alterações emocionais, avaliadas através das escalas do P-3, os resultados apontam uma associação positiva significativa, entre o número de eventos estressantes e o aumento das médias na

escala depressão. Constata-se, também, que os participantes que referem ausência de eventos estressantes são os que apresentaram os menores resultados em todas as escalas, em contrapartida às médias mais elevadas apresentadas pelos pacientes testados, que referiram ter tido mais de quatro eventos estressantes.

Embora não fosse esse o objetivo central do presente trabalho, foi analisado também, a relação entre as variáveis dependentes, escalas do P-3, e as variáveis independentes:

- tipo de medicação utilizada;
- sono;
- prática de atividades físicas.

Quanto ao uso de medicação, os analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos e ansiolíticos são elencados como as medicações mais utilizadas pelos pacientes testados.

De acordo com Teixeira et alli (1999), em mais de 20% dos casos de dor, existe a necessidade de intervenções analgésicas. Antidepressivos também podem ser prescritos no tratamento da dor, já que a depressão e a dor podem produzir deficiência de serotonina e noradrenalina.

Os antidepressivos apresentam efeito analgésico, normalizam o sono, o apetite e estabilizam o humor. Os neurolépticos são freqüentemente usados no tratamento da dor associados ou não a analgésicos e antidepressivos. Possuem efeito sedativo, analgésico e ansiolítico. Anticonvulsivantes “apresentam efeito supressor de circuitos hiperativos na medula espinal e córtex cerebral” (Teixeira, et alli .1999) e podem ser utilizados em alguns tipos de dor, em geral dores periféricas e centrais. Tranqüilizantes menores, ou de menor ação possuem propriedades tranqüilizantes e miorelaxantes, e são usados como normalizadores do sono e espasmos musculares. Todavia, seu uso crônico pode causar depressão.

Durante a anamnese, os participantes foram solicitados a referir as medicações utilizadas. Os analgésicos antiinflamatórios não-hormonais mais utilizados eram: AAS, Feldene, Tilatil, Tylenol e Voltaren. Os analgésico morfínicos referidos foram: Tylex, Tramal, Doloxene e Dolantina. Entre os antidepressivos: Tryptanol e Pamelor figuram entre os mais utilizados e Melleril foi o neuroléptico mais referido por esta população. Entre os anticonvulsivantes, Tegretol e Rivotril são os mais usados. Os tranqüilizantes menores mais utilizados são Diazepam, Dormonid e Frontal.

Os resultados analisados procuraram avaliar o uso adequado da medicação a partir de seus efeitos sobre os sintomas dor, depressão e ansiedade. Uma expectativa deste

estudo é a de que não ocorreria uma redução nas médias das escalas específicas em indivíduos que estivessem utilizando medicações específicas.

Os resultados apresentados na tabela 9, sugerem a inexistência de uma relação entre a utilização de medicações específicas como antidepressivos e ansiolíticos, e os escores mais baixos nas escalas depressão e ansiedade, quando comparados a pacientes que estavam usando outras medicações.

Em contrapartida, um pequeno número de participantes utilizando antidepressivos e antiinflamatórios apresentaram médias mais baixas e significativamente diferentes na escala ansiedade, indicando uma associação positiva entre redução da dor a partir da redução de inflamações e da ansiedade, ou vice-versa.

A presença de escores menores na escala ansiedade em participantes usando antidepressivos, suscita uma diversidade de hipóteses:

- diagnóstico inadequado;
- utilização inadequada da medicação;
- propriedades antidepressivas e ansiolíticas de certas medicações;
- sintomas semelhantes entre depressão e ansiedade.

Esta última hipótese é discutida por vários autores, dentre eles Morgan (1998), e aponta a alta correlação existente entre as escalas de depressão e ansiedade em alguns testes, como o SCL 90-R, indicando a existência de sintomas em comum entre depressão e ansiedade.

No que se refere a qualidade do sono dos participantes, os resultados indicam uma diferença significativa entre as médias das escalas e a qualidade do sono, referida pelos participantes. Na escala depressão, as médias aumentaram progressivamente associadas a piora da qualidade do sono. Já nas escalas ansiedade e somatização, os participantes que descreveram seu sono como bom apresentaram médias significativamente menores que os que reportaram ter sono regular ou ruim. Na prática clínica, observamos frequentemente a associação entre depressão e perda de sono. Todavia, na prática clínica, antidepressivos e ansiolíticos são frequentemente usados como reguladores do sono.

Os participantes foram também solicitados a descreverem a regularidade de sua prática de atividade física, como: freqüente, regular ou inexistente. Observamos que o aumento das médias nas escalas depressão e somatização, estavam associadas a uma redução da freqüência da prática de esportes. Em ambas as escalas, os participantes com as maiores médias, referiram não praticar esportes. Na escala ansiedade, as diferenças de médias não foram significativas.

Algumas pesquisas (Ader, 1991; Simon 1991), descrevem o efeito da prática de esportes na melhora do humor, bem como, suas propriedades antidepressivas e imunoestimuladoras. Os dados coletados, ainda que não possam explicar completamente a relação entre essas variáveis, sugerem que os participantes com as menores médias nas escalas praticam esportes com mais frequência.

Os dados e variáveis analisadas neste trabalho não são suficientes para compreender a multidimensionalidade do fenômeno dor, mas acreditamos na importância desta compreensão no diagnóstico da instalação e manifestação de síndromes dolorosas.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo pretende avaliar a associação de estados emocionais, em especial depressão, ansiedade e somatização, diagnosticados pelo teste P-3 na manifestação de síndromes dolorosas. Investigar a relação entre as escalas do teste P-3 e as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, período de manifestação, estresse, intensidade da dor, uso de medicação. Comparar os resultados das escalas dos testes P-3 e SCL90-R, e avaliar, também, diferenças entre os resultados obtidos da amostra de pacientes com dor, pesquisada pelo P-3 nos Estados Unidos e uma população de pacientes com síndromes dolorosas atendidos em uma clínica de dor no Brasil.

A análise da relação entre as variáveis estudadas e os escores nas escalas do teste P-3, não indicaram diferenças significativas nas escalas associadas a variável sexo. Em contrapartida, a variável faixa etária apresentou uma associação estatisticamente significativa com a escala depressão, havendo um aumento das médias associado ao aumento da idade, o que não ocorre nas escalas ansiedade e somatização.

No que se refere ao tempo de manifestação dos sintomas, os resultados não apontam diferenças significativas, sugerindo que o tempo de manifestação do sintoma não é um fator determinante na instalação ou manifestação de transtornos emocionais.

A relação entre o número de eventos estressantes e alterações emocionais, avaliadas através das escalas do P-3, aponta uma associação positiva significativa entre o número de eventos estressantes e depressão. Constatou-se que os participantes que referem ausência de eventos estressantes são os que apresentaram os menores resultados em todas as escalas, em contrapartida às médias mais elevadas apresentadas pelos participantes que referiram ter tido mais de quatro eventos estressantes.

No tocante à relação entre uso de medicação e escores das escalas, observamos a inexistência de uma relação entre a utilização de medicações específicas como antidepressivos e ansiolíticos e escores mais baixos nas escalas depressão e ansiedade, comparando com pacientes que estavam usando outras medicações.

A boa qualidade de sono foi associada com menores escores nas escalas de depressão, ansiedade e somatização. A prática de atividades físicas também teve um efeito semelhante no sentido de redução de depressão e de somatização.

Analisando as propriedades psicométricas dos testes, os resultados apontam médias e desvios-padrão bastante próximos entre a amostra norte-americana e a população estudada. As correlações mostram-se mais fortes entre as escalas do P-3 quando aplicada na amostra norte-americana do que quando aplicada na população estudada. Analisando a validade externa do teste P-3, observamos uma correlação moderada entre o P-3 e o MMPI e o P-3 e o SCL 90-R; todavia, a correlação entre o P-3 e o MMPI mostrou-se levemente mais forte do que entre o P-3 e o SCL 90-R.

Podemos inferir, também, que apesar das diferenças culturais, educacionais, econômicas e outras, o P-3 não apresentou resultados significativamente diferentes entre a amostra americana e a população com dor estudada.

As médias das escalas do teste P-3 em populações com e sem dor, mostraram-se diferentes na amostra americana, justificando a necessidade de desenvolvermos instrumentos mais eficientes para a avaliação de aspectos psicológicos em pacientes com diferentes patologias. Embora não seja objetivo deste trabalho, a relativa semelhança entre as médias da amostra norte-americana em populações com dor e da população brasileira estudada, nos leva a perguntar se os resultados da aplicação deste instrumento em populações sem dor em populações distintas se mostraria também semelhante.

A associação entre diversas variáveis e as semelhanças entre as propriedades psicométricas do teste P-3 em diferentes populações, reforça a sua indicação na avaliação de estados emocionais de pacientes com dor.

O teste P-3, possibilita uma compreensão mais objetiva da relação entre depressão, ansiedade e somatização e a manifestação de síndromes dolorosas, aspectos importantes em quadros algícos.

Sem dúvida nenhuma, o diagnóstico do paciente com dor deve estar centrado no paciente e não na dor. Conhecer e avaliar os diversos aspectos presentes na instalação e manifestação de síndromes dolorosas, investigando as diversas partes desse todo, tem sido um dos objetivos das clínicas de dor, que através de uma abordagem multidimensional tem colaborado para a realização de diagnósticos e intervenções mais efetivas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADER, R. COHEN, N. (1991). Psychoneuroimmunology. 2 ed. New York: Academic Press.
- ANDERSON, B. J. G. (1999). Epidemiological features of chronic low-back pain. The Lancet. 354, 14, (pp.581-585).
- ANDRADE, L. H. S. G. GORENSTEIN, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Revista de psiquiatria clínica. (24), 6, (pp. 285-290).
- ANDRIOLA, W. B. (1993). Os testes psicológicos no Brasil: problemas atuais e perspectivas para o futuro. Material não publicado. João Pessoa.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BORSOOK, D. LE BEL, A. MC PEEK, B. (1996). The Massachusetts general hospital handbook of pain management. Estados Unidos: A Little Brown Company.
- BURISH, T. G. BRADLEY, L. A. (1983). Coping with chronic disease. Nova York: Academic Press.
- CARVALHO, M. M. J. D (Org.). (1999). Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus.
- CUNHA, J. A. (1993). Psicodiagnóstico-R. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- COHEN, S. WILLIANSON, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. Psychological Bulletin. 109, 1, 5-24.
- CONTRANDIOPOULOS, A P. CHAMPAGNE, F. POTVIN, L. DENIS, J. L. BOYLE, P. (1997). Saber preparar uma pesquisa. São Paulo. Hucitec.
- CRAIG, K. D. (1994) Emotional aspects of pain. MELZACK, R. WALL, P. D. (org). Textbook of Pain. 3rd edition. Churchill Livingstone: Estados Unidos.
- CHROUSOS, G. P. GOLD, PHILIP, W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Journal of American Medical Association- JAMA. (267). 9, 1244-1252.
- CRUZ, R. M. (1998). Apostila de testes psicológicos I. Material não publicado. Florianópolis, UFSC.
- DAVIS, M. ESHELMAN, E. R. (1996). Manual de relaxamento e redução de stress. São Paulo: Summus.
- FADIMAN, J. FRAGER, R. (1979). Teorias da Personalidade. São Paulo: Harbra.

- FIGUEIRÓ, J. A B. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. Carvalho, M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 140- 173). São Paulo: Summus
- GOLEMAN, D. GURIN, J. (Org.) (1997). Equilíbrio mente corpo. Rio de Janeiro: Campus.
- GUIMARÃES, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 13 -30). São Paulo: Summus
- HOWEL, D. C. (1992). Statiscal methods for psychology. 3 ed. Estados Unidos: Duxbury Press.
- KERNS, R.D. ROSENBERG, R. (1997). Readness to adopt a self-management to cronic pain. Pain. (72). 1-2, .227-234.
- KIEKOLT-GLASER, J. K. MALARKELY, W. B. (1993). Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down regulation. Psychosomatic medicine. 55, 395-409.
- LAZARUS, R. S. FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Estados Unidos: Springer Publishing Company, Inc.
- LEVIN, J. (1985). Estatística aplicada as ciências humanas. 2 ed. Estados Unidos: Harper & Row Publisher Inc.
- LEWIS, H. KLIEVER, W. (1996). Hope, coping, and adjustment among children with sickle cell disease: test of mediator and moderator models. Journal of Pediatric Psychology. 21, 1, (pp.25-41).
- LIPP. M. N. E. NERY, M. J.G. S.CURCIO, M.A C., PEREIRA, M.R. P. (1993). A relação entre stress, padrão tipo A de comportamento e crenças irracionais. Psicologia :Ciência e Profissão. 6, 3, (pp. 309-323).
- LUBKIN, I.M. (1986). Chronic disease; impact and intervention. Estados Unidos: Jones and Bartlett Publisher.
- LODUCA, A. (1999). Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento de dor crônica: experiência da Irmandade da Santa Casa de São Paulo. Carvalho, M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 196- 221). São Paulo: Summus.
- MC DOWELL, I. NEWELL, C. (1996). Measuring health: a guide to rating scale and questionaries. Oxford University Press. London.
- MADER, M. J. (1996). Avaliação neuropsicológica. Revista Ciência e Profissão. Brasília. (16), 3, .12 - 18.
- MARTINEZ, J. E. CASTRO, P.D. (1992). Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia. (32). 2, .51-60.
- MELZACK, R. WALL, P. D. (1965). Pain Mechanism: A New Theory. Science. (150) 3699, (pp.971-979).

- MELZACK, R. WALL, P. D. (1994). Textbook of Pain. 3rd edition. Churchill Livingstone: Estados Unidos.
- MELZACK, R. LOESER, J. (1999). Pain: an Overview. The Lancet 353, (pp. 1606-1609).
- MORGAN, C.D. WIEDERMAN, M.W. (1998). Discriminant validity of the SCL 90-R dimensions of anxiety and depression. Assesment. (5).2, .197-201.
- MURPHY, D. LINDSAY, S. (1997). Cronic low back; predictions of avoidance and relationship to anxiety and avoidance. Behavioral Res. Ther. (35). 3, 231-238.
- NORUSIS, M. (1993). The SPSS guide to data analysis. Inglaterra: SPSS Inc.
- LUNA, S.V. (1998). Planejamento de pesquisa: uma introdução. São Paulo: Educ.
- OCAMPO, M.L.S. (1990). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São .Paulo: Martin Fontes.
- PASQUALI, L. (1996).Teoria e métodos de pesquisa em ciências do comportamento. (Org.), Instituto de Psicologia. Brasília: UnB.
- PIMENTA, C.I.M. TEIXEIRA, M.J.(1997). Questionário de dor mcgill: proposta de adaptação a língua portuguesa. Revista Brasileira de Reumatologia. (47). 2, 177-186.
- PIMENTA, C.I. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. Carvalho, M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 31- 46). São Paulo: Summus.
- SACKS, Oliver. (1996). Enxaqueca. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- SBARDANEKI, E.T.B. (1988). Os mitos que envolvem os testes psicológicos. (p. 325-328). Anais da XVII Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto.
- SELTIZ, C. WRIGHTMAN, L. S. COOK, S.W. (1987). 2 ed. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: E.P.U.
- STROEBE, W. STROEBE, M.(1995). Social psychology and health. Inglaterra: Open University Press.
- TAFNER, M. A. TAFNER, J. FISCHER, J. (1998). Metodologia de trabalho acadêmico. Curitiba: Juruá.
- TEIXEIRA, M. J. FIGUEIRÓ, J. A. B. YENG, L. T. PIMENTA, C. A. M. (1999). Tratamento multidisciplinar da dor. Carvalho, M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 87-139). São Paulo: Summus.
- TEIXEIRA, M. J. (1999). Síndromes dolorosas. Carvalho, M. M. J. D (Org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. (pp. 77-86). São Paulo: Summus.
- TOLLISON, C.B. LANGLEY, J.C. (1995) An overview of the pain patient profile. NCS. Mineapolis .Estados Unidos: NCS.

- TOLLISON, C.B. HINNANT, B.W. In WALDMAN (1996). Psychological testing in the evaluation of the patient in pain. Waldman. S. T. & Winnie. A. P. (Orgs.). Intervention pain managementnt in pain. (pp. 119-127) Estados Unidos: W.B. Saunders Company.
- TURK, D. C. MELZACK, (1992). Handbook of pain assessment. Nova York: Guilford.
- VAN KOLCK. O L. (1981). Técnicas de exame psicológico e aplicações no Brasil. São Paulo: Vozes.
- WALDMAN, S.T. WINNIE, A.P. (1996). Interventional pain management. Estados Unidos: W.B. Saunders Company.
- ZBOROWSKI. M. (1952). Cultural components in response to pain. Journal of social issues. (8), (pp. 16-31).

8. ANEXOS