



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional de Braga

**Impacto do *Locus* de Controlo e Estratégias de *Coping* em Doentes com Dor Crónica**

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

**Por**

Ana Catarina Xavier Peixoto Guerra

**Sob a orientação** da Prof. Doutora Eleonora Costa e **Co- Orientação** do Professor Mário Lourenço



Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional de Braga

**Impacto do *Locus* de Controlo e Estratégias de *Coping* em Doentes com Dor Crónica**

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia: Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

**Por**

Ana Catarina Xavier Peixoto Guerra

**Sob a orientação** da Prof. Doutora Eleonora Costa e **Co- Orientação** do Professor Mário Lourenço



Faculdade de Filosofia de Braga

Novembro de 2010

*“ O principal é nos sentirmos tranquilos,  
em paz, para poder fazer escolhas, todo o  
tipo de escolhas, com base unicamente  
naquilo que queremos das nossas vidas e  
não nas coisas que temos medo de perder”  
(Marcel Postig,)*

## **Agradecimentos**

Esta Dissertação não representa apenas o resultado de diversas horas de estudo, reflexão e trabalho durante as diversas etapas que a constituem. É igualmente o culminar de um objectivo académico a que me propus e que não seria possível sem a ajuda de um número considerável de pessoas.

Há pessoas que embarcam na nossa vida e nos proporcionam importantes vivências que as palavras são incapazes de traduzir. Apesar dessa finitude consciente, depois do longo processo de pesquisa, pretendo não furtar-me de, ao menos, registar a minha gratidão:

Aos meus Pais, personagens incríveis desta vida, que tudo me deram, e a quem devo tudo o que existe de bom em mim. À sua sabedoria, amor pelos filhos e por tudo o que pensam de tudo e de todos. Nada vale mais do que o orgulho de ser vossa filha! Uma palavra de reconhecimento muito especial para eles, por todo o carinho e pelo modo como ao longo destes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

Um obrigado especial ao Tiago por todo o carinho, apoio, compreensão e paciência manifestado ao longo de todo este percurso. Obrigado por estares sempre presente, por ouvires os meus desabafos e frustrações e obrigado pela animo e palavras que encorajamento nas alturas de menor resistência, o que fez com que este percurso fosse atenuado.

Obrigado a todos os meus amigos Daniela Miranda, Sandra Costa, Diana Martins Ana Sofia Leite, Patricia Manso, Ana Miranda e todos aqueles que contribuíram de forma directa ou indirecta para a concretização deste trabalho porque sem eles nada teria sido possível. Obrigado por todas as palavras de apreço e por me ajudarem a realizar todo este trabalho. Obrigado por serem o meu porto de abrigo.

Por fim, e não menos importante, gostaria de agradecer à Professora Doutora Eleonora Costa orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho, por todo o apoio e por todos os conhecimentos que me foram transmitidos.

## Resumo

Em Portugal existe uma quantidade muito limitada de estudos acerca do impacto do *Locus* de Controlo e as estratégias de *Coping* utilizadas pelos pacientes com dor crónica. A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. As crenças que os pacientes possuem acerca da doença bem como as estratégias por estes utilizados são de enorme relevância para o sucesso da diminuição da dor experienciada por parte do sujeito. A presente investigação aborda o tema da dor crónica, procurando estudar a relação entre o *locus* de controlo bem como as estratégias de coping pelos pacientes com dor crónica na adaptação à sua nova condição médica. A amostra será constituída por 72 pacientes todos pertencentes à consulta da Dor do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA). Foram aplicados quatro instrumentos de avaliação: Questionário Sócio- Demográfico e Clínico, Questionário de Meios para lidar com a Dor (Brown, 1995), a Escala Visual Analógica (2000) e o Questionário de Crenças do controlo da dor (Skevinghton, 1995).

De uma forma geral, os resultados demonstram que os sujeitos que participaram neste estudo não possuem estratégias de *coping* adequadas, o que demonstra uma atitude retro-activa perante a doença. Uma grande maioria destes sujeitos tende-se a acomodar bastante ao papel de doente, desempenhando com bastante dificuldade a sua actividade quotidiana e laboral. Relativamente à avaliação das crenças, podemos constatar que os sujeitos que participaram neste estudo possuem um *locus de* controlo virado para o exterior, isto é, depositam a melhora da sua doença nos médicos especialistas e em crenças superiores, afirmando que a uma melhoria do seu quadro geral passará pela ajuda destes. Assim, não executam nenhuma actividade pró-activa virada para os ganhos terapêuticos.

Este estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria do conhecimento acerca da dor e do impacto desta na qualidade de vida numa amostra constituída por pacientes portugueses. Uma reestruturação das crenças e atitudes disfuncionais dos pacientes em relação com a sua dor, ajustando as necessidades às suas realidades, pode evidenciar-se como de extrema eficácia.

**Palavras-chave:** Dor Crónica, *Locus* de Controlo e Estratégias de *Coping*, paciente com Dor Crónica

## **Abstract**

In Portugal there is a very limited amount of research of the impact of *Locus* of control and *coping* strategies used by patients with chronic pain. Pain is a physiological phenomenon of crucial importance to the physical integrity of the individual. The beliefs that patients have about their disease and the strategies used by them are of enormous importance to the successful reduction of pain experienced by the subject. This research addresses the issue of chronic pain, trying to study the relationship between *locus* of control and *coping* strategies by patients with chronic pain in adapting to his new medical condition. The sample consists of all 100 patients belonging to Centro Hospitalar Do Alto Ave (CHAA). Will be applied four assessment instruments: Questionnaire Means to deal with the pain (Brown, 1995), Scale Visual Analog (2000) and Beliefs Questionnaire of pain control (Skevinghton, 1995).

Overall, the results show that subjects who participated in this study do not have adequate coping strategies, which demonstrates an attitude retro-active before the illness. A large majority of these individuals tend to hold a lot of the sick role, playing with some difficulty to their daily activities and work. Concerning the assessment of beliefs, we note that the subjects who participated in this study have a locus of control, outward facing, ie, deposit the improvement of their disease in medical specialists and higher beliefs, stating that an improvement in your picture the general will help them. So, do not perform any activities proactively facing the therapeutic gain.

It is hoped that this study will contribute to improving knowledge about the pain and the impact of this on quality of life in a sample of patients portugueses. A restructuring of dysfunctional beliefs and attitudes of patients in relation to their pain, needs adjusting to their realities, may show up as extremely effective.

**Keywords:** Chronic Pain, *Locus* of Control and *Coping* Strategies, Patient with Chronic Pain

## Índice

Agradecimentos .....	II
Resumo.....	II
Abstract .....	III
Índice.....	IV
Índice de quadros .....	VI
Lista de Abreviaturas .....	VIII

## **Introdução Geral**..... 1

Capítulo 1 – conceptualização Teórica da Dor.....	6
1.1. Definição de dor .....	7
1.2. Classificação da dor crónica.....	7
1.3. Mecanismo da dor Crónica .....	9
1.4. Fisiopatologia da Dor.....	11
1.5. Factores precipitantes e dor crónica.....	12
Capítulo 2 – Teorias explicativas acerca do Fenómeno da dor .....	14
2.1. Modelo Biomédico da dor .....	15
2.2. Teoria do Gate control.....	18
2.3. Modelo Comportamental.....	20
2.4. Modelo Biopsicossocial da Dor .....	22
Capítulo 3 – Processos cognitivos na Dor Crónica.....	26
3.1. <i>Locus</i> de Controlo .....	27
3.2. Estratégias de <i>Coping</i> .....	31
Capítulo 4 – Factores Psicossociais inerentes a Dor Crónica .....	35
4.1. Mecanismos operantes e de Aprendizagem Social .....	36
4.2. Ansiedade.....	38
4.3. Depressão.....	40
4.4. Stress.....	43

Capítulo 5 – Estudo Empírico .....	47
5.1. Objectivos e desenho do estudo .....	48
5.2. Hipóteses.....	49
5.3. Variáveis .....	50
5.4. Amostra e procedimentos de recolha de dados .....	50
5.4.1. Selecção dos participantes .....	51
5.5. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica dos Participantes .....	51
5.5.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	51
5.6. Instrumentos .....	55
5.6.1. O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	56
5.6.2. Questionario de Meios para lidar com a Dor ( Brown, 1993) .....	56
5.6.3. Questionário de Crenças acerca do Controlo da Dor, (Skenvington, 1990). 58	
5.6.4. Escala Visual analógica .....	59
5.7. Procedimentos de análise de dados.....	59
 Capítulo 6- Apresentação de resultados.....	 61
6.1. Hipótese 1 .....	62
6.2. Hipótese 2 .....	64
6.3. Hipótese 3 .....	66
6.4. Hipótese 4 .....	68
6.5. Hipótese 5 .....	69
6.6. Hipotese 6 .....	71
 Capítulo 7- discussão dos resultados .....	 73
7.1. Discussão por Hipóteses .....	74
7.2. Limitações do estudo.....	78
 <b>Conclusão Geral</b> .....	 <b>80</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>85</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>92</b>

## Índice de tabelas e figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo Biopsicossocial de Engel (1984).....	24
<b>Tabela 1.</b> - Características gerais da amostra: frequência absoluta ( <i>n</i> ) e relativa (%), por género.....	49
<b>Tabela 2.</b> - Características gerais da amostra: frequência absoluta ( <i>n</i> ) e relativa (%), por género.....	49
<b>Tabela 3</b> Consistência interna (Alpha de Cronbach do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais – Breve (IRRP-B) e respectivas subescalas (SE) e índices críticos (IC).....	58
<b>Tabela 4</b> Consistência interna (Alpha de Cronbach do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais – Breve (IRRP-B) e respectivas subescalas (SE) e índices críticos (IC).....	60
<b>Tabela 5</b> Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste <i>t</i> de medidas independentes na comparação entre os sujeitos do sexo feminino <i>versus</i> sexo masculino, relativamente às subescalas do Questionário de Meios para Lidar com a Dor.....	51
<b>Tabela 6</b> Frequência absoluta ( <i>n</i> ) e relativa (%) cada item do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.....	51
<b>Tabela 7</b> . Teste <i>U</i> de Mann-Whitney na comparação entre sujeitos , relativamente a cada um dos itens do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.....	51
<b>Tabela 8</b> Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste <i>t</i> de medidas independentes na comparação entre os sujeitos, relativamente às subescalas do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.....	55

**Tabela 9** Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Crenças acerca do Controlo da Dor, por sujeitos.....56

**Tabela 10** Matriz de correlações entre as subescalas dos QMLD e QCCD com a intensidade da dor.....56

**Tabela 11** Sujeitos que frequentam a unidade da dor a 1 ano ou mais.....70

**Tabela 12** Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos dor MODERADA versus sujeitos com dor INTENSA, relativamente questionários QMLD e QCCD.....71

**Tabela 13** Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos que fizeram tratamento *versus* não fizeram tratamento, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).....59

**Tabela 14** Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos que tiveram um resultado POSITIVO no tratamento *versus* tiveram um resultado NEGATIVO no tratamento, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).....73

**Tabela 15** Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos com NORMAL ESTADO DE SAÚDE versus com MAU ESTADO DE SAÚDE, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).....74

## **Lista de Abreviaturas**

**BMA** – British Medical Association

**CDI** – Escala de Classificação para a Depressão Infantil

**CE** – Competência Escolar

**CF** – Competência Física

**CO** – Comportamento

**CV** – Coeficiente de variação

**DP** – Desvio-padrão

**EVA**- Escala Visual Analógica

*gl* – graus de liberdade

**M** – Média

**Máx** – Valores máximos

**Min** – Valores mínimos

*n* – frequências absolutas

**ns** – não estatisticamente significativo

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

*p* – nível de significância estatístico

**Q** – Questão

**QMLD**- Questionários de Meios para Lidar Com a Dor

**QCCD**-Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor

*r* – coeficiente de correlação produto-momento de Pearson

**s/d** – sem data

*t* – teste *t* de medidas independentes

**2** – teste de independência do qui-quadrado de Pearson

**%** – Percentagem

## **Introdução Geral**

---

A dor crónica é considerada como um fenómeno bastante complexo e variavelmente especulativo nas dimensões físicas, psíquicas, sociais e comportamentais, que necessita de ser compreendido. A partir do momento que existe uma mudança entre dor aguda e dor crónica, esta deixa de ser um sintoma passando para um síndrome, constituindo assim a verdadeira doença. Esta necessita de ser tratada pois se não o for o doente foca a sua atenção na dor, podendo até mesmo evoluir até à total incapacidade (Dias, 2007).

A dor crónica é vista como uma desordem séria que se constitui como um fenómeno que atinge um vasto número de pessoas. Embora esta não se constitua como uma ameaça à vida, o grande número de indivíduos que sofrem desta patologia, os altos custos que as pessoas e a sociedade têm e os efeitos prejudiciais que provocam na vida pessoal e familiar, fazem com que esta se estabeleça como uma das maiores preocupações actuais (Soares, 1999).

A dor que sentimos já é má por si só. No entanto, quando se vive com a dor durante um longo período de tempo, as coisas tendem a piorar. Frequentemente a dor limita a nossa capacidade para trabalharmos, divertimo-nos e até mesmo para cuidarmos de nós. Muitas pessoas que padecem de dor crónica deixam os seus empregos acrescentando problemas às suas vidas. À medida que o tempo passa, sem que sintam alívio da dor, as pessoas tendem a virar-se para dentro de si e a ficarem deprimidas (Affleck, 2006).

De outra forma, a dor crónica é considerada hoje como um sério problema de saúde pública. As componentes emocionais envolvidas na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativas do que propriamente as componentes sensitivas, sendo por esse motivo que as pessoas com dor crónica apresentam com frequência uma prevalência elevada de depressão (Kurita, 2004).

Os efeitos de incapacidade crónica bem como os efeitos familiares sociais inerentes a esta, contribuem todos para um sofrimento prolongado do doente. A qualidade de vida das pessoas afectadas fica, directa ou indirectamente, drasticamente diminuída (Phillips, 1996).

A patologia orgânica não será o único factor que determina a forma individual dessa experiência uma vez que a dor é uma experiência subjectiva. De facto importantes factores ambientais e psicológicos relacionam-se com os factores físicos modificando essa experiência (Diamond & Coniam 1999).

O comportamento e as emoções dos sujeitos são afectados por qualquer doença ou incapacidade crónica, incluindo a dor. Frequentemente a dor leva a ansiedade e a tensão podendo estas últimas aumentar a sensação de dor. A consequente perda de capacidade

para lidar com a situação conduz a perda de auto-confiança, bem como ao evitamento dos contactos sociais e a um acréscimo do sentimento de desespero do paciente (Kolton, 1988).

Os factores psicossociais têm um grande potencial para determinar em que medida a vida do indivíduo será vivida eficazmente ou com debilidade, dor e dependência, por exemplo, o modo como indivíduo responde à dor pode por si aumentar ou diminuir a percepção da dor. Comportamentos da dor reforçados positivamente podem aumentar a percepção da dor. Adicionalmente, o comportamento de dor pode também causar falta de actividade e enfraquecimento muscular, ausência de contacto social e de distração e todas estas características resultam na assumpção do papel de doente, o que pode também aumentar a percepção da dor (Stein, 1999).

Assim, a dor crónica provoca alterações nas actividades físicas, no sono, na vida sexual e no humor. Associa-se à baixa auto-estima, às distorções cognitivas, à apreciação desesperançada da vida, às relações familiares conflituosas, e aos prejuízos no trabalho e no lazer (Coelho, 1996).

No âmbito da intervenção, a psicologia desempenha um papel importante na aplicação de uma série de técnicas terapêuticas psicológicas que permitem à pessoa uma melhoria na sua qualidade de vida.

Assim sendo, este projecto de dissertação tem como objectivo elucidar a população para a problemática da dor crónica, bem como abordar todos os temas que são importantes para uma melhor compreensão acerca da doença. Tentamos também verificar quais as estratégias de *coping* que estes indivíduos utilizam para o controlo da dor, bem como as crenças que possuem acerca da doença.

A dor é um problema de saúde na Europa e também em Portugal. Em determinadas comunidades, estudos europeus realizados no âmbito da dor, retratam que cerca de 50% dos adultos sofrem em qualquer altura da vida de um ou mais tipos de dor (OMS, 1998).

Hodiernamente, verifica-se um grande desenvolvimento na área e autores como Turk (1996) definem dor crónica como um estado de *stress* permanente que pode conduzir o indivíduo a um esgotamento emocional. Face à dor persistente, a pessoa depara-se com uma procura constante de alívio, mas em vez de tentar solucionar o seu problema, encontra-se muitas vezes com o fracasso, o que o pode conduzir a um estado de frustração e desmoralização que o aproxima muitas vezes do quadro depressivo (Soares, 1999).

À habilidade que as pessoas têm de distinguir quanto às causas internas ou externas da doença dá-se o nome de atribuições causais. Estas muitas vezes estão relacionadas com o *locus de controlo*, isto é, temos a tendência de atribuir o aparecimento de uma doença a

uma causa interna ou externa dependente a nós que interpõe-se no *locus* de controlo. As investigações existentes acerca da forma como os indivíduos fazem as atribuições causais acerca daquilo que se passa tem sido largamente estudadas sobre o conceito de *locus* de controlo (Stein, 1995). Este conceito é composto por duas partes, o *locus* de controlo interno e o *locus* de controlo externo. Na doença crónica podemos analisar que as crenças pessoais são profundamente afectadas, verificando-se assim que nestes casos o *locus* de controlo cresce no sentido da externalidade. As crenças sobre o controlo da dor exercem influência no comportamento da pessoa durante o tratamento, bem como no seu estado de espírito para alterar os seus comportamentos (Skevington, 1995).

O *locus* de controlo interno relaciona-se com estilos de *coping* activos, onde se verifica que as pessoas possuem uma dor menos intensa e menos frequente, apresentando assim menos comportamentos relacionados com a dor do que aqueles indivíduos que não possuem crenças internas corrigidas (Pimenta & Teixeira, 2000). A literatura defende que pessoas que possuem um *locus* de controlo interno adaptativo significam um bom prenúncio, isto porque, é sinal que utilizam estratégias de *coping* eficazes no controlo da dor e que as suas crenças em forma de *locus de controlo* externo, nomeadamente o poder que os médicos exercem na doença, se encontram extremamente ligadas a uma saúde psicológica reduzida e fracas estratégias de *coping* (Diamond, 1999).

Gotchel (1998) afirma que a percepção da dor depende na sua maioria do estilo de *coping* que o indivíduo utiliza. O *coping* possui um papel preponderante na adaptação humana (Lazarus, 1984). Pode-se definir *coping* como processo que o indivíduo utiliza para lidar com determinadas situações (internas ou externas) específicas, seguida de uma avaliação do sujeito (Blanchard, 1988). O *coping* pode ser encarado como a aptidão que o indivíduo possui de mobilizar recursos para solucionar determinadas exigências externas ou internas em que muitas das vezes se tornam automáticas, o que não os satisfaz na sua plenitude (Rachman, 1996).

O *coping* é considerado como os esforços que o indivíduo faz, em sentido adaptativo perante determinada situação de *stress*, constituindo-se como uma sobrecarga dos seus recursos perante uma ameaça ao seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1986; Nunes, 1995).

O *coping* dentro do domínio da psicologia pode assumir cinco funções principais: 1. Reduzir condições ambientais potencialmente perigosas, 2. Facilitar a tolerância ou o ajustamento a acontecimentos ou realidades negativas ou aversivas para o sujeito (caso da doença crónica), 3. Permitir a manutenção de uma auto-imagem positiva, 4. Fomentar a

sustentação de um equilíbrio emocional. Ajudar o indivíduo na manutenção de um bom relacionamento interpessoal. Ao serem observados atentamente os conteúdos destas funções, estas podem ser divididas em dois grandes grupos de estratégias, as estratégias de *coping* focadas na emoção e as estratégias de *coping* centradas no problema, assim quanto mais adaptativas forem as estratégias de *coping* do indivíduo, melhor adaptação e qualidade de vida este terá.

A pertinência da investigação proposta neste projecto, prende-se num primeiro momento com o facto da perspectiva do doente ser indispensável para poder identificar quais as estratégias de *coping* mais utilizadas no combate à doença crónica e qual a visão do paciente acerca da sua própria doença. Assim, isto pode contribuir para uma reintrodução de estratégias de *coping* adaptativas e mudanças de comportamento no doente proporcionando assim uma melhoria da sua condição de vida. Este estudo pode, ainda, através da junção dos dados obtidos nesta investigação com outros estudos já realizados, contribuir para uma maior generalização dos resultados no sentido de melhorar e promover estratégias que ajudem estes doentes no seu quotidiano.

**Capítulo 1 – conceptualização Teórica da Dor**

---

A dor é o tipo de acontecimento que destrói o bom humor de qualquer pessoa. Esta apresenta-se sob a forma de sinais e sintomas diversificados pelo carácter subjectivo e idiossincrático de que se revestem, o que por vezes dificulta a caracterização verbal por parte do paciente, o diagnóstico e a escolha de tratamento que o profissional de saúde tende adoptar. Deste modo, torna-se necessário ao longo deste capítulo fazermos uma breve conceptualização teórica de dor bem como da sua tipologia, os seus mecanismos, a forma como é percebida e quais os seus factores causais.

### **1.1. Definição de dor**

Segundo Diamond (1999), a dor é um fenómeno complexo e de variantes multidimensionais tais como: biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais. Existem inúmeras causas que podem influenciar a existência e intensidade de dor no decurso do tempo, sendo a primeira aquela que se identifica como presumível resultado de agressão ou de lesão.

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, em que, independente da sintoma clínico que incorpora, está e deve ser tratada com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, a uma adequada preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e à gestão de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis (James, 1991).

O conceito de dor nunca é definido de forma satisfatória tendo sido feitas várias tentativas para a sua definição. Assim sendo, de todas as existentes escolhemos a melhor que se adequa. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (2001) a “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou potenciais em tecidos, ou assim percebida como dano.” (pag. 33)

### **1.2. Classificação da dor crónica**

Existem diversas classificações de dor. Na sua grande maioria baseiam-se nos aspectos de dor tais como qualidade, origem, localização, intensidade e duração. Na nossa perspectiva, achamos pertinente fazer referência apenas à fisiopatologia da dor, a sua origem periférica e duração da dor crónica (Prieto, 1999).

Quanto a sua fisiopatologia, a dor pode ser: dor nociceptiva; tem origem nos nociceptores, mecanismos térmicos ou químicos que se localizam junto da área física onde

ocorre o estímulo que a origina; dor neuropática: é provocada por uma lesão ou doença do sistema nervoso. São geralmente descritas como sensações agudas de queimadura ou choque eléctrico, ou então como sensações de formigueiros; dor psicogénica: esta dor é de origem emocional, porém muito rara, podendo no entanto ser bastante incapacitante e de difícil tratamento. O paciente experiencia este tipo de dor a partir de pequenos estímulos, que pelo seu estado emocional de medo e ansiedade são como que ampliados.

Segundo o mesmo autor a dor quanto a duração pode ser caracterizada como aguda: este tipo de dor caracteriza-se pela combinação de vários aspectos tais como: lesão tecidual, dor e ansiedade. É temporal e deve dissipar-se durante o período esperado de recuperação do organismo ao acontecimento que provoca dor. Não há limite de tempo preciso e imposto para a sua duração, mas segundo a literatura esta pode variar de três meses a seis meses limite máximo em que muitos autores passam a considerar esta dor como crónica. No entanto, a dor aguda pode ter uma duração mínima de poucas horas até algumas semanas, em que esta decorre de variadas situações, incluindo causas inflamatórias, traumatismos, infecciosas, pós-operatórias e procedimentos médicos e terapêuticos em geral (Cailliet, 1999). A dor crónica define-se como uma desagradável experiência psicofisiológica que permanece apesar do dano tecidual ter desaparecido. Esta dor é diagnosticada quando persiste por mais de seis meses ou o tempo esperado para a sua recuperação (APA, 2005). Esta exerce uma influência bastante negativa na auto-estima da pessoa e pode afectar a sua capacidade para realizar tarefas associadas à vida quotidiana, ocupacional e social do indivíduo e à sua função como membro de uma comunidade (Dias, 2007).

No que concerne a dor de origem periférica, esta tem início num transtorno orgânico das fibras nervosas periféricas as quais transmitem impulsos negativos que originam a sensação de dor. A dor de origem periférica divide-se em superficial e profunda (Soares, 1999). A dor superficial ou também designada por dor cutânea é aquela que tem origem na pele e nas mucosas. Esta dor tem por objectivo a protecção do organismo face a ameaças externas em que qualquer estímulo seja ele eléctrico, químico ou mecânico é capaz de produzir dor. A qualidade da dor superficial é de carácter agudo, estimulante e vigorizante, em que esta dor pode localizar-se exactamente em qualquer ponto de origem, o que contrasta com a difícil localização da dor profunda (Anderson, 1993)

A dor profunda tem a função de protecção em que por vezes leva o indivíduo ao isolamento e a permanecer o mais inactivo possível. Este tipo de dor provoca a dilatação dos vasos sanguíneos, a descida da pressão arterial, náuseas, vómitos, sudorese e

depressão. Este tipo de dor sub divide-se geralmente em duas classes: a dor somática profunda e a dor visceral.

Na dor somática profunda, a localização e propagação desta depende da intensidade e duração do estímulo. Em geral, quanto mais intenso é o estímulo nocivo mais difusa é a dor. Existem dois tipos de dor somática profunda: 1) a nível local, em que está bastante localizada e onde podemos verificar o estímulo e 2) a irradiada, que se caracteriza por uma dor difusa e distante do seu ponto de estimulação, sendo portanto de difícil localização (Prieto, 1999).

Na dor visceral o indivíduo tem dificuldade em localizar a sua dor. Esta é produzida através de lesões ou doenças que afectam os órgãos internos do indivíduo.

Por fim, a dor central é uma dor espontânea que aparece em consequência de lesões neurológicas da espinal-medula, tálamo, bolbo raquidiano e córtex cerebral. As causas mais frequentes são as lesões traumáticas da espinal-medula principalmente aquelas que ocorrem acima da primeira vértebra lombar, o que afecta directamente as vias nociceptivas ascendentes tal como o fascículos espinotalamico (Becker, 1997).

Em seguida, iremos descrever quais os mecanismos da dor crónica para que possamos conhecer em termos mais orgânicos e neurofisiológicos.

### **1.3. Mecanismo da dor Crónica**

Descartes (1981 cit in. Odgen, 2001), filósofo do século XVII, sugeriu que um estímulo nóxico resulta em impulsos nervosos, onde estes percorrem determinadas vias até chegar à glândula pineal. Neste sentido, e segundo este autor, o mecanismo da transmissão da mensagem dolorosa até ao sistema nervoso central (SNC) era semelhante a puxar a corda de um sino.

O sistema nervoso é constituído por uma grande quantidade de células multiformes, que apresentam um corpo mais ou menos esférico com dois tipos de prolongamentos, uns mais longos designados axónios e outros mais curtos designados dendrites. A célula nervosa ou seja o corpo celular onde se encontra o núcleo, mais os seus prolongamentos, é designado neurónio. Desta forma, o neurónio é a unidade básica, estrutural e funcional do sistema nervoso (Diamond, 1999)

Apesar de vários autores terem estudado ao pormenor a anatomia do sistema nervoso, estes descobriram diversas estruturas anatómicas nas terminações de alguns nervos, tendo-lhes sido atribuídas as modalidades específicas de sensações. A histologia do SNC

demonstrou vias bem delineadas na espinal-medula que ao que parece adquiriram um papel determinante na condução sensorial (Turk, 1992).

Dentro dos mecanismos de dor, existem dois mecanismos que se destacam sendo estes: o mecanismo periférico da dor e o mecanismo central da dor. Quanto aos mecanismos periféricos da dor, segundo Bonnica (1995), as sensações corporais, tácteis, térmicas e dolorosas convergem para o tálamo, que funciona como uma central de interpretação sensitiva, em alguns dos seus núcleos, dos quais alguns emitem projecções ao córtex cerebral, a partir do qual é possível a consciência da sensação dolorosa ou seja, este é o momento neural após o qual a dor pode ser percebida. A dor mais significativa do ponto de vista terapêutico é quase sempre aquela que é produzida pela via lenta. A via rápida produz apenas sensações de dor localizada e de duração relativamente curta que permitem ao organismo afastar-se do agente nociceptivo, mas geralmente não é causa de síndromes em que a dor seja a principal preocupação terapêutica. A dor crónica tem origem quando os impulsos recebidos pela via lenta são integrados na formação reticular do tronco cerebral e no tálamo (Campbell, 1971).

As mensagens dolorosas são enviadas para o Tálamo que por sua vez envia os impulsos para o córtex somatosensor e para o giro cingulado. No córtex cingulado é processada a qualidade emocional ou afectiva da dor (sistema límbico), enviando os impulsos de volta para o córtex somatosensor. É aí que se originam qualidades mais precisas, como tipo de dor, localização e ansiedade emocional (Banion, 1999).

A dor tem um efeito de estimulação na maior parte dos circuitos neuronais. Estes efeitos são devidos à activação de circuitos a nível dos núcleos intra laminares do tálamo e das formações reticulares pelos axónios do tipo C (lentos) que aí terminam (Ferreira, 1995).

A activação destas fibras através das formações reticulares leva à activação em spray do córtex cerebral, e principalmente do lobo pré-central, já que a formação reticular também é responsável pela regulação do estado de vigília (McMahon, 2002).

Relativamente aos mecanismos centrais da dor, a transmissão dos estímulos nocivos através da espinal-medula não é um processo passivo. Os circuitos intra medulares têm a capacidade de alterar o estímulo e a conseqüente resposta dolorosa. A interacção destes circuitos medulares determinará as mensagens que atingirão o córtex cerebral (Melzack, 1993). Estudos clínicos e experimentais têm demonstrado que estímulos nocivos provocam alterações no sistema nervoso central, modificando os mecanismos desencadeados pelos estímulos aferentes, em que a estimulação persistente de nociceptores provoca dor

espontânea, redução do limiar de sensibilidade e hiperalgesia. Esta pode ser classificada como hiperalgesia primária e secundária. A hiperalgesia primária é descrita como responsável pelo aumento da resposta ao estímulo doloroso no local da lesão, enquanto a hiperalgesia secundária é aquela que se estende para áreas adjacentes (Fields, 1994).

Para Meller (1993), a presença de todos estes elementos indica-nos que a sensibilização periférica não é o único fenómeno responsável por todas estas mudanças, havendo um envolvimento do sistema nervoso central neste processo. A sensibilização central implica alterações dos impulsos periféricos, com adaptações positivas ou negativas. Ocorre redução do limiar ou aumento da resposta aos impulsos aferentes, descargas persistentes após estímulos repetidos e ampliação dos campos receptivos de neurónios do corno dorsal.

Os impulsos repetidos nas fibras C amplificam sinais sensoriais nos neurónios espinais, enviando mensagens para o encéfalo e as lesões periféricas induzem plasticidade nas estruturas supra-espinais por meio de mecanismos que envolvem tipos específicos de receptores para o glutamato (Jessel, 1991).

O aumento do cálcio tem como consequência a activação da enzima óxido nítrico-sintetase e a estimulação da transcrição de protoncogénos. Estes são genes localizados no sistema nervoso central e estão envolvidos na formação de dinorfinas e encefalinas.

As encefalinas têm uma acção antinociceptiva e estão envolvidas no processo de redução da neuroplasticidade e hiperalgesia. No entanto, as dinorfinas têm um efeito complexo, já que possuem acção algogénica e antinociceptiva (Woolf, 1994).

#### **1.4. Fisiopatologia da Dor**

A percepção da dor engloba diversos mecanismos anátomo-fisiológicos pelos quais qualquer estímulo nocivo capaz de a produzir é criado e transmitido por vias neurológicas até aos receptores da dor. Este ciclo da dor é comum a todos os indivíduos sãos, mas em situação de doença esta pode ser alterada, isto porque a capacidade de percepção que o indivíduo possui depende da integridade do mecanismo neural que se encontra envolvido (Fields, 1994).

Segundo este mesmo autor, a reacção à dor é a manifestação da percepção do indivíduo acerca de uma experiência desagradável experienciada. A fase do processo da dor engloba diversos factores neuro-anatómicos e fisiopsicológicos considerados complexos que envolvem o córtex, o sistema límbico, o hipotálamo, tálamo, que vão determinar o comportamento do paciente face à experiência desagradável.

A percepção de dor é função que integra todo o sistema nervoso, porém nenhum sistema de transmissão é responsável pela percepção de dor. O facto de uma via de transmissão ser destruída, esta poderá modificar a percepção da dor onde raramente fornece um alívio permanente. Se o sistema for destruído na íntegra poderá levar a um aumento do sofrimento. A destruição cirúrgica das vias espinotalámicas antero-laterais da medula alivia a dor por uns momentos, mas o efeito desaparece em aproximadamente um ano. O que geralmente acaba por acontecer é que os pacientes referem frequentemente que a nova dor é mais resistente do que a original (Burns, 2003).

A dor pode englobar duas vertentes, a fisiológica e a patológica. A dor patológica é resultado de alterações do sistema nociceptivo e a dor fisiológica resulta de activação contínua de nociceptores de limiar elevado.

Após uma breve descrição dos mecanismos da dor crónica, o ponto seguinte irá descrever de forma sucinta alguns dos factores que eventualmente poderão precipitar a dor crónica de modo a termos um conhecimento mais global deste fenómeno.

### **1.5. Factores precipitantes e dor crónica**

A patologia orgânica não será o único factor que determina a forma individual dessa experiência uma vez que a dor é uma experiência subjectiva. De acordo com Diamond e Coniam (1999) importantes factores ambientais e psicológicos relacionam-se com os factores físicos modificando essa experiência.

Segundo os autores supramencionados, os traços de personalidade do paciente e as reacções dos que o rodeiam ao seu sofrimento vão ter influência na experiência da dor, bem como no significado que a dor tem para o indivíduo.

O comportamento e as emoções dos sujeitos são afectados por qualquer doença ou incapacidade crónica incluindo a dor. Frequentemente a dor leva a ansiedade e tensão podendo estas últimas aumentar a sensação de dor. A consequente perda de capacidade para lidar com a situação conduz a perda de auto-confiança, bem como, ao evitamento dos contactos sociais e a um acréscimo do sentimento de desespero do paciente (Dias, 2007).

Os factores causais têm um grande potencial para determinar em que medida a vida do indivíduo será vivida eficazmente ou com debilidade, dor e dependência. Os factores causais da dor Crónica considerados pela literatura (Soares, 1999) são: processo de aprendizagem, ansiedade, estados cognitivos, processos comportamentais e Personalidade

Todos estes factores são importantes na compreensão do fenómeno da dor, no entanto decidimos destacar a personalidade como um dos factores fundamentais e complexos associados à dor (Teixeira, 2009).

Historicamente, indivíduos que apresentam dores crónicas, são reconhecidos por possuírem uma personalidade estereotipada (Conant, 1998). Contudo, são comuns as descrições da literatura psicossomática, terminações como personalidade enxaquecosa e personalidade reumática.

Rachlin (1994) cita a opinião de Smyth na sua obra, em que segundo o mesmo “os pacientes estabelecem padrões elevados, sendo que exigem com eles próprios e de outros indivíduos.”. Nestes pacientes o desgaste físico e mental para conseguirem manter uma imagem social é enorme, o que na maioria das vezes acarreta *stress* e tensão, dois factores inimigos dos indivíduos com dor crónica.

Em suma podemos concluir que a dor é um fenómeno complexo e com variantes multidimensionais (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais). São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor no decurso do tempo, a primeira das quais é a que se identifica como presumível resultado duma agressão ou lesão.

Concluimos também que a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

Independentemente da patologia clínica que incorpora, a dor pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis.

Por esta razão, torna-se necessário evidenciar qual a sua tipologia, mecanismos e os factores causais que a acompanham de forma a proporcionar uma melhor compreensão.

No próximo capítulo iremos abordar os modelos que explicam o fenómeno da dor crónica de modo a abranger uma visão global deste fenómeno.

**Capítulo 2 – Teorias explicativas acerca do Fenómeno da dor**

---

Existem diversos modelos teóricos para a compreensão do fenómeno da dor. Alguns destes modelos estão principalmente fundamentados nas teorias psicológicas e outros dão maior importância aos aspectos neurofisiológicos. De uma forma ou de outra, estas diferentes aproximações constituem-se como modelos utilizados na investigação e avaliação da dor. Para que se possa compreender melhor este fenómeno, bem como as alterações evidenciadas ao longo destes vários anos ao nível de intervenção, torna-se fundamental proceder-se a uma descrição sucinta dos principais modelos e teorias da conceptualização da dor. Iniciaremos pelo modelo biomédico da dor, seguidamente a teoria do *gate control* de seguida o modelo biopsicossocial da dor e por fim, o modelo comportamental.

## **2.1. Modelo Biomédico da dor**

Historicamente, nos séculos XIX e XX, os modelos de processamento nociceptivo eram tradicionalmente seguidos pelo modelo biomédico da doença. Estas ideias surgiram da visão cartesiana onde se defendia uma relação directa e isómorfa entre dor e lesão tecidual. Os primeiros modelos biomédicos, podem, em geral, ser divididos em duas perspectivas gerais, a teoria das especificidades e a teoria dos padrões (Blyth, 2001)

A teoria das especificidades foi proposta por Descartes no ano de 1644, como um sistema de dor em que este era conduzido por um canal directo da pele até ao cérebro. Esta ideia persistiu até ao século passado, quando Muller (cit. in Gallagher, 2000), postulou, que a transmissão do impulso nervoso era feita através dos nervos sensitivos. No entanto, no final do século XIX, Von Frey (cit. in Fringer, 1994) desenvolveu o conceito de receptores cutâneos específicos na mediação ao toque, calor, frio e dor.

Deste modo, concluíram que as terminações nervosas livres estavam implicadas como receptores da dor. Posto isto, evidenciaram a existência de um centro de dor no interior do cérebro, sendo este o responsável pelas manifestações da experiência desagradável. Esta teoria foi responsável pelo aparecimento de diversos métodos cirúrgicos para a manipulação da dor crónica por meio de seccionamento de nervos. Descartes, acreditava que depois do indivíduo sofrer uma lesão, a resposta imediata seria a dor, não existindo qualquer tipo de processo intermédio entre um e outro acontecimento. Esta teoria prevaleceu até meados dos anos 60, com mínimos desenvolvimentos, de modo a facultar incorporações de outras concepções da medicina moderna (Skevington, 1995).

A esta teoria, são actualmente reconhecidas diversas limitações, mas, por outro lado, esta tornou-se valiosa na medida em que foi capaz de identificar diversas terminações nervosas que se encontravam envolvidas no processo de dor. As críticas apontadas são diversas, mas para diversos críticos, a maior limitação desta teoria encontra-se relacionada com a interacção directa e invariável de um estímulo físico e uma sensação.

O abandono gradual desta concepção, derivou de diversos estudos efectuados. Becher (1959) observou que soldados feridos em combate, relatavam dor mínima e por vezes, referiam até mesmo não sentir dor, ao passo que os mesmos ferimentos comparados com civis causariam uma dor intensa ao ponto de necessitarem de tratamento farmacológico mais especificamente analgésicos. Com isto, Becher (cit. in Horn & Munafó, 1997), concluiu que o significado que as pessoas atribuem à dor, constitui-se como um factor fundamental que vai mediar esta sensação.

A dor fantasma é apontada como um exemplo de causas de dor, que na maioria das vezes, eram referidos acompanhamentos psiquiátricos, uma vez que não eram encontradas bases orgânicas que pudessem eventualmente justificar as manifestações de dor.

Estes e outros dados conduziram os investigadores a concluir que um ferimento similar em diferentes pessoas não corresponde à mesma quantidade de dor. As diferenças observadas entre os diferentes indivíduos podem ser atribuídas a uma panóplia de diversos factores tais como factores psicológicos, sociais e culturais. Esta foi a compreensão da especificidade psicológica da dor, aquela que teve contribuições nefastas na concepção simplista das teorias das especificidades (Skevington, 1995).

A outra perspectiva do modelo biomédico encontra-se relacionada com a *teoria dos padrões*. Esta teoria surge como uma reacção ao modelo anterior explicativo da dor.

Em 1884, Goldschneider (cit. in. Wikman, 1988), ao observar pacientes portadores de sífilis, que relatavam experienciar níveis elevados de dor face a um estímulo redutor, este pensou que provavelmente existiria uma alguma forma de soma ao nível do sistema nervoso central (Munafó, 1997). Desta forma, de modo a compreender o processo de dor, tornava-se fundamental investigar este fenómeno. A concepção mais simplista desta teoria, sugere que a experiência de dor resulta de padrões espaciais e temporais de transmissão ao nível dos neurónios, em contraposição de vias únicas de transmissão da dor (Cedraschi, 1999).

Esta teoria trouxe características e inovações muito importantes para o campo de estudo da dor nomeadamente em que estímulos transmitidos pelas vias periféricas seriam adicionados nos cornos dorsais, crendo-se que a transmissão de um sinal de dor ao cérebro

apenas se sucederia se a transmissão a partir do corno dorsal ultrapasse um determinado nível de dor (limiar da dor).

Um profundo estudo desta teoria, levou a que fosse proposto que o fenómeno de somação pode ser evitado por um sistema modulador, em que a transmissão da dor podia ser interrompida se esta ocorresse ao nível das células de grande diâmetro (Eccleston, 1994). Contrariamente, se a transmissão da dor se sucedesse ao nível das fibras de pequeno diâmetro, estas aumentariam a capacidade e velocidade da transmissão, resultando numa maior somação e por consequência uma maior percepção da dor (Elliot, 1999). O desenvolvimento desta teoria tentou também explicar o facto de certas lesões ao nível da medula, não resultarem numa extinção da dor ao nível patológico, facultando uma maior compreensão do fenómeno da dor, do que propriamente as teorias das especificidades, que reunindo-se em consonância com as observações fisiológicas que demonstram existir uma grande perda ao nível de fibras de grande diâmetro depois dos nervos periféricos serem danificados (Barnett, 1999).

À luz desta teoria ficam ainda por explicar diversos fenómenos da dor. A dor fantasma, continuou a ser de difícil compreensão e foi Livingston que em 1943 (cit.in. McCracken, 2006), proferiu que a dor fantasma poderia ocorrer do fenómeno da somação. Esta teoria de soma central postulava que os circuitos fechados da espinal-medula, aquando da activação de estímulos habituais não nociceptivos, conduziam à transmissão de uma informação de dor ao cérebro.

No caso particular da dor fantasma, o trauma inicial conduz a uma estimulação mais elevada dessa zona, que por sua vez, constrói circuitos positivos de retro alimentação, mantendo o estado anormal de dor. Crê-se que quando este estado se auto-sustenta, torna-se difícil destruir este ciclo, em que, a remoção cirúrgica das fontes de dor pode não ser suficiente para eliminar a dor (Merskey, 1994)

No entanto, esta teoria foi criticada onde verificaram que uma das suas grandes lacunas residia na defesa de que todas as terminações nervosas são similares e não específicas, podendo receber qualquer tipo de informação sensorial. Esta teoria, defendendo este ponto de vista, vai contra as provas fisiológicas que defendem existir um nível elevado de especificidade a nível de receptores (Schmidt, 2005).

Apesar de todas as limitações e críticas apontadas, as teorias que defendem estes princípios gerais, relevam-se como um grande avanço na compreensão conceptual dos mecanismos da dor, em que podemos afirma que as mesmas contribuíram como um

paradigma de mudança que conduziu a um desenvolvimento da teoria do *gate control*, que seguidamente passaremos a descrever (Horn, 1997).

## 2.2. Teoria do *Gate Control*

As tentativas de compreensão do fenómeno da dor crónica não acabam por aqui e, ao passo das concepções filosóficas, também os modelos médicos partiram à busca de um modelo de excelência que servisse como modelo da dor. Na década de 60, a forma cartesiana de explicação da dor é abandonada alterando-se assim o panorama científico. Esta alteração teve a contribuição de várias observações desenvolvidas que se encontravam incompatíveis com os modelos anteriormente descritos. Entre estes podemos incluir a insensibilidade congénita face à dor, cujas análises efectuadas “post mortem” nada revelam em termos fisiológicos (Keefe, 1992), os casos de doenças de Lesch-Niehan (Melzack & Wall, 1982), sendo caracterizada por auto mutilações e atraso desenvolvimental, tanto físico como psicológico, evidenciaram que estes comportamentos poderiam estar directamente relacionados com uma súbita exposição à dor intensa. Estes casos podem-se constituir como provas de que pode ocorrer dor sem lesão tal como existem lesões sem dor, em indivíduos com sistemas de transmissão de dor aparentemente normais.

Após a exposição destes dados, Melzack e Wall (1982) puseram em evidência a relação, que se pensava como causal, entre dor e lesão. Os acontecimentos acima supramencionados evidenciam que a teoria das especificidades da dor, bem como a teoria dos padrões, não são suficientes para explicitar estes fenómenos.

Estes investigadores postulam que qualquer que seja a teoria que pretenda compreender o fenómeno da dor deve ter em consideração os seguintes factores:

- O grau elevado de especialização fisiológica das fibras receptoras e das vias de transmissão para o sistema nervoso central;
- O papel desempenhado pelos factores temporais e espaciais na transmissão de informação no sistema nervoso;
- A influência de processos psicológicos na experimentação da dor e respectiva reacção;
- Os fenómenos clínicos de somação temporal e espacial, de expansão e de persistência de dor após a cura.

Melzack e Wall em 1982, desenvolveram a teoria do *gate control* da dor, que representou uma tentativa de introdução da psicologia na compreensão do fenómeno da

dor. Estes autores, sugerem que, apesar da dor ainda ser compreendida em termos de uma via de estímulo-resposta, esta torna-se complexa e é mediada por uma rede de processos interactivos. Deste modo, a teoria do portão do controlo da dor serviu como porta de entrada da psicologia no modelo tradicional biomédico da dor, onde descrevia não só um papel para as causas e intervenções fisiológicas como também para as causas e intervenções psicológicas.

Estes autores propuseram a existência de um portão ao nível da espinal-medula que recebia informação de diversas fontes tais como: fibras nervosas em que o local de lesão envia informação acerca da dor, pressão ou até mesmo calor para o portão, as influencias cerebrais centrais descendentes onde o cérebro envia para o portão toda a informação associada a estados psicológicos do individuo, em que toda esta informação poderá reflectir o estado comportamental do individuo, bem como o estado emocional ou ate mesmo as suas experiências de auto-eficácia anteriores. Por ultimo, as fibras longas ou curtas em que estas traduzem toda a informação relativa à percepção de dor.

O portão engloba todas as informações provenientes das diferentes fontes e produz uma saída de informação. A informação que sai do portão é enviada para um sistema de acção de onde resulta a percepção de dor.

Esta teoria difere de alguns modelos anteriores de dor nalguns aspectos fundamentais (Dufton, 1989): na percepção de dor, em que de acordo com esta teoria a dor é considerada mais como percepção e experiência do que propriamente como uma sensação. Esta alteração da terminologia reflecte o papel do individuo no grau de dor experienciada. Da mesma forma que os psicólogos consideram a visão mais como uma percepção de que uma imagem de espelho directo, a dor é descrita como envolvendo uma interpretação activa de um estímulo doloroso. O individuo como agente activo e não passivo em que de acordo com esta teoria do portão de controlo, a dor é determinada pelas fibras nervosas centrais e periféricas, em que o individuo não responde apenas passivamente ao estímulo doloroso como também o interpreta e avalia activamente (Iezzi, 1999).

O papel da variabilidade individual também representa um aspecto diferente de todos os modelos anteriores, isto porque, a variabilidade individual já não se constitui como um problema na compreensão da dor, mas torna-se importante para a teoria do controlo do portão, onde a variação na percepção de dor é compreendido em termos de abertura ou fecho do portão. Esta teoria sugere que estão presentes diversos factores na percepção de dor em que esta não se constitui apenas como uma única causa física. Esta

teoria tenta-se afastar dos tradicionais modelos dualistas do corpo e sugere que existe uma interacção entre o corpo e a mente (Odgen, 2004).

Melzack e Wall em 1982, sugerem que existem diversos factores que abrem e fecham o portão. Quanto mais o portão se encontra aberto, maior é a percepção da dor. Os factores que contribuem para a abertura do portão são: factores físicos, como lesão ou activação das fibras longas, os factores emocionais como ansiedade, tensão e depressão e os factores comportamentais como a focalização na dor ou o aborrecimento. Fechar o portão reduz significativamente a percepção de dor. Os factores que fecham o portão são: factores físicos como tratamento farmacológico, e estimulação das fibras curtas, factores emocionais como a felicidade, optimização e relaxamento e factores comportamentais como concentração distracção ou envolvimento nas actividades diárias e/ou actividades de prazer (Meneses & Ribeiro, 2000).

A teoria do portão de controlo evidencia-se como um importante avanço comparativamente às anteriores teorias de dor de resposta simples a estímulos. Contribui para a atribuição de um papel à psicologia e descreveu um processo multidimensional, em vez de um simples processo linear.

No entanto, esta teoria também possui diversas controvérsias, isto porque, não existe qualquer evidência que mostre a existência de um portão ou da integração entre estas três componentes. Este modelo ainda supõe a existência de uma base orgânica para a dor, onde a integração entre factores físicos e psicológicos influenciam a variabilidade do indivíduo e também como o modelo ainda pressupõe algumas bases orgânicas, este ainda se encontra baseado num simples processo de estímulo resposta. Por fim, a teoria do portão de controlo tentou por sua vez afastar-se dos modelos tradicionais dualistas de saúde, através da incorporação do corpo e da mente. No entanto, embora esta teoria sugira a existência de alguma interacção e integração do corpo e da mente, ainda os vê como processos opostos. Este modelo postula que os processos físicos são influenciados pelos processos psicológicos mas que estes dois conjuntos de processos são distintos (Blyth, 2001).

### **2.3. Modelo Comportamental**

Fordyce (1979), num contributo da psicologia para a conceptualização da dor crónica, defendeu uma abordagem mais comportamental no estudo da mesma.

Ao enquadrar a dor como comportamento, este autor considera que este seria a última etapa da cadeia do processo de nocicepção. A primeira etapa passaria pela actuação

de um estímulo nas fibras A delta ou C que pode ou não levar a um processo de dor. Já a segunda etapa passaria a presença de uma experiência sensorial baseada na percepção da nocicepção e na terceira etapa observa-mos uma resposta emocional negativa criada nos centros nervosos superiores. Diversos factores como: à dor, à experiência de stress e à ansiedade (factores descendentes que se encontram envolvidos na percepção de dor e inicialmente referidos por Melzack e Wall em 1982) podem influenciar as respostas emocionais dos indivíduos face a diversas situações.

Podemos encontrar variados comportamentos de dor que podem incluir expressões verbais e faciais, recusa de trabalho, mudanças posturais, chamadas de atenção. Estes tipos de comportamentos são considerados como operantes e susceptíveis às contingências ambientais, não podendo afirmar que estes tenham apenas origem na nocicepção. Desta forma, e sob este ponto de vista, verificamos que os comportamentos de dor estão afastados da nocicepção da cadeia conceptual e encontram-se sujeitos a diversas influências, podendo estes ser reforçados positiva ou negativamente. Os ganhos que surgem associados à manifestação de comportamentos de dor (ex. o facto de deixar de trabalhar, uma concentração da família sobre si e o seu problema, o facto de não lhe ser exigido nenhum tipo de trabalho ou ate mesmo o descansar mais) são reforços positivos e negativos que de uma forma geral podem contribuir para a manutenção deste tipo de comportamentos.

Na dor crónica Fordyce e Staeger (cit. in. Blyth, 2004) fazem uma separação entre comportamentos de dor dividindo-os em operantes e respondentes. Referem que os comportamentos respondentes são aqueles que mais se encontram conectados ao estímulo nociceptivo antecedente, ocorrendo como consequência deste (como a eliminação do estímulo doloroso, através de comportamentos de evitamento).

São designados comportamentos de dor operantes, aqueles que perduram num certo período de tempo, num ambiente que os reforça de forma directa (como por exemplo a subsistência de um comportamento de dor num sentido de obter ganhos secundários). Este reforço pode ocorrer de forma directa pela consequência positiva do tratamento farmacológico para a dor ou pela maior atenção que recebemos dos outros, ou de forma indirecta, através do evitamento de circunstâncias consideradas como desagradáveis (Andersson, 1994). Este pode ainda ocorrer como consequência da punição de comportamentos saudáveis, especialmente de pessoas pertencentes à família que sejam bem-intencionados ou que evitam o envolvimento do sujeito em comportamentos saudáveis (como não o deixar sair de casa ou não deixar que este saia da cama para tratar

das suas próprias refeições e ser a própria família a ter que o fazer). Numa grande parte de casos de dor crónica, encontram-se circundados uma combinação de comportamentos respondentes e operantes (Araújo, 2004).

Este modelo da dor crónica, dá ênfase para os mecanismos comportamentais que põem em evidência a resposta de dor e a sua manutenção. Esta teoria constitui-se como uma primeira introdução para a conceptualização biopsicossocial da dor, na medida em que evidencia a importância do meio social na manutenção ou reforço da doença.

#### **2.4. Modelo Biopsicossocial da Dor**

A abordagem tradicional do modelo biopsicossocial opta por uma visão dualista que conceptualiza que o corpo e a mente funcionam de forma independente e em separado. A inadequação do modelo dualista contribuiu para um crescente reconhecimento de que factores psicossociais, tais como *stress* emocional, pode afectar no relato de sintomas, problemas ao nível médico e na resposta ao tratamento.

George Engel, 1977 (Raspe, Huppe & Matthis, 2003) é creditado como um dos primeiros a chamar a atenção para a necessidade de uma nova abordagem à filosofia reducionista biomédico tradicional que dominava no campo da medicina desde o Renascimento. Isto, conseqüentemente, levou ao crescimento do campo da medicina comportamental e psicologia da saúde (Gatchel & Baum, 1983). Uma consequência importante, por sua vez, foi o desenvolvimento e a evolução do modelo biopsicossocial.

Este modelo foi especialmente influente na área da dor crónica. O modelo biopsicossocial incide sobre a doença e o doente, sendo a doença vista como uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais (Gatchel, 2005). Vários autores resumem de forma sucinta o conceito de doença em que afirmam que (Turk & Monarch, 2002), a doença é definida como um evento biológico objectivo que envolve o rompimento de estruturas específicas do corpo ou sistemas de órgãos causado por uma alteração anatómica, patológica ou fisiológica.

Em contraste, estar doente refere-se a uma experiência subjectiva ou de auto-atribuição que uma doença está presente. Assim, estar doente refere-se ao facto de como é que o indivíduo e a sua família se adaptam e vivem com o problema e de que forma reagem aos sintomas incapacitantes. A distinção entre a doença e estar doente é análoga em que esta distinção pode ser feita entre nocicepção e dor. Nocicepção envolve a estimulação de nervos que transmitem informações sobre os potenciais danos para o tecido cerebral. Em contraste com a dor, que se caracteriza como uma percepção subjectiva que

resulta da transdução, transmissão, e modulação da informação sensorial (Haetzman, Elliott & Chambers, 2003)

.Esta entrada pode ser filtrada através da composição genética de um indivíduo, antes da aprendizagem histórica, situação psicológica actual e influências socioculturais. Para a dor ser registada, o organismo deve ser consciente. Para um melhor entendimento, pacientes anestesiados não conseguem experienciar dor, no entanto, a nocicepção pode ser detectada na sequência de uma incisão cirúrgica, mesmo na ausência de qualquer relato subjectivo. Loeser (1982, cit.in. Gallagher, Verma & Mossey, 2000), postulou inicialmente um modelo geral que delineara quatro dimensões associadas ao conceito de dor: a dimensão da nocicepção e dor acima supramencionadas, o sofrimento (a resposta emocional que surge associados por nocicepção ou algum estímulo aversivo a ele associados, como o medo ou a depressão), e comportamento de dor (actos que as pessoas proferem ou efectuam quando estão em sofrimento e com dor, tais como evitar actividades ou exercícios com medo de novas lesões). Comportamentos de dor são comunicações evidentes de dor, angústia e sofrimento.

Waddell (1987; cit. in. Elliott, 2003) enfatizou que a dor não pode ser exaustivamente avaliada sem uma compreensão do indivíduo que é exposto à nocicepção. Waddell efectuou uma comparação entre o modelo Loeser (1982), da dor e o modelo biopsicossocial apresentado por Engel (1977).

Particularmente, Engel propôs as dimensões mais importantes do problema físico, *distress*, comportamento do indivíduo na doença, e o papel de doente, o que corresponde às dimensões proposta por Loeser de nocicepção, dor, sofrimento e comportamento relativo à dor.

A fim de compreender completamente a percepção de uma pessoa e a resposta à dor e à doença, as inter-relações entre alterações biológicas, o estado psicológico e o contexto sociocultural, precisam de ser considerados (Figura 1).

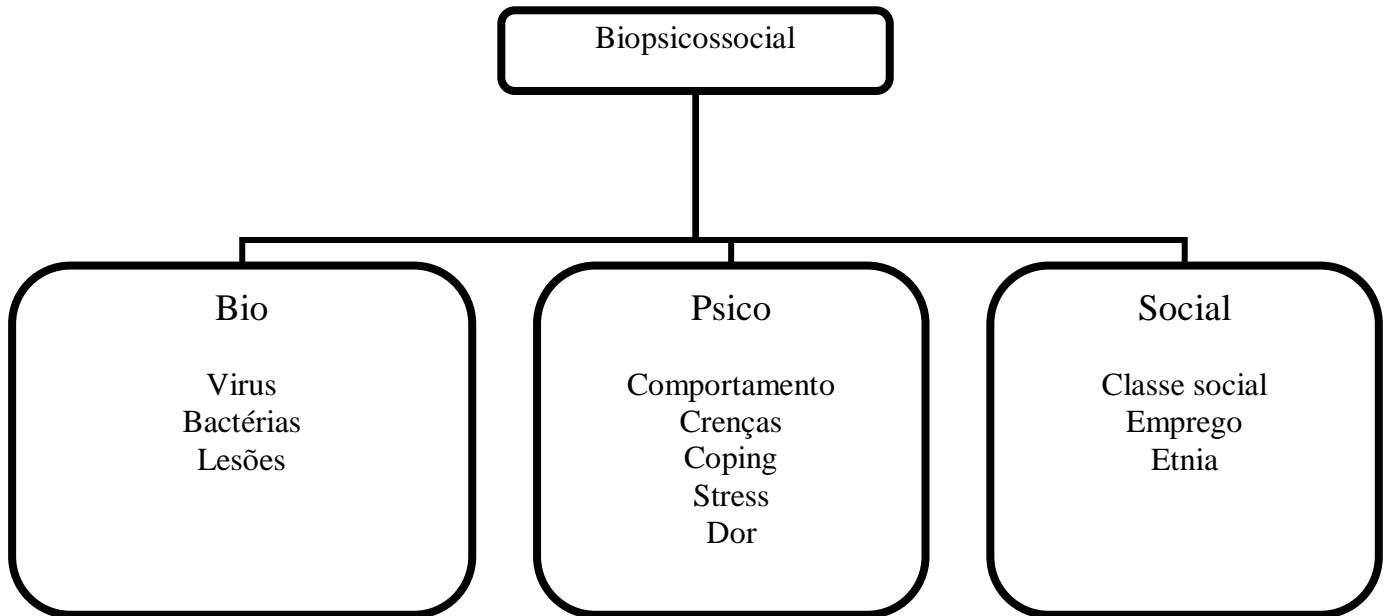


Figura 1. Modelo Biopsicossocial de Saúde e de Doença  
(Odgen, 2004)

Qualquer modelo que se concentra em apenas uma destas dimensões será considerada como incompleto e insuficiente. Os factores psicossociais envolvem a emoção e cognição. Cognições anexam significado à experiência emocional e podem desencadear diversas reacções emocionais e, assim, ampliar a experiência da dor, perpetuando um círculo vicioso de nocicepção, dor, angústia e incapacidade (Soares, 1999).

As premissas base consideradas no modelo biopsicossocial são: a acção integrada, o determinismo recíproco e a evolução (Turk, 1994). De uma forma geral, nenhum factor que surja em separado seja este fisiológico, social ou psicológico, pode explicar de uma forma eficaz e adequada o estatuto da dor crónica. Os fenómenos biológicos e psicológicos encontram-se relacionados de uma forma directa em que podemos constatar que um interfere e determina o percurso do outro (designado determinismo recíproco). Na última premissa deste modelo apelidada de evolução, sabemos de facto que esta envolve o factor tempo. Com isto, a evolução de um tipo de dor passa por diversas fases e diversos momentos todos de forma diferente o que vai interferir nos factores biológicos e psicológicos (Currie & Wang, 2004)

. Assim se consegue elaborar um modelo funcional de conceptualização da dor crónica, em que verificamos que a acção integrada dos diversos factores biológicos, psicológicos e sociais se influenciam mutuamente, resultando assim uma intervenção mais adequada (Prieto, 1999).

Em suma, para explicar o fenómeno da dor crónica, a literatura recorre a diversos modelos teóricos explicativos de modo a tentar justificar este fenómeno. Porém, através da descrição dos mesmos, conseguimos perceber que estes modelos divergem nos seus pressupostos teóricos não podendo afirmar que alguma teoria seja completamente falsa, simplesmente afirmamos que todas se complementam de modo a nos transmitir uma visão global e multidimensional deste fenómeno.

De seguida, passaremos a descrever os processos cognitivos implícitos na dor crónica e inerentes ao indivíduo portador desta síndrome, apresentando os processos mais comuns nestes doentes.

**Capítulo 3 – Processos cognitivos na Dor crónica**

---

Os processos cognitivos põem em evidência factores considerados como preditivos e precursores dos comportamentos de saúde e resultam numa grande parte das vezes da teoria da utilidade esperada e subjectiva que sugere que os comportamentos resultam de uma ponderação racional dos potenciais custos e benefícios de um dado comportamento (Phillips, 1997). Estes processos cognitivos descrevem o comportamento como resultado de um processamento de informação racional, destacando as cognições individuais e não o contexto social de tais cognições. Neste capítulo abordaremos os processos cognitivos mais evidenciados na dor crónica sendo este o *Locus* de Controlo e as Estratégias de *Coping*.

### 3.1. *Locus* de Controlo

A capacidade que o ser humano possui para efectuar a distinção entre causas internas ou externas de uma doença dá-se o nome de atribuições causais. Estas encontram-se interligadas com o *locus* de controlo (o facto de atribuímos o aparecimento de uma determinada doença a uma causa dependente de nós vai interferir no *locus* de controlo).

Foram realizadas diversas investigações acerca da forma de como as pessoas fazem atribuições acerca daquilo que lhes acontece e isto tem sido extensivamente estudada sobre o conceito de "*locus* de controlo" (Turk, 1996). Este conceito pode ser dividido em dois: *locus* interno e externo. O que conseguimos observar é que a doença crónica afecta de forma profunda as crenças pessoais do individuo acerca do controlo da saúde, verificando-se que neste âmbito o *locus* de controlo evolui no sentido da externalidade (*sorte ou outros poderosos*). As crenças que os indivíduos têm acerca do controlo na dor têm uma grande influência no seu comportamento durante o tratamento, bem como a vontade que este possui para a procura de tratamentos alternativos para diminuir a dor (Skevington, 1995). Desta forma, o *locus* de controlo percebido tem sido como uma variável mediadora estudada no caso da dor crónica.

Por sua vez, estas crenças parecem encontrar-se inter-relacionadas com as estratégias de *coping*. De uma forma geral, afirma-se que todas as pessoas são capazes de distinguir entre duas causas diferentes para o aparecimento de uma doença: internas ou externas.

As explicações internas de uma determinada doença podem referir-se à hereditariedade e à predisposição genética, enquanto as explicações baseadas em algo externo à pessoa se fundamentam principalmente nas "forças do mal" (um demónio ou uma bruxa) ou "elementos perigosos", como os micróbios e bactérias (Stacey, 1994). Estas explicações que o indivíduo usa para definir o seu estado de saúde são geradas e mantidas

pelo debate de ideias entre paciente e terapeuta. No entanto, diversas pessoas parecem não procurar causas e explicações para a sua dor. Num estudo realizado em 1983 com 55 sujeitos portadores de artrite reumatóide, constatou-se que uma pequena porção desta amostra (n=8) não eram suficientemente capazes de encontrar uma causa para o seu estado. Estas pessoas possuíam características que as distinguiam da restante amostra, nomeadamente, uma reduzida saúde mental, níveis mais elevados de ansiedade, depressão e hostilidade (Lowery, Jacobsen & Murphy, 1983). No entanto, a maior parte das pessoas com dor crónica encontram-se predispostas na procura de uma causa para a doença, em que se interrogam constantemente acerca das razões e tentando fazer atribuições de causalidade.

No caso da doença crónica (cujo principal sintoma, na maioria dos casos, é a dor crónica), verifica-se que esta afecta de uma forma profunda as crenças pessoais do indivíduo acerca do controlo da saúde.

Usualmente, quem sofre de uma condição crónica apresenta um *locus* de controlo externo, acreditando que a *sorte* ou os *outros poderosos* (como médicos) desempenharam um papel muito importante no aparecimento e evolução da sua condição física (Skevington, 1983).

Os programas de intervenção na dor focam-se no envolvimento activo do paciente, para que este possa atingir um elevado grau de controlo sobre a sua dor de modo a diminuir a mesma. Foram efectuados inúmeros estudos laboratoriais que indicam que quando os indivíduos possuem controlo sob a estimulação de dor estão mais habilitados para reduzir o *stress* e aumentar a tolerância à dor. Bowers (1968) defende que o sentimento de falta de controlo aumenta a ansiedade, o que resulta numa maior percepção de dor sob *stress*. Staub e col. (1971, cit. in. Weisenberg, 1987) relacionaram o controlo com a previsibilidade.

A incerteza aumenta a ansiedade, o que leva a uma diminuição na tolerância à dor. O contexto e o ambiente social também desempenham um papel crucial na alteração do *locus* de controlo. Um exemplo disto foi encontrado pelos investigadores Craig e Best (1977). Estes investigadores constataram que a percepção e avaliação da dor se encontram profundamente afectadas pela forma como as outras pessoas reagem à dor. Os Hospitais são locais que facilitam de certa forma o desenvolvimento de um *locus* de controlo externo. Dadas as suas características, afirma-se que são cada vez mais as pessoas que se dizem impossibilitadas de lidar com a sua doença (Skevington, 1995).

Deste modo, se no início falávamos no *locus* de controlo como uma dimensão da personalidade, a verdade é que este parece não possuir a estabilidade requerida para ser considerado como tal, o que não diminui a sua importância fundamental.

O controlo percebido é o grau em que o indivíduo acredita ter a vida sob seu controle pessoal (Baltes & Silverberg, 1995). Por um lado, o controle percebido é o resultado das experiências prévias do indivíduo e expressa-se sob a forma de duas cognições. Por outro lado, o controlo percebido é um determinante do comportamento subsequente do indivíduo, relacionados, por exemplo, com a protecção ou restabelecimento do bem-estar ou saúde ou certificar o seu desenvolvimento pessoal.

Os indivíduos diferem quanto às suas crenças de controlo, mas as pessoas geralmente parecem desejá-lo (Rotter, 1975). Os seres humanos pretendem fornecer contingências comportamento-situação, e por isso exercem controlo sobre o ambiente que coabitam. Os seres humanos reprovam as perdas da capacidade de produzir contingências comportamento-situação e experienciam afectos negativos ao anteciparem ou enfrentarem uma perda real de controlo.

Segundo Rotter (1975), os indivíduos tendem a diferir quanto ao *locus* percebido de controlo. Algumas pessoas acreditam que o *locus* de controlo é interno. Baseiam-se que os resultados (sendo estes bons ou maus) ocorrem em função de algo que fizeram ou que eventualmente deixaram de fazer. Essas pessoas sentem-se responsáveis pelo que lhes acontece e tendem a assumir a sua atitude pelos sucessos e a culpar-se pelos fracassos. Como consequência, os indivíduos com *locus* interno de controlo tendem a procurar relações causais entre as suas acções e eventos significativos, tendendo a perceber mais estas relações.

Ainda segundo Rotter, as crenças de controlo do indivíduo são características estáveis e que influenciam o modo de agir da pessoa. As crenças de controlo formam-se através da experiência individual, de características da personalidade que interagem com o ambiente. Perante ambiente estruturado, casual e responsivo o indivíduo favorece o desenvolvimento de responsabilidade pelas próprias acções, ou seja, de um *locus* interno de controlo. Por outro lado, o indivíduo perante um ambiente desestruturado, não-contingente e não-responsivo ou francamente prejudicial ou descuidado, tende a favorecer o desenvolvimento de um *locus* externo de controlo.

As crenças de controlo podem ser influenciadas pelos eventos de vida marcantes vivenciados pelos sujeitos. Alguns eventos são designados de normativos, tais como o envelhecimento, porém outros são designados não-normativos tais como a doença. A

relação existente entre crenças de controlo e o enfrentar dos eventos de vida é considerado ambíguo. Se, por um lado, eventos de vida tais como envelhecimento e a doença tendem a enfraquecer as crenças de controlo, por outro lado, as crenças de controlo constituem-se como um importante papel na adaptação a eventos tais como o aparecimento da doença crónica. Concluímos que, as crenças de controlo executam um papel mediador na relação entre saúde-comportamento.

Aquando das interacções entre a pessoa e o ambiente, estas dão origem a dois tipos de resultados: experiências de sucesso e de fracasso (Heckhausen & Schulz, 1995). Quando as experiências dão origem a sucessos estes ajudam a manter os níveis já existentes de funcionamento e a desenvolver novas competências. Se, por outro lado, as experiências são fracassadas podem comprometer potencialmente as competências já adquiridas pelo sujeito. Os sucessos quanto os fracassos são intrínsecos ao desenvolvimento. O indivíduo pode encarar o fracasso como uma experiência desafiadora em que, quando adequadamente compensados, podem transformar-se em experiências de sucesso. Heckhausen e Schulz consideram que as experiências de fracasso ou desafios ao desenvolvimento se originam de: (a) tarefa normativa do desenvolvimento, fracassos ou desafios vivenciados quando o indivíduo tenta expandir as suas competências; (b) declínios específicos relacionados com o envelhecimento; (c) eventos negativos não-normativos.

A adaptação psicossocial pressupõe uma mudança do envolvimento do indivíduo no seu ambiente (Sprangers & Schwartz, 1999). Do ponto de vista da teoria de *locus* de controlo há necessidade de procurar um equilíbrio entre os modos de controlo exercido pelo indivíduo (Heckhausen & Schulz, 1995). Uma das principais motivações humanas é a produção de contingências entre os próprios comportamentos e os eventos de vida, exercendo desta forma controle sobre o ambiente e sobre o próprio curso de desenvolvimento. Em grande parte, as pessoas criam ou constroem o ambiente onde vivem.

A disponibilidade e o uso das estratégias de controlo mudam ao longo do percurso da vida (Heckhausen & Schulz, 1995). Até o indivíduo atingir a maturidade, os ganhos superam as perdas, e desenvolve-se a disponibilidade e o uso das duas estratégias de controlo. A partir da maturidade, a disponibilidade/uso de estratégias de controlo primário declina, enquanto a disponibilidade/uso de estratégias de controlo secundário continua a aumentar.

Não esquecendo todos os dados apresentados, podemos concluir que a dimensão de *locus* de controlo não contém uma segurança necessária para ser denominado como uma

dimensão da personalidade. Porém, apresenta-se como um conceito essencial no domínio da dor crónica. Em seguida passaremos a uma breve descrição acerca da definição bem como o que estas implicam na vida do sujeito portador de dor crónica.

### 3.2. Estratégias de *Coping*

A auto-regulação da dor, bem como o impacto que tem na vida dos sujeitos, depende das estratégias encontradas por estes para lidar com a dor, e se adequarem a esta e reduzirem ou minimizarem a dor e o desconforto, isto é, através das suas estratégias de *coping*. O *coping* manifesta-se através de actos aplicados de forma instintiva e intencional, podendo ser algo avaliado em parâmetros de comportamentos abertos e cobertos (ou encobertos). Nas estratégias de *coping* que se podem observar directamente, pode-se incluir o descanso, a medicação e o uso da técnica de relaxamento, ao contrário das estratégias de *coping* cobertas que englobam diversas formas de distração, de pensamentos positivos acerca da diminuição da dor, de averiguação de informação e de resolução de problemas. Nem todas as estratégias aqui apresentadas são adaptativas ou vice-versa (Blanchard & Irions, 1988).

Acredita-se que as estratégias de *coping* actuam quer pela alteração da percepção da intensidade da dor quer pela capacidade de lidar ou tolerar a dor, permitindo a continuação da realização das actividades do dia-a-dia (Turk *et al.*, 1983). Na investigação do *coping* referido com a dor, os investigadores consideram o acontecimento de dor como o *stressor* primário e descrevem a forma como o indivíduo lida com esta.

Diversas investigações têm sido efectuadas neste campo e as terminações destes estudos declaram que as estratégias de *coping* activas (força para continuar a trabalhar apesar da dor, por exemplo, através de estratégias de distração) se deparam relacionadas a uma actividade adaptativa, ao passo que as estratégias de *coping* passivas (tais como derivar dos outros para ter ajuda no controlo da dor, bem como a limitação das actividades) se vêm relatadas com maiores níveis de dor e depressão (Turk, 1996).

No entanto, existem incertezas quanto ao valor diferencial das diversas estratégias de *coping* activas, tendo ainda conhecimento sobre qual seria a mais eficaz (Fernandez & Turk, 1989 *in* Turk, 1996). Parece mais credível que diferentes estratégias de *coping* sejam mais activas num determinado indivíduo em circunstâncias específicas, não tendo todas obrigatoriamente que ter o mesmo valor para todos os indivíduos na mesma fase.

As estratégias de *coping* separadas *a priori* em categorias que podem ser designadas como adaptativas e desadaptativas levam ao não conhecimento de que um

comportamento de *coping* específico pode ser eficaz numa determinada situação e não ser apropriado numa outra. Dá-nos a entender que existe uma tendência para favorecer um determinado ideal de *coping*, que se caracteriza por esforços de *coping* activos e "ofensivos" e por um determinado patamar elevado de controlo da dor.

Turner e colaboradores (1987) defendem que a literatura indica que os pacientes com dor crónica tendem a utilizar poucas estratégias de *coping* focadas no problema, percebendo o controlo sobre a dor como sendo muito diminuto.

Um vasto número de estudos tem demonstrado que, se sujeitos se focarem no uso adaptativo de estratégias de *coping*, tanto a frequência como intensidade da dor diminui, no entanto a tolerância tende a aumentar (Fernandez & Turk, 1989 cit. in. Turk, 1996). O factor mais importante num sujeito que apresenta abarca estratégias de *coping* relaciona-se com a presença de distorções cognitivas de natureza catastrófica. Um conjunto de investigadores (Turk *et al.*, 1983) concluiu que: " o que parece distinguir os indivíduos de baixa tolerância a dor é o seu alto processamento cognitivo, pensamentos catastróficos e sentimentos que precedem, acompanham e seguem o estímulo aversivo " (p.197).

As investigações científicas efectuadas identificam muitos mecanismos cognitivos específicos utilizados pelos indivíduos para lidar com a dor crónica, tais como: a) catastrofização; b) *coping* activo *versus* passivo (ou seja, escolher exercício físico em vez de modalidades mais passivas, tais como massagens); c) desânimo aprendido (como olhar para a situação confrontada de uma forma desesperada, sem qualquer tipo de crença de a poder alterar); d) auto-eficácia (ex. a crença de que uma pessoa pode influenciar a sua dor); e e) pensamento racional (como descrever os acontecimentos de uma forma objectiva em relação aos estímulos da dor) (Lenhart & Ashby, 1996).

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

Outro estudo efectuado na área da dor tentou definir quais os estilos cognitivos globais das pessoas com dor crónica. Flor e Turk (1996, cit. In. Turk, 1996) distinguiram

estratégias de *coping* globais e específicas para indivíduos com dor crónica, sugestionando que as estratégias de *coping* específicas e meta cognitivas podem ter implicações nos níveis de limitação física. Aquilo que os autores perceberam foi que a catastrofização e o desânimo aprendido se encontram interligados com um aumento das limitações físicas e com uma diminuição do uso de auto-afirmações de *coping*. Níveis elevados de limitação foram associados a uma diminuição a nível dos estilos de *coping*.

Uma investigação efectuada por Lenhart e Ashby (1996) tentou corroborar o estudo anteriormente referido e tiveram como conclusão que as estratégias de *coping* mais gerais tais como as estratégias de *coping* mais específicas, se encontram relacionadas com a limitação. Este estudo constituiu-se como uma tentativa de analisar a contribuição independente de estratégias de *coping* cognitivas em duas medidas de limitação em pacientes com dor crónica.

Diversos autores utilizaram medidas de inibição da actividade diária e do controlo percebido sobre as circunstâncias do quotidiano, de forma a avaliar o grau de limitação física devido à dor crónica. Os resultados deste estudo suportam as descobertas de estudos anteriores. Em termos do desânimo aprendido, verificou-se que esta estratégia parecia prever as limitações percebidas pelo paciente devido à dor e ao auto-controlo. O evitamento parecia estar relacionado com medidas de limitação física, enquanto a aceitação/resignação pareciam relacionadas com a percepção de falta de controlo sobre os acontecimentos da vida. Outros resultados, similares a estudos realizados anteriormente, revelaram que o estado de compensação do paciente (ou seja, se o paciente recebe ou não uma compensação económica pela sua dor) estava positivamente correlacionado com a percepção de uma maior limitação física – importância dos ganhos secundários (Lenhart & Ashby, 1996).

As estratégias de *coping* activas parecem estar associadas a um funcionamento adaptativo. Contudo, ainda não há provas quanto ao valor diferencial das diversas estratégias de *coping* activas, não se sabendo qual a mais eficaz. Parece poder concluir-se que diferentes estratégias de *coping* são mais eficazes para um determinado indivíduo em circunstâncias específicas, as não possuem todas o mesmo valor para todos os indivíduos e na mesma fase. Contudo, o ensino e treino de estratégias de *coping* têm dado as suas provas em termos de eficácia na redução da frequência e intensidade da dor, aumentando a tolerância.

Em suma, podemos concluir que o *locus* de controlo (LC) é um factor inerente ao indivíduo que se define como a convicção de que as nossas acções influenciam os

resultados que experienciamos na vida. Nesta definição não está incluído se esses resultados são positivos ou negativos. O *locus* de controlo apenas tem a ver com a percepção de relações de causa e efeito, entre actos e consequências. É neutral relativamente ao tipo de resultados. Refere-se simplesmente à força da convicção com que relacionamos os nossos actos com certos resultados, positivos ou negativos.

O *coping* é o processo cognitivo utilizado pelos indivíduos para lidar com situações de stress e que inclui os esforços para administrar problemas no seu quotidiano.

Consiste num conjunto de estratégias cognitivas ou comportamentais a que um indivíduo recorre quando se encontra perante uma solicitação que tanto pode ser interna como externa, mas que é para ele considerada negativa ou coactiva.

Estas estratégias permitem restabelecer um controlo sobre a situação causadora de *stress* em que os indivíduos que possuem uma *locus* de controlo adaptativo ou um *coping* adaptativo regem de forma positiva a esses entraves. No entanto, pessoas que possuem um *locus* de controlo externo e estratégias de *coping* desadaptativas tendem a não reagir a situação ao factor desencadeador de stress tendo mais dificuldade em enfrentar os perigos e ameaças impostas pelo quotidiano.

O próximo capítulo irá abordar os factores psicossociais presentes na dor crónica e a influência que estes têm na vida do indivíduo.

**Capítulo 4 – Factores Psicossociais inerentes a Dor Crónica**

---

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

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

#### **4.1. Mecanismos operantes e de Aprendizagem Social**

As crenças acerca da doença são suportadas em experiências passadas e na transmissão cultural e social de crenças e expectativas. A pertença a determinados grupos étnicos influencia a forma como se percebe, categoriza, responde e comunica a presença de determinados sintomas, tal como a eleição dos profissionais de saúde e o tipo de tratamentos recebidos (Mechanic, 1978, cit. in Sanders, 1996).

Muitos autores notaram especificamente a importância de factores sócio-culturais nas crenças e respostas individuais face à dor (Lipton & Marbach, 1984), verificando-se ainda que estas também interferem na forma como a família e os grupos sociais respondem à doença e interagem com os pacientes. Actualmente existe um acordo geral quanto ao facto de os comportamentos de dor poderem ser adquiridos através da observação e modelagem. Assim, os sujeitos podem aprender formas de resposta que anteriormente não se encontravam no seu repertório comportamental. Bandura (1969 cit. in. Sanders, 1996) descreveu e documentou o papel importante da aprendizagem através da observação.

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

fisiológicos, bem como de respostas apropriadas face a ferimentos e doenças (Sanders, 1996).

O modo como as crianças aprendem atitudes resulta da observação dos pais e do ambiente social que rodeia a reacção face aos vários sintomas com que vão contactando no seu dia-a-dia. Esta observação pode ter um valor de sobrevivência.

Parece poder concluir-se que as expectativas e as respostas comportamentais face a estímulos nociceptivos são, pelo menos parcialmente, baseadas nas histórias anteriores de aprendizagem. Este factor constitui-se como um dos que parece contribuir para a marcada variabilidade observada nas respostas face a graus semelhantes de patologia física.

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

Os comportamentos de dor podem ainda ser mantidos através do evitamento de estímulos nocivos, do uso de drogas, de comportamentos de descanso e do evitamento de actividades pouco desejadas como o trabalho.

Adicionalmente, os comportamentos saudáveis podem não ser reforçados. Chega-se então a um ponto no qual os comportamentos de dor, iniciados por factores orgânicos, podem passar a ocorrer como resposta a acontecimentos reforçadores, ganhando "vida própria". Desta forma, as respostas de dor podem persistir muito tempo após a causa inicial ter sido resolvido ou consideravelmente reduzido.

Neste modelo explicativo o ponto fulcral é a função comunicativa do comportamento dor (Sanders, 1996). Este modelo estimulou inúmeras investigações que, ao longo do tempo, apresentaram um vasto número de dados comprovativos. Deste modo, alguns autores demonstraram que determinados comportamentos de dor (mais

especificamente a inactividade) podiam ser diminuídos e os comportamentos saudáveis aumentados (ex: actividade física) através do reforço verbal, com ou sem *feedback* e com o estabelecimento de uma prática gradual de actividade física (Cairns & Pasino, 1977, cit. in. Sanders, 1996).

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

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

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

#### **4.2. Ansiedade**

Observa-se na literatura acerca do tema da dor crónica que a sintomatologia ansiosa é frequente em pessoas portadoras desta síndrome (Ferrer, 1994). Muitos dos estudos realizados são heterogéneos entre si, onde se pode estimar que a prevalência da sintomatologia ansiosa entre pessoas com dor crónica se encontra numa média de 30% a 64% (Newman, 2000).

Quanto à relação entre ansiedade e dor, os dados existentes fazem-nos prever que a antecipação da ocorrência de um estímulo que possa provocar dor aumente o estado de ansiedade (ansiedade antecipatória). Este estado de ansiedade aumentado pode exacerbar a percepção da dor.

As atitudes, crenças e outro tipo de cognições relacionadas com o valor, enquanto ameaça de determinado acontecimento futuro, possuem certamente uma grande influência no facto do agente desencadeador de *stress* envolver ou não a

percepção de dor. Sternbach (1986) foi um dos primeiros investigadores a tomar consciência de que a percepção de dor é idiossincrática. Assim sendo, a dor pode ser considerada como um fenómeno com características cognitivas, na medida em que atribuímos um determinado significado à dor por nós sentida. Este autor refere-se também ao aspecto comportamental da dor, referindo que este se pode observar quer a nível celular (em termos neuronais) quer a nível de comportamento aberto, observável e mensurável.

Os aspectos psicofisiológicos da dor são também importantes para Sternbach (1986). Em coerência com as ideias da "Teoria do gate *control*", algumas técnicas de redução da dor envolvem a redução da ansiedade.

Contudo, apesar do controlo e da redução de ansiedade serem vistas como meios de reduzir a dor, o relacionamento exacto da dor com a ansiedade não é completamente compreendido.

Muitos estudos revelam dados contraditórios, sabendo-se que num estado de elevada ansiedade, como aquele que surge em batalha, a percepção da dor é menor (Beecher, 1959 & Weisenberg, 1987).

O comportamento de evitamento encontra-se muito relacionado com a ansiedade antecipatória. A ansiedade relacionada com o medo do aumento da dor provoca, invariavelmente, a apresentação de comportamentos de evitamento. De seguida, vamos abordar os comportamentos de evitamento, bem como as suas implicações. Recentemente, a investigação tem -se preocupado em delinear o papel que o medo e os comportamentos de evitamento desempenham a nível da manutenção da dor.

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

Em geral, as investigações nesta área têm apoiado as considerações teóricas efectuadas acerca deste tema. Aquilo que se verifica é que, como resposta a lesões

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

Podem identificar-se vários tipos de evitamento, tais como: o evitamento da estimulação, do movimento, da actividade, das interacções sociais e das actividades de lazer (Philips & Hunter, 1981; Anciano, 1986, cit. in. Philips, 1987; Philips & Jahanshahi, 1986). Deste modo, o componente de evitamento é o mais proeminente dos comportamentos de dor.

No entanto, existem poucas provas de que o comportamento de evitamento promova a redução da dor crónica, quer a curto quer a longo prazo.

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

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

### **4.3. Depressão**

Diversos estudos mencionam que a sintomatologia depressiva tem uma prevalência bastante elevada na população com dor crónica. Segundo esses mesmos estudos esta varia entre os 20% e 80%. A diversidade destes resultados devem-se na sua grande maioria à variedade da metodologia utilizada nestes estudos, como natureza de amostra, transtorno doloroso, critérios de diagnóstico e instrumentos de avaliação.

Observa-se que os sintomas depressivos têm um início relativamente rápido e que a sua extinção se torna lenta (Turner, 1984). Existem autores que mencionam que os pacientes com dor crónica podem apresentar outro tipo de transtornos associados tais como: perturbação dística, perturbação de adaptação ou anedonia com estado de ânimo depressivo (Casais, 1997). Diagnosticar depressão nos pacientes com dor crónica não é tarefa fácil, isto porque, frequentemente, a depressão encontra-se mascarada por diversos sintomas somáticos tais como: dores de cabeça, insónia ou fadiga em que estes sintomas podem ser atribuídos à dor. No entanto, estes pacientes tendem a minimizar ou a negar os sintomas cognitivos ou afectivos na sua condição médica, ou seja, dor crónica (Romano, 1984).

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

A relação entre depressão e dor parece ser mediada por outros conceitos relacionados com esta, como o de "desânimo aprendido" e as "atribuições de causalidade". As investigações efectuadas no campo do *locus* de controlo, atribuições e distorções cognitivas estimularam um importante debate acerca da aplicação destes conceitos para a compreensão da depressão. O desânimo aprendido foi um conceito formulado em termos atribucionais por Abramson, Seligman e Teasdale (1978, *in* Skevington, 1995), sendo entendido como o resultado de uma forma habitual de pensamento, que faz com que a interpretação dos acontecimentos predisponha algumas pessoas para se sentirem desanimadas e deprimidas. O desânimo afectaria a sua motivação para escapar a situações desagradáveis, interferindo na sua capacidade de sentir e pensar, bem como nas suas emoções.

Os sintomas do desânimo aprendido apresentam muitas semelhanças com o quadro psicopatológico da depressão, sendo algumas das características comuns: a passividade, a reduzida auto-estima, a tristeza, a agressividade e a diminuição de apetite.

Algo que é central no conceito de desânimo aprendido é a noção de que as pessoas que apresentam sentimentos desta natureza sentem ter perdido qualquer controlo sobre os acontecimentos negativos que se verificam nas suas vidas. Esta teoria prevê que pessoas que se tornam desanimadas depois de um acontecimento aversivo, como o aparecimento de dor, mais facilmente olharão para este fenómeno como algo impossível de ser controlado.

Além disso, as pessoas que se encontram num estado de desânimo e depressão mais facilmente farão um conjunto de atribuições, tais como: auto-culpabilização (atribuições causais internas), em vez de culparem os outros pelo que está a suceder (externa); crença de que a dor irá afectar todas as áreas da sua vida (atribuição global) e não apenas uma pequena área (específica); e crêem na persistência da sua condição (atribuição estável) em vez de acreditarem que esta vai desaparecer completamente (instável). Contudo, fazer atribuições incontroláveis, internas, estáveis e globais não causa por si só depressão.

A depressão acontece quando um determinado acontecimento desagradável é vivenciado, tendo como uma das características principais o fracasso (Skevington, 1995). Autores como Barnett e Gotlib (1988) defendem a ideia de que, para além do estilo atribucional, existem outros construtos psicossociais que diferenciam pessoas com dor crónica que apresentam um estado de depressão de pessoas que não o apresentam.

Assim, acreditam na existência de diferenças a nível de atitudes disfuncionais, do suporte social, do ajustamento marital, do estilo de *coping* e da personalidade. Deste modo, a teoria atribucional pode ser apenas uma das explicações possíveis para o aparecimento de uma reacção depressiva. Muitos estudos investigam o relacionamento existente entre dor e depressão.

Rudy, Kerns e Turk (1996) investigaram no sentido de saber se a experiência de dor crónica é uma condição suficiente para o desenvolvimento de um estado de depressão. Ao questionarem a existência desta relação causal, descobriram que não existe uma ligação directa entre dor e depressão.

Aumentos na gravidade da dor prevêem grandes interferências na vida do sujeito e uma diminuição do auto-controlo e estas duas dimensões, conjuntamente, encontram-se relacionadas com aumentos nos níveis de depressão no futuro. Deste modo, um aumento na intensidade da dor é apenas indirectamente afectado pela depressão. As interferências na vida do sujeito e a diminuição no seu sentido de auto-controlo explicavam 68% da variância da depressão. Consequentemente, estes autores

propuseram um modelo cognitivo-comportamental de mediação da relação entre depressão e dor.

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

#### **4.4. Stress**

O stress afecta o nosso organismo de diversas maneiras e os seus sintomas variam consoante as pessoas. Verifica-se a existência de uma sensibilidade pessoal que é activada quando enfrentamos um problema, e essa particularidade explica como lidamos com situações desafiantes, decidindo enfrentá-las ou não. Diversas situações levam o indivíduo a experienciar o stress. Todas as grandes mudanças que o indivíduo passa ao longo da sua vida são situações stressantes, mesmo se estas forem boas nos fazem felizes. A necessidade de se ajustarem que por vezes temos que recorrer deixa o organismo preparado para "lutar ou fugir", aumentando a pressão arterial e frequência cardíaca, e contraindo músculos e vasos sanguíneos. Na natureza esta adaptação torna-se necessária visto que o ser humano precisa de recorrer a uma decisão rápida de defesa ou ataque, mas que em diversas situações stressantes, esta reacção pode ser bastante depreciativa.

Um aumento dos níveis de stress pode causar desde dores constantes pelo corpo e queda de cabelo até sintomas sérios como hipertensão e problemas no coração. O facto de um evento emocional como o stress perturbar o organismo, deve-se ao íntimo relacionamento entre o sistema imunológico (defesa), sistema nervoso (controle) e sistema endócrino (hormonal).

Um dos primeiros modelos que explicam o stress, foi desenvolvido por Selye em 1956 como um modelo fisiológico. A síndrome da adaptação geral reconhece três

passos importantes no processo de stress. A primeira fase inicial apelidada de fase de alarme, em que o organismo do individuo é activado para combater o factor stressor.

Este autor considera que o factor que desencadeia o stress não é importante, isto porque existia uma resposta equivalente para estímulos fisiológicos e psicológicos. Esta fase do alarme desencadeia-se inicialmente no sistema nervoso simpático, depois segue-se uma segunda fase apelidada de fase da resistência, que surge mediada por diversos factores e alterações hormonais a longo prazo, finalmente, se o stress se manter constante o resultado será a exaustão e esgotamento dos recursos que o nosso corpo possui, provocando a doença.

Devido ao facto de este modelo não ter em conta os processos psicológicos e os aspectos emocionais do stress, surgiu uma linha de investigação designada de acontecimentos de vida que começou a considerar estes aspectos como agente causadores de stress. Assim, nesta teoria, observamos que o stress surge como consequência de acontecimentos de vida experienciados pelos indivíduos, em que se conclui que quantos mais acontecimentos negativos o individuo experienciar, maior é o nível de stress e por consequência maior será o risco de doença.

Acreditamos que corpo e mente são consideradas unidades inseparáveis e intrínsecas, e se estamos perante uma dor física temos tendência para ficar irritados ou deprimidos, geralmente estes dois estados ocorrem se a dor for prolongada. O inverso é mostra-se como verdadeiro isto porque, se temos problemas emocionais, com o passar do tempo todo o tipo de dor se torna fisicamente manifestas. Com o tempo as pessoas portadoras de dores crónicas, para não perder o emprego não procuram tratamento em fase inicial, só interrompem quando sua produtividade já começa a ser comprometida.

Nessa fase o tratamento poderá ser demorado e o que as empresas fazem é empurrar esse profissional para segurança social, que será sempre sobrecarregada por falta de tratamento precoce, a empresa simplesmente vai contratar uma outra pessoa para exercer a função, até a invalidez desse novo funcionário. Essas são causas frequentes de dores por trabalho stressante. Mas as causas de descontentamento nem sempre surgem associadas ao trabalho, geralmente existe uma correlação de factores, muitos deles familiares, em que a pessoa torna-se tensa, com a musculatura do corpo muito contraída, na maioria das vezes a pessoa nem percebe o quanto está tensa, com cores no pescoço ou na região lombar. As pessoas podem ter postura corporal comprometida por estado depressivo, em que a cabeça está mais abaixo que o normal levando a uma sobrecarga na musculatura dos ombros. Não é fácil tratar uma dor

crónica porque, geralmente os factores físicos e emocionais estão manifestos ficando difícil de detectar qual o factor principal de manutenção.

São conhecidos três diferentes provas de existência de uma relação directa entre a dor e o stress. A primeira reside ao nível farmacológico derivado das descobertas das beta-endorfinas que conduziu ao levantamento de da questão de que até que ponto a sua função era localizada servindo como analgésica ou se por sua vez surgia como uma parte complementar de uma possível reacção ao stress. Este neurotransmissor pode ser activado durante uma relação terapêutica, mas a sua produção parece estar relacionada com as alterações evidenciadas a nível da sintomatologia depressiva, o que o torna mais um marcador de stress do que propriamente de alívio de dor (Beutler et al. 1987).

Foram efectuados diversos estudos no sentido de apurar respostas psicofisiológicas que surgem associadas as alterações da actividade do nosso sistema nervoso autónomo principalmente em doentes portadores de dor crónica. Foi revistos 47 estudos por Flor e Turk em 1989, onde concluíram que havia poucas provas que pusessem em causa este ponto de vista. Verificaram que pacientes com cefaleias crónicas que possuíam alterações ou mudanças vasculares e ao nível de electromiograma, as observações evidenciadas não eram permanentes, tendo sido necessário recolher provas no caso da dor crónica temporomandibular e dor crónica lombar. Existe um forte interesse na área da investigação acerca da crónica e a dor lombar, tendo este se tornado num campo pouco estudado e fértil para a discussão de mecanismos de actuação.

De modo a discutir as provas existentes para as duas versões actuais do modelo da tensão para a dor lombar, Raczynski (1985) realizou uma confrontação entre o modelo de stressor físico com o modelo de stressor psicossocial. O primeiro defende que a permanência de algum stress orgânico ocorre e danifica e interfere com os mecanismos corporais e como consequência são despoletados espasmos musculares, resultando daqui o ciclo espamo-dor. O segundo modelo contradiz o modelo anterior, isto porque afirma que a dor lombar é o resultado de um aumento da actividade dos músculos para-espinais, mencionando que os aumentos na tensão e nos espasmos musculares são a consequência de o indivíduo não saber lidar eficazmente com o ambiente, podendo resultar numa soma de outros factores, como ansiedade.

Em conclusão e após uma revisão da literatura acerca da relação directa e causal do fenómeno dor-stress podemos concluir que existe uma relação consistente entre o stress sendo este de origem traumática ou quotidiana e a dor.

Podemos concluir que os factores psicossociais e factores psicológicos se encontram revistos de uma importância secundária. Contudo sabe-se que no passado foram realizadas diversas investigações que alertam para a importância dos factores psicossociais na gravidade, manutenção e exacerbação da dor.

O reconhecimento da extrema importância e relevância de factores psicossociais na dor crónica, associados ao desenvolvimento de um corpo alargado de investigações realizadas neste campo, podem evidenciar relações causais entre factores psicossociais e dor, isto porque, somente desta forma poderemos abarcar toda a complexidade do ser humano e dos fenómenos inerentes a este.

## **Capítulo 5 – Estudo Empírico**

---

Neste capítulo apresentamos as questões metodológicas, nomeadamente o tipo de estudo, finalidade e objectivos, questões de investigação, hipóteses, variáveis em estudo, e procedimentos de colheita de dados. São ainda apresentadas as características psicométricas dos instrumentos utilizados na versão original e na versão em estudo.

A metodologia desta investigação refere-se a todo o processo inerente ao desenho do estudo, às hipóteses postuladas, às variáveis a estudar, à descrição da amostra, aos instrumentos de avaliação a utilizar, aos procedimentos de recolha bem como à análise de dados recolhidos.

O desenho do estudo corresponde ao plano orientador da investigação que, se iniciará atendendo aos objectivos traçados, o que permitirá um maior alcance do quadro de conclusões e respostas, confirmando ou refutando as hipóteses formuladas. Com a finalidade de estudar o impacto do *locus de controlo* e estratégias de *coping* face à doença crónica, a metodologia desta investigação basear-se-á num modelo de investigação quantitativo, assim sendo, irá assentar num estudo analítico transversal (Ribeiro, 2008). Trata-se de um estudo correlacional e comparativo, isto porque, pretendemos explorar os resultados através da análise de relações estatísticas entre variáveis, num único momento de avaliação e face às diferenças de género (Almeida & Freire, 2003).

### **5.1. Objectivos e desenho do estudo**

Enfatizando o papel activo que os pacientes assumem nos processos de saúde e doença, uma vez que, as ideias e pensamentos que estes possam ter desenvolvido ou alterados com a informação recebida acerca da sua doença (Leventhal & Cameron, 2001) e dadas as dúvidas e angústias frequentemente demonstradas pelos mesmos relativamente à Dor Crónica, mostra-se pertinente investigar qual o *locus de controlo* percebido por estes pacientes, bem como, quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos face ao combate da dor crónica. Desta modo, procurou-se perceber quais as dificuldades assumidas pelos pacientes portadores de dor crónica, para que desta forma possamos contribuir para um maior conhecimento da doença bem como uma melhoria das suas condições de vida.

Desta forma, o objectivo geral deste estudo constitui em:

- Estudar a relação entre o impacto do *locus de controlo* e a utilização de estratégias de *coping* adequadas nos doentes com dor crónica, do Centro Hospitalar do Alto Ave.

Tendo sido definido o objectivo geral, esta investigação foi desenvolvida tendo em conta os seguintes objectivos específicos:

1. Avaliar a existência de uma relação positiva entre o *locus de controlo* e estratégias de *coping* adequadas em todas as pessoas portadoras de dor crónica.
2. Utilizar os resultados obtidos no sentido de propor estratégias de *coping* mais eficazes na intervenção psicológica junto de doentes com dor crónica.
3. Saber em que medida o *locus de controlo* e as estratégias de *coping* influenciam a adaptação à doença.
4. Verificar se os utentes que frequentam a unidade da dor há mais tempo (mínimo um ano) possuem um *locus de controlo* interno e estratégias de *coping* eficazes.

Este estudo é um estudo descritivo dirigido a uma população de doentes portadores de dor crónica que pode ser enquadrado numa investigação do tipo experimental. Trata-se de um estudo transversal realizado num único momento de avaliação. A selecção da amostra foi consecutiva, atendendo à impossibilidade de realizar uma randomização aleatória, por esta ter sido realizada através de uma aleatorização por semana de consultas.

## 5.2. Hipóteses

No seguimento de uma aprofundada revisão bibliográfica efectuada na primeira parte deste trabalho, foram postuladas as seguintes hipóteses de investigação:

**H1=** Prevê-se a existência de uma relação positiva ou negativa entre intensidade da dor, *locus de controlo* e os estilos de *coping* no sentido de adaptação à doença.

**H2=** Prevê-se que pessoas com *locus de controlo* interno elevado assumem uma postura activa na utilização de estratégias de *coping*.

**H3=** Averiguar se pessoas que frequentam a unidade da dor há mais de um ano possuem um *locus de controlo* interno e estratégias de *coping* adequadas.

**H4=** Prevê-se que os sujeitos com mais elevada intensidade de dor apresentem, comparativamente aos de moderada intensidade, valores similares de recursos de *coping*, mas diferentes *Locus de controlo* (interno e externo)

**H5=** Prevê-se que o controlo interno e o recurso a comportamentos de externalização seja maior nos sujeitos que não realizaram tratamento no passado e que a crença ou os acontecimentos ao acaso sejam maiores nos sujeitos que efectuaram tratamento anteriormente.

**H6=** Prevê-se que o *locus* de controlo interno é mais elevado entre os sujeitos com estado normal de saúde e que o *locus* de controlo externo seja mais elevado entre os sujeitos com pior estado de saúde.

### 5.3. Variáveis

Tendo como ponto de referência os objectivos e as hipóteses descritas anteriormente, foram consideradas neste trabalho um conjunto de variáveis que podem ser agrupadas em quatro grupos. Variável dependente, variáveis independentes, variáveis clínicas e variáveis sócio-demográficas.

- Variável Dependente:

Foi considerada neste estudo a seguinte variável dependente: Dor Crónica. Esta variável prende-se com o objectivo deste trabalho, ao qual nós pretendemos estudar.

- Variáveis independentes:

Em conformidade com o conteúdo das hipóteses, podemos considerar como variáveis independentes (Almeida & Freire, 2000), o *locus de controlo* interno ou externo utilizado pelos pacientes, e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes face à dor crónica.

Diversas variáveis referentes às características sócio-demográficas e clínicas mostram-se relevantes na caracterização da amostra deste estudo para a realização da análise exploratória:

- Variáveis sócio demográficas: género, idade, estado civil, profissão, nível de escolaridade e religião dos utentes.
- Variáveis Clínicas: duração da dor, história prévia de tratamento e condição de saúde actual.

### 5.4. Amostra e procedimentos de recolha de dados

Antes de dar início à recolha de dados destes doentes, foi efectuado um pedido de autorização para realizar a investigação aos directores do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE. Neste pedido, foi pormenorizadamente descrito o projecto de investigação nas suas diferentes fases e após o diferimento pela comissão de ética deste hospital que apreciaram e discutiram o projecto, avançou-se com o projecto salientando a

necessidade de se necessário consultar processos clínicos no sentido de satisfazer os critérios de inclusão no estudo para posteriormente se proceder à recolha de dados.

Esta investigação segue um processo de amostragem de conveniência, uma vez que serão seleccionados os elementos da população mais acessíveis ao investigador. É de “conveniência” por proporcionar um acesso fácil aos inquiridos e, ainda porque a colaboração dos sujeitos resultará da sua disponibilidade e vontade de participação (Almeida et al., 2007).

#### **5.4.1. Selecção dos participantes**

Os pacientes foram contactados na sala de espera da consulta externa II, enquanto esperavam pela consulta da dor. Se os sujeitos reunissem as competências necessárias era-lhes proposto a participação neste estudo, sendo detalhadamente expostos os objectivos e procedimentos do mesmo, sublinhando-se o carácter voluntário desta colaboração bem como a confidencialidade dos dados fornecidos. Os pacientes que aceitaram colaborar no estudo, assinaram o consentimento informado de participação na investigação. O método de amostragem foi consecutivo (Almeida & Freire, 1997). Foram contactados todos os sujeitos admitidos nesta unidade que preencheram os critérios de inclusão.

### **5.5. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica dos Participantes**

As principais características sócio-demográficas e clínicas da amostra são descritas no quadro 1 e 2.

#### **5.5.1. Caracterização Sócio-Demográfica da amostra**

Para a concretização desta investigação recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por pacientes portadores de Dor Crónica. A amostra foi obtida numa população oriunda dos utentes com Dor Crónica do Serviço da Dor do Centro Hospitalar do Alto Ave em Guimarães.

A amostra será constituída por 70 utentes que recorrem ao centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA), no serviço da unidade da dor, que se encontrem na sala de espera desta respectiva unidade de saúde e que aceitam participar neste estudo.

A amostra é composta por utentes de nacionalidade Portuguesa, residentes no distrito de Braga, de ambos os sexos e compreendidos numa faixa etária que varia entre

os 35 e 65 anos de idade. Como critério de exclusão o facto dos sujeitos terem idade inferior aos 35 anos, uma vez os sintomas de diagnóstico da dor por norma não se releva antes dessa idade.

A amostra deste estudo é constituída por 70 sujeitos diagnosticados com dor crónica. Destes 70, 40 são mulheres e 30 são homens, sendo a idade média de participantes de 55 anos. Caracterizando a variável idade 55, sujeitos apresentam idade inferior a 45 e 1 tem mais de 35. Pelo quadro 1, observa-se que relativamente ao estado civil, a maior parte dos sujeitos dos dois grupos (mulheres e homens), com prevalência semelhante, são casados (87,5%), apenas 3 são solteiros (7,5%), existindo só um viúvo (2,5) e um divorciado (2,5%). Em termos de habilitações académicas, constata-se que a maioria dos sujeitos de ambos os grupos (mulheres,  $n=24 \cdot 60,0\%$ ; homens:  $n=17 \cdot 56,7\%$ ) possui o ensino primário completo ou o ensino preparatório (5º e 6º ano de escolaridade) incompleto. Quer o ensino primário incompleto quer o ensino secundário incompleto registam frequências absolutas iguais nos dois grupos.

Em relação à actividade profissional, segundo o Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001)<sup>1</sup>, no que se refere à Classificação Nacional de Profissões, a maioria pertence ao grupo 7 “Operários, Artífices e Trabalhadores Similares”. A maior parte dos sujeitos dos dois grupos está actualmente na situação de empregabilidade. A prevalência de sujeitos em situação de reforma é maior no grupo dos homens (17,5% *versus* 33,3%).

Apenas uma mulher e dois homens não responderam a esta questão.

---

<sup>1</sup> Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). Classificação Nacional de Profissões. Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Núcleo de Informação e Documentação. Lisboa.

Tabela 1 - Características gerais da amostra: frequência absoluta (*n*) e relativa (%), por género.

	<b>Mulheres (n=40)</b>		<b>Homens (n=30)</b>	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Estado civil</i>				
Solteiro(a)	3	7,5	3	10,0
Casado(a)	35	87,5	24	80,0
Divorciado(a)	1	2,5	3	10,0
Viúvo(a)	1	2,5	---	---
<i>Habilitações escolares</i>				
Ensino primário incompleto	5	12,5	5	16,7
Ensino primário completo ou ensino preparatório	24	60,0	17	56,7
Ensino básico 3º ciclo	1	2,5	---	---
Ensino secundário incompleto	8	20,0	8	26,7
Ensino secundário completo, técnico superior, ou universidade incompleta	2	5,0	---	---
<i>Profissão</i>				
Agricultor	---	---	1	3,3
Assistente Técnica	1	2,5	---	---
Caixeira	1	2,5	---	---
Carpinteiro	---	---	1	3,3
Carteiro	---	---	2	6,7
Construtor	---	---	1	3,3
Cortadeira	1	2,5	---	---
Costureira	7	17,5	---	---
Cravadeira	1	2,5	---	---
Desempregado(a)	5	12,5	1	3,3
Distribuidora Alimentos	1	2,5	---	---
Doméstica	5	12,5	---	---
Electricista	---	---	1	3,3
Empregada Limpeza	1	2,5	---	---
Empregado(a) Têxtil	2	5,0	3	10,0
Gestor	---	---	1	3,3
Jardineiro	---	---	1	3,3
Mecânico	---	---	2	6,7
Pintor	---	---	1	3,3
Proprietária Estabelecimento	1	2,5	---	---
Reformado(a)	7	17,5	10	33,3
Vendedor	---	---	3	10,0
Não respondeu	1	2,5	2	6,7

Relativamente ao tempo que começou a sentir dores, a maior parte das mulheres ( $n=22 \Rightarrow 55,0\%$ ) referiu “há mais de 4 anos”, ao passo que os homens distribuem-se equilibradamente pelas opções de resposta “entre 1 e 2 anos” ( $n=8 \Rightarrow 26,7\%$ ), “há mais de 2 anos” ( $n=9 \Rightarrow 30,0\%$ ) e “há mais de 3 anos” ( $n=7 \Rightarrow 23,3\%$ ).

Quando questionados se foram submetidos a algum tipo de tratamento no passado, a maioria das mulheres respondeu “Sim” ( $n=24 \Rightarrow 60,0\%$ ) e a maioria dos homens respondeu “Não” ( $n=18 \Rightarrow 60,0\%$ ). Quanto ao resultado desse tratamento, os sujeitos submetidos, nos dois grupos, com igual taxa de prevalência, afirmaram ter sido “negativo” (58,3%).

A maior parte das mulheres classifica como “mau” o seu estado de saúde actual ( $n=28 \Rightarrow 70,0\%$ ), enquanto os homens classificam como “normal” ( $n=17 \Rightarrow 56,7\%$ ). Em termos de religiosidade, a quase totalidade dos sujeitos de ambos os grupos considera-se uma pessoa religiosa, praticantes da religião católica. Metade dos sujeitos do género feminino frequenta a Unidade “há mais de 2 anos” e metade do género masculino frequenta “há mais de 1 ano”.

Tabela 2 - Características gerais da amostra: frequência absoluta (*n*) e relativa (%), por género.

	<b>Mulheres (n=40)</b>		<b>Homens (n=30)</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Há quanto tempo começou a sua dor?</i>				
Há mais de 6 meses	---	---	1	3,3
Entre 6 e 12 meses	2	5,0	1	3,3
Entre 1 e 2 anos	5	12,5	8	26,7
Há mais de 2 anos	5	12,5	9	30,0
Há mais de 3 anos	6	15,0	7	23,3
Há mais de 4 anos	22	55,0	4	13,3
<i>Foi submetido a algum tratamento no passado?</i>				
Sim	24	60,0	12	40,0
Não	16	40,0	18	60,0
<i>Qual foi o resultado do tratamento?</i>				
Positivo	10	41,7	5	41,7
Negativo	14	58,3	7	58,3
Não respondeu	16	---	18	---
<i>Como considera a sua saúde actual?</i>				
Boa	---	---	1	3,3
Normal	12	30,0	17	56,7
Má	28	70,0	12	40,0
<i>Considera-se uma pessoa muito religiosa?</i>				
Sim	39	97,5	29	96,7
Não	1	2,5	1	3,3
<i>Qual é a sua religião?</i>				
Católica	39	97,5	29	96,7
Outra	1	2,5	1	3,3
<i>Há quanto tempo frequenta a unidade?</i>				
3 meses	1	2,5	2	6,7
6 meses	---	---	4	13,3
1 ano	4	10,0	1	3,3
Há mais de 1 ano	15	37,5	15	50,0
Há mais de 2 anos	20	50,0	8	26,7

Seguidamente passaremos à descrição dos instrumentos.

## 5.6. Instrumentos

As variáveis que esta investigação pretende estudar determinaram a escolha dos questionários de avaliação utilizados. Estes instrumentos, bem como as suas qualidades psicométricas, serão apresentados neste capítulo. As medidas seleccionadas para este estudo foram versões portuguesas de vários questionários comumente utilizados na avaliação das variáveis em estudo.

A bateria de instrumentos entregue aos utentes é composta por três instrumentos de medida e um questionário de dados sócio-demográficos. Os instrumentos seleccionados

foram: Questionário Sócio-Demográfico e clínico (elaborado para o propósito deste estudo), o Questionário de Meios para Lidar com a Dor (Brown, 1993), o Questionário de crenças acerca do controlo da Dor (BPCQ), (Skenvington, 1990), e por fim a Escala Visual analógica (EVA)

### **5.6.1. O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.**

Este questionário de preenchimento breve é composto por 13 itens de resposta curta ou de várias hipóteses de resposta que nos permitiu recolher informação acerca dos dados demográficos e clínicos dos participantes. Incluem os itens relativos às variáveis demográficas da amostra, o género, a idade, a profissão, a escolaridade e o estado civil. As variáveis inquiridas aos pacientes acerca da situação clínica actual foram: a quantos tratamentos foram submetidos no passado e actualmente, bem como o resultado destes nomeadamente positivos ou negativos de modo a perceber qual a influência que estes possuem no lidar com a dor.

### **5.6.2. Questionário de Meios para lidar com a Dor ( Brown, 1993)**

#### **Versão original**

A versão original deste questionário foi construída por Daniel Brown, da *Harvard Medical School*, no ano de 1983, e tinha como finalidade avaliar as estratégias de *coping* usadas pelos doentes para poder combater as dores intensas. Este instrumento possui 18 itens aos quais o sujeito responde consoante uma escala tipo likert que vai de 1 a 5 (1= muito pouco provável, 2= pouco provável, 3= um pouco provável, 4= provável e 5= muito provável). O autor deste questionário nunca procedeu à avaliação das qualidades psicométrica da escala, apesar de este a utilizar regularmente para a avaliação das estratégias de *coping* da dor com utentes da unidade da dor nos hospitais de Harvard. O autor deste instrumento só autorizou a sua utilização depois das qualidades psicométricas terem sido revistas e analisadas. Este instrumento é constituído por três sub-escalas: Transformação da sensação de dor, 7 itens (questões 1; 2; 4; 7; 10; 12; 15); sub escala de Distracção da Dor, 4 itens, (questões 8; 13; 14; 16); e a sub escala de Alívio Activo, 5 itens, (questões 3; 5; 6; 9; 11) que avaliam três formas de lidar com a dor que têm sido mencionadas na literatura actual como desempenhando um papel importante no campo da dor crónica. Em todas as sub-escalas, quanto mais alto o valor, maiores são as estratégias para lidar com a dor.

### Características psicométricas na Amostra Portuguesa

McIntyre e Soares (1999) aplicaram esta escala a 151 sujeitos, 69 com dor crónica e 82 com dor aguda (McIntyre, Soares e Brown, 1998), com uma média de idades de 48.47 ( $Dp= 16.08$ ), 60.7% do sexo feminino e 39.3% do sexo masculino.

Para avaliar a fidelidade deste questionário procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach total. A análise revelou que 16 dos 18 itens apresentavam correlações acima de 0.30 com o total da escala à excepção dos itens 2 e 18, que apresentavam correlações baixas e negativas com a sub escala a que pertenciam (item 2,  $r=- 0.16$  e item 18,  $r=- 0.13$ ), pelo que foram retirados na versão Portuguesa.

Os coeficientes de consistência interna desta escala num estudo elaborado por soares, 1999 para os 16 itens foi de .85, o que indica que esta apresenta uma boa consistência interna.

Na avaliação da fidelidade, os coeficientes de alfa de Cronbach das sub-escalas são: sub escal de “transformação de sensação de dor” (0.78), sub-escala “distracção da dor” (0.73) e sub-escala de “alívio activo” (0.57). Os resultados indicam uma boa consistência interna para a escala global e para as sub escalas (McIntyre & Soares, 1999).

Tabela 3 – Consistência interna (Alpha de Cronbach do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais – Breve (IRRP-B) e respectivas subescalas (SE) e índices críticos (IC).

	<b>QML D</b>	<b>TSD</b>	<b>DD</b>	<b>AAD</b>
Mulheres ( $n=40$ )	0,91 <sup>5</sup>	0,76 <sup>3</sup>	0,76 <sup>3</sup>	0,85 <sup>4</sup>
Homens ( $n=30$ )	0,83 <sup>4</sup>	0,69 <sup>2</sup>	0,34 <sup>1</sup>	0,74 <sup>3</sup>
Total ( $n=70$ )	0,89 <sup>4</sup>	0,73 <sup>3</sup>	0,66 <sup>2</sup>	0,82

<sup>(1)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ( $\alpha < 0,60$ )

<sup>(2)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *fraca* ( $0,60 < \alpha < 0,70$ )

<sup>(3)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *razoável* ( $0,70 < \alpha < 0,80$ )

<sup>(4)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *boa* ( $0,80 < \alpha < 0,90$ )

<sup>(5)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *boa* ( $0,90 < \alpha < 1,0$ )

QMLD - Questionário de Meios para Lidar com a Dor, TSD - Transformação da sensação de dor, DD - Distracção da dor, AAD - Alívio activo da dor.

### 5.6.3. Questionário de Crenças acerca do Controlo da Dor (BPCQ), (Skenvington, 1990)

Este questionário é composto por uma escala com 13 itens, que possui três sub-escalas que avaliam as crenças relativas ao controlo interno ou pessoal acerca da dor (CIP); as crenças em relação a “outros poderosos” que controlam a dor (OP), e as crenças relativas a dor fazerem parte de acontecimentos do acaso (AA). Estas sub-escalas foram elaboradas com referência a outras escalas anteriores que incidiam no controlo percebido e no *locus de controlo* na saúde. É essencial que os participantes ao responder o façam segundo o seu acordo/desacordo em relação a cada uma das 13 afirmações, usando para este resultado uma escala do tipo Likert composta por 6 pontos que variam entre 1 que equivale a “discordo fortemente” até 6 que equivale a “concordo fortemente”.

Esta escala auto-administrada não tem tempo imposto para ser preenchida, mas se a pessoa compreender e respeitar todas as instruções que são impostas pelo questionário, não demora mais do que 10 minutos.

Estas 3 sub-escalas são cotadas do seguinte modo: Controlo Interno ou Pessoal (CIP): a soma dos itens 1,3,8,10 e 11. O intervalo de respostas nesta sub-escala pode variar entre 5-30, “Outros poderosos” (OP): a soma dos itens 2,6,7 e 12. O intervalo de respostas nesta sub-escala pode variar entre 4-24 e Acontecimentos ao acaso (AA): a soma dos itens: 4,5,9 e 13. O intervalo de respostas pode variar entre 4-24.

Os *scores* obtidos nestas 3 sub-escalas demonstram as crenças que o indivíduo possui acerca da sua dor ser controlada ou gerida por factores intrínsecos (CIP), pela competência dos profissionais de saúde (OP) ou por acontecimentos do acaso (AA). Podemos verificar que quanto maior for o *score* obtido, mais prevalente será a crença.

A consistência interna deste questionário tem sido avaliado utilizando um *Alfa de Cronbach* para cada sub-escala e o que se verificou foi que a escala mais fidedigna é a escala de OP (.82), depois a CIP (.73) e por fim a AA (.56).

Tabela 4 – Consistência interna (Alpha de Cronbach do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais – Breve (IRRP-B) e respectivas subescalas (SE) e índices críticos (IC).

	<b>QCCD</b>	<b>CIP</b>	<b>OP</b>	<b>AA</b>
Mulheres ( $n=40$ )	0,69 <sup>2</sup>	0,76 <sup>3</sup>	0,58 <sup>1</sup>	0,70 <sup>3</sup>
Homens ( $n=30$ )	0,61 <sup>2</sup>	0,56 <sup>1</sup>	0,44 <sup>1</sup>	0,33 <sup>1</sup>
Total ( $n=70$ )	0,65 <sup>2</sup>	0,71 <sup>3</sup>	0,50 <sup>1</sup>	0,64 <sup>2</sup>

<sup>(1)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *inaceitável* ( $\alpha < 0,60$ )

<sup>(2)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *fraca* ( $0,60 < \alpha < 0,70$ )

<sup>(3)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *razoável* ( $0,70 < \alpha < 0,80$ )

<sup>(4)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *boa* ( $0,80 < \alpha < 0,90$ )

<sup>(5)</sup>  $\alpha$ -Cronbach com consistência interna *boa* ( $0,90 < \alpha < 1,0$ )

#### 5.6.4. Escala Visual analógica

Esta escala consiste num método simples para o sujeito quantificar e classificar a intensidade percebida acerca da dor. O tipo de escala utilizada consiste na apresentação visual de uma linha horizontal com extremos classificados por “ausência de dor” e “a pior dor possível”. É pedido ao sujeito que identifique um ponto da linha que melhor corresponde ao seu nível de dor naquele momento (Chapman, 1991).

#### 5.7. Procedimentos de análise de dados

Antes da administração dos instrumentos anunciados efectuou-se, primeiramente, a realização do pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital, para a realização da presente investigação. Para tal, esse pedido contemplou um resumo dos objectivos do projecto de investigação, bem como o seu âmbito e finalidade.

Em relação aos doentes portadores de dor crónica, foi sublinhada a sua participação voluntária, sendo, igualmente, fornecido um consentimento informado sobre o estudo, explicando a sua finalidade e o seu potencial contributo para a produção científica, tal como questões de confidencialidade. Estes procedimentos foram efectuados no mês de Dezembro de 2009 e a recolha dos dados no hospital decorreu nos meses de Maio e Junho 2010. A administração dos instrumentos realizou-se antes das consultas da Dor. Salientou-se a não existência de respostas certas ou erradas, sendo igualmente fornecido

incentivo para a não omissão de nenhuma resposta. Todos os cálculos foram efectuados no SPSS 17.0 e o nível de significância estatístico adoptado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta ( $n$ ) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média ( $M$ ) e o desvio-padrão ( $DP$ ) para as variáveis quantitativas. A dispersão, foi, ainda, apreciada pelo coeficiente de variação [ $CV=(DP/M)*100$ ]<sup>2</sup>.

Nas variáveis quantitativas, a análise da normalidade das distribuições, em cada grupo da amostra, foi efectuada pelo teste de Shapiro-Wilk, bem como pela determinação da assimetria e da curtose, tendo-se verificado que a maioria das variáveis apresenta distribuição normal ou suficientemente próxima da normal para serem tratadas como tal. A homogeneidade das variâncias foi observada pelo teste de Levene *statistics*. Desta forma, para testar as hipóteses do estudo, recorreu-se à estatística paramétrica, uma vez que os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados.

Nas variáveis quantitativas, i.e., na idade, na Escala Visual Analógica (EVA), bem como nas subescalas «Transformação da sensação de dor», «Distracção da dor» e «Alívio activo da dor» do Questionário de Meios para Lidar com a Dor (QMLD) e as subescalas «Controlo interno ou pessoal», «Outros poderosos» e «Acontecimentos ao acaso» do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor (QCCD), a comparação entre grupos foi efectuada pelo teste  $t$  de medidas independentes.

Nas variáveis qualitativas, em escala ordinal, a comparação entre os grupos, relativamente a cada item dos questionários, foi efectuada pelo teste  $U$  Mann-Whitney.

O estudo da correlação entre variáveis quantitativas foi efectuado pelo coeficiente de correlação produto-momento de Pearson. A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelo intervalo de correlação definido por Pestana & Gageiro (2005).

A consistência interna dos Questionários de Meios para Lidar com a Dor e de Crenças. Acerca do Controlo da Dor, bem como das suas subescalas, foi avaliada pelo  $\alpha$ -Cronbach.

---

<sup>2</sup>  $CV \leq 15 \Rightarrow$  fraca dispersão  
 $15 < CV \leq 30 \Rightarrow$  dispersão média  
 $CV > 30 \Rightarrow$  elevada dispersão

## **Capítulo 6- Apresentação de resultados**

---

Neste capítulo apresentamos os resultados das análises exploratórias e das estatísticas efectuadas por hipótese de investigação, salientando-se os resultados mais relevantes e com mais implicações para este estudo.

Neste capítulo iremos apresentar os resultados do estudo empírico proposto. Num primeiro momento iremos descrever e caracterizar a amostra em relação a aspectos sócio-demográficos como a idade, nível de escolaridade e profissão e religião e nível clínico nomeadamente a duração da dor, se no passado foram submetidos a algum tipo de tratamento, qual o resultado, como consideram o seu estado de saúde actual e há quanto tempo frequentam a unidade da dor. Num segundo momento, serão apresentados os resultados da amostra estudada relativamente às variáveis *locus de Controlo* e *estratégias de coping*.

Os resultados obtidos através das análises efectuadas apresentam-se em tabelas cujos resultados se expressam pelas percentagens, médias, desvio padrão, máximo e mínimo.

### 6.1. Hipótese 1

Prevê-se a existência de uma relação positiva ou negativa entre intensidade da dor, *locus de controlo* e os estilos de *coping* no sentido de adaptação à doença. Com o objectivo de determinar quais os testes estatísticos a utilizar ao nível das variáveis referidas anteriormente foi utilizado um estudo de correlação de forma a perceber quais as ligações existentes nas variáveis.

Pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às subescalas do Questionário de Meios para Lidar com a Dor (tabela 5). Os grupos são homogéneos. Regista-se, igualmente, que nos dois grupos e em todas as subescalas a dispersão é considerada média ( $15 < CV \leq 30$ ).

Tabela 5 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos, relativamente às subescalas do Questionário de Meios para Lidar com a Dor.

Subescalas	Mulheres (n=40)			Homens (n=30)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>P</i>
Transformação da sensação de dor	15,6	3,67	23,5	15,4	2,78	18,1	-0,146	68	0,885
Distracção da dor	8,8	2,19	24,9	9,3	1,51	16,2	1,179	68	0,243
Alívio activo da dor	11,6	3,30	28,4	11,1	2,39	21,5	-0,655	68	0,514

Tabela 6 – Frequência absoluta (*n*) e relativa (%) cada item do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.

	Mulheres ( <i>n</i> =40)												Homens ( <i>n</i> =30)											
	DF		D		DP		CP		C		CF		DF		D		DP		CP		C		CF	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Q1	3	7,5	4	10,0	15	37,5	16	40,0	2	5,0	0	0,0	1	3,3	3	10,0	15	50,0	11	36,7	0	0,0	0	0,0
Q2	0	0,0	3	7,5	11	27,5	13	32,5	12	30,0	1	2,5	0	0,0	2	6,7	17	56,7	8	26,7	3	10,0	0	0,0
Q3	0	0,0	4	10,0	24	60,0	11	27,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	3,3	18	60,0	11	36,7	0	0,0	0	0,0
Q4	0	0,0	3	7,5	7	17,5	15	37,5	13	32,5	2	5,0	0	0,0	0	0,0	10	33,3	19	63,3	1	3,3	0	0,0
Q5	1	2,5	1	2,5	9	22,5	22	55,0	7	17,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	53,3	14	46,7	0	0,0	0	0,0
Q6	0	0,0	0	0,0	4	10,0	23	57,5	12	30,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	8	26,7	20	66,7	2	6,7	0	0,0
Q7	0	0,0	0	0,0	14	35,0	16	40,0	8	20,0	2	5,0	0	0,0	3	10,0	10	33,3	14	46,7	2	6,7	1	3,3
Q8	1	2,5	5	12,5	28	70,0	5	12,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	3	10,0	14	46,7	12	40,0	1	3,3	0	0,0
Q9	1	2,5	3	7,5	10	25,0	14	35,0	11	27,5	1	2,5	0	0,0	2	6,7	10	33,3	12	40,0	5	16,7	1	3,3
Q10	1	2,5	4	10,0	20	50,0	12	30,0	3	7,5	0	0,0	0	0,0	1	3,3	16	53,3	11	36,7	2	6,7	0	0,0
Q11	3	7,5	7	17,5	12	30,0	17	42,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	46,7	15	50,0	1	3,3	0	0,0
Q12	1	2,5	3	7,5	12	30,0	15	37,5	9	22,5	0	0,0	0	0,0	1	3,3	7	23,3	15	50,0	7	23,3	0	0,0
Q13	0	0,0	0	0,0	4	10,0	8	20,0	13	32,5	15	37,5	0	0,0	0	0,0	2	6,7	13	43,3	9	30,0	6	20,0

DF – Discordo fortemente  
D – Discordo  
DP – Discordo pouco  
CP – Concordo pouco  
C – Concordo  
CF – Concordo fortemente

Q1. Se eu cuidar bem de mim, normalmente consigo evitar sentir a dor.  
Q2. Independentemente de sentir dor ou não, o futuro depende da competência dos médicos.  
Q3. Sempre que sinto dor, é normalmente por causa de qualquer coisa que fiz ou devia ter feito.  
Q4. Não sentir dor é uma questão de sorte.  
Q5. Não interessa o que faça, se vou ter dor, vou senti-la.  
Q6. Independentemente de sentir dor ou não, tudo depende do que os médicos fizeram por mim.  
Q7. Não consigo controlar a dor, a não ser que procure ajuda médica.  
Q8. Quando sinto dor, sei que foi por causa de não ter tomado os medicamentos correctamente, ou não ter feito os exercícios correctamente ou não me ter alimentado bem.  
Q9. Se as pessoas sentem dor ou não, tudo depende da sorte.  
Q10. A dor sentida pelas pessoas resulta do seu próprio descuido.  
Q11. Sou directamente responsável pela dor física que sinto.  
Q12. O controlo da minha dor é da responsabilidade dos meus médicos.  
Q13. As pessoas que nunca sentem dor são simplesmente afortunadas.

Pela tabela 6, observa-se que a maioria das mulheres concentra as suas respostas na opção “concordo pouco”. As excepções registam-se nos itens 3 “Sempre que sinto dor, é normalmente por causa de qualquer coisa que fiz ou devia ter feito” ( $n=24 \rightarrow 60\%$ ), 8 “Quando sinto dor, sei que foi por causa de não ter tomado os medicamentos correctamente, ou não ter feito os exercícios correctamente ou não me ter alimentado bem” ( $n=28 \rightarrow 70\%$ ) e 10 “A dor sentida pelas pessoas resulta do seu próprio descuido” ( $n=20 \rightarrow 50\%$ ), cuja maioria mencionou “discordo pouco”. No item 13 “As pessoas que nunca sentem dor são simplesmente afortunadas”, a maior parte das mulheres referiu “concordar fortemente” ( $n=15 \rightarrow 37,5\%$ ). A opção de resposta “discordo fortemente” não é mencionada nos itens 2, 3, 4, 6, 7 e 13, bem como a opção de resposta “concordo fortemente” não é referida nos itens 1, 3, 5, 8, 10, 11 e 12. Nestas opções de resposta, os restantes itens apresentam reduzidas frequências de resposta. Na opção “discordo” não foram registadas respostas nos itens 6, 7 e 13.

No grupo dos homens, as opções de resposta intermédias, ou seja, “discordo pouco” e “concordo pouco”, registam as maiores taxas de frequência. A opção “discordo fortemente” apenas é referida por um sujeito no item 1, sendo inexistente nos restantes itens. De modo semelhante, a opção “concordo fortemente” apenas é mencionado nos itens 7, 9 e 13. A opção de resposta “discordo” não é referida nos itens 4, 5, 6, 11 e 13, e a opção “concordo” não é mencionada nos itens 1, 3 e 5. Nestas opções de resposta, os itens respondidos, com excepção do item 13 ( $n=6 \Rightarrow 20,0\%$ ), a participação foi reduzida.

Em suma, pode afirmar-se que os sujeitos da amostra estão genericamente situados nas opções de resposta intermédias, naquelas onde não há uma posição e um sentido claramente definidos.

## 6.2. Hipótese 2

Prevê-se que pessoas com *locus de controlo* interno elevado assumem uma postura activa na utilização de estratégias de *coping*.

Pelo tabela 7, observa-se que o teste U Mann-Whitney produziu diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p<0,05$ ) nos itens 2 “Independentemente de sentir dor ou não, o futuro depende da competência dos médicos”, 4 “Não sentir dor é uma questão de sorte”, 5 “Não interessa o que faça, se vou ter dor, vou senti-la”, 6 “Independentemente de sentir dor ou não, tudo depende do que os médicos fizerem por

mim” e 8 “Quando sinto dor, sei que foi por causa de não ter tomado os medicamentos correctamente, ou não ter feito os exercícios correctamente ou não me ter alimentado bem”. No item 13 “As pessoas que nunca sentem dor são simplesmente afortunadas” registaram-se diferenças marginalmente significativas ( $p \leq 0,10$ ). Nos itens 2, 4, 5, 6 e 13 tais diferenças foram devidas às mais elevadas classificações médias (*mean rank*) do grupo das mulheres, ao passo que no item 8 foi devido à mais elevada classificação média do grupo dos homens. Nos restantes itens, os grupos são homogéneos ( $p > 0,05$ ).

Tabela 7 – Teste *U* de Mann-Whitney na comparação entre os sujeitos, relativamente a cada um dos itens do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.

Questionário de Meios para Lidar com a Dor	Mulheres (n=40)	Homens (n=30)	U Mann-Whitney	
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	Z	P
Q1	36,40	34,30	-0,460	0,646
Q2	40,24	29,18	-2,372	0,018*
Q3	34,04	37,45	-0,800	0,424
Q4	39,78	29,80	-2,184	0,029*
Q5	40,20	29,23	-2,468	0,014*
Q6	40,70	28,57	-2,840	0,005*
Q7	38,38	31,67	-1,456	0,145
Q8	31,30	41,10	-2,275	0,023*
Q9	36,65	33,97	-0,571	0,568
Q10	33,98	37,53	-0,796	0,426
Q11	32,48	39,53	-1,555	0,120
Q12	33,66	37,95	-0,925	0,355
Q13	38,76	31,15	-1,620	0,100**

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

\*\* diferenças marginalmente significativas ( $p \leq 0,10$ ).

Pelo teste *t* de medidas independentes, comparando as mulheres com os homens relativamente às subescalas do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor (tabela 7), verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às subescalas “Outros Poderosos” ( $p = 0,036$ ) e “Acontecimentos ao Acaso” ( $p = 0,035$ ), em ambos os casos motivado pelo valor médio mais elevado do grupo de mulheres. Na subescala “Controlo Interno ou Pessoal”, os grupos são homogéneos. Constata-se, igualmente, que no grupo dos homens a dispersão dos sujeitos nas três subescalas é baixa ( $CV < 15$ ); nas mulheres, a dispersão é considerada média ( $15 < CV \leq 30$ ) nas subescalas “Controlo Interno ou Pessoal” e “Acontecimentos ao Acaso”, e baixa na subescala “Outros Poderosos”.

Tabela 8 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos, relativamente às subescalas do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor.

Subescalas	Mulheres (n=40)			Homens (n=30)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>P</i>
Controlo Interno ou Pessoal	15,9	3,03	19,1	16,9	1,98	11,7	1,587	68	0,117
Outros Poderosos	15,8	2,18	13,8	14,7	2,02	13,7	-2,139	68	0,036*
Acontecimentos ao Acaso	16,8	2,85	1	15,6	1,72	11,0	-2,155	65,268	0,035*

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Os resultados apresentados no tabela 8, permitem concluir que os tantos homens como mulheres apresentam valores semelhantes na crença de controlo de dor, embora as sub-escalas de outros poderosos e acontecimentos ao acaso apresentem os valores mais altos sendo estatisticamente significativos (0.035 e 0.036), sendo nestas escalas que os sujeitos depositam maiores expectativas em relação à doença.

### 6.3. Hipótese 3


Averiguar se pessoas que frequentam a unidade da dor à mais de um ano possuem um *locus de controlo* interno e estratégias de *coping* adequadas.

A tabela 9 mostra a matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor, para os grupos de mulheres ( $n=40$ ) e de homens ( $n=30$ ). As correlações no grupo das mulheres são de fraca ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ) e moderada magnitude ( $0,40 \leq r \leq 0,69$ ) e apenas estatisticamente significativa entre as subescalas “outros poderosos” *versus* “acontecimentos ao acaso” ( $r=0,51$ ;  $p < 0,01$ ). Também apenas a correlação entre as subescalas “controlo interno ou pessoal” *versus* “outros poderosos” tem uma orientação negativa (i.e., quando uma variável aumenta, a outra diminui). No grupo dos homens, as correlações são de muito fraca ( $r \leq 0,19$ ) e fraca ( $0,20 \leq r \leq 0,39$ ) magnitude, para além de não apresentarem significância estatística ( $p > 0,05$ ). Considerando a amostra como um grupo único, as correlações são as seguintes: CIP *versus* OP:  $r=-0,22$ ; CIP *versus* AA:  $r=0,20$ ; OP *versus* AA:  $r=0,48^{**}$

Tabela 9 – Matriz de correlações entre as subescalas do Questionário de Crenças acerca do Controlo da Dor, por sujeitos.

	<b>CIP</b>	<b>OP</b>	<b>AA</b>
<b>CIP</b>		-0,31	0,27
<b>OP</b>	0,07		0,51**
<b>AA</b>	0,21	0,33	

\*\*  $p < 0,01$ 
 Correlações MULHERES

 Correlações HOMENS

Correlação entre a pontuação na Escala Visual Analógica (EVA) mencionada no questionário (EVA questionário) e a classificação da intensidade da dor (EVA intensidade da dor), com as subescalas do Questionário de Meios para Lidar com a Dor (QMLD) [«Transformação da sensação de dor», «Distracção da dor» e «Alívio activo da dor»] e do Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor (QCCD) [«Controlo interno ou pessoal», «Outros poderosos» e «Acontecimentos ao acaso»].

De uma forma geral, as correlações são de magnitude muito fraca e fraca, não evidenciando relações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 10 – Matriz de correlações entre as subescalas dos QMLD e QCCD com a intensidade da dor.

	<b>Mulheres</b>		<b>Homens</b>	
	EVA (questionário)	EVA (intensidade da dor)	EVA (questionário)	EVA (intensidade da dor)
<b>QMLD</b>				
Transformação da sensação de dor	0,002	-0,03	-0,01	0,16
Distracção da dor	-0,12	-0,15	-0,06	0,15
Alívio activo da dor	0,02	0,09	0,05	0,30
<b>QCCD</b>				
Controlo Interno ou Pessoal	0,06	-0,11	-0,27	-0,31
Outros Poderosos	0,06	0,15	0,21	0,30
Acontecimentos ao Acaso	0,02	0,03	0,10	0,15

Pela tabela 11 verifica-se que na comparação entre sujeitos que frequentaram a unidade da dor à um ano versus sujeitos que frequentam a unidade de 2 ou mais, apenas se constata diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ) nas sub-escalas de transformação da sensação de dor e controlo interno pessoal em ambos os casos devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos com menor tempo de frequência da unidade da dor. Nas restantes variáveis os grupos são homogéneos.

Tabela 11- Sujeitos que frequentam a unidade da dor a 1 ano ou mais

	1 ano ou mais		2 anos ou mais		Teste T independente		
	M	DP	M	DP	t	df	P
<b>QML</b>							
<b>TSD</b>	16,2	2,94	14,6	3,76	1,857	61	0,068**
<b>DD</b>	9,1	1,95	8,8	2,03	0,668	61	0,507
<b>AA</b>	11,8	2,65	10,9	3,49	1,164	61	0,249
<b>QCCD</b>							
<b>CCI</b>	16,8	1,59	15,5	3,34	1,896	36,686	0,066**
<b>OP</b>	15,3	2,17	15,5	2,24	- 0,371	61	0,712
<b>AA</b>	16,1	2,38	16,5	2,78	- 0,494	61	0,623

\*\* Diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ )

#### 6.4. Hipótese 4

Prevê-se que os sujeitos com mais elevada intensidade de dor apresentem, comparativamente aos de moderada intensidade, valores similares de recursos de *coping*, mas diferentes *Locus de controlo* (interno e externo).

A comparação, unicamente, entre sujeitos classificados com dores moderadas *versus* dores intensas, deve-se ao facto de na intensidade “leve” existirem apenas 2 sujeitos do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Assim, pelo teste *t* de medidas independentes (tabela 12), verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) e marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ), nas subescalas “outros poderosos” ( $p = 0,0141$ ) e “alívio activo da dor” ( $p = 0,062$ ), respectivamente, devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos classificados com dores intensas.

Tabela 12 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos dor MODERADA *versus* sujeitos com dor INTENSA, relativamente questionários QMLD e QCCD.

		MODERADA (n=47)			INTENSA (n=20)			Teste <i>t</i> independente		
		M	DP	CV	M	DP	CV	T	df	P
<b>QMLD</b>										
Transformação da	da	15,4	2,73	17,8	15,7	4,60	29,2	-0,333	24,900	0,742
sensação de dor										
Distracção da dor		9,0	1,65	18,5	8,9	2,61	29,4	0,108	65	0,914
Alívio activo da dor		10,9	2,39	21,9	12,4	3,93	31,7	-1,901	65	0,062**
<b>QCCD</b>										
Controlo Interno ou	ou	16,8	2,41	14,4	15,5	3,15	20,4	1,862	65	0,067**
Pessoal										
Outros Poderosos		15,0	1,91	12,7	16,2	2,67	16,5	-2,081	65	0,041*
Acontecimentos ao	ao	16,2	2,47	15,3	16,5	2,65	16,0	-0,490	65	0,626
Acaso										

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

\*\* diferenças marginalmente significativas ( $p < 0,10$ ).

Os resultados apresentados na tabela 12 permitem concluir que o valor médio mais elevado dos sujeitos classificados com dores moderadas provocou a existência de diferenças marginalmente significativas na subescala “controlo interno ou pessoal” ( $p=0,067$ ).

### 6.5. Hipótese 5

Prevê-se que o controlo interno e o recurso a comportamentos de externalização seja maior nos sujeitos que não realizaram tratamento no passado e que a crença ou os acontecimentos ao acaso sejam maiores nos sujeitos que efectuaram tratamento anteriormente.

Pela tabela 13, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na comparação entre aqueles que realizaram tratamento no passado (SIM) *versus* aqueles que não realizaram tratamento no passado (NÃO), nas subescalas “controlo interno ou pessoal” ( $p=0,046$ ) e “outros poderosos” ( $p=0,001$ ), na primeira devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos que NÃO realizaram tratamento anteriormente (15,8 *versus* 17,0), e na segunda pelo valor médio mais elevado dos

sujeitos que SIM realizaram tratamento no passado (16,1 *versus* 14,5). Nas restantes subescalas e na escala visual analógica, os grupos são homogéneos. Regista-se, ainda, que a dispersão dos sujeitos é, de uma forma geral, considerada média ( $15 < CV \leq 30$ ), ainda que algumas subescalas apresentem fraca dispersão ( $CV < 15$ ).

Tabela 13 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos que fizeram tratamento *versus* não fizeram tratamento, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).

	SIM (n=36)			NÃO (n=34)			Teste <i>t</i> independente			
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>P</i>	
<b>QMLD</b>										
Transformação da sensação de dor	15,5	3,77	24,3	15,5	2,76	17,8	0,000	68	1,000	
Distracção da dor	8,9	2,25	25,3	9,1	1,56	17,1	-0,428	68	0,670	
Alívio activo da dor	11,6	3,54	30,5	11,2	2,16	19,3	0,460	58,413	0,648	
<b>QCCD</b>										
Controlo Interno ou Pessoal	15,8	3,12	19,7	17,0	1,91	11,2	-2,035	58,460	0,046*	
Outros Poderosos	16,1	2,22	13,8	14,5	1,80	12,4	3,324	68	0,001*	
Acontecimentos ao Acaso	16,4	2,49	15,2	16,1	2,52	15,7	0,407	68	0,685	
<b>EVA</b>										
Escala Visual Analógica – EVA	6,5	1,76	27,1	6,5	1,25	19,2	-0,007	67	0,995	

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Pela tabela 14, observa-se que o teste *t* de medidas independentes, na comparação entre os sujeitos com resultado positivo *versus* sujeitos com resultado negativo no tratamento, apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todas as subescalas do Questionário de meios para Lidar com a Dor ( $p < 0,05$ ), motivado pelos valores médios mais elevados do grupo de sujeitos com resultado positivo no tratamento.

No Questionário de Crenças Acerca do Controlo da Dor apenas a subescala “controlo interno ou pessoal” regista diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,030$ ), devido ao valor médio mais elevado do grupo com resultado positivo no tratamento. Também a Escala Visual Analógica (EVA) apresenta diferenças

significativas ( $p=0,038$ ) provocado pelo valor médio mais elevado, i.e., devido à maior intensidade de dor, dos sujeitos com resultado negativo no tratamento.

Tabela 14 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste  $t$  de medidas independentes na comparação entre os sujeitos que tiveram um resultado POSITIVO no tratamento *versus* tiveram um resultado NEGATIVO no tratamento, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).

	POSITIVO ( $n=15$ )			NEGATIVO ( $n=21$ )			Teste $t$ independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	$T$	df	$P$
<b>QMLD</b>									
Transformação da sensação de dor	17,5	2,97	17,0	14,1	3,70	26,2	2,917	34	0,006*
Distracção da dor	9,9	1,92	19,4	8,2	2,25	27,4	2,338	34	0,025*
Alívio activo da dor	12,9	3,31	25,7	10,6	3,44	32,5	2,063	34	0,047*
<b>QCCD</b>									
Controlo Interno ou Pessoal	16,9	1,34	7,9	14,9	3,74	25,1	2,290	26,559	0,030*
Outros Poderosos	15,9	1,89	11,9	16,3	2,46	15,1	-0,617	34	0,542
Acontecimentos ao Acaso	17,1	2,39	14,0	15,8	2,46	15,6	1,611	34	0,117
<b>EVA</b>									
Escala Visual Analógica – EVA	5,7	2,15	37,7	7,1	1,17	16,5	-2,226	19,891	0,038*

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ).

Os resultados apresentados na tabela 14 permitem concluir que os grupos são homogéneos quanto às expectativas de reforço “outros poderosos” e quanto à ocorrência de acontecimentos baseados na sorte, no destino, ser imprevisível ou estar dependente do poder de outros poderosos “acontecimentos ao acaso”. Ainda que algumas subescalas apresentem baixa dispersão ( $CV<15$ ), outras elevada dispersão ( $CV>30$ ), a maioria regista média dispersão ( $15<CV\leq 30$ ).

## 6.6. Hipótese 6

Prevê-se que o *locus* de controlo interno é mais elevado entre os sujeitos com estado normal de saúde e que o *locus* de controlo externo seja mais elevado entre os sujeitos com pior estado de saúde.

Pelo tabela 15, e com base no teste  $t$  de medidas independentes na comparação entre sujeitos com estado normal de saúde *versus* sujeitos com estado mau de saúde,

observa-se que apenas a subescala “controlo interno ou pessoal” regista diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,041$ ), devido ao valor médio mais elevado do grupo de sujeitos com estado normal de saúde.

Tabela 15 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste  $t$  de medidas independentes na comparação entre os sujeitos com NORMAL ESTADO DE SAÚDE *versus* com MAU ESTADO DE SAÚDE, relativamente às subescalas dos questionários QMLD e QCCD, assim como à Escala Analógica Visual (EVA).

	NORMAL ( $n=29$ )			MAU ( $n=40$ )			Teste $t$ independente			
	M	DP	CV	M	DP	CV	$t$	df	$P$	
<b>QMLD</b>										
Transformação da sensação de dor	15,5	2,73	17,6	15,5	3,71	23,9	-0,052	67	0,959	
Distracção da dor	9,0	1,72	19,1	8,9	2,12	23,8	0,229	67	0,820	
Alívio activo da dor	11,4	2,06	18,1	11,4	3,49	30,6	-0,031	64,672	0,976	
<b>QCCD</b>										
Controlo Interno ou Pessoal	17,1	1,82	10,6	15,8	3,05	19,3	2,089	67	0,041*	
Outros Poderosos	15,2	1,74	11,4	15,5	2,47	15,9	-0,529	66,963	0,599	
Acontecimentos ao Acaso	16,3	2,24	13,7	16,3	2,66	16,3	0,058	67	0,954	
<b>EVA</b>										
Escala Analógica – EVA	6,3	1,31	20,8	6,8	1,40	20,6	-1,657	66	0,102	

\* diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ).

Nas restantes variáveis avaliadas os grupos são homogéneos ( $p>0,05$ ). A dispersão, avaliado pelo coeficiente de variação situa-se entre fraca dispersão ( $CV<15$ ) e média dispersão ( $15<CV\leq 30$ ).

## **Capítulo 7- Discussão dos resultados**

---

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos nos testes estatísticos, sendo efectuada uma análise crítica comparando outros estudos encontradas na revisão da literatura. Após a descrição dos resultados feitos no capítulo anterior, segue-se a sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência o enquadramento teórico abordado na primeira parte desta dissertação o que torna possível a constatação dos seus significados e implicações.

No presente estudo propôs-se estudar a população com Dor Crónica em relação às variáveis *Locus de Controlo* e Estratégias de *Coping*. Desse modo e após a exposição e descrição dos resultados e com a finalidade de dar resposta aos objectivos e hipóteses propostos, passaremos, em seguida, à discussão dos resultados tendo subjacente os dados de natureza empírica, apresentados na primeira parte deste trabalho. Assim sendo, e antes de se proceder à análise das hipóteses formuladas iremos, em primeiro lugar, discutir os resultados em função das variáveis *locus de Controlo* e Estratégias de *Coping*.

### 7.1. Discussão por Hipóteses

Relativamente à hipótese 1 que sugere que mulheres e homens apresentem similaridades em relação às estratégias de *coping* para lidar com a dor, pela tabela 6 e 7, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres e homens quanto às subescalas do Questionário de Meios para Lidar com a Dor, o que mostra a homogeneidade dos grupos relativamente às estratégias que utilizam para lidar com a dor. Assim confirma-se a hipótese 1.

Diversos autores referem que *locus* de controlo da saúde prevê o comportamento de saúde se estuda simultaneamente com o valor da saúde, ou seja, as pessoas atribuem valor à sua saúde, sugerindo que o valor da saúde é uma variável importante moderadora no processo saúde-*locus* de controlo de relacionamento. Por exemplo, Weiss & Larsen (1990) (cit. in. Norman & Bennett, 1995) encontraram relação entre *locus* de saúde aumentou de controlo interno. Rotter (1996) refere que o *locus* de controlo é a percepção do indivíduo "que um reforço sucede, ou é contingente, ao seu comportamento, *versus* a percepção, que o reforço é controlado por forças exteriores a ele e pode ocorrer independentemente da sua acção". Outros poderosos, considerado *locus* de controlo externo. As pessoas acreditam que a sua saúde depende da acção de outros (e.g, médicos, família, professores), desempenhando um importante papel no aparecimento e evolução da condição física. É uma expectativa de reforço. Acontecimentos ao acaso, por exemplo a sorte, o destino, estar dependentes de outros poderosos, ou ser imprevisível, devido à grande complexidade dos factores envolventes. Externalização, que agrupa as subescalas Outros Poderosos (as pessoas crêem que a sua saúde depende da acção de outros, pelo que não influenciarão directamente o seu comportamento relativo à saúde ou então seguirão os conselhos das pessoas julgadas como peritas neste domínio) e Acaso (os indivíduos não encontram qualquer relação

entre o seu comportamento e o seu estado de saúde). Estas estratégias, tão importantes para lidar com a dor, são mediadas pelas expectativas acerca da capacidade de gerir e controlar a dor. Mais especificamente, indivíduos com elevadas expectativas acerca da capacidade de lidar com a dor deverão ser mais capazes de implementar estratégias de *coping*, sendo mais persistentes nas suas tentativas de lidar com um estímulo doloroso e prolongado (Dolce, 1987).

Desta forma, está implícito que indivíduos que acreditam serem capazes de lidar com a sua dor (auto-eficácia) tolerarão mais experiências e acontecimentos negativos e experienciarão menos *distress* durante o *coping*. São também estas pessoas que conseguem procurar mais informação acerca das diversas estratégias de *coping* existentes e persistir na utilização destas. Quando estamos perante pessoas que não acreditam nas suas capacidades de auto-eficácia aquilo que acontece é que estas desistem facilmente, se não obtêm um sucesso imediato. De facto, num estudo por Turk, Meichenbaum e Genest (1983) sugeriu-se que a diferença entre indivíduos muito e pouco tolerantes à dor se encontraria, não no *déficit* de estratégias de *coping*, mas, sim, nas expectativas de conseguirem de facto empregar com sucesso as estratégias que possuíam. Wallston (1989) refere que crenças de auto-eficácia podem ser mais importantes na previsão dos resultados da intervenção do que o *locus* de controlo.

Relativamente a hipótese 2 que pretende averiguar se pessoas com *locus* de controlo interno elevado assumem uma postura activa na utilização de estratégias de coping, pelos quadros 6 e 7, observa-se que os valores médios mais elevados das mulheres nas subescalas “outros poderosos” e “acontecimentos ao acaso” originou que existissem diferenças estatisticamente significativas comparativamente aos homens ( $p < 0,05$ ), isto é, as mulheres acreditam mais que a sua saúde depende da acção de outros, especialistas na área da saúde, particularmente dos médicos que as acompanham, o que confirma a hipótese 2.

Os mecanismos de *coping* utilizados pelos indivíduos, segundo os testes estatísticos realizados relevam que entre os indivíduos que participaram no estudo se confirmaram diferenças estatisticamente significativas. Este resultado é reforçado pela literatura que defende que os sujeitos tendem a colocar a sua saúde nos especialistas nomeadamente os médicos. Hoffer, 1997 numa pesquisa realizada considerou que se o *coping* for eficiente tende a reduzir o *stress*. No entanto, quando as estratégias de *coping* não conseguem resolver conflitos, as mudanças fisiológicas tendem em actuar em função do *coping*.

No que diz respeito à hipótese 3 que pretende averiguar se as pessoas que frequentam a Unidade de dor à um ano possuem um *locus* de controlo interno e estratégias de *coping* adequadas, pelos quadros 8, 9 e 10, verifica-se apenas diferenças marginalmente significativas nas subescalas “controlo interno ou pessoal” ( $p=0,066$ ) e “transformação da sensação de dor” ( $p=0,068$ ), nos dois casos devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos que frequentam a unidade de dor à 1 ano ou mais. Rotter (1986), defende que o *locus* de controlo é uma característica unidimensional que se representa como um contínuo onde, num extremo, se encontra a internalidade e, no outro, a externalidade. A internalidade *versus* externalidade, consoante o factor em que se encontra, não se correlaciona com as outras internalidades ou externalidades de outros factores. Isto pode significar que as pessoas são mais ou menos externas em função do contexto, ou da situação, a que se aplica o questionário. Esta hipótese reforça a convicção de que, provavelmente as pessoas são mais ou menos internas *versus* externas consoante as dimensões, contextos, ou situações e que as pessoas tendem a variar, quanto ao *locus* de controlo, ao longo de um contínuo de externalidade *versus* internalidade, tal como na proposta original de Rotter.

Noutro estudo com uma escala de avaliação do *locus* de controlo no contexto específico de saúde.

Estes dois itens, um numa formulação interna e outro numa formulação externa, exemplificam os itens que saturam os dois factores que os autores referidos encontraram através da análise factorial. Desta forma, não se confirma a hipótese 3.

A hipótese 4 prevê-se que os sujeitos com mais elevada intensidade de dor apresentem, comparativamente aos de moderada intensidade, valores similares de recursos de *coping*, mas diferentes de *locus* de controlo (interno e externo), pelo quadro 11, observa-se que ao nível dos recursos de *coping* apenas as estratégias de alívio activo da dor registam diferenças marginalmente significativas ( $p=0,062$ ), devido ao valor médio mais elevado dos sujeitos com maior intensidade de dor. Em termos de relação com o comportamento adoptado, constata-se que as acções de controlo interno ou pessoal (*locus* de controlo interno) regista diferenças marginalmente significativas ( $p=0,067$ ) dado o valor médio mais elevado dos sujeitos com moderada intensidade de dor, e diferenças estatisticamente significativas ao nível do recurso a comportamentos que estão fora do controlo “outros poderosos” (*locus* de controlo externo) pelo valor médio mais elevado dos sujeitos com elevada intensidade de dor. Deste modo, a

hipótese 4 é confirmada parcialmente, isto porque, diferentes estudos conduzidos em todo o mundo confirmam que maior internalidade do *locus* de controlo tende a estar associada ao sexo masculino, em nível de escolaridade mais alto, a elevados níveis sócio-económico, o que tem se repetido consecutivamente noutros estudos, seja utilizando a escala unidimensional ou a multidimensional de *locus* de controlo generalizado (Soares, 1999).

No que concerne à hipótese 5 que prevê-se que o controlo interno e o recurso a comportamentos de externalização seja maior nos sujeitos que não realizaram tratamento no passado e que a crença ou os acontecimentos ao acaso sejam maiores nos sujeitos que efectuaram tratamento anteriormente, pelos quadros 12 e 13, observa-se que o controlo interno regista diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que fizeram tratamento e aqueles que não fizeram tratamento ( $p=0,046$ ), motivado pelo valor médio mais elevado dos sujeitos que não efectuaram tratamento no passado. Também se observa que a crença que o estado de saúde depende de outras pessoas, particularmente dos médicos, apresenta diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos ( $p=0,001$ ), devido ao valor médio dos sujeitos que efectuaram tratamento anteriormente. Por sua vez, a crença em acontecimentos derivados da sorte, do destino ou do poder de outros poderosos não apresenta diferenças entre os grupos ( $p=0,685$ ). Desta forma, a hipótese 5 é confirmada parcialmente, isto porque, ainda predominam diversas questões relacionados com o *locus* de controlo na saúde. O facto de este poder ser dissociado em três extensões ortogonais (interno, sorte e "outros poderosos") faz com que as combinações sejam complexas, não se sabendo muito bem qual a combinação ideal em casos de doença. Assim sendo, torna-se necessário realizar investigações mais aprofundadas para que desta forma se possa chegar a uma conclusão verosímil, capaz de completar os diversos pontos de vista, bem como os dados já presentes (Buckelew & Frank, 1990)

Uma expectativa de auto-eficácia define-se como uma convicção pessoal de que poderemos realizar com sucesso determinados comportamentos necessários numa dada situação. Assim, é esta crença individual na capacidade de realizar um determinado comportamento que vai fazer com que este seja ou não implementado. Deste modo, este constructo não se pode separar da implementação de estratégias de *coping*, uma vez que, para as colocar em prática, são necessárias crenças de auto-eficácia, além das capacidades e incentivos adequados. Contudo, a maior responsabilidade de serem ou

não implementadas estratégias de *coping* depende em larga medida das expectativas de auto-eficácia (Covic, Adamson & Spencer).

Quanto a hipótese 6 que defende que o *locus* de controlo interno é mais elevado entre os sujeitos com estado normal de saúde e que o *locus* de controlo externo seja mais elevado entre os sujeitos com pior estado de saúde, pelo quadro 14, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível dos recursos de “controlo interno ou pessoal” ( $p=0,041$ ) devido ao valor médio mais elevado do grupo de sujeitos com estado normal de saúde. Por sua vez, os recursos de controlo externo do comportamento, como “outros poderosos” e “acontecimentos ao acaso” não originou diferenças significativas ( $p>0,05$ ) entre os grupos. Desta forma, a hipótese 6 é confirmada no que se refere ao *locus* de controlo interno, mas não é rejeitada no que se refere ao *locus* de controlo externo, isto porque segundo Pimenta (2007), a percepção que os indivíduos têm sobre a fonte de controlo dos acontecimentos da sua saúde, pressupõe que a crença do indivíduo determina a acção a ser executada, isto porque os indivíduos que acreditam que os resultados são dependentes das suas acções são considerados internamente orientados, aqueles que acreditam que o resultado se encontra dependente do destino ou de forças superiores encontram-se externamente orientados. Segundo este mesmo autor, a orientação do *locus* de controlo não é fixa e o indivíduo face a diversas situações pode possuir diversas orientações. Por isso torna-se extremamente importante conhecer as orientações do indivíduo de forma a poder antecipar as mudanças que o paciente terá que fazer tendo em vista um melhor manuseamento do seu tratamento.

## 7.2. Limitações do estudo

São várias as limitações fundamentais deste trabalho a serem consideradas na avaliação dos resultados, e que exigem prudência na interpretação e generalização. Nomeadamente, surgem como limitações: as fragilidades inerentes a um estudo exploratório, em que a dimensão da amostra não satisfaz totalmente os critérios de alguns autores mais exigentes.

A concretização deste estudo e a sua fiabilidade, tiveram de ultrapassar algumas limitações como o tempo de recolha dos dados e as características dos utentes, assim como o número de participantes. Ainda outra limitação deste estudo, foi a aplicação dos questionários que devido à baixa escolaridade dos participantes e à dificuldade de compreensão dos mesmos, pode ter levado a respostas ao acaso.

O facto de o tempo para a elaboração desta tese ser diminuto não permitiu um estudo mais aprofundado. Uma vez que os resultados se basearam em estudos correlacionais e comparativos, devemos ser cautelosos na inferência dos efeitos observados.

Concluimos, desta forma que, o presente estudo deve ser replicado com uma amostra mais alargada e heterogénea. Os resultados que se revelam marginalmente significativos poderiam assumir valores interessantes e iria ser possível realizar todas as análises que a dor crónica pressupõe.

**Conclusão Geral**

---

Como objectivo principal do presente estudo pretendeu-se estudar a relação entre *locus de controlo* e estratégias de *coping* em doentes com dor crónica. Para tal, partiu-se de uma amostra de conveniência composta por 70 elementos (30 homens e 40 mulheres) com diagnóstico clínico de dor crónica. Nesta investigação, considerou-se o estudo entre os diversos sujeitos de forma a permitir uma abordagem não direccionada, permitindo como tal alcançar conhecimentos mais globais sobre a população portadora de dor crónica.

A dor é um fenómeno que envolve diversas dimensões podendo mesmo afirmar que esta engloba todas as vertentes: médica, comportamental, social, cognitiva e emocional, isto porque, surge associada a um grande sofrimento pessoal, que acarreta muitos custos tanto sociais como económicos. Um paciente portador de dor crónica vê-se forçado a viver com bastantes alterações significativas no seu dia-a-dia, limitações estas provocadas pelo impedimento da realização da sua actividade profissional, alterações do seu estado de humor e diminuição de energias e distúrbios de sono.

A avaliação da dor refere-se ao significado atribuído à dor por um indivíduo (Sharp, 2001). De acordo com o transaccional modelo de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984), a pode ser feita entre avaliação primária (avaliação da significância de dor em termos de ser ameaçadora, benigna, ou irrelevante) e avaliação secundária (avaliação da possibilidade de controlo da dor e é considerada como recurso de *coping*). As crenças referem-se a suposições sobre a realidade, forma como se pode interpretar os acontecimentos e assim pode ser considerada como determinantes da avaliação da dor, as crenças encontram-se extremamente relacionadas, e desenvolvem-se durante a vida como resultado de histórias de aprendizagens de um indivíduo e podem abranger todos os aspectos da experiência da dor (por exemplo, as causas da dor, o seu prognóstico, tratamentos adequados).

A avaliação das crenças sobre a dor pode ter um forte impacto sobre a resposta afectiva e comportamental do indivíduo à dor. Se um sinal de dor for interpretado como (um sinal de perigo) prejudicial, esta surge sempre associada a um dano tecidual real ou potencial, e pode ser percebida como mais intensa e desagradável, provocando mais fuga ou evitação. Por exemplo, a dor associada ao cancro é classificada como mais desagradável do que a dor do parto, mesmo quando a intensidade é considerada equivalente (Price, Harkins, & Baker, 1987).

Da mesma forma, Smith, Gracely e Safer (1998) demonstraram que pacientes com cancro, que atribuíram a sensação de dor após a fisioterapia directamente para o

cancro, relatam dor mais intensa do que pacientes que atribuíram essa dor a outras causas. Percepção do perigo de um estímulo da dor experimental pode levar a evitar este estímulo (Cipher & Fernandez, 1997). Arntz & Claassens (2004) manipularam de forma experimental a apreciação de um suave estímulo doloroso (uma barra de metal muito fria colocada contra o pescoço), sugerindo que este poderia ser ou muito quente ou muito frio. Concluíram que o calor seria mais fortemente associado com pessoas que possuíam danos teciduais do que propriamente com o frio. Como esperado, os participantes classificaram o estímulo como mais doloroso na condição em que eles foram informados de que eram quentes. Além disso, o efeito parece ser mediado pela crença que o estímulo seria prejudicial. Estes estudos demonstram a importância do papel das interpretações das pessoas sobre o significado da dor. A maioria dos sujeitos deste estudo assenta as suas expectativas nos “acontecimentos ao acaso” ou outros poderosos” para que desta forma exista uma diminuição da dor percebida por parte dos sujeitos em estes pretendem que de certa forma os consigam ajudar no controlo da sua dor para que esta seja mais diminuta. Quanto às estratégias de *coping* grande parte dos sujeitos não possui estratégias de *coping* adaptativas, adoptando uma postura bastante retroactiva na modificação do seu comportamento. Preferem acomodar-se de certa forma à dor não utilizando nenhuma atitude pró-activa face ao combate da dor. Devido a isto muitos destes sujeitos acomodam-se bastantes ao estatuto e papel de doente, evitando realizar actividades do quotidiano preferindo assim não exercer nenhum papel tanto na vida diária como na vida ocupacional.

Crenças da dor, apreciação, e dor são também determinantes importantes de ajustamento à dor crónica (Jensen, Romano, Turner, Bom e Wald, 1999; Jensen Turner, & Romano, 2000). As crenças face à dor foram identificadas como sendo particularmente desajustadas para lidar com a dor: em que a dor é um sinal de dano, em que a o indivíduo deve evitar realizar actividades quando sente dor, isto porque a dor leva à incapacidade, é incontrolável, e considerada como uma condição permanente (Jensen, Turner, Romano, & Lawler, 1994; Turner et al, 2000).

O *coping* é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como excessivas ou as reacções emocionais a essas exigências. Este estudo descreve o uso de estilos de *coping* adaptativas referindo-se ao conceito de *locus de controlo* da doença entre os doentes com dor crónica. A maioria dos pacientes tende a exteriorizar o processo de gestão da doença, ou seja, o facto de sofrerem de dor crónica

foi considerado como um acontecimento adverso nas suas vida, e assim os pacientes tendem a recorrer aos especialistas para os ajudar (ou seja, médicos ou terapeutas), e seguem os seus concelhos ou baseiam-se nos efeitos dos fármacos prescritos, o que corresponde a uma estratégia bastante passiva.

A dependência dos pacientes face aos médicos especialistas para controlar ou gerir o problema da dor crónica, pode no entanto, advir de alterações cognitivo-comportamental do mesmo, ou seja, os pacientes podem mudar diversos aspectos da sua vida, tentar tornar-se mais conscientes, saudáveis, fisicamente em forma, utilizando dietas distintas, ou mantendo pensamentos mais positivos, resolver situações do passado, realizar sonhos e desejos o que corresponde a estratégias activas.

No entanto, face a uma insuficiente capacidade de gerir a dor crónica, alguns doentes podem recorrer aos "Todos poderosos" outros externos (ou seja, a confiança na Divina Ajuda), porque os recursos convencionais de ajuda parece estar (subjectivamente) esgotados. Embora as estratégias adaptativas de *coping* podem mudar durante o curso individual da doença, os resultados médios não diferiram significativamente em relação à duração da doença em todos os sujeitos.

Não houve manutenção das estratégias de *coping* adaptativas, mas sim uma tendência transitória, com variações fortes, indicando que as razões individuais para utilizar uma estratégia distinta não podem ser explicada pela duração da doença por si só, mas por influências diversas (ou seja, a aceleração da intensidade da dor, tratamento eficaz, o apoio dos parceiros, a depressão, a gestão da vida diária, situação financeira, etc.)

Com a realização deste trabalho pretendeu-se sensibilizar a comunidade científica para a problemática da dor crónica sendo de extrema importância a promoção do bem-estar físico e emocional e melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Importa não esquecer que estes doentes necessitam de um grande acompanhamento uma vez que devido ao curso da doença esta interfere com o estilo de vida da pessoa, daí a pertinência da aplicação da Psicologia da Saúde a este domínio visando a prevenção. Educar para a saúde implica ensinar novos hábitos e mudar outros hábitos de vida. Reitera-se que tal como foi mencionado, todas as alterações presentes na vida do individuo levam a diversos problemas nomeadamente familiares assim como um enorme isolamento social. Dada a diversidade de etiologias da dor, uma das dificuldades aquando da planificação de um programa de intervenção psicológica, reside nas diversas tipologias de dor que existem. Apesar de toda esta complexa diversidade de dor, os

doentes com dor crónica, são na sua maioria tratados como um grupo homogéneo que se pode descrever como “síndrome da dor crónica”. Torna-se extremamente importante sensibilizar toda a população para o fenómeno da dor crónica, enfatizando também junto dos responsáveis pela política de saúde, o facto de não existirem respostas simples para este fenómeno e apelar à necessidade de abordagens mais psicológicas e biomédicas, uma vez que estas apresentam menos efeitos separadamente e unidas poderão ser de grande valor.

Pensamos que, apesar da actualidade do tema que nos propusemos investigar, é importante continuar a investigar de modo a ampliar o conhecimento teórico e clínico dos problemas complexos presentes na dor crónica, não sendo visto apenas um tipo de dor mais tentar criar planos e intervenções junto de todos os tipos de dor de modo a conhecermos de forma mais aprofundada a realidade de cada um.

**Referências Bibliográficas**

---

Affleck, G., Tennen, H. & Zautra, A. (2006). *Depression History and Coping With Chronic Pain: A daily Process Analysis*. Health Psychology. Vol. 25, nº 3, 370- 379

Almeida, J.P., & Pereira M. G. (2006). *Locus de Controlo na Saúde: Conceito e Validação duma Escala em Adolescentes com Diabetes Tipo I*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(2): 221-238.

Arena, J.G., & Blanchard, E.B.(1996). Biofeedback and Relaxation Therapy for Chronic Pain Disorders. In Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 179-230). New York: The Guilford Press.

Balint, S., O'Donnell, R. (2007). Beyond compliance Occupational. *Health and Safety*. 76(6): 106–107.

Bane C, Hughes CM, McElnay J. (2006). The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*. 60: 187–193.

Barnett PA, Gotlib IH. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychology Bulletin* 1988; 104(1): 97-126.

Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: A controlled randomized study in German pain treatment. *Patient Education Counselling*: 31: 113-124.

Basler HD. (1993). Group treatment for pain and discomfort. *Patient Education Counselling*. 20: 167-175.

Beecher HK. *Measurement of Subjective Responses*. New York: Oxford University Press, 1959.

Black, R.C. (1975). The chronic pain syndrome. *Surgical clinics of North America*, 55, 999-1011.

Blanchard-Fields F, Irions JC. (1988). The relation between *locus* of control and coping in two contexts: age as a mediator variable. *Psychology and Aging*.3: 197-203.

Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 111: 51-58.

Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 89:127–134.

Bonica, J.J. (1990). General considerations of chronic pain. In J.J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain* (vol. 1, 2nd ed., pp. 180-196). Philadelphia: Lea & Febiger.

Bowers KS. Pain, anxiety and perceived control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1968; 32: 596-602.

Bradley, L.A. (1996). Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. In Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 131-147). New York: The Guilford Press.

Brattberg G, Thorslund M, Wikman A.: The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37: 215-222.

Burns JW, Kubilus A, Breuhl S, Harden RN, Lofland K (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71: 81-91.

Cailliet, R. (1999). *Dor, mecanismos e tratamento*. Porto Alegre. 2º Edição

Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ (2003). Persistent Pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Society of Biological Psychiatry*. 54: 399-409.

Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982; 306: 639-645.

Conant LL. (1998). Psychological variables associated with pain perceptions among individuals with chronic spinal cord injury pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 5: 79-90.

Covic T, Adamson B, Howe G, Spencer D (2002). The role of passive coping and helplessness in rheumatoid arthritis depression and pain. *Journal of Applied Health Behaviour* 4:31-35.

Craig KD, Best JA. Perceived control over pain: individual differences and situational determinants. *Pain* 1977; 3: 127-135.

Craig KD. Emotional aspects of pain. In P.D. Wall and R. Melzack (Eds.). *Textbook of Pain* 1983; 153-161, 1st edn. Churchill Livingstone: Edinburgh.

Cruz, D.A.L.M.; Garcia, D.M. & Pimenta, C.A.M. (2007). Validação do Inventário de Atitudes Frente à dor crónica – Profissionais. *Escola Enfermagem USP*. 41(4), 636-644.

Currie, S.R., Wang J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain* 107: 54-60.

Diamond, A. W. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa. Climepsi editores

Dias, R. (2007). *Dor crónica um problema de saúde pública*. Revista de psicologia.

- Dolce JJ. Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 1987; 25(4): 289-299.
- Dworkin, R.H., & Grzesiak, R.C. (1993). Chronic Pain: On The Integration of Psyche and Soma. In George Stricker & Jerold R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 365-384). New York: Plenum Press.
- Eccleston, C. (1994). Chronic pain and attention: A cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*. 33: 535-547.
- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., Stannard, C. (1997). Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain*. 72: 209-215.
- Elliot A.M., Smith B.H., Penny K.I, Smith, C. Chambers W. A (1999) The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 354: 1248-1252.
- Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. (2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 106: 221–228.
- Feifel H, Starck S, Nagy VT. *Coping strategies and associated features of*
- Flor H, Fydrich T, Turk DC (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain*. 49: 221- 230.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain*. 49: 221- 230.
- Flor, H., Turk, D. C. (1989). *Psychophysiology of Chronic Pain: Do Chronic Pain Patients Exhibit Symptom- Specific Psychophysiological Responses?*. *Psychological Bulletin*. 2, 215-259
- Folkman S, Lazarus RS. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. 21: 219-239.
- Fordyce WE, Steger JC. *Chronic Pain*. In O.F. Pomerleau, & J.P. Brady (Eds.) *Behavioral Medicine: Theory and Practice* pp. 125-153. Williams & Wilkins: Baltimore, 1979.
- Fordyce, W.E., Fowler, R., Lehmann, J., DeLateur, B., Sand, P. Trieschmann, R. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 54: 399–408.
- Fritz JM, George SZ, Delitto A. (2000). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationship with current and future disability and work status. *Pain*. 94: 7–15.

Fritz JM, George SZ, Delitto A. (2001). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationship with current and future disability and work status. *Pain*. 94: 7-15.

Garcia, D.M., & Pimenta, C.A.M. (2008). Pain Centers Professional's Beliefs on Non-Cancer Chronic Pain. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 66. (2A): 221-228.

Gatchel and Dennis C Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. The Guilford Press: NY, p.112-130, 1996.

Gentry D (Ed.). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press, 1984.

Gotchel, J. R., Turk, D. C. (1998). *Psychosocial Factors in Pain, Critical Perspectives*. England. 3<sup>o</sup> edition

Graceley RH. Pain language and ideal pain assessment. In R. Melzack (Ed.), *Pain Measurement and Assessment*, 71-78. Raven Press: New York, 1983.

Horn S, Munafò M. *Pain: Theory, Research and Intervention*. Open University Press, 1997.

Horn, S., & Munafò, M. (1997). *Pain: Theory, research and intervention*. Open University Press.

Horn, S., Munafó, M. (1996). *Pain: Theory, Research and intervention*. England Open: University Press. 2<sup>o</sup> edition

Keefe, F.J., Gil, KM., & Rose, S.C. (1986). Behavioral approaches in the multidisciplinary management of chronic pain: Programs and issues. *Clinical Psychology Review*, 6, 87-113.

Kolton K.A., Piccolo P.(1988). *Patient compliance: a challenge in practice*. Nurse Practise. 13(12):37-50.

Kurita, P. G., Pimenta, C. A. M. (2003). *Adesão ao tratamento da dor crónica*. Arquivo de neuropsiquiatria 61. (2B): 416-425.

Kurita, P. G., Pimenta, C. A. M. (2004). *Adesão ao tratamento da dor crónica e o locus de controlo da saúde*. Revista da escola de enfermagem, USP 38 (3), 254-261

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York, 1984.

Lenhart RS, Ashby JS. Cognitive coping strategies and coping modes in relation to chronic pain disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling* 1996; 27(4): 15-18.  
medically ill patients. *Psychosomatic Medicine* 1987; 49: 616-625.

Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-299.

Neufeld RW, Thomas P. Effects of perceived efficacy of a prophylactic controlling mechanism on self-control under pain stimulation. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1977; 9 (3): 224-232.

Ogon M, Krismer M, Sollner W, Kanter- Rumplmair W, Lampe A. Chronic low back pain measurement with visual analogue scales in different settings. *Pain* 1996; 64: 425-428.

Phillips HC, Jahanshashi M. The effects of persistent pain: the chronic headache  
Phillips HC. Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 1987a; 25(4): 273-279.

Phillips HC. The effect of behavioural treatment on chronic pain. *Behavioral Research and Therapy* 1987b; 25: 365-377.

Phillips, H. C., Rachman, S. (1996). *The Psychological Management of Chronic Pain, Patient's Manual*. England. 2º edition

Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin* 1985; 97: 18-34.

Ruoff GE, Michigan K. Depression in the patient with chronic pain. *Journal of Family Practice* 1996; 43, 6 (Suppl): S25-S34.

Sanders SH. Operant conditioning with chronic pain: back to basics. In Robert J Skevington SM. Chronic pain and depression: universal or personal helplessness. *Pain* 1993; 15: 309-317.

Skevington SM. *Psychology of Pain*. Wiley & Sons. Chichester, 1995.

Skevington, M. S. (1995). *Psychology of pain*. England. 1º edition

Soares, V.L.C. (1999). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica*. Dissertação de Mestrado em psicologia da Saúde apresentada ao Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Stein, M., Boum, A., Erlboum, L. (1999). *Chronic Diseases*. England. Associates Publishers. 2º edition  
sufferer. *Pain* 1985; 21.

Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioral medicine*. New York: The Guilford Press, 1983.

Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In Robert J. Gatchel and Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. The Guilford Press: NY, p.3-32, 1996



