



INTENSIDADE DA DOR, NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

SANDRA MARISA SOUSA CARVALHO

Dissertação de Mestrado em Oncologia

PORTO 2010

SANDRA MARISA SOUSA CARVALHO

**INTENSIDADE DA DOR, NÍVEIS DE ANSIEDADE E
DE DEPRESSÃO EM
DOENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Oncologia submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu, Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A todos os que sentem dor

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste estudo, foi necessário o apoio e a colaboração de inúmeras pessoas, às quais endereço os meus agradecimentos.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu que orientou este trabalho, pela disponibilidade demonstrada e pelas críticas pertinentes e construtivas.

À Comissão de Ética e ao Centro de Ensino e Formação do Instituto Português de Oncologia do Porto, que autorizaram a aplicação do instrumento de colheita de dados deste estudo. Ainda da referida instituição, à Direcção da Clínica da Dor em especial, à Enfermeira Brigitte, pela disponibilidade e ajuda dispensada, assim como aos Assistentes Operacionais Fátima e Veríssimo.

Aos doentes que aceitaram participar voluntariamente neste estudo.

Ao Adriano e à minha família que me apoiaram e ajudaram incondicionalmente durante todo o percurso deste trabalho.

À Marlene, companheira desta aventura que foi o Mestrado em Oncologia, pela amizade e amabilidade demonstrada, principalmente nas horas de desânimo. À Rita, Xana, Sónia, Daniela, Lucie e Teresa, que também foram indispensáveis para este trabalho.

Finalmente, aos elementos da equipa de Enfermagem do serviço de Onco-hematologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, que são mais do que colegas de trabalho e que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

A todos, o meu muito obrigado...

ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

CGRP – Peptídeo relacionado ao gene da calcitonina

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GABA – Ácido gama amino-butírico

IPO – Instituto Português de Oncologia

ISM – Inventário de Saúde Mental

MHI – Mental Health Inventory

NMDA – N-Metil-D-Aspartato

OMS – Organização Mundial de Saúde

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package of the Social Science

RESUMO

Contextualização: A dor é um fenómeno multidimensional e multifactorial com profundo impacto a nível psicológico. A ansiedade e a depressão podem amplificar a experiência da dor. Em oncologia é frequente a dor, a ansiedade e a depressão co-existirem no mesmo doente e exacerbarem-se mutuamente. Para este estudo, definiu-se como objectivo geral explorar as diferenças na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e de depressão dos doentes oncológicos a serem seguidos na consulta de ambulatório da Clínica da Dor do IPO Porto.

Método: Estudo transversal, para o qual foi seleccionado o Inventário de Saúde Mental (ISM), adaptado à população Portuguesa por Pais Ribeiro em 2001, para determinar os níveis de ansiedade e de depressão. Para medir a intensidade da dor utilizou-se a Escala Qualitativa da Dor. A amostra deste estudo foi constituída por 53 doentes com dor oncológica, 51% homens e 49% mulheres, com idades compreendidas entre 22 e os 88 anos, sendo a média de 59 anos.

Resultados: Com base nos dados obtidos, os doentes deste estudo expressaram intensidade da dor, nível de ansiedade e nível de depressão moderado. A intensidade da dor estabeleceu relação estatisticamente significativa com a situação profissional ($p=0,001$), a existência de metástases ($p=0,008$), a medicação analgésica ($p=0,044$), o nível de ansiedade ($p=0,004$) e o nível de depressão ($p=0,012$). No entanto, na análise multivariada efectuada através da regressão linear, todos os valores de p foram superiores a 0,05 e portanto não significativos. Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de depressão e a intensidade da dor; com as restantes variáveis não se constatou associação com significância. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade e a intensidade da dor e também com o género; com as outras variáveis sociodemográficas, da doença oncológica e da gestão da dor oncológica, não se observou associação com significância.

Conclusão: Embora tenha existido associação, na análise bivariada, entre intensidade da dor, nível de ansiedade e nível de depressão, os dados disponíveis neste estudo foram inconclusivos para interpretar a relação existente entre estas variáveis, pelo que outros estudos com uma amostra de dimensão maior e com outras variáveis possam vir a contribuir favoravelmente para esclarecer esta problemática.

Palavras-chave: Intensidade da dor, Ansiedade e Depressão.

ABSTRACT

Background: Pain is a phenomenon with many dimensions and several factors with a profound psychological impact. Anxiety and depression can increase the experience of pain. With cancer patients, it is common for pain, anxiety and depression to exist simultaneously and to exacerbate each other mutually. The general aim defined for this study was to investigate the differences in the intensity levels of pain, anxiety and depression in cancer patients receiving outpatient treatment at the IPO Porto Pain Clinic.

Method: Descriptive cross-sectional study using the Mental Health Inventory (MHI), adaptation to the Portuguese population by Pais Ribeiro in 2001, to determine the levels of anxiety and depression. The Qualitative Pain Scale was used to measure pain intensity. The sample used in this study consisted of 53 patients suffering from cancer, 51% men and 49% women, aged between 22 and 88. The average age was 59.

Results: Based on the data obtained, the patients in this study showed moderate levels of pain, anxiety and depression. Pain intensity established a statistically significant relationship with professional status ($p=0.001$), the existence of metastases ($p=0.008$), analgesic medication ($p=0.044$), anxiety level ($p=0.004$) and level of depression ($p=0.012$). However, the multivariate analysis carried out by linear regression showed that all p values were higher than 0.05 and therefore not significant. Apart from pain intensity, the level of depression did not show significant association with any other variable. The anxiety level established a significant relationship between pain intensity and gender; no significant association was established between the remaining socio-demographic and cancer variables.

Conclusion: Although the bivariate analysis showed an association between pain, level of anxiety and level of depression, the data generated by this study was inconclusive in interpreting the relationship existing between these variables. Therefore, other studies with a larger sample size and with other variables may be able to make a positive contribution to describing the relationship.

Keywords: Pain intensity, Anxiety and Depression.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	17
ÍNDICE DE FIGURAS.....	18
ÍNDICE DE QUADROS.....	18
INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. DOR ONCOLÓGICA	26
1.1-MECANISMOS DA DOR.....	27
1.2-CLASSIFICAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA.....	33
1.3-AVALIAÇÃO DA DOR.....	35
1. ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO CONTEXTO ONCOLÓGICO	40
2.1- CONCEITOS E MODELOS EXPLICATIVOS DA ANSIEDADE.....	43
2.2- CONCEITOS E MODELOS EXPLICATIVOS DA DEPRESSÃO	46
2. MODALIDADES DE TRATAMENTO.....	50
3.1-TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	51
3.2-PSICOTERAPIA	61
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	65
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	66
1.1-TIPO DE ESTUDO.....	66
1.2-POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	67
1.3-HIPÓTESES E VARIÁVEIS	67
1.4-INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	72
1.5-PROCESSAMENTO DE DADOS.....	74
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
2.1- CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOCLÍNICAS	75
2.1.1. Caracterização sociodemográfica	75
2.1.2. Caracterização da doença oncológica.....	76
2.1.3. Caracterização da gestão da dor oncológica.....	78
2.1.4. Caracterização da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade e de depressão	79

2.2- INTENSIDADE DA DOR, NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO	82
2.2.1. Intensidade da dor e as variáveis socioclínicas	82
2.2.2. Níveis de ansiedade e variáveis socioclínicas	86
2.2.3. Níveis de depressão e variáveis socioclínicas.....	90
2.3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	96
2.3.1 Características sociodemográficas e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.	96
2.3.2. Características da doença oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.	102
2.3.3. Características da gestão da dor oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.	105
2.3.4. Intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão.	110
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....	113
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

ANEXOS

ANEXO I - Consentimento informado

ANEXO II - Instrumento de colheita de dados

ANEXO III - Aprovação do estudo de investigação pela Comissão de Ética e pela
direcção da Clínica da Dor do IPO do Porto

ANEXO IV - Quadros de apoio à análise de dados

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis sociodemográficas.....	76
Tabela 2 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis da doença oncológica.....	77
Tabela 3 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis da gestão da dor oncológica.....	78
Tabela 4 Distribuição dos indivíduos segundo a intensidade da dor e o valor médio.....	79
Tabela 5 Valores Médios e Desvio-padrão dos níveis de ansiedade	79
Tabela 6 Valores Médios e Desvio-padrão dos itens de ansiedade.....	80
Tabela 7 Valores Médios e Desvio-padrão dos níveis de depressão.....	81
Tabela 8 Valores Médios e Desvio-padrão dos itens de depressão.....	81
Tabela 9 Correlação de Pearson entre a Intensidade da dor e a Idade	82
Tabela 10 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis sociodemográficas	83
Tabela 11 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis da doença oncológica.....	84
Tabela 12 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica.....	85
Tabela 13 Correlação de Pearson entre os Níveis de Ansiedade e a Idade	86
Tabela 14 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis sociodemográficas.....	87
Tabela 15 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis da doença oncológica.....	88
Tabela 16 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica.....	89
Tabela 17 Valor médio da Ansiedade e relação com Intensidade da dor.....	90
Tabela 18 Correlação de Pearson entre Níveis de Depressão e Idade	90
Tabela 19 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis sociodemográficas	91
Tabela 20 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis da doença oncológica.....	92
Tabela 21 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica.....	93
Tabela 22 Valor médio de Depressão e relação com a intensidade da dor	94
Tabela 23 Resumo da relação das variáveis socioclínicas com a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão	94
Tabela 24 Análise multivariada entre a intensidade da dor e a situação profissional, a existência de metástases, a medicação analgésica e os níveis de ansiedade e de depressão	95

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Escala Visual Analógica	36
Figura 2 Escala Numérica.....	37
Figura 3 Escala Qualitativa	37
Figura 4 Escala das faseso da Saúde.....	38
Figura 5 Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde	52

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 Operacionalização das variáveis sociodemográficas.....	69
Quadro 2 Operacionalização das variáveis da doença oncológica.....	70
Quadro 3 Operacionalização das variáveis de gestão da dor oncológica.....	70
Quadro 4 Operacionalização das variáveis dependentes do estudo	71

*“Toda a felicidade que a humanidade possa
desfrutar não consiste no prazer, mas antes, na
ausência de dor”*

John Dryden (1631-1700)

INTRODUÇÃO

A dor acompanhou, desde sempre, a humanidade. Tem sido percebida e aceite de distintas maneiras ao longo da história. Actualmente, o progresso do conhecimento científico sobre os mecanismos e as interacções neurológicas, neurobiológicas e neurobioquímicas é vertiginoso. No entanto, a dor é muito mais do que uma mera componente física, abrange vertentes afectivas, cognitivas, psicossociais, comportamentais e morais que contribuem para a tornar um fenómeno tão complexo.

Todos sentimos dor. Sabemos como é insuportável e inquietante, mas não a sentimos e percebemos da mesma forma. A dor é uma experiência subjectiva complexa, em que para além de uma sensação desagradável é uma vivência impregnada de motivações pessoais, sociais e culturais que condicionam a maneira como é sentida, aceite e comunicada aos outros (Dourado, 2007).

Atendendo ao fenómeno multidimensional e plurifactorial que é a dor e à dificuldade em encontrar uma definição que englobe todas as dimensões e factores relacionados, a Associação Internacional para o Estudo da Dor propôs, em 1979, a definição de que a *“dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”*.

Em todo o mundo, 10 milhões de novos casos de cancro são diagnosticados anualmente. Estima-se que em 2020 estes números dupliquem, com 70% dos casos a ocorrer em países desenvolvidos. Entre os doentes oncológicos, mais de 70% sofrem de dor provocada pela doença ou pelo tratamento. Doentes em estadios avançados do cancro, descrevem a dor como moderada ou severa em aproximadamente 40 a 50% e como máxima em 25-30% dos casos (Bair *et al*, 2003).

A dor é dos sintomas da doença oncológica com maior incidência e prevalência. No entanto, apesar de comum e frequente, a dor não tem obrigatoriamente de estar presente nestes doentes.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) definiu a dor oncológica, na versão 1 da CIPE, como uma sensação de dores agudas e crónicas com diferentes níveis de intensidade, causadas pela progressão e metastização da doença, pelo tratamento ou outras condições prévias; é frequentemente descrita como imprecisa, assustadora ou insuportável. A crise de dor intensa é acompanhada de dificuldade no sono, irritabilidade, depressão, sofrimento, desespero e sensação de desamparo.

Em doentes oncológicos a dor é afectada por múltiplas variáveis que incluem o estadio, a extensão e a localização da doença, contando também com os procedimentos

para o diagnóstico e tratamento (Laird, 2008).

"A dor enerva a alma, torna-a mais temerosa, degenera-a...". Esta reflexão de Shakespeare tão actual, identifica as repercussões que a dor pode infligir em complexos aspectos do doente oncológico, como a personalidade, a cognição, o comportamento e as suas relações sociais.

A dor tem profundo impacto a nível psicológico. A relação entre a dor oncológica com a ansiedade e a depressão nem sempre é linear e de fácil compreensão, no entanto é visível o impacto negativo na qualidade de vida e o sofrimento que causa a doentes e familiares.

A ansiedade pode ser descrita como um estado emocional caracterizado por sensações de perigo iminente e sentimentos antecipatórios desagradáveis que são desproporcionais à representação da ameaça. É composta por experiências fisiológicas como taquicardia, taquipneia, tremor, tensão muscular e alterações gastrointestinais e por aspectos psicológicos como apreensão, perda de controlo e medo (Thielking, 2003).

Existem muitos tipos de transtornos da ansiedade e todos são relativamente comuns na população geral cuja prevalência pode variar entre 7 a 18%. Em oncologia, estima-se que esta perturbação mental afecte 13 a 16% dos doentes; em situações de dor a prevalência situa-se entre 20 e 40% (Steinman, 2009).

Os doentes com dor oncológica podem expressar ansiedade por viverem com um factor de stress que é a dor e à qual se podem associar outros factores que ampliam os níveis até situações patológicas de ansiedade.

A depressão é a condição psiquiátrica mais comum no cancro, ocorrendo em aproximadamente em um quarto dos doentes com cancro avançado. Tem sido sugerido que a depressão é quatro vezes mais comum em doentes oncológicos do que na população geral (Laird, 2008). A depressão major pode estar presente em 15% dos doentes com dor oncológica (Valentine, 2003).

A depressão pode variar, consoante as circunstâncias, desde um estado emocional de tristeza em que pode existir perda significativa do interesse ou prazer por quase ou todas as actividades até um transtorno mental persistente com características psicológicas e sintomas físicos.

Em doentes oncológicos, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, devido à convicção de que é uma reacção normal e universal a uma doença grave como cancro e também porque determinados sinais e sintomas como perda de peso, alteração do sono se podem confundir com efeitos da doença oncológica (Spiegel, Giese-Davis; 2003).

Na literatura existe controvérsia sobre a ligação recíproca ou não entre a dor e a ansiedade e a depressão; se, para alguns autores, a dor oncológica é um factor

desencadeante de ansiedade e de depressão, já para outros, a ansiedade e a depressão são factores preditivos de dor oncológica podendo também exacerbar a experiência dolorosa. Outros investigadores consideram que a ansiedade e a depressão desempenham papéis bivalentes como factores causais ou como factores contributivos na intensidade da dor.

Entende-se, como ponto de partida, a co-existência frequente de ansiedade e de depressão em doentes com dor oncológica e, a partir deste pressuposto, definiu-se como objectivo geral para este estudo, explorar as diferenças nos níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão dos doentes oncológicos a serem seguidos na consulta de ambulatório da Clínica da Dor do IPO Porto. São objectivos específicos:

- Determinar os níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão nos participantes do estudo
- Analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão.
- Avaliar a relação entre as variáveis da doença oncológica e os níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão.
- Avaliar a relação existente entre as variáveis da gestão da dor oncológica e os níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão.

Atendendo aos objectivos propostos, este estudo poderá ser uma mais valia para o cuidar do doente oncológico com dor porque, para além do sofrimento físico, podem também sofrer devido à ansiedade e depressão concomitante.

A acessibilidade ao tratamento e controlo da dor, da ansiedade e da depressão torna-se um imperativo ético, um direito do doente e um dever dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar.

Como profissional da equipa multidisciplinar e atendendo ao tempo, à proximidade e relação de ajuda junto do doente e família, o enfermeiro tem responsabilidades a nível da implementação, execução e avaliação de um regime terapêutico, gestão de sinais e sintomas e promoção de um coping eficaz. O coping compreende um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais que permite gerir exigências internas e/ou externas que são percebidas como excessivas ou nos limites dos recursos do doente (Santos, 2008).

Do ponto de vista estrutural, esta dissertação é constituída por duas partes distintas, o enquadramento teórico e o estudo empírico. No enquadramento teórico aborda-se a temática da dor oncológica, da ansiedade e da depressão no contexto oncológico e as modalidades de tratamento. Na parte do estudo empírico, descreve-se a metodologia do estudo, a apresentação e discussão dos resultados e as considerações finais e recomendações futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DOR ONCOLÓGICA

A dor, indissociável da condição humana, desde sempre preocupou e motivou o Homem a procurar arduamente explicações. A dor é uma problemática que intriga várias áreas das ciências da saúde, desde a Medicina, Enfermagem, Biologia, passando pela Psicologia. É um desafio para o doente que muitas vezes aprende a suportá-la, já que nenhuma terapêutica foi eficaz. É um desafio para a equipa multidisciplinar que procura exaustivamente meios necessários para aliviar a dor do doente. É um desafio para o cientista que tenta compreender mecanismos biológicos e bioquímicos deste flagelo. É, ainda, um desafio para toda a sociedade que deve recrutar meios para controlar ou prevenir, da melhor maneira possível, a dor e, consequentemente, o sofrimento (Melzack e Wall, 1982).

A dor é uma experiência universal que afecta pessoas de todas as faixas etárias e níveis socioeconómicos, em todas as situações e ambientes (Kazanowski, Laccetti, 2005). No entanto, não se sente, suporta ou refere dor da mesma maneira. O limiar de sensibilidade não é o mesmo e a atitude em relação à dor também não. Na maioria dos casos, a reacção de cada um, pode revelar resistências imprevisíveis, ou pelo contrário, fraquezas inesperadas. A universalidade da experiência dolorosa abrange as múltiplas facetas da subjectividade individual. Assim, a dor é um fenómeno multidimensional e plurifactorial (Metzger *et al*, 2000).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor, em 1979, propôs que a *“dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”*. Esta definição é válida para toda e qualquer dor, independente do seu mecanismo, causa e duração (Thielking, 2003).

Devido à natureza multidimensional da dor, Cicely Saunders introduziu o termo de *“dor total”* que se define por uma miríade de aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais fortemente interligados e que influenciam significativamente a qualidade de vida do doente (Twycross, 2003).

O cancro é dos maiores flagelos do nosso tempo, no qual a dor surge como um sinónimo em diferentes fases do processo de doença. Num estudo de revisão sistemática dos últimos 40 anos sobre a prevalência da dor em doentes com cancro, demonstrou-se que dor estava presente em 64% dos pacientes com doença metastizada ou em estadios avançados, em 59% dos doentes a efectuar tratamento anti-neoplásico, em 33% dos doentes que terminaram os tratamentos curativos, sendo que mais de um terço dos

doentes com dor a classificaram como moderada ou severa (Everdingen *et al*, 2007).

1.1-MECANISMOS DA DOR

A dor não é como outras modalidades sensoriais, é essencialmente uma experiência subjectiva complexa que envolve aspectos sensoriais, afectivos, cognitivos, culturais e comportamentais que, por sua vez, influenciam a forma como é percebida. Em suma, a dor é multidimensional, eminentemente subjectiva, muito mais do que uma mera resposta física a um estímulo.

A resposta física a um estímulo doloroso designa-se como nocicepção, que é um termo neurofisiológico mais restrito e objectivo, referente à recepção, transmissão e processamento nervoso central de estímulos nociceptivos.

Nociceptores

Os receptores nociceptivos são terminações nervosas livres que estão presentes em grande número na superfície cutânea, mucosas, músculos, estruturas osteoarticulares, cápsulas de órgãos, paredes de vasos entre outras.

O estímulo doloroso é conduzido basicamente ao longo de dois tipos de fibras nervosas, umas relativamente rápidas e outras lentas. A velocidade de condução do estímulo é proporcional ao diâmetro de uma bainha de mielina. De um modo geral, as informações nociceptivas são transmitidas pelas fibras C e pelas fibras A- δ que são as mais finas das fibras mielinizadas. A velocidade de transmissão de ambas é mais lenta do que a das fibras grossas A α e β .

As fibras A- δ são fibras nervosas de condução rápida, revestidas por uma bainha de mielina mais pequena do outras fibras A, com 2 μ a 5 μ de diâmetro e condução de 4 a 20 m/s. Quando estimuladas, originam e justificam a dor aguda bem localizada, relativamente fugaz, sendo responsáveis por desencadearem reflexos de fuga, como retirar um membro de uma fonte de perigo.

As fibras C, são fibras não mielinizadas, de condução lenta, aproximadamente 0.5 a 2 m/s, com diâmetro inferior a 2 μ , são responsáveis pela segunda dor, difusa, tipo moínha, ou sensação de queimadura, mais ou menos duradoura, que segue a sensação dolorosa inicial.

Para além das fibras A- δ e C, responsáveis pela transmissão da dor, existem as fibras A- β que desempenham um papel importante na patologia da dor crónica; são fibras mielinizadas que transmitem impulsos decorrentes do toque, pressão ou movimento muscular. Estas fibras activam interneurónios inibitórios a nível da medula espinal que

inibem a transmissão dos impulsos dolorosos e são responsáveis pelo alívio da dor quando se esfrega a pele em redor de uma lesão. Num estado de dor crónica, as fibras A- β estão associadas ao fenómeno da alodínia, percepção de dor a um estímulo que normalmente não provoca dor.

A activação dos receptores nociceptores pode ocorrer por estimulação directa ou indirecta, dependendo do tipo de estímulo a que respondem, os nociceptores podem ser classificados em mecanonociceptor, constituídos por fibras A- δ (sensíveis a estímulo mecânico intenso como pressão, estiramento, beliscão e corte) e polimodias, constituídos por fibras C (multicompetentes que respondem a estímulos térmicos, mecânicos e químicos).

Os nociceptores diferenciam-se e destacam-se de outros tipos de receptores porque, em condições fisiológicas, não possuem actividade espontânea; mantêm-se em estado de alerta perante um estímulo devido à sua natureza não adaptativa; possuem um limiar de resposta elevado; podem ser previamente sensibilizados e conseguem codificar a intensidade do estímulo.

Mecanismo periférico

O nociceptor encontra-se sob a influência de diversas substâncias produzidas e/ou libertadas localmente que modulam a sua acção.

Os nociceptores são activados/sensibilizados pela acção de substâncias químicas, denominadas algogénicas, que provêm de tecidos lesados e que resultam da cascata inflamatória que contém, entre outros, iões H⁺, iões K⁺, bradicina, serotonina, histamina, prostaglandinas, citocinas, adenosina, leucotrieno, substância P, interleucinas e óxido nítrico. Estas substâncias agem por meio de receptores e canais presentes na membrana dos nociceptores.

As células lesadas libertam para o espaço extracelular enzimas que actuam sobre ácidos gordos de cadeia longa, que posteriormente leva à formação de bradicina a qual exerce a sua acção no nociceptor de uma forma directa ou indirecta. Num mecanismo directo, a bradicina interage com um receptor específico da membrana do aferente primário resultando na activação/sensibilização do mesmo, através da mediação de uma proteína cinase C, dependente de cálcio. Na acção indirecta da bradicina, esta actua a nível da membrana do neurónio simpático pós-ganglionar, degradando fosfolípidos que por intermédio da fosfolipase A libertam ácido araquidónico.

O ácido araquidónico é metabolizado, principalmente, por três sistemas enzimáticos: a cicloxigenase, da qual resultam prostaciclina, prostaglandinas e tromboxanos; a lipoxigenase catalisa leucotrienos e lipoxinas; o citocromo P-450 que por intermédio de outras coenzimas origina epóxidos.

As prostaglandinas, particularmente as prostaglandinas E_2 , que na membrana do aferente primário, desencadeiam a sua activação/sensibilização, promovem a diminuição do limiar de excitabilidade dos nociceptores. Os estímulos de menor intensidade são capazes de estimular os nociceptores.

Os leucotrienos promovem e favorecem o processo inflamatório através da exsudação plasmática, da quimiotaxia e da agregação leucocitária.

Os macrófagos, leucócitos e outras células inflamatórias libertam citocinas (interleucina 1 e 6, factor alfa de necrose tumoral) que iniciam processo de adesão, processo este integrante na quimiotaxia de novas células.

Além da resposta inflamatória tecidual, há também resposta tecidual neurogénica, em que ocorre vasodilatação, extravasamento de proteínas plasmáticas e acção sobre as células inflamatórias com libertação de mediadores químicos.

Uma outra substância, o neuropeptídeo Substância P, através da sua participação nos mecanismos da resposta inflamatória neurogénica, desempenha uma acção importante na activação dos nociceptores aferentes primários e no fenómeno de sensibilização, uma vez que, produz vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular, estimula a quimiotaxia de leucócitos, desgranulação de mastócitos com consequente libertação de histamina, produção e libertação de prostaglandinas.

A persistência de estimulação, devido a aplicações repetidas de um estímulo, ou exposição prolongada a mediadores inflamatórios gerados pela lesão tecidual pode causar modificações no sistema nervoso e produzir o fenómeno de sensibilização.

Sensibilização significa o desenvolvimento de uma resposta aumentada a um estímulo. A **sensibilização periférica** caracteriza-se pela redução do limiar de estimulação dos nociceptores periféricos, intensificação da reacção a estímulos e desenvolvimento de actividade espontânea.

A sensibilização prévia dos nociceptores contribui para um outro fenómeno designado de hiperalgesia, que se traduz por uma sensibilidade exagerada a um estímulo. A hiperalgesia pode ser primária, em que há aumento da resposta dolorosa no local da lesão, ou secundária que se estende para áreas adjacentes.

Existem nociceptores silenciosos ou latentes que em situações fisiológicas não respondem a estímulos intensos, no entanto, quando o limiar do estímulo se reduz, estes receptores previamente não estimulados são activados e passam a responder de maneira intensa, por vezes a estímulos não-nociceptivos.

No entanto, quando existe lesão tecidual há também produção de péptidos opióides endógenos. As endorfinas, as encefalinas e as dinorfinas são ligantes endógenos dos receptores opióides periféricos, que se encontram em linfócitos, monócitos e macrófagos, e que actuam sobre receptores opióides δ e κ no neurónio

simpático pós-ganglionar e nos receptores opióides μ no nociceptor aferente primário de forma a produzir analgesia.

A activação dos nociceptores provoca alterações no potencial de acção, onda de despolarização/repolarização que é transmitida pela fibra nervosa em direcção ao SNC, em que os aferentes primários integrados com outros nervos periféricos penetram na medula espinal pelas raízes posteriores.

Medula espinal

Na medula espinal, os aferentes primários fazem sinapses com os neurónios das pontas posteriores do corno dorsal. Em 1952, Rexed, atendendo à morfologia do corno dorsal, dividiu-o em lâminas, as quais interagem e se interrelacionam, mas também têm funções diferentes que modelam a percepção da dor e o seu controlo.

Os aferentes primários que transmitem informação nociceptiva, terminam e encontram-se em diversas lâminas, principalmente as mais externas, no entanto, a sua influência estende-se a outras lâminas do corno dorsal.

A lâmina I e II parecem estar particularmente relacionadas com estímulos aferentes dos nociceptores, uma vez que têm muitas células que respondem a estímulos potencialmente lesivos. De uma maneira simplificada, grande parte das fibras A δ terminam na lâmina I e na porção mais superficial da lâmina II. As fibras C terminam na lâmina II, onde existem grandes quantidades de fibras a partir das células profundas.

Mecanismo central

A transmissão dos estímulos nociceptivos através da medula espinal não é um processo passivo; a interacção medular altera o impulso aferente, que após a modelação, determina a mensagem a ser transmitida ao córtex cerebral.

Depois de penetrarem na medula espinal, os aferentes primários vão fazer sinapses com os neurónios das pontas posteriores da medula, surgindo assim o segundo neurónio ou aferente secundário da via da dor, o qual posteriormente integra as vias ascendentes até chegar ao cérebro.

No terminal do aferente primário, pré-sináptico, a chegada do influxo nervoso com informação nociceptiva, sob a forma de potencial de acção, altera a permeabilidade membranar aos iões.

Com alteração da permeabilidade membranar ao cálcio e posterior aumento da concentração dentro da célula do mesmo, leva à mobilização das vesículas pré-sinápticas que contêm neurotransmissores excitatórios, tais como o glutamato, neurocinina A, Substância P, ou CGRP que, por exocitose, são libertados na fenda sináptica.

Na fenda sináptica, os neurotransmissores e outros neuropeptídeos libertados, interagem com receptores membranares, pós-sinápticos, do neurónio de segunda ordem de forma a transmitir a informação.

O glutamato parece ser o principal neurotransmissor a nível da medula espinal, uma vez que se liga a vários receptores pós-sinápticos, receptores metabotrópicos do glutamato, receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato) e não-NMDA.

Os receptores NMDA estão habitualmente bloqueados por iões de magnésio, fazendo com que, em situações normais a ligação do glutamato ao receptor NMDA não provoque activação. A estimulação persistente e intensa dos neurónios do corno dorsal origina alterações estruturais e a activação de receptores NMDA e de outros receptores, desempenhando um papel importante no desenvolvimento de **sensibilização central**.

Depois da activação de receptores NMDA pelo glutamato há remoção do ião de magnésio de interior do receptor e o consequente influxo de iões de cálcio para o interior da célula, induzindo potenciais de acção pós-sinápticos prolongados, que são posteriormente transmitidos como estímulo doloroso

A activação de receptores NMDA e de outros receptores com aumento de cálcio intracelular é responsável pela expressão protooncogénica, dos quais fazem parte genes *c-fos* e *c-jun*, que por sua vez contribuem para um aumento da síntese proteica e plasticidade neuronal.

Ressalta-se também a existência de peptídeos opioídes endógenos e respectivos receptores (μ , δ e κ) tanto a nível pré-sináptico como pós-sináptico, o que revela mecanismos moduladores da transmissão do estímulo nociceptor a nível medular.

Vias Ascendentes

A nível medular observa-se também uma heterogeneidade neuronal correlacionada com a resposta ou não a estímulos nociceptivos. Assim, identifica-se dois tipos de neurónios: os neurónios específicos, que respondem exclusivamente a estímulos dolorosos, localizados nas lâminas I e II, têm função sensorio-discriminativa e os seus axónios formam o feixe espinotalâmico directo; os neurónios não específicos respondem a estímulos nociceptivos e inócuos (tacto), recebem informação cutânea e visceral, localizam-se nas lâminas II, IV, V e VI, têm uma função de detecção têmporo-espacial e os seus axónios formam o feixe espinoreticular.

As principais vias ou feixes ascendentes envolvidos na percepção consciente da informação sensorial externa são as vias espinotalâmicas e o feixe lemniscal.

A via lemniscal transmite todo o tipo de informação sensorial discriminativa com elevado grau de orientação espaço-temporal, é constituída por fibras grossas mielinizadas que, a grande velocidade, transmitem o estímulo até ao tálamo que

posteriormente se dirige para a área somatossensorial do córtex

A via espinotalâmica é a menos discriminativa dos dois sistemas que transportam estímulos externos ao cérebro, transmitindo, a baixa velocidade, um largo espectro de informação, como por exemplo, temperatura, tacto superficial, pressão e estímulos nociceptivos.

No seu trajecto ascendente, o feixe espinotalâmica origina dois outros feixes: o feixe espinotalâmico directo e o feixe espinorreticular.

O feixe espinotalâmico directo é constituído pelos neurónios específicos da raiz posterior com condução rápida, que se dirige para o talâmo onde ocorre o terceiro neurónio e posteriormente projecta o estímulo para os núcleos talâmicos. Este feixe é responsável pela transmissão da informação discriminativa da dor, bem localizada, habitualmente associada à dor aguda.

O feixe espinorreticular, constituído por neurónios não específicos do corno dorsal, que transmitem estímulo através de uma condução lenta, terminando na formação reticular, de forma difusa, onde ocorre terceiro neurónio, sem projecção cortical específica, é responsável por comportamentos de defesa e está relacionada com persistência do estímulo nociceptivo associado à dor crónica.

Via descendente antinociceptiva

Considera-se inequívoca, a existência de uma via descendente analgésica que tem origem a nível cerebral onde são activados mecanismos inibidores que conduzem à modulação da dor que ocorre a nível espinal.

Esta via assenta principalmente em dois sistemas, o sistema serotoninérgico e o sistema catecolaminérgico (predominantemente α -adrenérgico), sendo os principais neurotransmissores inibitórios, endorfinas, encefalina, dinorfina, serotonina e noradrenalina.

O conhecimento acerca da dor e dos seus mecanismos não se prende apenas com a compreensão da transdução, transmissão e modulação dos efeitos de agressão tecidual descritos. Cada vez mais se dá ênfase a outros aspectos, nomeadamente a nível da cognição, emoção e comportamentos que podem influenciar a dor (Steinman, 2009).

1.2-CLASSIFICAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA

Existem diferentes formas de classificar a dor oncológica atendendo a diversos aspectos como a duração, a etiologia e a localização da dor.

Tendo por base a **duração**, a dor oncológica pode ser aguda ou crónica:

- A dor aguda significa curta duração, é delimitada no tempo, geralmente bem localizada e descrita com clareza pelo doente, está associada com sinais de hiperactividade simpática (taquicardia, hipertensão, sudorese) e manifesta-se frequentemente no início do processo de doença. Constitui-se um mecanismo protector com finalidade biológica de preservação do organismo, um sinal de alarme fundamental para o diagnóstico de doença, isto porque é a principal razão de procura de cuidados de saúde por parte da população geral (Costa *et al*, 2005; Dourado, 2007; Metzger *et al*, 2000; Patt, sd).
- A dor crónica é mal localizada, mal definida, prolongada, desgastante e multifactorial, pode resultar de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão no sistema nervoso ou de uma patologia psicológica ou ainda, da interligação entre estas causas. Deixa de ser um sinal de alarme para se transformar numa doença por si só, com o decorrer do tempo e cronicidade, os sinais de hiperactividade simpática deixam de se evidenciar e são substituídos por ajustes comportamentais (alteração da expressão facial, atitude, postura e humor) e desregulações dos mecanismos homeostáticos que podem persistir por todo o tratamento (Costa *et al*, 2005; Dourado, 2007; Metzger *et al*, 2000; Patt, sd).

Um doente oncológico pode experimentar dor resultante de diferentes **etiologias**, desde extensão/infiltração tumoral, realização de procedimentos de diagnóstico ou tratamento, efeitos a longo termo do tratamento ou até mesmo uma patologia prévia não relacionada com a neoplasia (Deng *et al*, 2005).

Grande parte da dor oncológica está relacionada com o próprio cancro em si, quer se trate de uma massa, de uma metástase ou da infiltração de células cancerosas que podem activar nociceptores, comprimir nervos ou destruir tecidos (Metzger *et al*, 2000).

A obstrução, infiltração ou compressão de estruturas viscerais, como órgãos ocos ou tecidos pode desencadear diversos síndromes dolorosos nociceptivos. A invasão neoplásica do osso, articulações e músculos pode causar dor somática persistente, sendo o síndrome de dor óssea comum. Em casos de invasão/compressão do sistema nervoso, existe potencial de danificar a medula espinal ou uma raiz nervosa com

comprometimento neurológico significativo. A identificação e o tratamento da lesão subjacente são fundamentais para o controlo da dor adequado e para a prevenção de novos danos (Portenoy *et al*, 1999).

As dores associadas a actos de diagnóstico são inúmeras, sendo a maioria agudas. A realização de punção lombar, de mielograma, de biopsias, de endoscopias digestivas, ou de exames de imagiologia em que é necessário permanecer imóvel numa posição, podem ser causas de dor (Metzger *et al*, 2000).

A dor como sequela do tratamento oncológico pode ser resultado de cirurgia, de radioterapia e de quimioterapia. Os tratamentos são causa de dor em 25% dos doentes em ambulatório e 19% dos doentes internados (Costa *et al*, 2005).

A cirurgia pode desencadear dor aguda pós-operatória e dor crónica, principalmente, em caso de agressão à integridade física e alteração da imagem corporal, como desfiguração do rosto, amputação de um membro ou mastectomia (Metzger *et al*, 2000).

A radioterapia é uma das causas de dor aguda associada a actos terapêuticos, porque induz agressão tecidual e processos inflamatórios que lesam tecidos frágeis, nomeadamente, na cavidade oral (mucosite e esofagite) e gastrointestinal (enterocolite por radiação). A massa tumoral quando irradiada provoca edema local e intensificação da dor inicial, principalmente em casos de metástases ósseas. A dor crónica relacionada com radioterapia resulta da isquémia e atrofia irreversível dos tecidos circundantes ao campo irradiado (atrofia cutânea, osteonecrose e mielite pós-irradiação) (Metzger *et al*, 2000).

Os citostáticos utilizados na quimioterapia agredem tecidos que se renovam rapidamente, como exemplo, a pele (dermatite, rash cutâneo tipo queimadura), a mucosa oral e gastrointestinal (mucosite, enterocolite), bexiga (cistite hemorrágica) e causam outras alterações orgânicas associadas à toxicidade provocada pelos citostáticos, levando ao aparecimento de dor aguda (Costa *et al*, 2005). Alguns citostáticos, como os taxanos e os sais de platina, podem causar neuropatia periférica, com perda de sensibilidade, parestesias e síndrome palmar e plantar, por vezes irreversíveis (Deng *et al*, 2005).

Atendendo à **localização** da dor oncológica, esta pode ser somática, visceral, ou neuropática:

- A dor oncológica somática pode ser causada pela invasão tumoral dos ossos, articulações ou tecidos adjacentes. A massa tumoral local produz e estimula a produção de mediadores inflamatórios que causam a activação e estimulação contínua de nociceptores periféricos cutâneos e profundos. Descreve-se como latejante, pontiaguda, varia de intensidade, causa sensibilidade local e é

exacerbada com o movimento e levantamento de peso (Costa *et al*, 2005; Regan *et al*, 2000).

- A dor oncológica visceral é nociceptiva, tal como a dor somática, porém com características peculiares. Aparentemente, os órgãos sólidos como o pulmão, o fígado e o parênquima renal são insensíveis à dor mesmo em situações de destruição neoplásica significativa. Apenas se relata dor quando a estrutura capsular ou outras adjacentes são atingidas. Quando um tecido visceral é sujeito a um estímulo nocivo, como queimadura ou corte, não há percepção de dor. Mas quando é sujeito a um estímulo natural como a distensão de um órgão oco facilmente produz dor. A dor visceral é induzida pela distensão, isquémia e inflamação, é geralmente difusa, mal localizada, profunda e descrita como roedora e câimbra constante (Costa *et al*, 2005; Regan *et al*, 2000).

- A dor oncológica neuropática resulta da lesão ou da inflamação do sistema nervoso periférico ou central. Em doentes oncológicos, a dor neuropática pode ser causada directamente pela infiltração ou compressão de um nervo pelo tumor, ou indirectamente pelos tratamentos oncológicos, como a radioterapia ou a quimioterapia (por exemplo, vincristina, oxaliplatino). É descrita como ardente, fuzilante, câimbra, formigueiro, picada, choque eléctrico e lancinante e pode provocar uma sensibilidade exagerada ou sensação elevada a estímulos dolorosos (hiperalgesia) ou sensação dolorosa causada por uma estimulação não nociceptiva, que habitualmente não é dolorosa (alodínia). A relação entre mecanismos e sintomas é complexa, já que diferentes mecanismos podem provocar o mesmo sintoma e do mesmo mecanismo podem resultar diferentes sintomas (Metzger *et al*, 2000; Regan *et al*, 2000).

1.3-AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor visa identificar os doentes que sentem dor, os diferentes factores responsáveis, a sua persistência e oscilações de forma a ajustar a terapêutica à etiologia; proporcionar uma linguagem universal entre a equipa multidisciplinar (o doente deve ouvir a mesma resposta seja qual for o profissional que questiona); definir objectivos terapêuticos exequíveis, pois nem sempre é possível erradicar a dor mas atenuá-la é um objectivo satisfatório para o doente e, desta forma, melhorar a qualidade e a eficácia de prestação de cuidados; facilitar a comunicação e circulação de informação entre o doente e os diferentes profissionais de saúde e, por fim, permitir uma argumentação racional na

tomada de decisões e no planeamento terapêutico tendo em conta cada uma das componentes da dor (Metzger *et al*, 2000).

A dor afecta cada pessoa de uma forma singular, factores como a idade, a personalidade, a percepção, o limiar da dor e a experiência anterior com a dor devem ser considerados na avaliação (Bitros, 2007).

A avaliação da dor oncológica requer repetidas avaliações em intervalos regulares durante todo o tratamento, principalmente em casos de novos relatos de dor e também porque novas causas de dor podem emergir (Pereira, 2006).

A essência da avaliação da dor oncológica é similar a outras avaliações de doenças ou síndromes. Deve-se proceder a uma colheita de informação completa e exaustiva, com a descrição pormenorizada da dor, de forma a obter um guia para as melhores opções de tratamento, muitas vezes sem necessidade de testes invasivos (Cleary, 2000).

Escalas de avaliação da intensidade da dor

Em 2003, a Direcção Geral de Saúde considerou que a avaliação e o registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, deve ser executada de forma contínua e regular, à semelhança de outros sinais vitais, para otimizar a terapêutica e, consequentemente melhorar a qualidade de vida do doente com dor.

Quantificar algo tão subjectivo como a dor é um procedimento difícil. Na prática não existe nenhum método objectivo satisfatório para determinar a intensidade da dor, pelo que é necessário recorrer ao método de auto-estimativa em escala.

Assim, indica-se a utilização de escalas validadas internacionalmente:

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

Figura 1- Escala Visual Analógica in Ministério da Saúde (2003)

Esta escala consiste numa linha horizontal ou vertical de 10 centímetros de comprimento, em que se assinala numa extremidade “Sem Dor” e na outra extremidade “Dor máxima”. Em seguida, o doente assinala, na linha, o ponto que representa a intensidade da dor. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha até ao local indicado pelo doente, obtendo-se, desta forma, uma classificação numérica.

A escala visual analógica é considerada um instrumento de avaliação sensível que oferece uma escolha de respostas não memorizáveis pelo doente, de uma avaliação para a outra.

Escala Numérica

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

Figura 2- Escala Numérica in Ministério da Saúde (2003)

Esta escala é fácil de utilizar, permite medidas aproximadas e consiste na utilização de uma régua dividida em 11 partes iguais, numeradas de 0 a 10, que pode ser apresentada na horizontal ou vertical. Ao doente, pede-se que faça a equivalência entre a intensidade da dor e uma classificação numérica, em que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à “Dor máxima”. A classificação numérica indicada pelo doente é a que se regista na folha de sinais vitais.

A escala visual analógica e a escala numérica são bastante concordantes e igualmente sensíveis na avaliação, considera-se que funcionam melhor para uma avaliação subjectiva da dor do doente no momento (intensidade de dor no presente). Contudo, podem igualmente ser usadas para avaliar a evolução da dor nas últimas horas ou semanas (Breivik *et al*, 2008).

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Figura 3- Escala Qualitativa in Ministério da Saúde (2003)

Trata-se de uma escala de auto-avaliação em que o doente classifica a dor de acordo com os adjectivos apresentados na escala. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

Em virtude da subdivisão em apenas 5 níveis, esta escala é menos sensível, todavia, é extremamente viável uma vez que, só são contemplados graus de diferenciação relevantes e claramente compreensíveis. É particularmente adequada para a monitorização a longo prazo.



Figura 4- Escala das fases in Ministério da Saúde (2003)

A escala das faces foi especialmente desenvolvida para crianças a partir dos 3 anos, que ainda não sabem ler, ou para doentes com limitação da compreensão.

Na escala das faces, é solicitado ao doente que classifique a intensidade da dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Por vezes, o doente pode apontar para uma face que significa que está em sofrimento emocional em vez de corresponder à intensidade da dor física. Os profissionais de saúde, quando utilizam esta escala, devem despistar se a classificação apontada pelo doente é física, emocional ou espiritual.

A utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor pressupõe algumas regras: a intensidade da dor é sempre referida pelo doente, a escala utilizada num doente deve ser sempre a mesma e é fundamental que o profissional de saúde se assegure que o doente compreenda correctamente o significado e utilização da escala seleccionada.

Deve ter-se em consideração que quando se utiliza uma escala com número ímpar de subdivisões, em particular 5 subdivisões, poderá existir tendência do doente para escolher o valor médio.

No entanto, de uma forma geral, o método de auto-estimativa em escala é bastante fiável para monitorizar o curso do tratamento no doente.

Os enfermeiros são profissionais privilegiados, pela proximidade e tempo de contacto com o doente, para avaliar a dor e recolher toda a informação necessária para elaboração de um plano terapêutico.

Atendendo ao pressuposto de que a dor e intensidade são aquilo que o doente diz, a Ordem dos Enfermeiros, no Guia Orientador de Boa Prática (2008), recomenda ao pessoal de enfermagem:

- Reconhecer o doente como o melhor avaliador da dor e a sua avaliação deve ser sempre respeitada.
- Privilegiar, em doentes com capacidades de comunicação e sem alterações cognitivas, o auto-relato como fonte de informação preferencial.
- Monitorizar a evolução da dor de forma regular e contínua, de acordo com os instrumentos do protocolo da instituição, mantendo a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, excepto se houver alterações clínicas que justifiquem a sua mudança.
- Realizar ensinios adequados ao doente e família ou cuidador informal de forma a assegurar a sua compreensão.
- Avaliar a dor em doentes com incapacidade de comunicação verbal ou alteração da função cognitiva através de escalas de hetero-avaliação ou através de indicadores fisiológicos e comportamentais como alteração da frequência cardíaca, sudorese, face de dor, posturas anti-álgicas, entre outros.
- Registar o resultado da avaliação da dor de forma a garantir a transmissão da informação aos membros da equipa multidisciplinar.

Não existem meios objectivos de confirmar a intensidade, localização, qualidade, duração e frequência da dor. A avaliação criteriosa e pormenorizada de todas as características, junto do doente, é preponderante para a definição e implementação de um regime terapêutico eficaz e efectivo.

.

1. ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

A palavra cancro apresenta-se como uma ameaça para o doente, sem excepções. No momento do diagnóstico de doença oncológica, são inúmeras as emoções experimentadas pelo doente, desde incertezas, sentimentos de culpa, preocupações acerca dos efeitos do tratamento oncológico, inquietação constante, medo de progressão da doença, da morte e questões espirituais (Steinman, 2009).

Alguns autores descreveram uma resposta “normal”, após o diagnóstico de cancro ou de recaída, que se caracteriza por um período de choque inicial e incredulidade bem como ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, distúrbios do apetite e do sono e défice de concentração que frequentemente afectam negativamente o papel familiar, laboral e social do doente. Este tipo de reacção ansiosa a curto prazo pode facilitar a preparação do doente para enfrentar dificuldades esperadas, motiva-o a providenciar ajuda e a mobilizar estratégias de coping prévias que, numa fase posterior, contribuirão para uma adaptação mais fácil e mais rápida a situações de stress. Considera-se igualmente normal evidenciar níveis de ansiedade elevados por um período de 7 a 10 dias após a comunicação de más notícias, sendo que a duração de sinais e sintomas são importantes para diferenciar ansiedade normal ou não, no entanto, a história natural da ansiedade no contexto oncológico é imprecisa e este critério difícil de aplicar (Stark, House; 2000; Steinman, 2009).

A maioria dos doentes consegue desenvolver mecanismos que lhes permite lidar com a doença, mas cerca de 30% de todos os doentes desenvolvem transtornos da ansiedade, sendo os mais comuns, o transtorno de adaptação com ansiedade ou transtorno de ansiedade generalizada (Wasan *et al*, 2005).

No decorrer da doença oncológica, são frequentes pensamentos e comportamentos obsessivos como a prevenção, controlos de saúde repetitivos e a procura de reafirmação de sintomas somáticos transitórios que podem ser promotores de mais ansiedade no doente e na família. Numa outra perspectiva, doentes ansiosos experimentam e relatam mais sintomas relacionados com a doença ou tratamento do que doentes não ansiosos, o que resulta muitas vezes numa investigação que pode inadvertidamente agravar a ansiedade, já que o doente se vê novamente sujeito a vários procedimentos ou exames e a aguardar o resultado dos mesmos (Stark, House; 2000).

Outras condições associadas ao cancro podem induzir ou aumentar sintomas de ansiedade, incluindo, metástases cerebrais, tumores secretores de hormonas, disfunção

da tiróide, hipoxia, sépsis, hipoglicemia, hipocalcemia e a administração de fármacos como interferon, corticóides, broncodilatadores e anti-histamínicos (Thielking, 2003; Wasan *et al*, 2005).

Os doentes oncológicos em fase avançada são confrontados com questões melindrosas como a morte, perda e isolamento o que os torna mais susceptíveis de desencadear transtornos da ansiedade. Por vezes, estes doentes podem acreditar que os profissionais de saúde que prestam cuidados de conforto e suporte o fazem de forma insuficiente, especialmente no controlo da dor. Assim, é importante despistar a ansiedade nestes doentes para que o tratamento sintomático seja apropriado e mais efectivo (Spencer *et al*, 2010).

A dor em doentes com cancro pode ser complicada por factores de distress psicológico inerentes à própria experiência da dor e associada com medo e desamparo que precipitam distúrbios depressivos e ansiedade (Steinman, 2009).

A dor oncológica e a ansiedade são problemas comuns para os doentes com cancro. Os doentes com dor parecem ter um risco aumentado de problemas de ansiedade comparativamente a doentes sem dor (Thielking, 2003).

Os doentes com dor oncológica podem estar condicionados a serem excessivamente cuidadosos em actividades que causam dor não controlada, provocando comportamentos de defesa dessas actividades o que, em determinados doentes, pode ser extremamente fóbico (Wasan *et al*, 2005).

A ansiedade amplia a percepção e as queixas de dor através de diversos mecanismos biopsicossociais, que incluem excitação simpática com mediação noradrenérgica, diminuição do limiar nociceptivo, excessivo foco cognitivo em sintomas dolorosos e mecanismos de coping insuficientes (Wasan *et al*, 2005).

A depressão caracteriza-se por um estado afectivo nuclear de tristeza vital e profunda que envolve a pessoa até afectar todas as esferas intra e interpessoais (Vallejo, 2005). É dos distúrbios psiquiátricos mais frequentes e afecta pessoas em todo o mundo, independentemente do sexo, idade ou raça e actualmente é um factor considerável de prejuízo pessoal, funcional e social (Souza *et al*, 2005).

Em doentes oncológicos, a depressão é frequente, mas não é obrigatória. Os factores de stress que tornam o cancro uma experiência traumática e desencadeiam distúrbios da ansiedade podem igualmente causar depressão, nomeadamente, a progressão da doença, o medo de tratamentos invasivos e de dor, a alteração imagem corporal, degradação do estado físico e a alteração do papel na vida familiar, no ambiente laboral e na sociedade em geral (Pasquini, Biondi; 2007).

A prevalência da depressão nestes doentes é um assunto controverso e não

consensual. Alguns estudos demonstram que cerca de 58% de doentes oncológicos têm sintomas depressivos e mais de 38% têm depressão major (Williams, Dale; 2006).

A depressão reduz significativamente a qualidade de vida, o tempo de sobrevida, a eficácia dos tratamentos e prolonga o período de hospitalização do doente oncológico (Irving, Lloyd-Williams; 2010). De acordo com estudos publicados, a depressão, além de complicar os mecanismos de coping para lidar com cancro e adesão ao regime terapêutico, afecta aspectos da função endócrina e imunológica, processos importantes na resistência à progressão tumoral (Spiegel, Giese-Davis; 2003).

No contexto oncológico diagnosticar depressão pode revelar-se um tremendo desafio para os profissionais de saúde. Atendendo ao processo fisiopatológico do cancro ou ao seu tratamento, podem surgir dificuldades quando se decide quais dos sintomas somáticos identificados pelos critérios do DMS-IV são atribuídos à depressão e quais são devidos ao cancro. Os sintomas somáticos incluem alterações do sono, anorexia, perda de peso, fadiga, lentificação psicomotora e incapacidade cognitiva (Ciaramella, Poli, 2001; Raison, Miller, 2003).

Alguns autores sugerem que é necessário recorrer a uma abordagem adequada, que permita identificar qual a etiologia dos sintomas somáticos evidenciados pelo doente oncológico. Três modelos foram proposto na tentativa de ajudar no diagnóstico de depressão: o modelo inclusivo sugere que os sintomas somáticos devem ser considerados independentemente da causa; o modelo de substituição, que defende que os sintomas somáticos devem ser substituídos por sintomas não somáticos; e o modelo exclusivo que defende que os sintomas somáticos podem ser ignorados como critérios de diagnóstico (Pasquini, Biondi; 2007; Irving, Lloyd-Williams; 2010).

A avaliação de depressão em doentes oncológicos deve considerar aspectos como o estadio da doença, a gravidade global da doença, o suporte social do doente e a sua reacção, a aceitação e adaptação a circunstâncias de vida stressantes (Pasquini, Biondi; 2007).

Ao tratar depressão em doentes com cancro, devem-se excluir previamente possíveis causas subjacentes ao cancro ou factores que podem ser modificados e que irão melhorar os sintomas depressivos, tais como alterações metabólicas, sépsis, tumores/metástases do sistema nervoso central, radiação cerebral, obstipação e, mais frequentemente, dor (Wasan *et al*, 2005).

Em doentes oncológicos com dor, estão repetidamente associados factores de distress psicológico, entre os quais depressão. Embora, depressão e dor possam co-existir como entidades independentes no mesmo doente oncológico, poderá haver uma relação entre ambas (Valentine, 2003). Numa outra perspectiva, dor não controlada causa ansiedade e depressão e ansiedade e depressão acentuam a experiência da dor.

2.1- CONCEITOS E MODELOS EXPLICATIVOS DA ANSIEDADE

A ansiedade pode ser encarada como uma experiência emocional de intensidade variável, face a situações futuras ou iminentes, que depende da avaliação e interpretação do indivíduo, sendo condicionada por factores inerentes ao próprio ou outros inerentes ao meio em que está inserido (Sequeira, 2006).

Na versão 1 da CIPE, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2006), definiu ansiedade como uma emoção com características específicas como sentimento de ameaça, perigo ou angústia, sem causa conhecida que se acompanha com pânico, pele pálida, pupilas dilatadas, aumento da tensão muscular e da transpiração e diminuição da autoconfiança.

A ansiedade difere dos medos normais porque estes são reacções emocionais adequadas às ameaças externas reais. Contrariamente, a ansiedade ocorre com ou sem ameaça externa ou como uma resposta excessiva e inadequada a uma ameaça (Shelton, 2002).

Esta perturbação mental pode manifestar-se por sintomas objectivos e subjectivos, os quais resultam de alterações a nível somático, motor, cognitivo, fisiológico, comportamental e do sistema autónomo, bioquímico e endócrino. Assim, a ansiedade caracteriza-se por:

- Manifestações emocionais – sensação de tensão, medo, inquietação, irritabilidade e apreensão;
- Manifestações cognitivas – défice de concentração e resposta de alerta excessiva;
- Manifestações comportamentais – isolamento e tendências compulsivas
- Manifestações somáticas – tensão muscular, agitação, fadiga, xerostomia, sensação de “nó na garganta”, lipotímias e distúrbio do sono (Craske, *et al*, 2009; Sequeira, 2006).

A ansiedade pode ser adaptativa como resposta a uma ameaça, como o cancro. No entanto, em algumas circunstâncias, torna-se, por si só, um problema clínico importante. A ansiedade anormal é definida por sintomas desproporcionais ao nível da ameaça, que persistem ou agravam sem intervenção e que causam perturbações funcionais e distress psicológico (Stark, *et al*, 2002).

Os transtornos da ansiedade partilham características relevantes, mas diferem no objecto e amplitude da ameaça. Estes distúrbios variam desde fobias leves (aerofobia, escotofobia, aracnofobia) até perturbações mentais crónicas, incapacitantes como

ataques de pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo (Shelton, 2002).

Com base na classificação DSM-IV, os transtornos de ansiedade incluem transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, fobia social/específica, stress pós-traumático, comportamento obsessivo-compulsivo e ansiedade induzida por substâncias.

O transtorno de ansiedade generalizada representa uma preocupação excessiva e incontrollável sobre diferentes eventos da vida, acompanhada por sintomas de tensão motora e apreensão, na maior parte do dia, por um mínimo 6 meses. O início de transtorno de ansiedade generalizada é tendencialmente insidioso, não necessitando de um evento desencadeante (Kinrys, Wygant; 2005).

O transtorno do pânico é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes e por apreensão persistente a respeito de recorrências, implicações ou das suas consequências. É acompanhado pelo medo da perda de controlo, pela activação do sistema nervoso simpático e pelo impulso de fuga, que em doentes oncológicos pode precipitar o término dos tratamentos. Pode ocorrer com ou sem agorafobia (Steinman, 2009).

A fobia social é o transtorno de ansiedade mais prevalente e o terceiro distúrbio psiquiátrico mais comum, sendo o primeiro a depressão major e o segundo o abuso de álcool. Representa medo social excessivo ou situações que podem originar constrangimentos ou julgamentos negativos dos outros. A ansiedade fóbica apenas ocorre em relação a um estímulo específico, pelo que, comportamentos de evasão são comuns. Em doentes oncológicos, podem desencadear-se fobias específicas em relação ao hospital, tratamentos e procedimentos técnicos (por exemplo, punção venosa) (Craske, Waters, 2005; Stark *et al*, 2002).

O stress pós-traumático envolve a re-experiência do trauma sob a forma de pensamentos ou pesadelos intrusivos, esforço para evitar lembranças do trauma e distúrbio do sono e atenção, o que causa prejuízos funcionais em casa e no trabalho. Estes sintomas têm duração superior a um mês (Steinman, 2009).

O comportamento obsessivo-compulsivo caracteriza-se por pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas e persistentes ou por comportamentos ou actos mentais repetitivos, nos quais a pessoa se sente impulsionada a efectuar determinado comportamento, em resposta a uma obsessão ou regras rígidas (Kinrys, Wygant; 2005).

Existem vários modelos com objectivo de clarificar ansiedade e os seus mecanismos. Alguns destes modelos assentam a sua explicação em aspectos biológicos, comportamentais e cognitivos:

- Modelo biológico – as bases deste modelo reportam-se ao estudo de Darwin (1872) sobre a expressão de emoções em animais e humanos que posteriormente foi complementado com estudos de Cannon (1927) e Selye (1956) entre outros, e dos quais se depreendeu que a expressão de medo e ansiedade tem um grande valor adaptativo no Homem e em todos os animais, por desencadear comportamentos adaptativos como fuga da ameaça, o que aumenta a capacidade de sobrevivência. A compreensão das funções cerebrais normais destes comportamentos e natureza biológica da ansiedade foram, em parte, elucidadas pelo mecanismo de acção de drogas que interferem com sintomas de ansiedade. Através de estudos farmacológicos e de lesões relacionou-se a ansiedade com alterações no funcionamento do complexo receptor do ácido gama amino-butírico (GABA), no sistema serotoninérgico, nomeadamente núcleos da rafe e suas projecções e núcleo do *locus coeruleus* noradrenérgico. Fármacos ansiolíticos como antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos da recaptação da serotonina e benzodiazepinas influenciam, respectivamente, a activação noradrenérgica, actividade serotoninérgica e os receptores GABA (Shelton, 2002; Vallejo, 2005).
- Modelo comportamental – recorre à teoria da aprendizagem para fundamentar que os distúrbios da ansiedade se desenvolvem à medida que factores ambientais desencadeiam estímulos inadequados, assimilados e processados através de comportamentos ansiosos (Shelton, 2002; Vallejo, 2005).
- Modelo cognitivo – advoga que a ansiedade resulta de crenças inadequadas e distorcidas de si próprio, do mundo e do futuro. Estas crenças conduzem a anormalidades no processamento da informação, através dos quais os acontecimentos são percebidos como extremamente perigosos ou ameaçadores o que resulta em comportamentos ansiosos.

2.2- CONCEITOS E MODELOS EXPLICATIVOS DA DEPRESSÃO

O conceito de depressão parece ter surgido do termo melancolia, usado por Hipócrates que sugeriu que este estado se devia ao excesso/alteração de bÍlis negra. Posteriormente, vários autores, entre os quais Freud, tentaram explicar melancolia e outros conceitos associados. Em 1905, Adolf Meyer propôs o termo depressão e que esta perturbação correspondia a reacções maladaptativas a factores de stress (Telles-Correia, Barbosa; 2009).

A depressão pode ter diferentes significados em diferentes situações. Pode variar de um estado emocional de tristeza, a uma resposta psicológica maladaptativa a um factor de stress (transtorno de adaptação ou depressão reactiva) ou a um transtorno persistente com características psicológicas e sintomas físicos (depressão major). Transtornos de adaptação com humor depressivo e depressão major estão associados com níveis de distress que necessitam de intervenção (Valentine, 2003).

De acordo com a 4ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), depressão minor define-se como sintomas de humor depressivo persistente ou anedonia (perda significativa do interesse ou prazer na maioria ou em todas as actividades) com duração de duas semanas ou mais, acompanhados por pelo menos dois mas não mais do que três, dos sintomas que se seguem: fadiga ou perda de energia, perda de peso, alteração do paladar, distúrbio do sono (insónia ou hipersonia), lentificação ou agitação psico-motora, sentimento de inutilidade ou excesso de culpa, diminuição do raciocínio ou concentração, pensamentos recorrentes de morte ou ideias suicidas. Considera-se depressão major quando aos sintomas de humor depressivo ou anedonia estão associados a pelo menos 4 dos sintomas anteriormente indicados (Irving, Lloyd-Williams, 2010).

De acordo com Souza e colaboradores (2005), a depressão pode variar a intensidade da sua sintomatologia de leve a grave, sendo que:

- Leve – é quando o quotidiano não é afectado pela sintomatologia depressiva, a pessoa denota uma diminuição do prazer e satisfação em realizar as suas actividades habituais, mas com empenho, consegue mantê-las razoavelmente.
- Moderada – nesta fase surgem dificuldades em manter as actividades diárias, apesar do empenho e esforço por parte do indivíduo, este não consegue manter-se bem e demonstra perda de prazer e desinteresse por actividades que anteriormente considerava agradáveis.
- Grave – a sintomatologia neste grau pode atingir níveis elevados, como

estado de estupor e comportamentos suicidas. Por vezes, a incapacidade causada pela depressão pode tornar-se irreversível.

De facto, pensamentos sobre a morte reflectem a gravidade dos sintomas depressivos e, entre estes, existem pensamentos fugazes de que não vale a pena continuar vivo, pensamentos diários de que se deseja estar morto (desejo de morte passiva), pensamentos persistentes de que se quer matar (pensamentos suicidas) e pensamentos suicidas com um plano (intenção suicida) (Wasan *et al*, 2005).

Apesar das inúmeras tentativas de explicação, a causa de depressão ainda não está totalmente esclarecida. Contudo, há concordância de que factores biológicos e ambientais podem interagir entre si de um modo complexo e contribuir para sintomas depressivos.

Nos factores biológicos estão incluídos aspectos genéticos, neuroquímicos e neuroendócrinos:

- Aspectos genéticos – os estudos acerca destes factores são ainda escassos e dos quais obtiveram-se poucos resultados concretos. Inicialmente, há a dificuldade em caracterizar o fenótipo da depressão devido à variabilidade de manifestações pessoais, cognitivas e comportamentais da depressão. A tentativa de estabelecer um modelo de transmissão mostrou-se frustrada, uma vez que os efeitos ambientais parecem exercer um papel determinante na susceptibilidade para depressão. Os estudos de genética molecular ainda não conseguiram determinar um *locus* específico para depressão.
- Aspectos neuroquímicos – a evolução do conhecimento destes factores na etiologia da depressão está relacionado com o aparecimento de antidepressivos e compreensão do seu mecanismo de acção. O aumento da disponibilidade de noradrenalina a nível sináptico melhora os sintomas depressivos, seja através do bloqueio da bomba de recaptação de noradrenalina para dentro do neurónio pré-sináptico ou através da inibição da enzima monoamino-oxidase que aumenta concentrações de noradrenalina e serotonina a nível cerebral.
- Aspectos neuroendócrinos – uma parte significativa dos doentes com depressão apresenta hipersecreção de cortisol que retorna a níveis normais assim que os sintomas depressivos são controlados.

Os factores ambientais englobam aspectos sociodemográficos e psicossociais:

- Aspectos sociodemográficos – contemplam género, já que parece haver uma predominância em mulheres, especialmente no período pós-parto ou pré-menstrual; estado civil, no qual indivíduos divorciados estão relacionados com sintomatologia depressiva; a relação entre depressão e posição profissional é curvilínea, verificando-se maior incidência em postos mais altos e mais baixos da hierarquia.
- Aspectos psicossociais – abrangem personalidade, suporte social, acontecimentos ao longo da vida (Meleiro, 2005; Vallejo, 2005).

Inúmeros modelos teóricos têm sido desenvolvidos na tentativa de explicar a etiologia e os mecanismos da depressão. Estes assentam a sua explicação em diferentes factores, desde as causas biológicas aos factores ambientais, no entanto, não há evidência de que determinado factor seja mais preponderante em relação a outro. Dos modelos existentes, destaca-se o modelo cognitivo da depressão de Beck.

O modelo cognitivo da depressão de Beck, assenta em três conceitos básicos: tríade cognitiva, pensamentos automáticos/distorções cognitivas e esquemas ou crenças centrais.

A. Tríade cognitiva – composto por três padrões cognitivos que reflectem a tendência da pessoa em se ver como inadequada ou inapta:

- Visão negativa de si próprio;
- Visão negativa das suas interações com meio ambiente, incluindo relações, trabalho e actividades;
- Visão negativa do futuro, em que antecipa que o seu sofrimento será permanente.

B. Pensamentos automáticos/distorções cognitivas – pensamentos breves e involuntários que surgem de modo inesperado e que podem representar erros sistemáticos na percepção e processamento de informações da pessoa deprimida. Os conteúdos dos pensamentos automáticos disfuncionais são normalmente distorcidos, negativistas e auto-referentes. As distorções cognitivas mais comuns são:

- Inferência arbitrária, conclusão geralmente precipitada e pouco fundamentada;
- Abstracção selectiva, evidência de situações de mau desempenho em detrimento de situações de bom desempenho;
- Personalização, situações externas ao indivíduo, principalmente negativas, que este encara como uma falha pessoal.

C. Esquemas ou crenças centrais – padrões cognitivos relativamente estáveis associados a experiências, aprendizados, observações e avaliações que o indivíduo vai adquirindo ao longo da vida e que formam a base da regularidade das interpretações sobre si mesmo e sobre o mundo à sua volta. Estes esquemas podem permanecer inactivos por longos períodos e manifestar-se em situações de stress (Abreu, Oliveira, 2008; Telles-Correia, Barbosa, 2009).

2. MODALIDADES DE TRATAMENTO

“Freedom from pain should be seen as the right of every cancer patient and access to pain therapy as a measure of respect for this right”

World Health Organization (2005)

A dor oncológica é um fenómeno complexo que envolve inúmeros factores físicos e não físicos. O alívio da dor oncológica deve ser visto como parte integrante de um plano de cuidados centrado nas características físicas, psicológicas, sociais e espirituais do doente (Fallon *et al*, 2006).

A dor não controlada pode desencadear ansiedade e depressão, que por sua vez podem exacerbar a dor (Pereira, 2006).

Valentine (2003) sugere que dor, ansiedade e depressão podem co-existir em diferentes fases da experiência oncológica. Individualmente, cada entidade representa um obstáculo importante para o cuidado efectivo e suporte do doente oncológico. Em conjunto, podem configurar um tremendo desafio terapêutico.

A dor pode e deve ser tratada, com objectivos proporcionais à avaliação das individualidades do doente, à adaptação e preparação científica dos serviços e profissionais e ao uso criterioso de recursos, técnicos e humanos, disponíveis (Ministério da Saúde, 2001).

O tratamento farmacológico é usualmente a base de uma estratégia terapêutica que pode e deve ser complementada com outras modalidades não farmacológicas. A conjugação deve ter o intuito de aliviar o sofrimento e fomentar a qualidade de vida do doente oncológico com dor, o qual pode apresentar concomitantemente ansiedade e/ou depressão.

3.1-TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um conjunto de directrizes com o intuito de contribuir para a gestão da dor oncológica, tendo por base três etapas analgésicas. O principal objectivo das orientações da Organização Mundial de Saúde foi legitimar a prescrição de opióides fortes, até então utilizados com pouca eficácia devido à relutância dos profissionais de saúde, instituições e governos em utilizar estes fármacos por medo da adicção, tolerância e abuso ilegal (Mercadante, Fulfaro; 2005).

Desde então, a escada analgésica da OMS tem sido extensivamente validada. Estas directrizes consistem numa abordagem passo a passo para o uso de analgésicos, que se inicia com analgésicos não-opioides, e caso não se consiga controlar a dor, passa-se para um opióide fraco e deste para um opióide forte. É acima de tudo, um quadro de princípios que permite flexibilidade na selecção dos analgésicos (Quingley, 2005).

A aplicação eficaz da escada analgésica da OMS implica o cumprimento de princípios gerais, nomeadamente pela escada, pela boca, pelo relógio e para o indivíduo. Sempre que possível, a via oral é preferível, outras vias de administração só devem ser consideradas quando o doente é incapaz de deglutir ou quando a dor é muito intensa e requer uma acção mais rápida. A prescrição a horas certas deve ser instituída e doses de resgate adicionais (SOS) devem ser definidas para possíveis episódios de dor irruptiva. Em qualquer altura, os analgésicos adjuvantes devem ser considerados, para complementar o tratamento e potenciar o efeito analgésico. O tratamento da dor deve ser iniciado imediatamente, de acordo com o preconizado na escada analgésica, com as necessidades e características específicas do doente (Núcleo de Cuidados paliativos *et al*, 2007; Quingley, 2005; Pereira, 2006;).

A escolha do analgésico a usar deve ser baseada na intensidade, no tipo de dor e nas especificidades do doente e não no estadio ou no prognóstico da doença oncológica (Fallon *et al*, 2006).

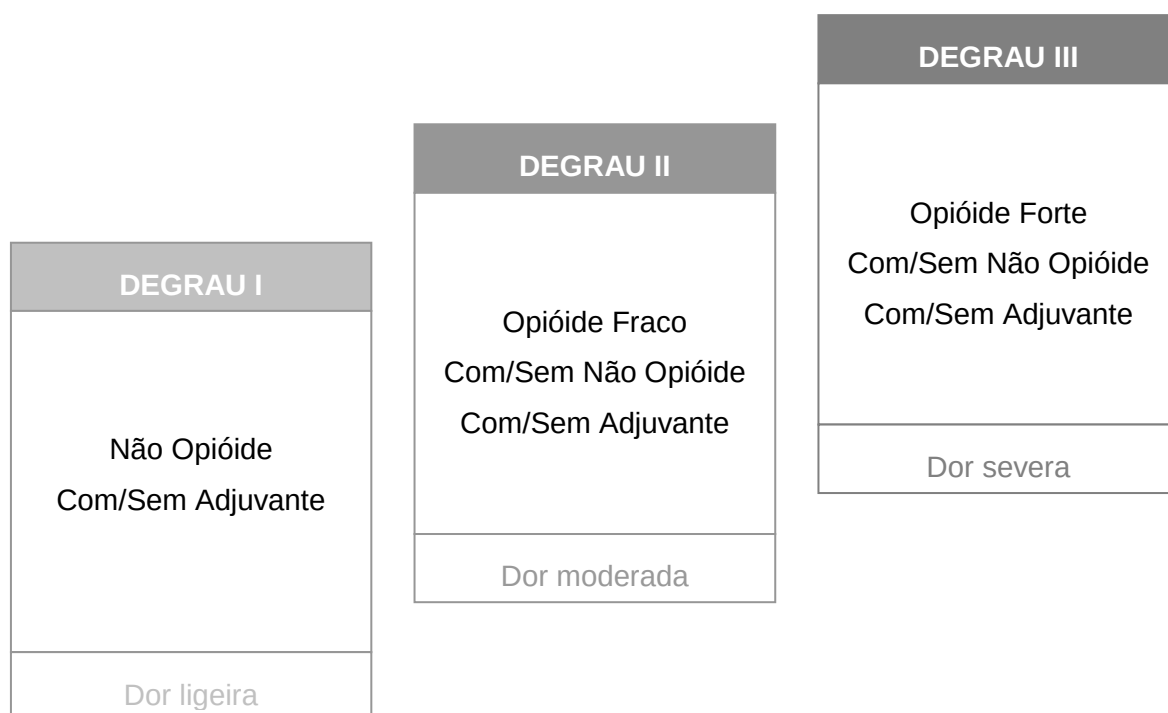


Figura 5-Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde

O **Degráu 1** da escada analgésica da OMS é composto por um grupo farmacológico heterogéneo de compostos com diferentes estruturas químicas que partilham o mesmo princípio de acção, são não opióides. Neste degrau estão incluídos os anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) e o paracetamol (Cherny, 2000).

Os AINE's compõem a maioria dos fármacos não opióides e abrangem fármacos como a aspirina, ibuprofeno, diclofenac, naproxeno, tenoxicam, entre outros. Os AINE's inibem a biossíntese de prostaglandinas que desempenham um papel importante em muitas respostas celulares e em processos patológicos como a modulação da reacção inflamatória e a sensibilização de nociceptores, citoprotecção gastrointestinal e ulceração, angiogénese e cancro, hemostase e trombose, hemodinâmica renal e progressão da doença renal (Pharo, Zhou, 2007).

Os AINE's têm um amplo espectro de potencial tóxico com consequentes efeitos adversos, tais como hemorragias, distúrbios gastrointestinais (dispepsia, úlcera péptica, náuseas e vómitos), assim como um grau variável de nefrotoxicidade. Estes fármacos devem ser utilizados com especial precaução em doentes idosos, diabéticos, indivíduos com alterações da coagulação sanguínea ou com doença cardíaca, hepática ou renal prévia (Cherny, 2000; Costa *et al*, 2005).

O paracetamol parece ser mais bem tolerado do que os AINE's, já que não apresenta efeitos adversos a nível gastrointestinal. No entanto, em doses elevadas, é hepatotóxico. É escolhido quando os AINE's estão contraindicados, como no caso de doentes com envolvimento da mucosa gastrointestinal ou que estejam a efectuar terapêutica anticoagulante ou corticóide.

Os doentes com dor oncológica ligeira a moderada devem ser tratados com analgésicos do degrau 1, isoladamente ou com analgésicos adjuvantes se houver indicação. No tratamento de dores mais intensas, os analgésicos não-opioides podem ser usados concomitante com opioides para potenciam o efeito analgésico.

Os analgésicos não-opioides possuem “efeito tecto”, ou seja, dose máxima a partir da qual não é possível obter mais analgesia, aumentando apenas os efeitos secundários (Pereira, 2006).

O **Degrau 2** da escada analgésica da OMS envolve o uso de opioides fracos, como a codeína ou o tramadol que também possuem dose tecto (Pereira, 2006).

A codeína, é um opioide natural, muito mais fraco do que a morfina. Apresenta uma afinidade muito pequena para receptores opioides. O seu efeito analgésico é parcialmente dependente da metabolização no fígado da codeína em morfina pela acção do citocromo P450 CYP 2D6 que exhibe um polimorfismo genético em que os portadores não metabolizam a codeína e por isso não obtêm efeito analgésico (Cherny, 2000; Pereira, 2006). A codeína existe em formulações de cápsulas, xarope ou comprimidos em associação com ácido acetilsalicílico ou paracetamol. A dose máxima diária recomendada é de 240mg (Núcleo de Cuidados Paliativos *et al*, 2007).

O tramadol é um análogo sintético da codeína, um agonista fraco dos receptores opioides e inibidor da recaptção da noradrenalina e da serotonina. É eficaz em diversos tipos de dor moderada, incluindo a dor neuropática. Encontra-se disponível em formulações parentéricas e orais (comprimidos, cápsulas e gotas); de libertação normal (de 6/6h) ou prolongada (de 12/12h); ou em associação com ácido acetilsalicílico ou paracetamol. A dose máxima diária recomendada é de 400mg, no entanto em doentes epiléticos ou a fazer medicação anti-parkinsonica deve ser evitado ou usado com precauções (Pereira, 2006; Núcleo de Cuidados Paliativos *et al*, 2007).

O **Degrau 3** da escada analgésica da OMS, utiliza uma variedade de opióides fortes, como a morfina, buprenorfina, fentanil, entre outros, que podem ser usados com ou sem analgésicos adjuvantes. Os opióides fortes devem ser usados para o controlo da dor moderada a severa em doentes, cuja a dose máxima dos opióides fracos já não surte efeito (Pereira, 2006).

No sistema nervoso central, existem três tipos principais de receptores opióides, o receptor μ , δ , κ que são responsáveis pela mediação analgésica. Recentemente, foi descoberto um novo receptor, nociceptina (Oliveira *et al*, 2007).

Os receptores μ , são considerados os receptores major para o efeito analgésico dos opióides e o desenvolvimento de novos opióides sintéticos centram-se nestes receptores (Pharo, Zhou, 2007).

Existem três famílias diferentes de péptidos opióides endógenos bem caracterizadas, as endorfinas, as encefalinas e as dinorfinas. Preferencialmente, as endorfinas interagem de igual forma com os receptores μ e δ ; as encefalinas ligam-se aos receptores δ e as dinorfinas aos receptores κ (Fine, Portenoy; 2005).

A morfina é considerada a pedra angular da gestão da dor em doentes oncológicos, é desde sempre o opióide mais utilizado, o que confere maior experiência na sua utilização e é também o analgésico mais rentável (Mandalà *et al*, 2006).

A morfina é um alcalóide natural do ópio, extraído da planta da papoila *papaver somniferum*. Em 1806, um assistente de farmácia, Friedrich Adam Sertürner isolou pela primeira vez um pó branco e cristalino do ópio, que posteriormente designou por “Morphium” em honra de Morpheu, o deus grego dos sonhos. A morfina é um agonista exógeno dos receptores opióides, especialmente dos receptores μ (Oliveira *et al*, 2007).

Aproximadamente 90% da metabolização da morfina ocorre no fígado, sendo a restante nos rins. Existem duas formas de metabolização, a glucuronidação e a N-desmetilação, das quais resultam três metabolitos primários, morfina-3-glucuronidato (M3G), morfina-6-glucuronidato (M6G) e normorfina. O M3G, é o que se forma em maior quantidade, não interage com receptores μ , sendo inactivo analgésicamente, mas que pode ser responsável pelos efeitos adversos e tolerância associados à morfina. O metabolito M6G é considerado activo, por ser um potente agonista dos receptores μ . Ambos metabolitos são excretados pelos rins, assim a sua utilização deve ser criteriosa em doentes com insuficiência renal devido à possibilidade de acumulação no organismo (Paice, 2007).

A morfina encontra-se disponível em diversas formulações para administração oral de libertação imediata, libertação normal e libertação prolongada (suspensão,

comprimidos e cápsulas), administração rectal e parentérica (Pereira, 2006).

A via oral é a forma mais simples e aceitável de administrar morfina, no entanto, a biodisponibilidade sistémica da morfina oral varia entre 15% a 60%, o que explica a grande variabilidade interindividual em conseguir uma dose apropriada para uma resposta adequada (Quigley, 2005; Mandalà *et al*; 2006).

A titulação da dose de morfina oral eficaz inicia-se com formulações de libertação normal de 4/4 horas e ajusta-se a dose até atingir alívio da dor. Quando se consegue controlar a dor por um período de 48 horas com uma dose estável de morfina de libertação normal, essa dose deve ser convertida em morfina de libertação prolongada de 12/12 horas que é mais conveniente e promove a adesão terapêutica. Contudo, deve-se estabelecer doses de resgate (SOS) com morfina de libertação imediata para episódios de dor irruptiva. Na eventualidade do doente ser incapaz de deglutir, a via alternativa de administração é a subcutânea, a morfina subcutânea não sofre metabolismo de primeira passagem, pelo que a dose a administrar é menor. A dose diária total de morfina oral necessária para o alívio da dor deve ser dividida por três para alcançar a dose equianalgésica por via subcutânea (Fallon 2006; Quigley, 2005; Mandalà *et al*; 2006).

A morfina não tem dose-tecto, assim a dose pode ser aumentada de acordo com a tolerância e necessidade do doente, tendo sempre em vigilância o aparecimento de efeitos adversos (Quigley, 2005).

A buprenorfina é um agonista parcial do receptor μ , com elevada afinidade e lenta dissociação deste receptor, pelo que tem uma duração de acção longa. É muito lipofílico, uma característica útil para a absorção sublingual, transdérmica e parentérica. A formulação transdérmica consiste num adesivo que contém um sistema que incorpora o princípio activo numa matriz polímera em que a velocidade de absorção é rigorosamente controlada, daí que as concentrações plasmáticas sejam estáveis. As concentrações plasmáticas terapêuticas são alcançadas entre 11 a 21 horas e estabilizam entre a segunda ou terceira aplicação, por este motivo, a buprenorfina transdérmica é uma formulação de libertação prolongada que deve ser utilizada em doentes que requerem doses estáveis de opióides e está contra-indicada para tratamento da dor irruptiva, nestes casos pode-se usar a via sublingual. (Pereira, 2006) A utilização de buprenorfina pode apresentar vantagens em doentes com insuficiência renal (Fallon *et al*; 2006).

O fentanil é um opióide semi-sintético com elevada solubilidade lipídica e baixo peso molecular. É metabolizado no fígado pelo citocromo CYP3A4 em norfentanil, que não tem propriedades analgésicas e o seu papel no aparecimento de efeitos neurotóxicos adversos é ainda controverso (Pereira, 2006).

O fentanil pode ser administrado por via transdérmica, parentérica, sublingual ou transmucosa oral. O fentanil transdérmico é uma formulação de libertação prolongada, adequada para doentes que necessitem de doses estáveis de opióides e está contra-indicado em doentes com dor instável e para o tratamento da dor irruptiva. Existem selos de 25, 50, 75 e 100 microgramas/hora, o doente pode usar múltiplos selos se necessitar de doses mais elevadas. Porém, devido a limitações no tamanho do selo, não é possível efectuar pequenos aumentos da dose (Mandalà *et al*, 2006). O citrato de fentanil transmucosa oral é uma apresentação recente que produz efeito analgésico rapidamente, entre 5 a 15 minutos, e tem duração de acção de aproximadamente de 2 horas, estando indicado para tratamento da dor irruptiva (Quigley, 2005).

Uma terapia opióide eficaz requer um equilíbrio favorável entre a analgesia e os efeitos adversos. O tratamento eficaz dos efeitos adversos aumenta a probabilidade de alcançar um resultado favorável e permite o uso de doses mais elevadas de opióides, para além de que, os efeitos adversos diminuem a qualidade de vida e mitigam os benéficos alcançados com terapêutica opióide. A avaliação contínua e o tratamento dos efeitos secundários dos opióides são essenciais na gestão da dor oncológica (Fine, Portenoy, 2005).

A avaliação consiste em diferenciar efeitos adversos associados aos opióides de outras causas como a histopatologia tumoral, os efeitos da doença neoplásica, a medicação concomitante e outras morbilidades que podem potenciar efeitos adversos, nomeadamente desidratação, hipercalcemia, hiponatremia, insuficiência renal e/ou hepática (Mandalà *e tal*;2006).

Os efeitos adversos mais frequentes dos opióides são a obstipação, que é o efeito mais frequente e persistente, a náusea e vômito, sedação, sonolência, confusão, delírio, disfunção cognitiva e depressão respiratória que embora ocorra raramente é o mais temido de todos os efeitos adversos dos opióides (Fine, Portenoy, 2005).

Os **Analgésicos adjuvantes** são num grupo diverso de fármacos com diferentes indicações primárias, entre elas o tratamento da ansiedade e da depressão, mas que também podem exercer um efeito analgésico em determinadas condições dolorosas.

Em doentes oncológicos, podem ser combinados com analgésicos em qualquer um dos degraus da escada analgésica da OMS para melhorar os resultados e alcançar um

balanço favorável entre analgesia e efeitos adversos. A utilização de um analgésico adjuvante deve ser baseada na avaliação das características do doente, no tipo de dor e nas morbilidades ou outros sintomas associados. Para melhorar a avaliação da resposta e o redução do risco de toxicidade adicional, o tratamento com analgésico adjuvante deve ser iniciado com um fármaco de cada vez, evitando usar vários adjuvantes concomitantemente, em doses baixas que podem ser gradualmente aumentadas de acordo com a resposta analgésica e os efeitos adversos (Lussier *et al*; 2004).

Os antidepressivos são o pilar do tratamento farmacológico da depressão, desempenhando também um papel importante no tratamento de vários transtornos da ansiedade. Na gestão da dor oncológica, são os analgésicos adjuvantes mais bem estudados e os mais recomendados para todos os níveis de intensidade da dor e parecem ser especialmente úteis na gestão da dor neuropática (Valentine, 2003).

A selecção de um antidepressivo para um doente oncológico deve basear-se em factores pessoais e farmacológicos, no perfil de efeitos adversos, no potencial de interacções medicamentosas, na tolerância ao tratamento, na resposta a tratamentos anteriores e na preferência do doente (Rodin *et al*; 2007).

Os antidepressivos tricíclicos actuam a nível da membrana pré-sináptica e bloqueiam a recaptação de serotonina, de norepinefrina e de dopamina, em menor escala. Os efeitos adversos dos antidepressivos tricíclicos podem fazer do seu uso um problema, especialmente em doentes oncológicos. Estes incluem efeitos anticolinérgicos (xerostomia, visão turva, obstipação e retenção urinária) efeitos adrenérgicos (hipotensão ortostática) efeitos histamínicos (sedação e aumento de peso) e ainda efeitos serotoninérgicos (disfunção sexual). Em caso de overdose são potencialmente letais, o que exige maior vigilância em doentes emocionalmente instáveis, com depressão major grave ou tentativa anterior de suicídio. Os tricíclicos devem ser usados com precaução em doentes com antecedentes de doença cardíaca grave, como arritmias, alteração da condução e insuficiência cardíaca (Lussier *et al*, 2004; Mays, 2001; Thielking, 2003).

Os antidepressivos tricíclicos, normalmente são administrados em doses mais baixas, para o controlo da dor oncológica do que quando administradas para o tratamento da depressão ou ansiedade. O efeito analgésico dos antidepressivos tricíclicos inicia-se em poucas doses iniciais e ocorre mais rapidamente do que o efeito antidepressivo (Mays, 2001). Atendendo ao seu perfil de efeitos adversos, nomeadamente a sedação, a obstipação e a retenção urinária, o uso concomitante com opióides deve ser feito sob vigilância. O antidepressivo tricíclico considerado o analgésico adjuvante de primeira linha é a amitriptilina (Goldstein, 2002; Valentine, 2003).

Os inibidores selectivos de recaptação de serotonina influenciam especificamente a

recaptação da serotonina em diferentes locais de ligação. São os antidepressivos que mais se utilizam no tratamento clínico da depressão, uma vez que são relativamente seguros em situações de overdose intencional. Estes agentes têm demonstrado eficácia em diferentes transtornos da ansiedade incluindo fobia social, comportamentos obsessivo-compulsivos e ataques de pânico. Como analgésicos adjuvantes, apesar de produzirem efeito analgésico, não têm bom desempenho quando comparados com os antidepressivos tricíclicos (Thielking, 2003; Valentine, 2003).

Os inibidores selectivos de recaptação de serotonina têm poucos efeitos adversos cardiotóxicos e menos efeitos anticolinérgicos, histamínicos e adrenérgicos comparativamente aos antidepressivos tricíclicos. Geralmente, são seguros e bem tolerados por doentes oncológicos mesmo em casos terminais. O perfil de efeitos adversos inclui distúrbios gastrointestinais que habitualmente são náusea, vomito, diarreia e obstipação (Irving, Lloyd-Williams; 2010).

Os anticonvulsivantes actuam através do bloqueio dos canais de sódio e da redução da hiperexcitabilidade neuronal. O seu uso tem demonstrado sucesso no tratamento de casos em que os opióides tiveram eficácia nula ou reduzida, particularmente na dor neuropática (Goldstein, 2002).

Dos anticonvulsivantes mais antigos, a carbamazepina, fenitoína, e valproato são os que demonstraram ter melhor eficácia e foram amplamente utilizados no tratamento da dor neuropática. Todavia, devido aos efeitos adversos frequentes (sedação, náusea e tonturas) e interacções farmacológicas, especialmente com os opióides, o seu uso tem vindo a decrescer com a introdução de novos anticonvulsivantes analgésicos (Lussier *et al*, 2004).

A gabapentina é actualmente o anticonvulsivante de primeira-linha para o tratamento da dor neuropática, é bem tolerado e raramente interage com outros fármacos (Lussier *et al*, 2004). Existe uma evidência limitada que sugere que a gabapentina possui algum efeito ansiolítico (Thielking, 2003).

As benzodiazepinas são eficazes e relativamente seguras no tratamento de transtornos da ansiedade na população em geral e em doentes oncológicos. O seu desempenho como analgésico adjuvante é um pouco controverso. Alguns autores, afirmam que o uso destes fármacos pode justificar-se em situações de dor neuropática refractária especialmente se coexistir ansiedade (Lussier, *et al*; 2004), no entanto, as revisões, geralmente, concordam que não há evidência suficiente que suporte a existência de propriedades analgésicas nas benzodiazepinas (Thielking, 2003). Contudo, um estudo *in vitro* demonstrou que as benzodiazepinas actuam directamente nos

receptores opióides k, o que pode explicar um possível efeito analgésico destes fármacos (Goldstein, 2002).

Os neurolépticos têm um uso limitado na gestão da dor oncológica, mas podem revelar-se vantajosos em casos de doentes com agitação ou delírio, já que melhoraram o controlo da dor e permitem diminuir a dose de opióide (Lussier *et al*, 2004). Os neurolépticos podem também úteis em doentes com ansiedade refractária às benzodiazepinas ou com ansiedade associada a delírio (Thielking, 2003).

Os psicoestimulantes, especialmente o metilfenidato e dextroanfetamina, estão indicados para o tratamento de doentes que evidenciam sedação ou disfunção cognitiva induzida por opióides, particularmente em tratamentos prolongados. O recurso a um psicoestimulante pode tornar o esquema de administração opióide mais fácil e eficaz (Valentine, 2003).

Os psicoestimulantes são frequentemente uma alternativa farmacológica bem tolerada e eficaz para o tratamento da depressão, principalmente em doentes oncológicos terminais ou muito debilitados. Estes fármacos aumentam o apetite, promovem o sentimento de bem-estar e melhoram a astenia e a fadiga relacionadas com o cancro (Chochinov, 2001). Os psicoestimulantes têm como efeitos adversos comuns o tremor, a ansiedade e a insónia, assim estão contra-indicados em doentes com distúrbios da ansiedade, insónia grave ou doença cardíaca significativa, como hipertensão ou arritmias não controladas e antecedentes de enfarte do miocárdio (Fine, Portenoy, 2005; Valentine, 2003).

A dor afecta as dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, comportamentais de cada individuo de uma forma única. As respostas individuais à dor são influenciadas por modelos culturais, experiência anterior, personalidade, meio envolvente e factores psicológicos como a ansiedade e a depressão. A compreensão íntima e intrínseca da dor e a sua interacção com as esferas intra e interpessoais exige uma abordagem multidisciplinar como a base para o controlo da dor.

No âmbito do conceito de multidisciplinaridade, o Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001), considerou que o enfermeiro é, por excelência, a pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar, atendendo ao tempo de contacto com o doente e família ou cuidador informal e à relação terapêutica do cuidar centrada numa perspectiva de relação de ajuda.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) determinou que o enfermeiro deve agir na promoção de cuidados cujo o objectivo é prevenir, eliminar ou reduzir a dor para níveis

considerados aceitáveis para o doente.

De acordo com as indicações do Guia de Boas Práticas para a Dor da Ordem dos Enfermeiros e das orientações do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, os enfermeiros, como elemento da equipa multidisciplinar, devem:

- Intervir activamente no plano de intervenção para o controlo da dor, colaborando com os restantes membros da equipa multidisciplinar.
- Conhecer e aplicar os conceitos e definições de dor, a origem multidimensional e multifactorial de sintomas.
- Despistar os componentes psicológicos, cognitivos e emocionais da dor, nomeadamente ansiedade e depressão, experiência anterior com a dor, percepção pessoal e individual e as influências culturais e espirituais.
- Contribuir com dados sobre a individualidade do doente e recursos disponíveis para o ajuste do regime terapêutico.
- Estabelecer relação de ajuda com doente e família, envolvendo-os na definição e implementação do plano terapêutico.
- Conhecer os fármacos utilizados, as indicações, as contra-indicações, semi-vida, efeitos colaterais, interações medicamentosas e vias de administração.
- Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, conhecendo as suas indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais.
- Vigiar a segurança da terapêutica analgésica.
- Prevenir e tratar a dor causada por intervenções de enfermagem e procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos.
- Efectuar ensinios, o doente e família, sobre a dor, medidas de controlo, efeitos colaterais e controlo dos mesmos.
- Alertar o doente e família sobre a pertinência de comunicar precocemente a equipa multidisciplinar para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica.
- Fornecer informação escrita que reforce o ensino.

Importa realçar também o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar como elo de ligação entre os vários membros, favorecendo a comunicação e a união de esforços de todos para controlar a dor e proporcionar conforto e qualidade de vida do doente oncológico.

3.2-PSICOTERAPIA

A dor, a ansiedade e a depressão são entidades multidimensionais cujo tratamento eficaz deve ser multimodal de forma a conseguir dar resposta a todas as necessidades do doente oncológico. O tratamento farmacológico por si só pode não ser suficiente e a combinação com estratégias não farmacológicas como psicoterapia, pode revelar-se uma mais valia (Valentine, 2003).

A psicoterapia é um importante método de tratamento de distúrbios mentais ou de problemas emocionais, em que por vezes, se constitui o recurso mais efectivo ou um coadjuvante preponderante de outras formas de tratamento, entre elas, a farmacológica (Cordioli, Giglio, 2008).

A psicoterapia significa a aplicação planeada e documentada de técnicas por profissionais qualificados, treinados e experientes na compreensão de princípios psicológicos. A aplicação destas técnicas tem como intenção ajudar os indivíduos a modificar características pessoais, tais como sentimentos, valores, atitudes e comportamentos que são considerados inadequados ou desajustados pelo terapeuta (Poch, 2005).

Actualmente, existem mais de 250 modalidades de psicoterapia, que foram e são objecto de inúmeras pesquisas que procuram compreender a natureza da psicoterapia, mecanismos de mudança, comprovar a sua efectividade e ainda especificar as condições e os doentes em que devem ser aplicadas. Apesar da pluralidade de modalidades de psicoterapia, segundo Jerome Frank, existem elementos comuns em todas elas, nomeadamente, o facto de ocorrer num contexto em que existe uma relação de confiança emocionalmente carregada para o terapeuta, o facto de que o doente confia que o terapeuta o ajudará e será eficaz e ainda no facto de que para o problema do doente existe uma explicação lógica e um procedimento adequado para o resolver (Cordioli, 2008).

Na impossibilidade de abordar todas as modalidades de psicoterapia, salienta-se a terapia cognitiva, terapia comportamental e a terapia cognitivo-comportamental.

A terapia cognitiva baseia-se no modelo cognitivo segundo o qual, a emoção e o comportamento são afectados por pensamentos disfuncionais através dos quais o indivíduo interpreta acontecimentos. A sua atenção centra-se em pensamentos automáticos, crenças subjacentes e as suas consequências a nível emocional, comportamental ou físico. Surgiu inicialmente com Beck para corrigir distorções dos sintomas depressivos, posteriormente, sofreu adaptações que permitiu a sua

aplicabilidade em distúrbios da ansiedade, alimentares, da personalidade, entre outros (Rangé, Sousa; 2008).

A terapia comportamental é num processo de aplicação de princípios psicológicos que derivam das teorias da aprendizagem para explicar a origem, manutenção e eliminação de distúrbios. Esta terapia é passível de ser aplicada a toda a gama de problemas humanos, tanto para o autoconhecimento como para as dificuldades e conflitos interpessoais (Saffi *et al*, 2008).

A terapia cognitivo-comportamental é uma modalidade de psicoterapia que se foca no reconhecimento e alteração de pensamentos e comportamentos inadequados para minimizar emoções negativas e facilitar a adaptação psicológica (Jacobsen, Jim; 2008). As estratégias cognitivas incluem resolução de problemas, demonstrações de coping próprio, monitorização de pensamentos, imagens guiadas, treino de distração e autogénico. As estratégias comportamentais incluem biofeedback, relaxamento, hipnose e relaxamento muscular progressivo (Irving, Lloyd-Williams; 2010).

O doente oncológico sente a doença como um assassino, que pode provocar dor intensa, incapacidade e desfiguramento; a doença constitui, tipicamente, um agente de stress que obriga o doente a mobilizar estratégias que podem ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confronta no decurso da doença. Daí a necessidade de utilizar a psicoterapia, para explorar a relação entre os acontecimentos stressantes e as respostas adaptativas ou maladaptativas, tais como a depressão, outra sintomatologia psicológica, como a ansiedade, e sintomas somáticos, como a dor (Santos, 2008).

Os objectivos da psicoterapia para a dor, ansiedade e depressão são comuns e incluem apoiar e melhorar os mecanismos de coping, são especialmente pertinentes no doente oncológico, em que o aumento da dor ou a dor não controlada pode representar uma ameaça real ou potencial de recaída ou de progressão da doença (Valentine, 2003).

Dependendo dos recursos disponíveis, os doentes são frequentemente referenciados para profissionais de saúde mental para implementar estas terapias, quando apropriadas, atendendo os níveis de ansiedade e depressão do doente, a disponibilidade de recursos de suporte e a capacidade/vontade do doente de apreender novos mecanismos de coping ou de agrupar num processo de auto-revelação (Valentine, 2003).

Os estudos efectuados sobre a eficácia das diferentes intervenções são escassos e os resultados pouco consensuais. No entanto, a terapia cognitivo-comportamental parece ser a opção mais amplamente utilizada (Pujol, Monti; 2007).

A dor constitui um dos sintomas mais importantes na avaliação da qualidade de vida do doente oncológico. Daí a pertinência de implementar as intervenções psicológicas em

conjunto com as intervenções farmacológicas. A utilização de técnicas cognitivo-comportamentais como a hipnose, os treinos de relaxamento, a distração, a imagética e a alteração de sentimentos e pensamentos negativos associados com a dor podem ajudar o doente no confronto com a sua dor, aumentando também o sentimento de autocontrolo e autoeficácia (Santos, 2008).

Através da terapia cognitivo-comportamental, o doente com dor tenta executar, sozinho ou com ajuda, determinadas actividades, como acompanhar a dor, recordar pensamentos e emoções durante períodos do dia previstos e seguir a exacerbação da dor. Posteriormente, o doente descreve o conteúdo desses pensamentos e a sua relação com consequentes emoções ao profissional de saúde. Os mecanismos de coping inadequados são frequentemente decorrentes de pensamentos e atitudes disfuncionais que podem ser identificados e modificados através de intervenções terapêuticas (Pujol, Monti; 2007).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Para a elaboração de um estudo científico é imperativo definir uma série de procedimentos racionais e sistemáticos, bem como, opções metodológicas que foram utilizadas ao longo deste estudo empírico

Este capítulo consiste na abordagem sequencial dos seguintes pontos: tipo de estudo, definição da população e amostra; instrumentos e procedimento de colheita de dados e processamento dos mesmos.

1.1-TIPO DE ESTUDO

Um estudo transversal avalia a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população, num dado momento (Fortin, 2009).

Tendo em conta as definições acima referidas, realizou-se um estudo transversal, de forma a descrever a relação entre as variáveis em estudo, numa determinada população e num momento específico.

O estudo pretendeu responder às seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de intensidade da dor, de ansiedade e de depressão dos participantes do estudo?
- Será que a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional se relacionam com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão nos doentes em estudo?
- Será que a localização primária do cancro, a existência de metástases e o tratamento oncológico se relacionam com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão na amostra em estudo?
- Será que a medicação analgésica, os psicofármacos e a psicoterapia se relacionam com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão nos doentes deste estudo?
- Será que os níveis de ansiedade e depressão se relacionam com a intensidade da dor?

1.2-POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atendendo às questões de investigação anteriormente levantadas, definiu-se como população alvo, do presente trabalho, os doentes oncológicos a serem seguidos na consulta de ambulatório da Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Centro Regional de Oncologia do Porto.

Este Instituto foi escolhido por se dedicar exclusivamente ao acompanhamento terapêutico de doentes oncológicos que provêm de diferentes localidades do país, particularmente da região norte, e também por uma questão de conveniência e acessibilidade por parte da investigadora.

A consulta da dor acompanha doentes oncológicos de diferentes etiologias, em diferentes estadios que são referenciados pela clínica primária para esta consulta com o intuito de proporcionar um controlo da dor mais eficaz.

Dada a impossibilidade de abordar toda a população e conhecer as características de todos os elementos da população, delimitou-se uma amostra, da qual foram estudadas as suas características. O método de amostragem seleccionado para constituir uma amostra da população foi o não probabilístico por conveniência. A amostragem por conveniência é aquela que é escolhida “a juízo do investigador” atendendo a critérios de inclusão definidos previamente, pretendendo-se uma amostra livre de enviesamentos e representativa da população (Pardal e Correia; 1995). Como critérios de inclusão na amostra, estipulou-se todos os doentes que se apresentassem na referida consulta durante o período de tempo em que decorreu a colheita de dados, com capacidade de comunicação, sem comprometimento das funções cognitivas e que conseguissem interpretar e responder ao questionário. Deste modo, a amostra deste estudo foi constituída por 53 doentes oncológicos que correspondiam aos critérios de inclusão definidos anteriormente.

1.3-HIPÓTESES E VARIÁVEIS

As hipóteses são enunciados que antecipam a relação entre duas ou mais variáveis, sendo deduzidas pelo investigador, ao longo da revisão bibliográfica. Caracterizam-se por apresentarem uma força explicativa provisória, a qual necessita de verificação empírica (Fortin, 2009).

Para explicar os fenómenos associados à intensidade da dor oncológica, aos níveis de ansiedade e de depressão e atendendo às questões de investigação anteriormente levantadas, formulou-se as seguintes hipóteses:

- Existe associação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.
- Existe relação estatisticamente significativa entre as características da doença oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.
- Há associação estatisticamente significativa entre as variáveis de gestão da dor oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.
- Há relação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão.

As variáveis indicam as características mensuráveis de uma situação ou fenómeno. A variável dependente é aquela que sofre o efeito da variável independente. É o resultado predito pelo investigador, enquanto a variável independente é o elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável, a dependente (Fortin, 2009).

Para o presente estudo, estipulou-se como variáveis:

- Variáveis dependentes: a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão
- Variáveis independentes: a caracterização sociodemográfica, da doença oncológica e da gestão da dor oncológica.

As variáveis sociodemográficas seleccionadas para caracterizar a amostra foram a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional.

As variáveis de caracterização da doença oncológica foram a localização primária do cancro, a existência de metástases e o tratamento oncológico.

As variáveis de caracterização da gestão da dor foram a medicação analgésica, os psicofármacos e a psicoterapia.

Para ser medida, uma variável deve primeiro ter um significado conceptual, isto é, um conceito abstracto decorrente de uma teoria. A definição operacional é também fundamental, uma vez que enuncia os procedimentos necessários para medir uma variável (fornece indicações acerca da forma como as observações devem ser efectuadas) (Fortin, 2009).

Quadro 1 Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	Definição conceptual	Definição operacional
Idade	Nº de anos completos	Escala ordinal
Género	Identificação individual em relação ao sexo	Escala categórica. 1-Masculino; 2-Feminino
Estado civil	Situação de um indivíduo em relação ao casamento ou à situação conjugal	Escala ordinal com 4 categorias: 1- Solteiro; 2- Casado; 3- Divorciado; 4-Viúvo
Habilitações literárias	Grau de escolaridade completo	Escala ordinal com 5 categorias: 1- Não sabe nem escrever; 2- 1º ciclo de escolaridade; 3- 2º ciclo de escolaridade; 4- 3º ciclo de escolaridade; 5- Ensino Superior
Situação Profissional	Trabalho ou actividade especializada exercida na sociedade	Escala categórica. 1- Actividade profissional (foram incluídos indivíduos com emprego a tempo inteiro ou parcial) 2- Sem actividade profissional (indivíduos que não exerciam qualquer actividade profissional remunerada, foram incluídos desempregados, domésticas, reformados, e pessoas ausentes por doença)

Quadro 2 Operacionalização das variáveis da doença oncológica

Variáveis da doença oncológica	Definição conceitual	Definição operacional
Localização primária do cancro	Classificação do cancro de acordo com o órgão de origem	Escala ordinal com 8 categorias: 1- Cabeça-pescoço; 2- Digestivo; 3-Pulmão; 4-Mama; 5-Ginecológico; 6-Próstata; 7-Sarcoma; 8-Urológico
Existência de metástases	Presença de disseminação à distância de um tumor	Escala categórica. 1-Sim; 2-Não
Tratamento Oncológico.	Tratamento individualizado, com intuito curativo ou paliativo, tendo em conta as necessidades e possibilidades terapêuticas de cada doente.	Escala ordinal com 7 categorias: 1-Cirurgia; 2-Quimioterapia; 3- Radioterapia; 4- Cirurgia e QT; 5- Cirurgia e RT; 6- Cirurgia, QT e RT 7-QT e RT

Quadro 3 Operacionalização das variáveis de gestão da dor oncológica

Variáveis de gestão da dor oncológica	Definição conceitual	Definição operacional
Medicação analgésica	Fármacos para tratamento da dor esquematizados na Escada Analgésica da OMS. Em todos os degraus, pode haver ou não, combinação com os analgésicos adjuvantes. Nos degraus II e III pode ocorrer ou não, a combinação com os analgésicos não-opioides.	Escala ordinal com 3 categorias: 1- Degrau I da Escada Analgésica OMS; 2- Degrau II da Escada Analgésica OMS; 3- Degrau III da Escada Analgésica OMS

Psicofármacos	Fármacos com efeito psicotrópico que podem ser usados no tratamento da ansiedade, depressão. Também podem ser usados como analgésicos adjuvantes no tratamento da dor.	Escala ordinal com 4 categorias: 1-Nenhum; 2-Antidepressivos; 3-Ansiolíticos 4- Ansiolíticos e Antidepressivos
Psicoterapia	Presença de intervenções psicológicas que procuram melhorar os padrões de funcionamento mental do indivíduo e as suas relações intra e interpessoais	Escala categórica: 1-Sim; 2-Não

Quadro 4 Operacionalização das variáveis dependentes do estudo

Variáveis dependentes	Definição conceptual	Definição operacional
Intensidade da dor	Avaliação da intensidade da dor segundo a Escala Qualitativa da Dor.	Escala ordinal com 5 categorias: 1-Nenhuma Dor; 2-Dor ligeira; 3-Dor moderada; 4-Dor severa e 5- Dor máxima
Níveis de ansiedade	Estado de ansiedade, classificado como leve (5 a 6), moderado (3 a 4) ou grave (1 a 2), mensurado através da aplicação da escala MHI.	Escala ordinal tipo Likert (cuja opções de resposta estão numeradas de 1 a 6), composta pelas questões 3, 11, 13, 15, 22*, 25, 29, 32, 33 e 35.
Níveis de depressão	Estado de depressão classificado como leve (5 a 6), moderado (3 a 4) ou grave (1 a 2), mensurado através da aplicação da escala MHI	Escala ordinal tipo Likert (cuja opções de resposta estão numeradas de 1 a 6), composta pelas questões 9, 27, 30, 36 e 38.

* Questão com sentido invertido.

1.4-INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento seleccionado para proceder à avaliação dos níveis de ansiedade e de depressão dos doentes em estudo, foi o Inventário de Saúde Mental (ISM), originalmente Mental Health Inventory (MHI) que foi adaptado à população Portuguesa por Pais Ribeiro em 2001.

Em 1975, a Rand Corporation no âmbito da Health Insurance Study, começou a desenvolver o MHI como instrumento destinado a avaliar o distress psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente em doentes com perturbação mental. O MHI avalia preferencialmente os sintomas psicológicos de humor, de ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Alguns estudos realizados comprovaram que este questionário é o melhor método para detectar a probabilidade da existência de perturbação mental (Pais Ribeiro, 2001).

O MHI é um questionário de auto-resposta, composto por 38 itens que se distribuem em 5 escalas, que posteriormente convergem em duas grandes dimensões, o Distress Psicológico (que engloba as escalas da Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e o Bem-estar Psicológico (que inclui o Afecto Geral Positivo e os Laços Emocionais).

No presente estudo foram utilizadas apenas as escalas da Ansiedade (10 itens) e da Depressão (5 itens). A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou de seis posições, sendo a maioria de 6. O valor médio da ansiedade e de depressão é inversamente proporcional ao nível de ansiedade e de depressão. Assim, o valor médio inferior corresponde ao nível de ansiedade ou de depressão mais elevado e vice-versa.

A opção por este instrumento de colheita de dados deveu-se à particularidade de que se foca em sintomas psicológicos de humor, de ansiedade e na perda de controlo sobre sentimentos, pensamentos e comportamentos o que parece ser uma mais valia na avaliação da ansiedade e depressão na população com dor oncológica já que existe a problemática em atribuir a causa de determinados sintomas somáticos à doença oncológica ou à ansiedade/depressão.

Para determinar o valor da intensidade da dor optou-se pela Escala Qualitativa da Dor (Ministério da Saúde, 2003), uma escala de auto-avaliação, que se subdivide em 5 posições, em que o doente classifica a dor de acordo com os adjectivos da escala. Esta escala é particularmente adequada para avaliações repetidas e monitorização a longo prazo, tal como acontece nos doentes em estudo.

O primeiro passo para a aplicação do instrumento de colheita de dados, junto da população à qual se destina este estudo, foi entregar o projecto de investigação para aprovação por parte da Comissão de Ética e posteriormente da Direcção da Clínica da Dor do Instituto Português de Oncologia do Porto.

A colheita de dados decorreu no período de 9 de Fevereiro a 13 de Maio de 2010, conseguindo uma amostra de 53 doentes.

Previamente à aplicação do instrumento de colheita de dados, foi definido em conjunto com a enfermeira da consulta da dor como aplicar os questionários, de forma a não perturbar o normal funcionamento da consulta e também para identificar quais os doentes que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo.

Aquando do contacto com o doente, este foi informado sobre a finalidade do instrumento de colheita de dados, os objectivos do estudo, de que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e de que as respostas seriam anónimas, sendo assim, cumprido o pressuposto do consentimento informado. Nesta fase foi avaliado, uma vez mais, o estado de consciência, a orientação e a capacidade de interpretar e responder ao questionário do doente.

Em alguns doentes, nomeadamente, naqueles fisicamente debilitados, ou com incapacidade física funcional, mas que cumpriam os critérios de inclusão ou ainda nos doentes que não sabem ler ou escrever optou-se, por realizar entrevista, onde as questões e as opções de resposta foram lidas, procurando não ultrapassar o conteúdo do texto apresentado, de modo que o doente obtivesse uma correcta interpretação da questão. Posteriormente eram assinaladas as respostas conforme a opção do doente.

A aplicação do questionário realizou-se num gabinete fechado de forma a proporcionar toda a privacidade e tempo necessário para o doente responder às questões, na presença da investigadora para esclarecer eventuais dúvidas que pudessem surgir.

Em alguns doentes, os dados referentes a algumas questões, nomeadamente “Medicação analgésica actual” e “Psicofármacos”, entre outras questões mais pontuais, foram completados com base na pesquisa do processo clínico ou na consulta de um cartão de identificação e esquematização das tomas, dos diferentes fármacos, que o doente se encontrava a efectuar, ao longo do dia.

1.5-PROCESSAMENTO DE DADOS

Atendendo à natureza quantitativa deste estudo, o processamento dos dados foi feito com recurso ao computador com apoio do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17,0, para o Windows.

Para efectuar a caracterização da amostra em termos de distribuição dos inquiridos segundo as variáveis socioclínicas recorreu-se ao uso da média, desvio padrão, mínimo e máximo para a idade, níveis de ansiedade e de depressão e respectivos itens; e à frequência e percentagem para as restantes variáveis.

Tendo em vista a análise da relação entre a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão com as variáveis socioclínicas, efectuou-se estatística descritiva. Assim, optou-se por utilizar os mesmos testes estatísticos usados por Nave Leal, Pais Ribeiro e outros colaboradores (sd) que usaram o MHI de 5 itens, a escala analógica visual e outras escalas de avaliação de aspectos psicossociais.

Na análise da relação entre a intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão e com as variáveis nominais, género, situação profissional, existência de metástases e psicoterapia usou-se o Teste t de Student, para testar a diferença entre duas situações para uma variável.

Para testar a diferença entre a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão com as variáveis ordinais, estado civil, habilitações literárias, localização do cancro, tratamento oncológico, medicação analgésica e psicofármacos utilizou-se o teste ANOVA.

Para determinar a relação entre a intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão com a idade usou-se a correlação de Pearson. Esta correlação foi também utilizada para analisar a associação entre a intensidade da dor e níveis de ansiedade e de depressão.

As diferenças entre as variáveis em estudo foi feita com base na comparação de médias, desvio padrão, mínimo e máximo, quando aplicável.

Foi realizada a análise multivariada para avaliar o significado independente da situação profissional, da existência de metástases, da medicação analgésica e dos níveis de ansiedade e depressão na intensidade da dor.

O nível de significância admitido foi de $p < 0,05$.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez descritas as opções metodológicas, neste capítulo os resultados obtidos foram apresentados e descritos segundo a distribuição dos participantes pelas variáveis socioclínicas, posteriormente foram analisadas as relações estabelecidas entre a intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão com as variáveis socioclínicas na amostra deste estudo, por fim, a discussão e reflexão dos dados obtidos.

2.1- CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIOCLÍNICAS

A caracterização das variáveis socioclínicas incluiu a distribuição dos inquiridos de acordo com os aspectos sociodemográficos, da doença oncológica, da gestão da dor oncológica, intensidade da dor e níveis de ansiedade e de depressão.

2.1.1. Caracterização sociodemográfica

Para caracterizar os dados sociodemográficos dos participantes, foi calculado o valor médio, mínimo e máximo da idade, e a distribuição da frequência e percentagem dos doentes segundo o género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional.

A idade dos participantes oscilou, entre os 22 e os 88 anos, sendo o valor médio de idades de 59.

Tabela 1 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis sociodemográficas

	Categorias	Frequência	Percentagem (%)
Género	Masculino	27	50,9
	Feminino	26	49,1
Estado civil	Solteiro	4	7,5
	Casado	32	60,4
	Divorciado	10	18,9
	Viúvo	7	13,2
Habilitações literárias	Não sabe ler, nem escrever	5	9,4
	1ºciclo	23	43,4
	2ºciclo	16	30,2
	3ºciclo	6	11,3
	Ensino Superior	3	5,7
Situação Profissional	Actividade profissional	4	7,5
	Sem actividade profissional	49	92,5

Com base na tabela 1, a amostra deste estudo foi constituída por 51% de indivíduos do sexo masculino e 49% do sexo feminino.

O estado civil predominante entre os participantes foi o casado com 60,4% e o menos frequente foi o solteiro com 7,5% dos participantes.

Observou-se também que 43,4% da amostra foi constituída por indivíduos com o 1º ciclo de escolaridade e apenas, 5,7% possuía um grau académico superior.

No que concerne à situação profissional, 92,5% dos indivíduos estavam sem uma actividade profissional e somente 7,5% dos casos eram profissionalmente activos, quer seja a tempo inteiro ou parcial.

2.1.2. Caracterização da doença oncológica

A doença oncologia distingue-se das outras doenças, devido a especificidades que a tornam tão particular. À doença oncológica estão afigurados juízos de muito sofrimento físico, como dor, degradação do estado físico e morte, mas também sofrimento psicológico, como ansiedade, depressão, isolamento e perda.

A doença oncológica dos participantes foi caracterizada com base na distribuição da frequência e percentagem dos doentes segundo a localização primária do cancro, a existência de metástases e o tratamento oncológico efectuado.

Tabela 2 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis da doença oncológica

	Categorias	Frequência	Percentagem (%)
Localização primária do cancro	Cabeça-Pescoço	9	17,0
	Digestivo	10	18,9
	Pulmão	2	3,8
	Mama	13	24,5
	Ginecológico	5	9,4
	Próstata	3	5,7
	Sarcoma	8	15,1
	Urológico	3	5,7
Existência de metástases	Sim	36	67,9
	Não	17	32,1
Tratamento oncológico	Cirurgia	8	15,1
	Quimioterapia	4	7,5
	Radioterapia	2	3,8
	Cirurgia e QT	10	18,9
	Cirurgia e RT	6	11,3
	Cirurgia, QT e RT	17	32,1
	QT e RT	6	11,3

Como se pode verificar na tabela anterior, a localização primária do cancro, mais frequente nesta amostra foi a Mama e a menos frequente foi o Pulmão, respectivamente com 24,5% e 3,8% dos indivíduos. Os dados indicaram também que as patologias primárias dos participantes desta amostra foram bastante diversificadas, uma vez que a Consulta da Dor abrange doentes de todas as clínicas desde que previamente referenciados.

Relativamente à existência de metástases, 67,9% dos indivíduos da amostra tinham metástases.

A modalidade de tratamento mais frequente nos doentes deste estudo foi a combinação Cirurgia, QT e RT com 32,1% das observações. A percentagem menor, 3,8%, observou-se entre os doentes que foram submetidos a radioterapia.

2.1.3. Caracterização da gestão da dor oncológica

A gestão da dor oncológica dos participantes foi caracterizada atendendo à distribuição da frequência e percentagem dos doentes segundo a medicação analgésica, os psicofármacos e a psicoterapia.

Tabela 3 Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis da gestão da dor oncológica

	Categorias	Frequência	Percentagem (%)
Medicação Analgésica	Degrau I Escada Analgésica OMS	11	20,8
	Degrau II Escada Analgésica OMS	13	24,5
	Degrau III Escada Analgésica OMS	29	54,7
Psicofármacos	Nenhuma	33	62,3
	Antidepressivo	16	30,2
	Ansiolítico e Antidepressivo	4	7,5
Psicoterapia	Sim	13	24,5
	Não	40	75,5

Atendendo aos dados da tabela 3, a maioria dos inquiridos (54,7%) efectuava analgésicos do de grau III da Escada Analgésica da OMS, opióides fortes em combinação ou não com analgésicos não opióides e/ou adjuvantes. Os analgésicos menos administrados nesta amostra, com 20,8% foram os do de grau I da Escada Analgésica da OMS.

Os resultados indicaram que 62,3% dos inquiridos não usava psicofármacos e que 7,5% faziam tratamento com combinação de antidepressivos e ansiolíticos. De salientar, que nenhum participante fazia monoterapia com ansiolíticos.

Nesta amostra, observou-se que 75,5% dos indivíduos não fez qualquer modalidade de psicoterapia.

2.1.4. Caracterização da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade e de depressão

A intensidade da dor foi avaliada através da escala qualitativa da dor. Posteriormente foi obtido o valor médio da intensidade da dor dos doentes desta investigação, bem como a distribuição dos mesmos pelos diferentes níveis de intensidade da dor.

Os níveis de ansiedade e de depressão foram obtidos pela aplicação do Inventário de Saúde Mental. Para a sua caracterização determinou-se os valores médios, mínimo, máximo e desvio-padrão dos inquiridos, assim como valor médio e desvio-padrão de cada item que compuseram a escala de ansiedade e de depressão, respectivamente.

Tabela 4 Distribuição dos indivíduos segundo a intensidade da dor e o valor médio

Escala Qualitativa da Intensidade da Dor	Frequência	Percentagem (%)	Média
Nenhuma Dor	3	5,7	2,11
Dor Ligeira	8	15,1	
Dor Moderada	23	43,4	
Dor Severa	18	34,0	
Dor Máxima	1	1,9	
Total	53	100,0	

Pela tabela 4 observou-se que a intensidade mais frequentemente referida pelos inquiridos foi a dor moderada, com 43,4%. A intensidade da dor menos apontada, $n=1$, foi a dor máxima com 1,9%. O valor médio da intensidade da dor dos doentes deste estudo foi de 2,11, o que correspondeu a dor moderada.

Tabela 5 Valores Médios e Desvio-padrão dos níveis de ansiedade

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Ansiedade	53	3,481	0,959	1,50	5,80

Pelos dados anteriores, verificou-se que para a amostra em estudo, o valor médio de ansiedade foi de 3,48 com desvio padrão de $s=0,96$. Este valor médio apontou para um nível de ansiedade moderado.

Tabela 6 Valores Médios e Desvio-padrão dos itens de ansiedade

Itens Ansiedade	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?	2,77	1,203	1	5
Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?	3,36	1,272	1	6
No último mês, durante quanto tempo, se sentiu tenso e irritado?	3,38	1,228	1	6
Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?	4,13	1,665	2	6
Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?	3,23	1,502	1	6
Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?	3,62	1,800	1	6
No último mês, durante quanto tempo se sentiu, cansado, inquieto e impaciente?	3,09	1,377	1	6
Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?	4,11	1,311	2	6
Durante o último mês, sentiu-se ansioso ou preocupado?	3,25	1,616	1	6
Com que frequência durante o último mês se sentiu com dificuldade em se manter calmo?	3,87	1,194	1	6

Através da observação da análise da tabela 6 constatou-se que a questão com valor médio mais elevado foi a questão “*Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?*”, com média de 4,13 e desvio padrão de 1,67. A questão identificada foi a que mais contribuiu para níveis de ansiedade mais baixos.

A questão com valor médio inferior foi “*Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?*”, com o valor médio de 2,77 e desvio padrão de 1,20. Esta questão corroborou para níveis de ansiedade mais elevados.

Tabela 7 Valores Médios e Desvio-padrão dos níveis de depressão

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Depressão	53	3,668	0,974	1,80	5,80

Com base na tabela anterior, verificou-se que o valor médio de depressão na amostra foi de 3,67 com o desvio-padrão de $s=0,97$. O valor médio de depressão correspondeu a um nível moderado.

Tabela 8 Valores Médios e Desvio-padrão dos itens de depressão

Itens Depressão	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Sentiu-se deprimido durante o último mês?	3,06	1,350	1	5
Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?	3,25	1,399	1	6
No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?	4,25	1,072	2	6
No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?	3,91	1,260	2	6
Durante o último mês, esteve, ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?	3,89	1,728	1	6

Pelos dados anteriores, observou-se que a questão com valor médio mais elevado foi “*No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?*”, com média de 4,25 e desvio padrão de 1,07. Esta questão foi a que mais contribuiu para níveis de depressão mais baixos.

A questão com valor médio inferior foi “*Sentiu-se deprimido durante o último mês?*”, com média de 3,06 e desvio padrão de 1,35. A questão assinalada cooperou para níveis de depressão mais elevados.

2.2- INTENSIDADE DA DOR, NÍVEIS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO

Em doentes oncológicos, admite-se que é frequente a existência de morbilidades como a dor, a ansiedade e a depressão que podem co-existir simultaneamente no mesmo doente, independentemente do estadio, fase de tratamento ou prognóstico da doença.

Neste capítulo, foram analisadas as associações estatísticas entre as variáveis socioclínicas, caracterizadas anteriormente, e a intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão nos doentes que compuseram a amostra.

2.2.1. Intensidade da dor e as variáveis socioclínicas

Para avaliar a intensidade da dor, recorreu-se à escala qualitativa da dor que se subdivide em 5 níveis, em que:

- 0- Nenhuma dor
- 1- Dor ligeira
- 2- Dor moderada
- 3- Dor severa
- 4- Dor máxima

Para analisar a variação da intensidade da dor em relação a outras variáveis, foram considerados os valores médios da intensidade da dor.

Tabela 9 Correlação de Pearson entre a Intensidade da dor e a Idade

Escala qualitativa da intensidade da dor			
Idade	N	r	p
	53	-0,097	0,488

De acordo com os dados da tabela 9, na amostra em estudo, a correlação entre a intensidade da dor e a idade não foi estatisticamente significativa ($r=-0,097$; $p=0,488$).

Com base na tabela 1 do Anexo IV, o valor médio de intensidade da dor mais elevado foi de 3,00 e foi apontado por indivíduos com 22, 47, 55, 58, 59, 65 e 88 anos. O valor médio de intensidade da dor mais baixo foi de 1,00 e foi expressado por participantes com 52, 53 e 69 anos.

Tabela 10 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis sociodemográficas

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Género	Masculino	27	1,96	0,980	0,214
	Feminino	26	2,27	0,778	
Estado civil	Solteiro	4	2,25	0,957	0,467
	Casado	32	2,00	0,950	
	Divorciado	10	2,50	0,707	
	Viúvo	7	2,00	0,816	
Habilitações literárias	Não sabe ler, nem escrever	5	2,20	0,447	0,848
	1ºciclo	23	2,26	0,864	
	2ºciclo	16	1,94	0,772	
	3ºciclo	6	2,00	1,265	
	Ensino Superior	3	2,00	1,732	
Situação Profissional	Actividade profissional	4	0,75	0,957	0,001
	Sem actividade profissional	49	2,22	0,798	

Pelos resultados da tabela anterior, as participantes do sexo feminino evidenciaram um valor médio de intensidade da dor de 2,27 que foi superior ao valor médio dos indivíduos do sexo masculino que foi de 1,96. Observou-se igualmente que a associação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa ($p=0,214$).

Em relação ao estado civil, constatou-se que os indivíduos que referiram a intensidade de dor menor foram os casados e viúvos com valor médio de 2 e desvio padrão de 0,95 e de 0,82, respectivamente. Os divorciados expressaram uma intensidade de dor maior, cujo o valor médio foi de 2,5. A associação entre estas variáveis não foi estatisticamente significativa, $p=0,467$.

Quanto às habilitações literárias, os indivíduos com o 2º ciclo de escolaridade reportaram intensidade de dor menor, em que o valor médio foi de 1,94. A dor mais intensa foi manifestada pelos inquiridos com o 1ºciclo de escolaridade. A associação entre estas variáveis mostrou não ser estatisticamente significativa ($p=0,848$).

Pelos resultados anteriores, verificou-se que os doentes com a intensidade da dor mais elevada foram aqueles que se encontravam sem actividade profissional, com valor médio de 2,22. Contrariamente, aqueles que se mantinham profissionalmente activos indicaram a intensidade de dor menor com o valor médio de 0,75. A relação entre a intensidade da dor e a situação profissional mostrou uma associação estatisticamente muito significativa ($p=0,001$).

Tabela 11 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis da doença oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Localização primária do cancro	Cabeça-Pescoço	9	1,89	1,054	0,698
	Digestivo	10	2,20	0,632	
	Pulmão	2	2,50	0,707	
	Mama	13	2,23	0,927	
	Ginecológico	5	2,20	0,837	
	Próstata	3	1,33	1,155	
	Sarcoma	8	2,00	1,069	
	Urológico	3	2,67	0,577	
Existência de metástases	Sim	36	2,33	0,828	0,008
	Não	17	1,65	0,862	
Tratamento oncológico	Cirurgia	8	2,13	0,991	0,456
	Quimioterapia	4	2,00	0	
	Radioterapia	2	1,00	1,414	
	Cirurgia e QT	10	2,00	0,816	
	Cirurgia e RT	6	2,67	0,516	
	Cirurgia, QT e RT	17	2,18	1,015	
	QT e RT	6	2,00	0,894	

Pelos dados da tabela 11, observou-se que os doentes com cancro primário da próstata foram os que mencionaram a intensidade da dor menor, em que o valor médio foi de 1,33. A intensidade da dor mais elevada, com o valor médio de 2,67, foi reportada pelos doentes cuja a patologia primária pertencia ao foro urológico. A associação entre a intensidade da dor com a localização primária do cancro revelou não ser estatisticamente significativa, $p=0,698$.

No que se refere à existência de metástases, constatou-se que os doentes com metastização expressaram o valor médio de intensidade da dor mais elevado de 2,33. Os participantes sem metástases evidenciaram um valor médio de 1,65, portanto a intensidade da dor mais baixa. A relação entre estas variáveis foi de $p=0,008$ e estatisticamente significativa.

Em relação ao tratamento oncológico, a dor menos intensa foi indicada por doentes que efectuaram radioterapia, com o valor médio de 1, ou seja, dor ligeira. Inversamente, os doentes submetidos a cirurgia e radioterapia foram aqueles que exprimiram a intensidade de dor mais elevada, com o valor médio de 2,67. As variáveis em análise não apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p=0,467$).

Tabela 12 Valor médio da Intensidade da dor e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	p
Medicação Analgésica	Degrau I Escada Analgésica OMS	11	1,55	1,036	0,044
	Degrau II Escada Analgésica OMS	13	2,08	1,038	
	Degrau III Escada Analgésica OMS	29	2,34	0,670	
Psicofármacos	Nenhuma	34	1,97	0,969	0,286
	Antidepressivo	15	2,33	0,724	
	Ansiolítico e Antidepressivo	4	2,50	0,577	
Psicoterapia	Sim	13	2,46	0,776	0,105
	Não	40	2,00	0,906	

Reportando os resultados da tabela 12, verificou-se que os doentes que efectuavam analgésicos do degraú I da escada analgésica da OMS foram aqueles com intensidade da dor menor, cujo o valor médio foi de 1,55. A intensidade da dor mais elevada foi expressa por inquiridos a serem tratados com analgésicos do degraú III da escada analgésica da OMS, com o valor médio de 2,34. A relação entre as variáveis em análise mostrou ser estatisticamente significativa ($p=0,044$).

Os participantes que não faziam psicofármacos exprimiram a intensidade da dor mais baixa, com o valor médio de 1,97, comparativamente àqueles que utilizavam ansiolíticos e antidepressivos, em que o valor médio foi de 2,50. Contudo, para a amostra em estudo não houve relação estatisticamente significativa entre a intensidade da dor e o uso de psicofármacos ($p=0,286$).

Quanto à psicoterapia, observou-se que a dor mais intensa foi indicada pelos participantes que fizeram psicoterapia, com o valor médio de 2,46. Inversamente, aqueles que não recorreram à psicoterapia evidenciaram uma intensidade da dor menor com o valor médio de 2. A relação existente, entre ambas variáveis, não foi estatisticamente significativa, $p=0,105$.

2.2.2. Níveis de ansiedade e variáveis socioclínicas

Para classificar o nível de ansiedade em relação às variáveis socioclínicas, subdividiu-se os valores médios em 3 níveis, os mesmos que foram designados por Souza (2005). Assim:

- Leve (5 a 6)
- Moderado (3 a 4)
- Grave (1 a 2)

Ao designar os níveis de ansiedade, atendeu-se ao facto de que valores médios são inversamente proporcionais ao nível de ansiedade, pelo que valores médios mais baixos corresponderam a níveis superiores de ansiedade.

Tabela 13 Correlação de Pearson entre os Níveis de Ansiedade e a Idade

Níveis de Ansiedade			
Idade	N	<i>r</i>	<i>p</i>
	53	-0,076	0,589

Através da análise da tabela anterior, constatou-se que a correlação entre os níveis de ansiedade e a idade, para a amostra em estudo, não foi estatisticamente significativa. ($r=-0,076$; $p=0,589$).

Pela análise da distribuição dos inquiridos segundo o valor médio e desvio padrão da ansiedade pela idade, (Tabela 2, Anexo IV), constatou-se que o nível de ansiedade mais elevado, com o valor médio de 1,5, correspondeu a um indivíduo ($n=1$) de 73 anos

O nível de ansiedade mais baixo representado pelo valor médio de 4,6 foi encontrado em 3 indivíduos com 47, 52 e 88 anos.

Tabela 14 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis sociodemográficas

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Gênero	Masculino	27	3,737	1,024	1,50	5,80	0,047
	Feminino	26	3,215	0,824	1,90	4,60	
Estado civil	Solteiro	4	3,750	0,603	3,20	4,60	0,846
	Casado	32	3,459	0,994	1,50	5,40	
	Divorciado	10	3,320	1,151	2,00	5,80	
	Viúvo	7	3,657	0,755	2,30	4,30	
Habilitações literárias	Não sabe ler, nem escrever	5	2,640	0,336	2,30	3,20	0,314
	1ºciclo	23	3,609	0,783	2,30	5,40	
	2ºciclo	16	3,519	1,039	1,80	5,40	
	3ºciclo	6	3,400	1,062	1,50	4,60	
	Ensino Superior	3	3,867	1,950	1,90	5,80	
Situação Profissional	Actividade profissional	4	4,375	1,266	2,80	5,40	0,052
	Sem actividade profissional	49	3,408	0,908	1,50	5,80	

Os dados da tabela 14 mostraram que os indivíduos do sexo feminino apresentaram o valor médio de 3,22 e o desvio padrão de 0,82, portanto o nível de ansiedade mais elevado. Os indivíduos do sexo masculino que exibiram o valor médio de 3,74 e desvio padrão de 1,02 e consequentemente o nível de ansiedade mais baixo. Foi observado uma associação estatisticamente significativa ($p=0,047$) entre gênero e os níveis de ansiedade.

Atendendo ao estado civil, os indivíduos solteiros foram os que apresentaram o nível de ansiedade menor, com o valor médio de 3,75 e o desvio padrão de 0,60. Os inquiridos com o nível de ansiedade maior foram os divorciados com o valor médio de 3,32 e o desvio padrão de 1,15. Em concordância com valor de $p=0,85$, concluiu-se que a associação entre o estado civil e os níveis de ansiedade não foi estatisticamente significativa.

Quanto às habilitações literárias, os inquiridos que não sabem ler nem escrever evidenciaram o nível de ansiedade mais elevado, representado pelo valor médio de 2,64 e desvio padrão de 0,34. O nível de ansiedade menor pertenceu aos participantes com o grau de escolaridade superior em que o valor médio foi de 3,87 e o desvio padrão de 1,95. No entanto, a relação entre as habilitações literárias e os níveis de ansiedade não foi estatisticamente significativa ($p=0,314$).

Os resultados alcançados evidenciaram que, relativamente à situação profissional, o nível de ansiedade mais elevado, representado pelo valor de 3,41 e o desvio padrão de 0,91 correspondeu aos indivíduos que se encontravam sem actividade profissional. Contrariamente, o nível de ansiedade mais baixo, com o valor médio de 4,38 e o desvio

padrão de 1,27, pertenceu aos inquiridos que desempenhavam uma actividade profissional. A associação entre a situação profissional e os níveis de ansiedade não foi estatisticamente significativa, $p=0,052$.

Tabela 15 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis da doença oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Localização primária do cancro	Cabeça-Pescoço	9	3,522	1,016	1,80	5,40	0,424
	Digestivo	10	3,150	0,576	2,30	4,00	
	Pulmão	2	3,250	0,637	2,80	3,70	
	Mama	13	3,239	0,800	1,90	4,30	
	Ginecológico	5	3,540	1,043	2,30	4,60	
	Próstata	3	3,933	0,907	2,90	4,60	
	Sarcoma	8	4,175	1,243	2,00	5,80	
	Urológico	3	3,267	1,595	1,50	4,60	
Existência de metástases	Sim	36	3,425	0,976	1,50	5,80	0,540
	Não	17	3,600	0,940	2,00	5,40	
Tratamento oncológico	Cirurgia	8	3,850	0,847	2,80	5,40	0,185
	Quimioterapia	4	3,250	0,854	2,30	4,30	
	Radioterapia	2	3,300	1,838	2,00	4,60	
	Cirurgia e QT	10	3,600	0,810	2,50	4,60	
	Cirurgia e RT	6	2,500	0,645	1,80	3,60	
	Cirurgia, QT e RT	17	3,541	0,994	1,50	5,80	
	QT e RT	6	3,817	1,042	2,30	5,40	

Os resultados contidos na tabela antecedente demonstraram que o maior nível de ansiedade representado pelo valor médio de 3,15 e o desvio padrão de 0,58 foi reportado pelos doentes com cancro primário digestivo. Os doentes com sarcoma indicaram o nível de ansiedade mais baixo através do valor médio de 4,18 e o desvio padrão de 1,24. Porém, a associação entre estas variáveis não foi estatisticamente significativa.

No que se refere à existência de metástases, os participantes com doença oncológica metastizada manifestaram o valor médio de ansiedade de 3,43 com o desvio padrão de 0,98 o que apontou para um nível de ansiedade superior ao dos doentes sem metástases, cujo o valor médio foi de 3,60. A relação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa ($p=0,540$).

Quanto ao tratamento oncológico, os participantes submetidos apenas a cirurgia evidenciaram o nível de ansiedade menor, com um valor médio de 3,85. Os doentes que realizaram cirurgia e radioterapia mostraram o valor médio de 2,5 e o desvio padrão de

0,64, logo o nível de ansiedade mais elevado. A relação entre os níveis de ansiedade e o tratamento oncológico não foi estatisticamente significativa, $p=0,185$.

Tabela 16 Valor médio da Ansiedade e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Medicação Analgésica	Degrau I Escada Analgésica OMS	11	3,691	0,984	1,90	5,40	0,054
	Degrau II Escada Analgésica OMS	13	3,923	1,085	1,80	5,80	
	Degrau III Escada Analgésica OMS	29	3,203	0,818	1,50	4,60	
Psicofármacos	Nenhuma	34	3,674	0,986	1,80	5,80	0,117
	Antidepressivo	15	3,213	0,786	1,50	4,30	
	Ansiolítico e Antidepressivo	4	2,850	1,021	1,90	4,30	
Psicoterapia	Sim	13	3,031	0,872	1,50	4,30	0,050
	Não	40	3,628	0,950	1,80	5,80	

Tendo por base a tabela anterior, constatou-se que os inquiridos que efectuavam analgésicos do de grau III da escada analgésica da OMS mostraram o nível de ansiedade mais elevado com o valor médio de 3,2 e o desvio padrão de 0,82. O nível de ansiedade mais baixo, com o valor médio de 3,9 e o desvio padrão de 1,08 foi indicado pelos doentes tratados com analgésicos do de grau II da escada analgésica da OMS. As variáveis analisadas não evidenciaram uma associação estatisticamente significativa ($p=0,054$).

Reportando os dados referentes aos psicofármacos, verificou-se que os sujeitos com o nível de ansiedade mais elevado, com o valor médio de 2,85 e o desvio padrão de 1,02 foram os que efectuavam ansiolíticos e antidepressivos. Os doentes com o nível de ansiedade mais baixo representado pelo valor médio de 3,67 e o desvio padrão de 0,99 foram os que não usavam psicofármacos. No entanto, a relação existente entre os psicofármacos e os níveis de ansiedade não foi estatisticamente significativa, $p=0,117$.

Relativamente à psicoterapia, os participantes que realizaram psicoterapia apresentaram o valor médio de 3,03 e o nível de ansiedade mais elevado. Os inquiridos que não fizeram psicoterapia, evidenciaram um valor médio de 3,63, um desvio padrão de 0,95 e portanto o nível de ansiedade mais baixo. A associação entre estas variáveis não foi estatisticamente significativa, $p=0,050$.

Tabela 17 Valor médio da Ansiedade e relação com Intensidade da dor

Escala qualitativa da intensidade da dor	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	<i>p</i>	<i>r</i>
Nenhuma Dor	3	4,633	0,751	3,90	5,40	0,004	-0,389
Dor Ligeira	8	4,238	0,648	3,20	5,40		
Dor Moderada	23	3,209	0,804	1,50	4,40		
Dor Severa	18	3,361	1,025	1,80	5,80		
Dor Máxima	1	2,400	.	2,40	2,40		
Total	53	3,481	0,959	1,50	5,80		

Os dados da tabela 17 demonstraram que o nível de ansiedade mais elevado, o valor médio de 2,4, pertenceu a um indivíduo ($n=1$) que classificou a dor como máxima. Inversamente, o nível de ansiedade menor, com o valor médio de 4,6 e o desvio padrão de 0,75, foi constatado nos indivíduos que não reportaram dor.

A relação entre as variáveis mencionadas mostrou uma correlação significativa entre ambas ($r = -0,389$; $p = 0,004$).

2.2.3. Níveis de depressão e variáveis socioclínicas

Para classificar o nível de depressão em relação com variáveis socioclínicas, recorreu-se aos mesmos níveis designados para a ansiedade, em que:

- Leve (5 a 6)
- Moderado (3 a 4)
- Grave (1 a 2)

Tabela 18 Correlação de Pearson entre Níveis de Depressão e Idade

Níveis de Depressão			
Idade	N	R	P
	53	-0,074	0,597

Através dos resultados da tabela anterior, considerou-se que, nesta amostra, os níveis de depressão e a idade não apresentaram uma associação significativa, ($r = -0,074$; $p = 0,597$).

Analisando a distribuição dos inquiridos pelo valor médio e desvio padrão da depressão segundo idade, (Tabela3, Anexo IV), detectou-se um caso ($N=1$) com 59 anos cujo o valor médio de depressão foi de 1,8 e o nível de depressão mais elevado. O nível

de depressão mais baixo, com o valor médio de 5,0 pertenceu a um (N=1) inquirido de 69 anos.

Tabela 19 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis sociodemográficas

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Género	Masculino	27	3,919	0,986	1,80	5,80	0,056
	Feminino	26	3,408	0,908	1,80	4,80	
Estado civil	Solteiro	4	4,250	0,661	3,40	5,00	0,513
	Casado	32	3,706	0,960	1,80	5,40	
	Divorciado	10	3,520	1,248	1,80	5,80	
	Viúvo	7	3,371	0,734	2,20	4,20	
Habilitações literárias	Não sabe ler, nem escrever	5	2,680	0,4382	2,00	3,20	0,148
	1ºciclo	23	3,757	0,870	1,80	5,20	
	2ºciclo	16	3,662	1,0948	1,80	5,40	
	3ºciclo	6	3,867	0,787	3,00	5,00	
	Ensino Superior	3	4,267	1,501	2,80	5,80	
Situação Profissional	Actividade profissional	4	4,550	0,929	3,40	5,40	0,059
	Sem actividade profissional	49	3,596	0,951	1,80	5,80	

Os dados da tabela 19 mostraram um nível de depressão mais elevado nas participantes do sexo feminino, com o valor médio de 3,41 e o desvio padrão de 0,91. Os inquiridos do sexo masculino apontaram o nível de depressão inferior, com o valor médio de 3,92 e o desvio padrão de 0,99. Porém, a diferença entre género e níveis de depressão não foi estatisticamente significativa ($p=0,056$).

No que concerne ao estado civil, verificou-se que os indivíduos solteiros apresentaram o nível de depressão mais baixo, com o valor médio de 4,25 e o desvio padrão de 0,66. O nível de depressão mais elevado correspondeu aos inquiridos viúvos, com o valor médio de 3,37 e o desvio padrão de 0,73. A associação entre estas variáveis mostrou não ser estatisticamente significativa ($p=0,513$).

No que respeita às habilitações literárias, denotou-se que os inquiridos com grau académico superior demonstraram o nível de depressão menor, representado pelo valor médio de 4,27 e o desvio padrão de 1,50. O nível de depressão maior pertenceu aos participantes que não sabem ler nem escrever em que o valor médio foi de 2,68 e o desvio padrão de 0,44. No entanto, a relação entre as variáveis analisadas não foi estatisticamente significativa ($p=0,148$).

A relação entre os níveis de depressão e a situação profissional não foi estatisticamente significativa, $p=0,059$. O nível de depressão superior com o valor médio

de 3,60 e o desvio padrão de 0,95 correspondeu aos inquiridos sem actividade profissional. Os participantes que exerciam uma actividade profissional apresentaram o nível de depressão mais baixo, com o valor médio de 4,55 e o desvio padrão de 0,92.

Tabela 20 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis da doença oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Localização primária do cancro	Cabeça-Pescoço	9	3,689	1,229	1,80	5,40	0,713
	Digestivo	10	3,360	0,788	2,60	5,00	
	Pulmão	2	4,000	0,849	3,40	4,60	
	Mama	13	3,585	0,818	2,00	4,80	
	Ginecológico	5	3,280	1,083	2,00	4,80	
	Próstata	3	4,333	0,833	3,40	5,00	
	Sarcoma	8	4,050	1,264	2,20	5,80	
	Urológico	3	3,733	0,757	3,20	4,60	
Existência de metástases	Sim	36	3,633	0,946	1,80	5,80	0,711
	Não	17	3,741	1,058	1,80	5,40	
Tratamento oncológico	Cirurgia	8	3,925	0,968	2,20	5,20	0,060
	Quimioterapia	4	3,500	0,775	2,80	4,60	
	Radioterapia	2	3,700	1,838	2,40	5,00	
	Cirurgia e QT	10	3,480	0,962	2,00	5,00	
	Cirurgia e RT	6	2,533	0,918	1,80	4,20	
	Cirurgia, QT e RT	17	4,000	0,778	2,60	5,80	
	QT e RT	6	3,933	0,935	2,60	5,40	

Com base nos resultados da tabela 20, as participantes com cancro ginecológico manifestaram o nível de depressão mais elevado, com o valor médio de 3,28 e o desvio padrão de 1,08. Os doentes com cancro primário da próstata expressaram um valor médio de depressão de 4,33 e o desvio padrão de 0,83, e portanto o nível de depressão mais baixo. Contudo, na amostra em estudo, não houve relação estatisticamente significativa entre os níveis de depressão e a localização primária do cancro ($p=0,713$).

Constatou-se também que os inquiridos com metástases revelaram o nível de depressão mais elevado, com o valor médio de 3,63 e o desvio padrão de 0,94. Os doentes sem metástases evidenciaram um valor médio de 3,74, um desvio padrão de 0,97 e o nível de depressão inferior. A associação entre a existência de metástases e os níveis de depressão foi de $p=0,711$ e consequentemente estatisticamente não significativa.

Em relação ao tratamento oncológico, observou-se que os doentes com nível de

depressão mais elevado foram aqueles submetidos a cirurgia e radioterapia e expuseram o valor médio de 2,53 e o desvio padrão de 0,92. O nível de depressão mais baixo foi manifestado pelos doentes tratados com cirurgia, quimioterapia e radioterapia que apresentaram um valor médio de 4,0 e um desvio padrão de 0,78. A relação entre os níveis de depressão e o tratamento oncológico não foi estatisticamente significativa ($p=0,060$).

Tabela 21 Valor médio da Depressão e relação com as variáveis da gestão da dor oncológica

	Categorias	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	p
Medicação Analgésica	Degrau I Escada Analgésica OMS	11	3,964	0,983	1,80	5,20	0,112
	Degrau II Escada Analgésica OMS	13	3,985	1,173	1,80	5,80	
	Degrau III Escada Analgésica OMS	29	3,414	0,825	2,00	4,80	
Psicofármacos	Nenhuma	34	3,782	0,955	1,80	5,80	0,162
	Antidepressivo	15	3,640	0,882	2,00	4,80	
	Ansiolítico e Antidepressivo	4	2,800	1,275	1,80	4,60	
Psicoterapia	Sim	13	3,4000	0,90921	2,00	4,80	0,258
	Não	40	3,7550	0,98968	1,80	5,80	

Reportando os resultados da tabela 21, os sujeitos com o nível de depressão mais elevado, o valor médio de 3,4 e o desvio padrão de 0,82 foram os que efectuavam analgésicos do de grau III da escada analgésica da OMS. Os doentes com o nível de depressão mais baixo, o valor médio de depressão de 3,9 e o desvio padrão de 1,17, foram os que efectuavam analgésicos do de grau II da escada analgésica da OMS. Contudo, relação existente entre estas variáveis não foi estatisticamente significativa, $p=0,112$.

Em relação aos psicofármacos, observou-se que os doentes que efectuavam ansiolíticos e antidepressivos mostraram um valor médio de 2,6 e portanto o nível de depressão mais elevado. O nível de depressão mais baixo, o valor médio de 3,78 e o desvio padrão de 0,96 foi apontado pelos participantes que não usavam psicofármacos. As variáveis em análise não apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p=0,162$).

Os dados anteriores indicaram também que os doentes que efectuaram psicoterapia apresentaram um valor médio de 3,4 e o desvio padrão de 0,91 o que apontou para o nível de depressão superior ao dos inquiridos que não fizeram psicoterapia. A relação entre as variáveis não foi estatisticamente significativa ($p=0,258$).

Tabela 22 Valor médio de Depressão e relação com a intensidade da dor

Escala qualitativa da intensidade da dor	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	<i>p</i>	<i>r</i>
Nenhuma Dor	3	4,800	0,529	4,20	5,20	0,012	-0.341
Dor Ligeira	8	4,425	0,590	3,60	5,40		
Dor Moderada	23	3,365	0,815	2,00	4,60		
Dor Severa	18	3,533	1,108	1,80	5,80		
Dor Máxima	1	3,600	.	3,60	3,60		
Total	53	3,668	0,974	1,80	5,80		

Pela observação da tabela 22 constatou-se que o nível de depressão mais elevado com o valor médio de 3,37 e o desvio padrão de 0,81 correspondeu aos participantes com dor moderada. O nível de depressão mais baixo, com o valor médio de 4,8 e o desvio padrão de 0,53, foi reportado pelos inquiridos sem dor. A associação entre os níveis de depressão e a intensidade da dor evidenciou uma correlação estatisticamente significativa com valores de $r = -0.341$ e $p < 0,05$.

Tabela 23 Resumo da relação das variáveis socioclínicas com a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão

Variáveis		Valor de <i>p</i>		
		Intensidade da dor	Nível de Ansiedade	Nível de depressão
Sociodemográficas	Idade	0,488	0,589	0,597
	Sexo	0,214	0,047*	0,056
	Estado civil	0,467	0,846	0,513
	Habilitações literárias	0,848	0,314	0,148
	Situação profissional	0,001**	0,052	0,059
Doença oncológica	Localização primária do cancro	0,698	0,424	0,713
	Existência de metástases	0,008**	0,540	0,711
	Tratamento oncológico	0,456	0,185	0,060
Gestão da dor oncológica	Medicação analgésica	0,044*	0,054	0,112
	Psicofármacos	0,286	0,117	0,162
	Psicoterapia	0,105	0,050	0,258
Intensidade da dor		—	0,004**	0,012*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Pelos dados apresentados na tabela antecedente, constatou-se uma relação estatisticamente significativa a 5% ($p < 0,05$) entre a intensidade da dor e a medicação analgésica e os níveis de depressão e ainda entre os níveis de ansiedade e o gênero.

Observou-se também uma relação muito significativa a 1% ($p < 0,01$) entre a intensidade da dor e a situação profissional, a existência de metástases e os níveis de ansiedade.

Tabela 24 Análise multivariada entre a intensidade da dor e a situação profissional, a existência de metástases, a medicação analgésica e os níveis de ansiedade e de depressão

Variáveis	Coeficiente padrão	t	P	Intervalo Confiança 95%	
	Beta			Limite inferior	Limite superior
Situação profissional	0,216	1,541	0,130	-0,221	1,665
Existência de metástases	-0,196	-1,472	0,148	-0,877	0,136
Medicação analgésica	0,169	1,285	0,205	-0,026	0,117
Nível de Ansiedade	-0,249	-1,290	0,203	-0,593	0,130
Nível de Depressão	-0,045	-0,233	0,817	-0,398	0,316

Atendendo os dados da tabela 24, verificou-se que das variáveis situação profissional, existência de metástases, medicação analgésica, nível de ansiedade e de depressão, que na análise bivariada, estabeleceram relação estatisticamente significativa com a intensidade da dor, nenhuma manteve o significado estatístico na análise multivariada.

2.3- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma vez apresentados os dados obtidos, seguiu-se uma reflexão e discussão dos mesmos, evidenciando os seus possíveis significados e mencionando algumas limitações que possam ter afectado o estudo.

A discussão dos resultados tem como linha de orientação as hipóteses formuladas anteriormente que foram especificadas de acordo com as variáveis socioclínicas.

2.3.1 Características sociodemográficas e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.

No presente estudo, a idade dos participantes variou entre os 22 e os 88 anos, sendo a média de 59. A intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão não mostraram relação estatisticamente significativa com a idade, sendo o valor de p de 0,488, 0,589 e 0,597, respectivamente. Assim, e atendendo aos resultados obtidos, a hipótese de que a idade se associa significativamente com a intensidade da dor e com os níveis de ansiedade e depressão não foi verificada para este estudo.

A correlação entre a idade e a intensidade da dor apresentou um valor de coeficiente de Pearson negativo, $r=-0,097$, o que eventualmente, poderia apontar para uma relação inversamente proporcional entre as variáveis mencionadas, em que à medida que os indivíduos tivessem mais idade expressariam menor intensidade da dor e vice-versa. No entanto, para além do valor de p não significativo, quando se analisou a distribuição dos valores médios da intensidade da dor pela idade também não se verificou tal relação.

No que concerne, à correlação da idade com os valores médio de ansiedade e de depressão, esta mostrou um coeficiente de Pearson negativo para ambas, $r=-0,076$ e $r=-0,074$, respectivamente. Com base no valor negativo do coeficiente de Pearson, este poderia evidenciar uma possível relação inversamente proporcional entre os valores médios de ansiedade e de depressão com a idade, em que os valores médios inferiores corresponderiam a indivíduos mais velhos, mas atendendo que os valores médios da ansiedade e de depressão, por sua vez, são inversamente proporcionais com os níveis de ansiedade e de depressão, poderia depreender-se que os níveis de ansiedade e de depressão seriam proporcionais com a idade, em que indivíduos mais velhos poderiam

apresentar níveis mais elevado de ansiedade e de depressão e vice-versa. Mas, para além do valor de p não significativo, a observação da distribuição dos valores médio da ansiedade e de depressão pela idade não reflectiu essa relação.

Em semelhança ao presente estudo, Ciaramella e Poli (2001), na investigação que conduziram com doentes oncológicos não obtiveram uma diferença significativa entre a idade e a depressão, no entanto, identificaram que os doentes deprimidos eram mais velhos do que os doentes não deprimidos. Também Gagliese e colaboradores (2007) num estudo de revisão sistemática da literatura sobre o padrão de idade nos doentes com dor oncológica e depressão concluíram que existiu pouca evidência que apontasse para diferenças de idade na prevalência ou intensidade da depressão entre doentes com cancro avançado e com dor. Estes autores acrescentaram ainda, que num contexto de dor oncológica, tanto doentes mais velhos como mais jovens, apresentavam a mesma probabilidade de sofrerem de depressão.

Stark e colaboradores (2002), concluíram que a idade teve um impacto mínimo nas estimativas de prevalência de distúrbios da ansiedade e que não foi um factor preditivo de distúrbios da ansiedade.

Ao contrário do que foi indicado pelo valor de r , o coeficiente de Pearson, poderia esperar-se que os doentes mais velhos expressariam níveis de ansiedade e de depressão inferiores aos dos mais novos, já que passaram por um período de vida mais prolongado que lhes confere maior maturidade e mais mecanismos de adaptação e de coping para suportar o processo de doença oncológica e experiência da dor de uma forma mais adaptada do que os indivíduos mais novos. No entanto, estes factores que seriam de protecção, podem não se encontrar operativos.

Numa outra perspectiva, devido ao processo de envelhecimento, os sujeitos com mais idade podem manifestar uma limitação gradual das capacidades físicas, diminuição sensorial e deterioração cognitiva. Para além disto, muitos apresentam doenças prévias ao cancro, outras morbilidades pré-existentes como diabetes, doença cardiovascular ou osteoarticular, entre outras, o que, à partida, afecta negativamente a qualidade de vida, mesmo antes do cancro. Assim, a doença oncológica e a dor agravariam ainda mais o sofrimento existente o que se reflectiria um nível de ansiedade e de depressão superior nestes doentes.

Pessoas com mais idade são mais susceptíveis de incapacidade cognitiva e física, de isolamento social, de nível económico mais baixo e de deslocalização do seu meio habitual, tudo isto, são factores que podem promover e potenciar distress psicológico, como ansiedade e depressão (Alexopoulos, 2005).

A amostra em estudo é constituída por 51% de indivíduos do sexo masculino e 49% de participantes do sexo feminino. As mulheres evidenciaram um valor médio de intensidade da dor ($M=2,27$; $s=0,778$), nível de ansiedade ($M=3,22$; $s=0,824$), e de depressão ($M=3,41$; $s=0,908$) superior ao dos indivíduos do sexo masculino.

A associação entre o género e a intensidade da dor ($p=0,214$) e níveis de depressão ($p=0,056$) demonstrou não ser estatisticamente significativa, para este estudo. Estes resultados indicaram que a hipótese de que o género se associa significativamente com a intensidade da dor e nível de depressão não se verificou. Contudo, a hipótese de que existe relação entre sexo e nível de ansiedade foi confirmada, já que $p=0,047$.

Em semelhança a alguns resultados apurados, o estudo de Mystakidou *et al* (2006) mostrou que as mulheres reportaram significativamente mais ansiedade e mais depressão. Na análise multivariada, ser mulher foi factor preditivo para sintomas depressivos mas não para a ansiedade. Os autores não mencionaram os resultados entre o género e as variáveis de gravidade ou interferência da dor oncológica.

Contrariamente, Ciaramella e Poli (2001) encontraram mais homens deprimidos do que mulheres, no entanto, sem associação estatisticamente significativa.

Existe, actualmente, alguma evidência considerável de que os homens e as mulheres diferem na resposta e na avaliação da dor, assim como, na prevalência de síndromes dolorosas. Por norma, os homens são vistos como menos dispostos a exprimir a dor e de que são capazes de suportar dores mais intensas. Têm sido propostos possíveis mecanismos responsáveis por estas diferenças, que são baseados em múltiplas hipóteses biológicas a nível físico, genético e de organização do sistema nervoso. Aponta-se também que os factores de aprendizagem social podem ter, pelo menos, um papel tão pertinente como os hipotéticos factores biológicos (Robinson *et al*, 2004).

A depressão é particularmente devastadora para as mulheres, sendo que as mulheres correm um risco de 2:1, em relação aos homens, para a maioria dos tipos de depressão (Blehar, Keita; 2003).

Existem vários estudos que tentam evidenciar possíveis causas ou factores que expliquem o facto da incidência e prevalência da depressão nas mulheres ser superior ao verificado nos homens, mas nenhuma explicação plausível foi ainda consensual.

Com base em estudos neurobiológicos, existem diferenças entre homens e mulheres, uma vez que há diferença na síntese de serotonina e na interacção desta com as hormonas sexuais femininas. Estes dados são particularmente pertinentes na explicação de distúrbios mentais durante o período pré-menstrual, pós-parto e pré-menopausa (Blehar, Keita; 2003). Há ainda a particularidade de que altos níveis de cortisol estão associados à depressão, observou-se que após a puberdade, as raparigas

apresentam níveis matinais de cortisol mais elevados do que rapazes (Harris, 2003).

No que concerne à ansiedade, os estudos epidemiológicos apontam que as mulheres têm duas vezes mais probabilidade do que os homens de desenvolverem transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e stress pós-traumático e aproximadamente 1,5 de apresentarem fobia social e comportamento obsessivo-compulsivo, ao longo da vida. As mulheres comparativamente com os homens expressam distúrbios da ansiedade com sintomas mais graves e mais frequentemente, outras morbilidades mentais concomitantemente, o que por sua vez, corrobora para a cronicidade da doença e um prejuízo funcional maior entre as mulheres (Kinrys, Wygant; 2005).

Dos estudos realizados acerca possíveis causas para explicar a diferença existente entre mulheres e homens alcançou-se escassas evidências que sugerem que hormonas sexuais femininas podem desempenhar papel importante na expressão da ansiedade, assim como a interacção com outros factores genéticos e ambientais.

Tanto para a ansiedade como para a depressão, foram encontrados alguns factores ambientais de risco com significado consistente, que incluem a história familiar, as adversidades na infância, o isolamento social, os aspectos da personalidade e a exposição a eventos stressantes na vida (Kessler, 2003).

A amostra obtida para este estudo foi composta, maioritariamente, por inquiridos casados 60,4%. Os participantes divorciados expressaram um valor médio de intensidade da dor ($M=2,50$, $s=0,707$) e nível de ansiedade ($M=3,32$, $s=1,150$) mais elevado. O nível de depressão superior correspondeu aos viúvos, em que o valor médio foi de 3,37 e desvio padrão de 0,734.

A relação entre o estado civil com a intensidade da dor ($p=0,467$) e os níveis de ansiedade ($p=0,846$) e de depressão ($p=0,513$) não foi estatisticamente significativa: Assim, a hipótese de que o estado civil estabelece associação significativa com a intensidade de dor e os níveis de ansiedade e de depressão, não se comprovou na amostra em estudo.

Contudo, Mystakidou *et al* (2006) mostraram que os doentes com dor oncológica não casados manifestaram, significativamente, mais ansiedade do que os doentes casados. Os resultados mencionados são, em parte, concordantes com os obtidos neste estudo, já que os doentes que foram casados, mas que por morte do cônjuge ou divórcio, já não o são, foram aqueles que apresentaram o maior nível de perturbação mental mais elevado.

Os indivíduos divorciados ou viúvos podem sentir-se mais vulneráveis, desamparados e desprotegidos do que os casados, uma vez que, numa fase em que se

deparam com fragilidades físicas, emocionais, financeiras e sociais causadas pela doença oncológica e exacerbadas pela dor, não podem contar com o apoio e ajuda de um cônjuge.

Os cuidadores informais de doentes oncológicos adultos são, na sua maioria, os cônjuges. Estes cuidadores informais desempenham um papel fundamental na ajuda das actividades de vida diária, principalmente na alimentação, higiene pessoal e em casos de maior incapacidade, na mobilidade e eliminação, mas também na adesão e cumprimento do regime terapêutico oncológico ou analgésico, e ainda na gestão de outras questões económicas ou sociais, por exemplo, problemas relacionados com banco ou segurança social.

Os doentes que constituíram a amostra deste estudo são tratados em regime de ambulatório, nestes casos, o papel do cuidador informal é de extrema pertinência na continuação e sucesso do regime terapêutico, este facto pode justificar a razão pelo qual os indivíduos que já foram casados apresentaram a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão mais elevados.

Na presente investigação, 43,4% dos sujeitos possuíam o 1º ciclo de escolaridade ou seja com nível de formação mais básico e 9,4% da amostra não possuía qualquer instrução e não sabia ler nem escrever.

Os participantes com o 1º ciclo indicaram a intensidade de dor mais elevada ($M=2,26$; $s=0,864$). Os inquiridos que não sabem ler nem escrever revelaram o nível de ansiedade ($M=2,64$; $s=0,336$) e de depressão ($M=2,68$; $s=0,482$) mais elevado. Contrariamente o nível de ansiedade ($M=3,87$; $s=1,950$) e de depressão ($M=4,27$; $s=1,501$) mais baixo foi expressado por sujeitos com grau académico superior.

A hipótese de que existe relação significativa entre as habilitações literárias e a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão não foi comprovada nesta amostra, uma vez que o valor de p foi superior a 0,05, respectivamente $p=0,848$, $p=0,314$ e $p=0,148$; e consequentemente estatisticamente não significativo.

Ciaramella e Poli (2001), tal como no presente estudo, apontaram uma associação não significativa entre o nível de educação e a depressão, mas não descreveram como é que o nível de educação se distribuiu em função do diagnóstico de depressão nos doentes oncológicos com dor.

Iliffe *et al*, (2009) atendendo aos resultados do estudo que efectuaram, concluíram que o humor deprimido em doentes idosos com dor não está associado com a frequência ou a intensidade da dor, mas é independentemente associado com risco de terem apenas educação básica. Esta associação pode ter ocorrido porque as estratégias de coping podem estar menos efectivas para aqueles com pouco apoio social e menos

capacidades de compreender e controlar a dor.

De facto, os níveis mais elevados de dor, de ansiedade e de depressão foram observados em doentes sem instrução ou com o grau de escolaridade mais básico. Estes doentes podem ter mais dificuldade em interpretar e compreender indicações e os ensinamentos realizados sobre o regime terapêutico, como por exemplo, o cartão da medicação e comprometer o controlo eficaz da dor.

Numa outra perspectiva, as habilitações literárias mais baixas podem corresponder a um poder económico inferior e portanto menor acesso a recursos de saúde, para além de outras dificuldades económicas que podem influenciar negativamente a qualidade de vida, acentuar o sofrimento e aumentar o nível de ansiedade e depressão nestes doentes.

No presente estudo, 92,5% dos sujeitos não desempenhavam uma actividade profissional, e apenas 7,5 exerciam uma profissão, a tempo inteiro ou parcial.

Os indivíduos sem actividade profissional revelaram a intensidade da dor ($M=2,22$; $s=0,798$) os níveis de ansiedade ($M=3,41$; $s=0,908$) e de depressão ($M=3,60$; $s=0,951$) mais elevados do que aqueles que se mantinham activos profissionalmente.

A associação entre a situação profissional com o nível de ansiedade e de depressão não foi significativa, pela mesma ordem, $p=0,052$ e $p=0,059$. Com base nestes resultados a hipótese que supõe uma relação significativa entre estas variáveis não se verificou, neste estudo.

A relação entre a situação profissional e a intensidade da dor evidenciou uma diferença muito significativa, $p=0,001$, no entanto, quando foi realizada a análise multivariada, por regressão linear, esta diferença não se manteve, $p=0,130$, provavelmente devido ao facto de que a amostra de indivíduos com actividade profissional é muito escassa ($N=4$) e pouco consistente.

O facto destes sujeitos permanecerem activos profissionalmente pode indicar que o grau de incapacidade infligido pela doença oncológica ou até mesmo pela dor é inexistente ou ligeiro, sendo assim, reúnem condições físicas e cognitivas que lhes permite manter uma ocupação profissional, nem que seja apenas a tempo parcial. Esta ocupação profissional repercute-se obviamente em rendimentos financeiros o que transmite alguma sensação de segurança em termos económicos.

Por terem uma actividade profissional, possivelmente, os indivíduos sentem-se úteis por manterem um papel activo na família, no emprego e na sociedade o que pode reflectir-se numa qualidade de vida melhor.

Relativamente à hipótese de existe associação significativa entre as características sociodemográficas e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão, constatou-se que apenas o género revelou uma relação estatisticamente significativa com o nível de ansiedade. Este resultado observado vai de encontro a alguma evidência existente na literatura, segundo a qual, as diferenças demográficas que predisõem a transtornos da ansiedade, na população geral, tornam-se menos relevantes quando um evento grave como cancro ocorre (Stark *et al*, 2002). Relativamente, ao nível de depressão nenhuma variável sociodemográfica estabeleceu associação estatisticamente significativa. E a intensidade da dor apenas se relacionou significativamente com situação profissional que perdeu o seu significado independente na análise multivariada.

2.3.2. Características da doença oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.

Neste estudo, a patologia oncológica mais frequente foi a Mama, com 24,5% dos inquiridos e a menos frequente foi o Pulmão, 3,8% (n=2). Em concordância com o valor de p para a relação entre a localização primária do cancro e a intensidade da dor, $p=0,698$; os níveis de ansiedade, $p=0,424$ e de depressão, $p=0,713$, considerou-se que estas não foram estatisticamente significativas, o que indicou que a hipótese de que existe associação entre a localização primária do cancro e as variáveis em estudo não foi comprovada nesta amostra de doentes.

Outros estudos realizados trazem alguma evidência sobre esta problemática, nomeadamente, Fischer *et al* (2009) indicaram com base em associações estatisticamente significativas, que doentes com cancro primário do pulmão expressaram intensidade da dor, e nível de depressão superiores aos doentes com cancro prostático ou cabeça-pescoço. Ainda no mesmo estudo observaram que os doentes com cancro do pulmão reportaram um valor médio de depressão que poderia indicar sintomas de depressão aproximáveis de diagnóstico. No que respeita, à ansiedade, neste estudo, os doentes com cancro do pulmão exprimiram um valor médio de ansiedade que sugeriu um nível moderado de ansiedade e a regressão multivariada revelou que depressão e o estado de ansiedade contribuíram para o valor qualitativo da dor.

Ciaramella e Poli, 2001, também não verificaram uma relação significativa entre a avaliação de depressão e a localização do cancro, porém, entre os doentes com cancro respiratório (laringe, pleura e pulmão), encontraram mais indivíduos deprimidos do que não deprimidos.

Mystakidou e colaboradores (2006), estudaram a relação entre a ansiedade e a depressão em doentes com cancro do pulmão, mama, gastrointestinal, urogenital e melanoma, mas não obtiveram nenhuma associação estatisticamente significativa e pelos dados publicados, nenhum tumor primário se destacou em relação às variáveis em estudo.

As células neoplásicas do tumor primário conseguem disseminar-se à distância, através da corrente sanguínea e do sistema linfático, para outros locais do organismo, onde proliferam de forma desorganizada e descontrolada, promovendo tumores secundários, as designadas metástases. Todas estas células têm origem numa única célula cuja divisão celular se tornou anormal (Rabaça, 2007).

A classificação internacional de tumores malignos, TNM, fundamenta a sua avaliação segundo a extensão local do tumor, T (T0,T1, T2, ...), a invasão ganglionar regional, nódulos N (N0, N1, N2, ...) e ausência ou existência de metástases à distância, M (M0, M1). Assim a existência de metástases à distância aponta para uma situação de doença oncológica mais avançada, que por sua vez pode despoletar um aumento das queixas algicas, em termos de intensidade e/ou localização e de diferentes etiologias.

Foi estimado que cerca de 55% dos doentes oncológicos com metástases em ambulatório têm dor relacionada com a doença (Fischer *et al*, 2009).

Da população em estudo, 67,9% dos doentes possuíam metástases, contrariamente aos 32,1% dos que não tinham doença oncológica metastizada.

Os doentes com a intensidade da dor ($M=2,33$; $s=0,828$), os níveis de ansiedade ($M=3,43$; $s=0,976$) e de depressão ($M=3,63$; $s=0,946$) mais elevados foram os doentes com metástases.

O nível de ansiedade, $p=0,540$ e nível de depressão, $p=0,713$ não se associaram significativamente com a existência de metástases, no entanto, a associação desta variável com a intensidade revelou-se estatisticamente significativa, $p=0,008$ que na análise multivariada perdeu o seu significado independente, $p=0,148$. Estes resultados deixam transparecer que para a amostra em estudo, a hipótese de que a existência de metástases tem associação significativa com variáveis em análise não foi verificada.

Outros resultados semelhantes foram obtidos por Mystakidou e colaboradores (2006) em que os doentes com metástases apresentaram uma pontuação de ansiedade e de depressão mais elevada do que os doentes sem metástases. No entanto esta relação também não se mostrou significativa, tal como no presente estudo.

Na investigação de Ciaramella e Poli (2001) chegaram à conclusão de que a presença de metástases foi um factor que condicionou a presença de depressão major; que 50% dos doentes com metástases tinham depressão major e que havia um aumento

da prevalência de depressão quando os doentes oncológicos tinham metástases e ainda que os doentes deprimidos tinham mais metástases e mais dor do que os doentes não deprimidos. Na opinião destes autores, os resultados obtidos, suportam a possibilidade de uma etiopatogénese não endógena para a depressão em doentes oncológicos.

O tratamento oncológico consiste em três modalidades principais, cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Doenças onco-hematológicas e linfoproliferativas são tratadas basicamente com quimioterapia, enquanto que em tumores sólidos num estadio precoce são submetidos a cirurgia, podendo a quimioterapia e a radioterapia ser utilizadas como adjuvantes ou neoadjuvantes, especialmente em estadios mais avançados.

Neste estudo, 32,1% dos indivíduos, realizou tratamentos com cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A modalidade monoterapêutica mais frequente foi a cirurgia com 15,1%. A associação entre a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão com o tratamento oncológico efectuado não foi estatisticamente significativa, já que o valor de p foi de 0,456, 0,185 e 0,060, respectivamente.

Stark *et al* (2002) apontaram que mais de dois terços dos transtornos da ansiedade detectados em doentes oncológicos tiveram um ponto de início que sugere uma relação com o processo de diagnóstico ou tratamento oncológico. Porém, neste estudo, nenhuma modalidade de tratamento oncológico, isolada ou em combinação, estabeleceu associação estatisticamente significativa com o nível de ansiedade.

No estudo de Mystakidou *et al* (2006), os doentes que se encontravam sob tratamento oncológico exprimiram mais ansiedade e depressão, mas apenas a relação com ansiedade foi estatisticamente significativa. Os autores não especificaram qual a modalidade terapêutica que os doentes estavam a efectuar.

As repercussões dos efeitos do tratamento oncológico não se limitam apenas ao período em que o doente se encontra sob tratamento activo, existem estudos que consideram que a ansiedade e a depressão podem persistir em níveis elevados por meses ou anos após o tratamento oncológico em que se obteve remissão (Jacobsen, Jim; 2008). A constatação de Jacobsen e Jim em conjunto com os resultados anteriormente mencionados, mesmo não sendo significativos, devem alertar todos os profissionais de saúde que acompanham o doente no decorrer do seu tratamento para a necessidade e pertinência de despistar precocemente sintomas depressivos e ansiosos, porque se não forem intervencionadas acções no sentido de os controlar, estes podem perdurar durante muito tempo com consequências negativas não só a nível psicológico mas também físico, cognitivo, comportamental e social.

Das variáveis de caracterização da doença oncológica, localização primária do cancro, existência de metástases e tratamento oncológico, não se observou qualquer associação estatisticamente significativa com o nível de ansiedade ou de depressão. A intensidade da dor estabeleceu uma relação estatisticamente significativa com a existência de metástases, que na análise multivariada se mostrou não significativa.

2.3.3. Características da gestão da dor oncológica e a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.

Na amostra em estudo, 54,7% dos doentes efectuava tratamento com analgésicos do degrau III da escada analgésica da OMS. Os analgésicos menos frequentes foram os de degrau I da escada analgésica da OMS, com 20,8%.

Os doentes que se encontravam, a realizar tratamento com analgésicos do degrau III da escada analgésica da OMS exibiram a intensidade de dor ($M=2,34$; $s=0,670$), os níveis de ansiedade ($M=3,20$; $s=0,818$) e de depressão ($M=3,41$; $s=0,825$) mais elevados.

A associação entre medicação analgésica com nível de ansiedade ($p=0,054$) e de depressão ($p=0,112$) não foi estatisticamente significativa.

A relação entre a medicação analgésica com a intensidade da dor revelou-se significativa, $p=0,044$, porém, na análise multivariada não manteve o seu significado estatístico, $p=0,205$. O valor do coeficiente β foi de 0,169 o que apontou uma relação proporcional entre a intensidade da dor e os degraus da escada analgésica da OMS.

De acordo com a abordagem preconizada pela escada analgésica da OMS, a escolha do analgésico a usar deve ser baseada na intensidade da dor. Assim o degrau I é constituído por analgésicos não-opioides que têm indicação para a dor ligeira; o degrau II, composto por opioides fracos com indicação para a dor moderada e finalmente no degrau III estão incluídos os opioides fortes para o controlo da dor severa. Com base na observação na distribuição dos valores médios da intensidade da dor pela medicação analgésica, constatou-se que à medida que se progride na escada analgésica da OMS, os valores médios de intensidade da dor vão aumentando. Este facto pode indicar que, nos doentes deste estudo, o regime farmacológico foi preconizado segundo as directrizes da OMS.

Numa outra perspectiva, constatou-se que apesar de se encontrarem a efectuar os fármacos com maior efeito analgésico os doentes expressaram dor mais intensa, o que pode indicar que mesmo seguindo as orientações da OMS, o regime farmacológico não conseguiu um alívio eficaz da dor.

Apesar dos avanços na gestão da dor, há evidência de que a dor oncológica

continua a ser inadequadamente tratada mundialmente (Zaza, Baine; 2002). O estudo realizado por Fischer e colaboradores (2009), pode exemplificar concretamente a afirmação anterior. Dos 303 doentes oncológicos que constituíram a amostra do estudo, 20% não tinham prescrito os analgésicos adequados e outros recebiam analgésicos e doses variáveis dependendo de quem fazia prescrição.

Na literatura têm sido identificadas várias barreiras que podem dificultar a gestão eficaz da dor oncológica. De acordo com Pereira (2006), as barreiras a um controlo eficaz da dor podem estar relacionadas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos), com o doente e família e com o sistema de saúde. Entre os profissionais de saúde, as barreiras estão relacionadas com equívocos acerca da medicação, especialmente os opióides, a “opióidefobia” é composta pela “opióideignorância” e a falta de experiência no uso destes fármacos, o medo dos efeitos adversos e também porque muitas vezes existem preocupações infundadas acerca da adição, tolerância, escalção da dose e dependência, para além das crenças de que o tratamento crónico com opióides diminui a qualidade e a semi-vida do doente e de que os opióides devem ser reservados para situações terminais. As barreiras relacionadas com o doente e família estão associadas com idade avançada, baixo nível educacional e escassos recursos económicos, e também porque partilham as crenças dos profissionais de saúde (Brennan, *et al*; 2007). A nível das instituições de saúde, estas podem representar-se uma barreira por não tornarem acessível a variedade necessária de analgésicos, opióides e formulações que são fundamentais para uma gestão eficaz da dor oncológica. (Pereira, 2006)

Como profissional de saúde e especificamente como enfermeira que cuida de doentes oncológicos, lembro a pertinência do enfermeiro na gestão do regime terapêutico. O enfermeiro como membro activo da equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental no cuidar do doente oncológico com dor devido à sua relação de proximidade com o doente e família, seja em internamento, ou em ambulatório. O enfermeiro pode contribuir para planear, implementar, executar e monitorizar as intervenções terapêuticas.

Um plano terapêutico eficaz atende acima de tudo às características e necessidades do doente, sejam estas físicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais e sociais que devem ser previamente despistadas e avaliadas. Nesta fase, o enfermeiro pela sua posição privilegiada junto do doente está mais habilitado para identificar factores que possam comprometer e influenciar o tratamento, nomeadamente incapacidades físicas que tornam incompatíveis determinadas opções terapêuticas como comprometimento na deglutição que impossibilita terapêutica oral, ou diaforese que altera significativamente capacidade de absorção subcutânea dos selos analgésicos; ou ainda défices cognitivos

que dificultam a compreensão do esquema terapêutico colocando consequentemente em risco o seguimento das intervenções. A avaliação da dor e das suas características é também uma fase crucial e essencial do tratamento cujo o desempenho do enfermeiro é decisivo, as opções terapêuticas terão como base as considerações obtidas na avaliação.

Ao estabelecer o plano terapêutico, há que ter em conta que esquemas terapêuticos complexos, que dificilmente se integram no quotidiano do doente, podem revelar-se uma barreira ao alívio eficaz da dor porque diminuem a adesão e fomentam o incumprimento do regime terapêutico. Uma vez definido o regime terapêutico, cabe ao enfermeiro realizar os ensinamentos sobre o plano estabelecido, adequando a forma de transmissão da informação ao nível de conhecimentos e formação do doente ou cuidador informal.

O alívio da dor é mais do que um direito do doente oncológico, é um dever ético de todos os profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar e em especial, do enfermeiro que deve articular os seus cuidados com outros profissionais de forma a mobilizar estratégias e recursos no plano terapêutico para promover o controlo eficaz da dor e de advogar a alteração das opções terapêuticas quando o alívio da dor é ineficaz.

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros elaborou um guia orientador de boa prática para a dor, onde foram redigidas recomendações para diferentes intervenções dos enfermeiros, nomeadamente na avaliação, na prevenção e tratamento, bem como no ensino à pessoa com dor. De acordo com estas recomendações, o enfermeiro deve em colaboração com os restantes elementos da equipa de saúde ajustar o plano terapêutico à individualidade do doente, aos recursos existentes e à avaliação contínua. É ainda recomendado, que o enfermeiro conheça as indicações, contra-indicações, efeitos adversos e possíveis interações do regime terapêutico, monitorizando a segurança dos analgésicos.

Contudo, é necessário ter presente que por vezes é impossível alcançar o alívio completo da dor porque estas resultam de processos irreversíveis, mas pode-se atenuar a intensidade da dor e fomentar a qualidade de vida. A gestão da ansiedade e de depressão devem ser aspectos a incluir na gestão da dor oncológica.

Da amostra obtida, 62,3% dos participantes não usava psicofármacos e apenas 7,5% faziam antidepressivos concomitantemente com ansiolíticos. Os doentes com a intensidade da dor ($M=2,50$; $s=0,577$) os níveis de ansiedade ($M=2,85$; $s=1,021$) e de depressão ($M=2,80$; $s=1,275$) superiores foram apontados pelos doentes que realizavam tratamento farmacológico com ambos psicofármacos.

Atendendo ao valor de p para a relação entre psicofármacos com a intensidade da dor ($p=0,286$); com os níveis de ansiedade ($p=0,117$) e de depressão ($p=0,162$) considerou-se que a hipótese de que o uso de psicofármacos estabelece associação estatisticamente significativa com a intensidade da dor e com os níveis de ansiedade e de depressão não se comprovou neste estudo.

Com base nos resultados mencionados, os doentes que se encontrarem sob tratamento farmacológico para a ansiedade e depressão, foram os que apresentaram o nível mais elevado de ansiedade e de depressão, o que indicou que não obtiveram alívio eficaz das perturbações mentais. O valor médio de ansiedade e de depressão destes apontou para um nível moderado mas próximo do nível grave de ansiedade e de depressão.

Os antidepressivos e ansiolíticos, num regime terapêutico para a dor, podem ser analgésicos adjuvantes. No entanto, a dose para o efeito analgésico é inferior à usada para se obter um efeito antidepressivo ou ansiolítico. Por outro lado, o efeito psicotrópico é mais retardado, cerca de duas semanas, do que o analgésico o qual se constata em poucas tomas, e é necessário uma dose superior. Assim, o regime terapêutico analgésico de um doente com dor oncológica deve ser ajustado, se forem identificados sinais ou sintomas de distress psicológico (ansiedade e depressão).

O despiste precoce de distress psicológico ou de factores que possam despoletar ansiedade ou depressão, é fundamental para que os efeitos ansiolíticos e antidepressivos se observem numa fase em que os sintomas são facilmente controlados. Em suma, um regime terapêutico com psicofármacos que visam efeito analgésico deve ser adaptado quando o doente apresenta altos níveis de ansiedade e de depressão.

Alguns estudos sugerem que quando a depressão é tratada com sucesso, outros sintomas somáticos que o doente apresente, particularmente queixas de dor, podem também ser aliviados (Bair *et al*, 2003). Neste estudo, os doentes para além de um nível elevado de ansiedade e de depressão ineficazmente controlados apesar dos fármacos, apresentaram igualmente uma intensidade da dor elevada. Possivelmente poderiam beneficiar com um regime terapêutico mais eficaz.

Com o evoluir e adaptação da filosofia holística nos cuidados ao doente oncológico, as abordagens psicoterapêuticas são, cada vez mais procuradas e utilizadas para estes doentes, com o intuito de controlar muitos sintomas como a dor, a ansiedade e a depressão.

Da amostra em estudo, apenas 24,5% dos doentes usou psicoterapia e manifestaram um valor médio de intensidade da dor ($M=2,46$ e $s=0,776$), nível de ansiedade ($M=3,03$ e $s=0,871$), e de depressão ($M=3,40$ e $s=0,909$) superior aos doentes que não fizeram psicoterapia.

A associação entre psicoterapia com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão não foi estatisticamente significativa, pela mesma ordem, $p=0,105$, $p=0,117$ e $p=0,258$. Assim, a hipótese de que a psicoterapia estabelece relação significativa com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão não se verificou na amostra deste estudo.

Os resultados obtidos sugeriram que os doentes não obtiveram um alívio efectivo da dor oncológica, da ansiedade e da depressão mesmo recorrendo à psicoterapia. Contudo, podem ter conseguido uma redução da intensidade da sintomatologia comparativamente ao início das sessões de psicoterapia.

As modalidades psicoterapêuticas usadas para o controlo da dor, exigem um demorado contacto pessoal para conhecer e compreender o indivíduo e também avaliar as relações entre dor, personalidade, comportamentos de dor, perturbações do humor e ansiedade. (Sapeta, 2003) No doente oncológico gerir todas as problemáticas pode implicar o uso de abordagens distintas, o que implica mais sessões e prolongar o tratamento, daí que os resultados se obtenham um prazo mais alargado.

Existem diversas intervenções psicoterapêuticas às quais se podem recorrer para o tratamento do doente oncológico com sintomas de ansiedade e de depressão. Mas o estudo sobre o uso de psicoterapia apresenta grandes dificuldades metodológicas e é particularmente difícil entre doentes oncológicos (Pasquini, Biondi; 2007).

Um estudo de revisão sobre terapia cognitivo-comportamental para sintomas somáticos mostrou um efeito positivo que pareceu ser, pelo menos em parte, independente do efeito nos sintomas de distress psicológico (Bair *et al*, 2007).

Outros estudos, no âmbito das modalidades de psicoterapia e o seu efeito na gestão da dor, da ansiedade e da depressão dos doentes oncológicos devem ser realizados, já que as evidências são ainda tão escassas.

A hipótese de que as variáveis da gestão da dor oncológica, a medicação analgésica, os psicofármacos e a psicoterapia, estabelecem associação significativa com o nível de ansiedade e de depressão não se comprovou nos doentes deste estudo. A relação entre a intensidade da dor e a medicação analgésica foi estatisticamente significativa na análise bivariada, mas na análise multivariada, perdeu o seu significado estatístico.

2.3.4. Intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão.

De acordo com a literatura existente, os doentes com dor e depressão concomitante experimentam dor mais intensa, maior amplificação dos sintomas dolorosos, duração da dor mais prolongada e uma probabilidade maior de ter dor persistente e de difícil controlo. Além disso, estes doentes apresentam um aumento das limitações funcionais, como a mobilidade, mais restrições e maior grau de dependência (Bair, *et al*; 2003).

Na amostra em estudo, 43,4% dos doentes avaliaram a sua dor como moderada e 34% como severa, o valor médio de intensidade da dor foi de 2,11, o que correspondeu a dor moderada. O nível mais elevado de ansiedade foi reportado pelo doente (N=1) com dor máxima e o nível de depressão mais elevado foi apontado pelos doentes com dor severa.

Na análise bivariada, pela correlação de Pearson, a intensidade da dor mostrou associação estatisticamente significativa com o nível de ansiedade ($p=0,004$) e de depressão ($p=0,012$). Na análise multivariada efectuada através da regressão linear, entre a relação entre a intensidade da dor com o nível de ansiedade e de depressão, para além de outras variáveis que mostraram significância na análise bivariada, nomeadamente, a situação profissional, a existência de metástases, a medicação analgésica, todos os valores de p foram superiores a 0,05 e portanto não significativos, o que indicou que nenhuma destas variáveis ajudou a explicar de modo significativo independente a variabilidade da dor nos doentes em estudo. Possivelmente não se verificou uma associação significativa devido ao número limitado de elementos da amostra, talvez uma amostra maior pudesse ter contribuído para estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo.

Assim, o nível de ansiedade e de depressão influenciaram de facto a intensidade da dor, no entanto tendo por base os resultados da análise multivariada, constatou-se que não o fazem de um modo independente, necessitando de outros factores associados.

A correlação entre a intensidade da dor e os valores médio de ansiedade e de

depressão mostrou um coeficiente de Pearson negativo para ambas, $r=-0,389$ e $r=-0,341$, que foi confirmado pelo coeficiente β com valor de $\beta = -0,249$ e de $\beta = -0,045$, respectivamente. Estes dados, evidenciaram uma relação inversamente proporcional entre a intensidade da dor e os valores médios de ansiedade e de depressão, em que valores médios inferiores corresponderam a intensidades da dor superiores, mas atendendo que os valores médios da ansiedade e de depressão são inversamente proporcionais ao nível de ansiedade e de depressão, depreendeu-se que o nível de ansiedade e de depressão foram proporcionais com a intensidade da dor, em que doentes com dor mais intensa expressaram um nível de ansiedade e de depressão superior e vice-versa.

Outros estudos obtiveram resultados semelhantes, nomeadamente, Laird *et al* (2008) no estudo de revisão sistemática que efectuaram, concluíram que a dor, a depressão e a ansiedade estão intimamente ligados por mecanismos centrais e neurofarmacológicos comuns, todavia e apesar da evidência existente apontar para uma associação, a relação causal existente entre as três entidades contínua inconclusiva.

Mystakidou *et al*, em 2006, investigaram o valor preditivo da intensidade da dor, segundo a escala qualitativa, assim como a interferência da dor na relação com os outros, na capacidade de caminhar, no trabalho normal dentro e fora de casa, no sono e no prazer pela vida e concluíram que as dimensões da gravidade da dor e a interferência da dor foram preditivos de ansiedade mas não de sintomas depressivos cujos factores preditivos foram a idade e o género.

Fisher e colaboradores (2009) alcançaram resultados estatisticamente significativos que apontaram para uma relação inversamente proporcional entre a ansiedade e depressão e a capacidade de controlar dor, esta relação significativa manteve-se na análise multivariada, ao contrário do observado neste estudo.

Ciaramella e Poli, 2001, apontaram que a dor em doentes oncológicos pode aumentar a prevalência de depressão major, independentemente do método de diagnóstico e que havia um número maior de doentes deprimidos entre aqueles com dor oncológica mais intensa, mas a associação entre a intensidade da dor e a depressão mostrou-se não significativa.

No que concerne a este estudo, pelos dados obtidos, ainda que não significativos, os doentes apesar do tratamento farmacológico para a dor, ansiedade e depressão, e em alguns casos, associados à psicoterapia revelaram uma intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão elevados, possivelmente estes doentes necessitavam de uma gestão de todo o regime terapêutico mais eficaz.

O presente estudo analisou a relação do tratamento farmacológico (analgésicos e psicofármacos) e psicoterapia com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de

depressão, no entanto, para potenciar e favorecer um regime terapêutico mais eficaz a associação com outras modalidades complementares que englobam outras esferas do ser holístico, poderiam revelar-se muito vantajosas. Existe uma panóplia extensa e diversificada de técnicas e modalidades complementares, nomeadamente a acupunctura, as técnicas mente-corpo e a massagem terapêutica.

Quando se estabelece como objectivo aliviar a dor e o distress psicológico do doente oncológico, todos os meios e recursos farmacológicos, psicológicos, sociais e complementares disponíveis devem ser recrutados, mas muitas vezes o problema pode passar por aí, nem sempre há meios e recursos disponíveis. São ainda muito poucos os que podem beneficiar do contributo de terapias complementares.

A evidência existente acerca da problemática da dor e sua relação com a ansiedade e a depressão contínua envolta em controvérsia, se alguns consideram que ansiedade e depressão desempenham um papel causal na intensidade e percepção da dor, outros autores consideram que estas perturbações mentais podem desempenhar um papel ambíguo, como contributo mas também como consequência da dor.

Os resultados obtidos neste estudo foram em parte inconclusivos nesta temática, fica no entanto a impressão de que facto poderá existir uma relação entre o nível de ansiedade e de depressão com a intensidade da dor que poderá ser esclarecida em estudos futuros. Outras variáveis, como o contributo da interferência da dor na vida do doente, nomeadamente a sua capacidade de realizar actividades de vida diária, o seu grau de dependência de cuidadores e a sua relação com outros poderia também ajudar a esclarecer o nível de ansiedade e de depressão em doentes com dor oncológica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

A dor é uma experiência que envolve a componente sensorial e emocional da pessoa. O Conselho Internacional de Enfermeiros, na versão 1 da CIPE (2006), define a dor como uma percepção caracterizada por uma sensação corporal desconfortável com referência subjectiva de sofrimento, com expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamentos de autoprotecção, isolamento social, inquietação, alteração do foco de atenção e percepção do tempo, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, e perda de apetite.

A dor é um sintoma que acompanha a experiência oncológica em todos os estádios, sendo a incidência e a prevalência de dor elevada entre doentes com cancro. A dor tem diferentes causas, como os actos e intervenções de diagnóstico, a progressão da doença, a lesão primária ou metastização, a iatrogenia terapêutica como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, ou reacções psicológicas.

Em oncologia para além de dor, frequentemente, os doentes experimentam ansiedade e depressão que potenciam e amplificam as repercussões físicas, cognitivas, comportamentais e sociais com consequentemente impacto negativo na qualidade de vida. A tríade, dor, ansiedade e depressão, representa um enorme desafio para todos, doente, família e equipa multidisciplinar, exigindo a mobilização de recursos pessoais, terapêuticos, económicos e sociais.

Foi sobre a intensidade da dor, níveis de ansiedade e de depressão que este estudo se assentou, de forma a conhecer as relações estabelecidas entre estas entidades e as variáveis socioclínicas.

A amostra deste estudo foi constituída por 51% de indivíduos do sexo masculino e 49% do sexo feminino, com idades compreendidas entre 22 e os 88 anos, sendo a média de 59 anos, predominante casados, com nível de formação restrito e sem actividade profissional.

A população deste estudo mostrou um valor médio de intensidade da dor, nível de ansiedade e de depressão moderado. Verificou-se que a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão mais elevados foram observados nas mulheres, nos indivíduos que já estiveram casados (divorciados ou viúvos), nos participantes com grau de instrução mais baixo (não sabem ler nem escrever e 1^a ciclo de escolaridade), nos que estavam sem actividade profissional, nos que tinham metastização tumoral, nos que efectuavam analgésicos do degrau III da escada analgésica da OMS, nos que eram

tratados com ansiolíticos e antidepressivos concomitantemente e nos que fizeram psicoterapia.

Atendendo a estes dados, o enfermeiro que avalia e monitoriza a evolução e o resultado do regime terapêutico, deve estar particularmente atento à intensidade da dor e sintomas de perturbação mental quando o doente reúne estas ou algumas destas características.

A intensidade da dor relacionou-se significativamente com os níveis de ansiedade e de depressão, na análise bivariada, indicando uma relação proporcional entre as variáveis, em que a dor mais intensa correspondeu a níveis de ansiedade e de depressão mais elevados. Para além dos níveis de ansiedade e de depressão, a intensidade da dor também estabeleceu relação estatisticamente significativa com a situação profissional, a existência de metástases e a medicação analgésica. No entanto, na análise multivariada, todas as variáveis, perderam o valor significativo e nenhuma explicou de modo independente a intensidade da dor.

Os níveis de ansiedade e de depressão não se associaram significativamente com as características da doença ou da gestão da dor oncológica, ou seja a localização primária do cancro, o tratamento oncológico, a existência de metástases, a medicação analgésica, os psicofármacos e a psicoterapia não afectaram significativamente níveis de ansiedade e de depressão, na amostra estudada.

O nível de ansiedade para além da intensidade da dor, apenas estabeleceu relação significativa com o género. A única associação estatisticamente significativa dos níveis de depressão foi com a intensidade da dor.

Ao longo da realização deste estudo surgiram limitações que de certa forma afectaram o decorrer da investigação, principalmente na obtenção de participantes para o estudo, que se constituiu em 53 casos, um número escasso de doentes que limitou o poder estatístico do estudo.

Um aspecto que também dificultou a colheita de dados, foi que alguns doentes com dor de intensidade mais elevada recusaram participar neste estudo, por se encontrarem em grande sofrimento físico e psicológico e portanto sem condições para responder ao questionário. Estes doentes poderiam ter ajudado a esclarecer significativamente a associação entre intensidade da dor e o nível de ansiedade e de depressão.

Houve também doentes que recusaram participar neste estudo, direito que lhes está assegurado no consentimento informado e obviamente respeitado. Por norma estes doentes, alegaram estarem saturados e de responder a diversos questionários sobre variadíssimas problemáticas. De facto, há um crescimento exponencial de estudos centrados em doentes oncológicos pelo que são cada vez mais interpelados para

participar e responder a instrumentos de colheita de dados.

Alguns doentes abordados simplesmente não cumpriam os requisitos de inclusão neste estudo, apresentavam comprometimento cognitivo que poderia resultar da doença oncológica, da progressão da mesma ou de efeitos adversos do tratamento de controlo da dor, e por este motivo não responderam ao questionário.

Todos estes motivos, para além de terem dificultado a obtenção de casos para constituir a amostra, prolongaram, em muito, o período de colheita de dados. Nas inúmeras deslocações à consulta da dor, nem sempre foi possível conseguir doentes para responder aos questionários

Um outro aspecto que poderia ter sido entrave ao estudo, foi o facto do instrumento de colheita de dados apresentar 38 itens, e ainda as questões de caracterização sociodemográficas, da doença e da dor oncológica, pelo que a sua aplicabilidade nem sempre foi fácil, alguns doentes consideraram o questionário muito extenso e o processo de resposta moroso e difícil.

Os resultados deste estudo, deixam em suspenso alguns dados que sugerem que sobre a interacção tão complexa entre a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão, existe ainda muita evidência por desvendar e que aplicada num futuro próximo pode revelar-se uma mais valia no cuidado ao doente oncológico.

A continuação de investigações sobre a problemática estudada seria importante para contribuir para a qualidade de vida do doente, porque um bom status mental com reacções adaptativas adequadas ao processo de doença, aliado a um espírito de luta e a uma gestão eficaz da dor oncológica contribuem para que o doente mantenha o controlo da sua vida e não se deixe controlar pela doença ou pela dor.

Sendo a investigação um processo contínuo, em que constantemente novas interrogações são levantadas, deixa-se algumas sugestões para futuros estudos centrados nesta temática:

- Realizar um estudo semelhante ao presente numa amostra maior e mais diversificada, nomeadamente em outras unidades da dor, em doentes oncológicos ou não, em outros locais do país.
- Se possível, recorrer a um instrumento de colheita de dados curto e com questões de resposta fácil, uma vez que facilita a adesão de participantes ao estudo. Um questionário extenso pode revelar-se moroso e penoso principalmente para doentes mais debilitados ou com dor mais intensa.
- Avaliar o contributo de outras características da dor, como a localização, o tipo de dor, a duração da dor nos níveis de ansiedade e de depressão.

- Estudar outras variáveis de caracterização da doença oncológica, como o estadio, a duração da doença, a localização das metástases e a sua associação com a intensidade da dor, os níveis de ansiedade e de depressão.
- Investigar o impacto da dor oncológica no grau de dependência nas actividades de vida diária, na qualidade de vida e nos níveis de ansiedade e de depressão.
- Compreender a importância do apoio social e de outros factores psicossociais e as suas repercussões na intensidade da dor, nos níveis de ansiedade e de depressão.
- Identificar e comparar a relação entre os níveis de ansiedade e de depressão do cuidador informal com os níveis do doente com dor oncológica.

Todas as evidências produzidas neste estudo ou nos sugeridos sobre a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão podem fornecer novos conhecimentos. A aquisição e a actualização de conhecimentos sobre como melhorar a prestação de cuidados ao doente oncológico são responsabilidades de todos os profissionais de saúde que compõem a equipa multidisciplinar, e em particular o enfermeiro. Assim recomenda-se a realização de formação contínua no âmbito de novas habilidades, técnicas e recursos para o controlo da dor, actualização de medidas preventivas e interventivas na ansiedade e na depressão e incluir momentos de reflexão, em contexto de trabalho, sobre novas estratégias e intervenções multidisciplinares.

A gestão e o controlo de sintomas como a dor, a ansiedade e a depressão em doentes oncológicos exigem a adaptação de práticas cada mais eficazes e efectivas. Assim, directrizes como a Escada Analgésica da OMS, Orientações Genéricas do Plano Nacional de Luta contra a Dor e o Guia de Boas Práticas na Dor da Ordem dos Enfermeiros, são medidas de humanização que contribuem para proporcionar ao doente com cancro conforto, dignidade e qualidade de vida. Recomenda-se, também, a integração de cuidados centrados nas individualidades e necessidades de cada doente, o desenvolvimento de estratégias para despiste precoce de sinais e sintomas de ansiedade e depressão e elaboração de regimes terapêuticos holísticos adaptados aos recursos e estratégias multidisciplinares.

Este estudo é um repto para futuras medidas que ajudem a cumprir a intenção de assegurar um cuidado mais holístico, em que a conjugação de intervenções físicas e psicológicas poderiam revelar-se mais eficazes e efectivas e consequentemente proporcionar uma qualidade de vida que permita, de facto, ao doente oncológico com dor viver...

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRE, Neander; OLIVEIRA, Irismar Reis de – “Terapia cognitiva no tratamento da depressão” In CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias: Abordagens actuais*. 3ªedição Porto Alegre: Artmed. 2008

ALEXOPOULOS, George – “Depression in the elderly”, *The lancet*, nº 4, vol 365; Junho 2005. p 1961-1970

BAIR, M.; ROBINSON, R.; KATON, W.; KROENKE, K. – “Depression and Pain Comorbidity- A Literature Review”, *Arch Intern med*. nº10, vol163. Novembro 2003. p.2433-2445

BITROS, Barbara Schaefer – “Advocating for Management of Cancer Pain” *Journal of the American Osteopathic Association*. nº12, vol 107; Dezembro 2007. p.4-8

BLEHAR, Mary C.; KEITA, Gwendolyn P. – “Women and depression: a millennial perspective”, *Journal of affective disorders*, nº73. 2003. p 1-4

BREIVIK, H.; BORCHGREVINK, P.; ALLEN, S.; ROSSELAND, L.; ROMUNDSTAD, L.; BREIVIK HALS, E.; KVARSTEIN, G.; STUBHAUG – “Assessment of pain”, *British Journal of Anaesthesia*, vol101; 2008, p 17-21

BRENNAN, Frank; CARR, Daniel; COUSINS, Michael – “Pain Management: A Fundamental Human Right”, *Pain Medicine*. nº1, vol.105. Julho 2007. p.205-221

CHERNY, Nathan – “The management of Cancer Pain”, *A Cancer Journal for Clinicians*. nº 2, vol 50; Março/Abril 2000. p 70-115

CIARAMELLA, A., POLI, P. – “Assessment of depression among cancer patients: The role of pain, cancer type and treatment” *Psychooncology*. 10. 2001. p.156-165

CHOCHINOV, Harvey M. – Depression in Cancer Patients” *Lancet Oncology*. vol 2. Agosto 2001. p. 499-505

CLEARY, James – “Cancer Pain Management”, *Cancer Control*, nº2, vol.7. Março/Abril 2000. p.120-130

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE) – *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2006

CORDIOLI, Aristides Volpato – “As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações” In CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias: Abordagens actuais*. 3ªedição Porto Alegre: Artmed. 2008

CORDIOLI, Aristides Volpato; GIGLIO, Larriany – “Como actuem as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas” In CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias: Abordagens actuais*. 3ªedição Porto Alegre: Artmed. 2008

COSTA, Cristina; MAGALHÃES, Helena; FÉLIX, Rui; COSTA, Andreia; CORDEIRO, Sara – *O Cancro e a Qualidade de Vida*. Lisboa. 2005

CRASKE, M.; RAUCH, S.; URSANO, R.; PRENOVEAU, J.; PINE, D.; ZINBARG, R. – “What Is an Anxiety Disorder?” *Depression and Anxiety*. nº 26. 2009. p. 1066-1085

CRASKE, Michelle; WATERS, Allison M. – “Panic Disorder, Phobias, and Generalized Anxiety Disorder” *Annual Rev. Clin. Psychol.* 2005. p. 197-225

DENG, Gary; CASSILETH, Barrie – “Integrative Oncology: Complementary Therapies for Pain, Anxiety, and Mood Disturbance”, *Cancer Journal for Clinicians*, nº2, vol55. Março/Abril 2005. p.109-116

DOURADO, Marília- “Fisiopatologia da Dor”. In PINTO, Anabela Mora – *Fisiopatologia. Fundamentos e Aplicações*. Lisboa: Lidel, 2007 p. 261-280

EVERDINGEN, M.; RIJKE, J.; KESSELS, A.; SCHOUTEN, H.; VAN KLEEF, M.; PATIJN, J. – “Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years”, *Annals of Oncology*, nº9, vol18. Setembro 2007. p.1437-1449

FALLON, Marie; HANKS, Geoffrey, CHERNY, Nathan – “Principles of control of cancer pain” *British Medical Journal*. nº 29, vol 332. Abril 2006. p. 1022-1024

FINE, Perry G.; PORTENOY, Russell k. *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés: Euromédice. 2005

FISCHER, Dena; VILLINES, Dana; KIM, Young OK; EPSTEIN, Joel; WILKIE, Diana – “Anxiety, depression and pain: differences by primary cancer”. *Support Care Cancer*. Agosto 2009

FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009

GAGLIESE, Lúcia; GAUTHIER, Lynn R.; RODIN, Gary – “Cancer pain and depression: A systematic review of age-related patterns”, *Pain Res Manage*. nº 3, vol 12. 2007. p 205-211

GOLDSTEIN, Frederick J. – “Adjuncts to opioid therapy” *Journal of the American Osteopathic Association*. nº 9, vol 102, suplemento3. Setembro 2002. p. 15-20

HARRIS, Tirril – “Depression in women and its sequelae”, *Journal of Psychosomatic Research*, nº54. 2003. p 103-112

ILIFFE, Steve; KHARICHA, Kalpa; CARMACIU, Claudia; HARARI, Danielle; SWIFT, Cameron, GILLMAN, Gerhard, STUCK, Andreas – “The relationships between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study”. *BMC Family Practice*. nº 10. 2009

IRVING, G.; LLOYD-WILLIAMS, M. – “Depression in advanced cancer” *European Journal of Oncology Nursing*. 2010

JACOBSEN, Paul, JIM, Heather – “Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges” *A Cancer Journal for Clinicians*. nº 4, vol58. Julho/Agosto 2008. p. 214-230

KAZANOWSKI, Mary, LACCETTI, Margaret Saul – *Dor- Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 2005

KESSLER, Ronald C. – “Epidemiology of women and depression”, *Journal of affective disorders*, nº 74; 2003. p. 5-13

KINRYS, Gustavo, WYGANT, Lisa E. – “Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?”, *Rev Bras Psiquiatr.*, nº 27. 2005. p 43-50

LAIRD, B.; BOYD, A.; COLVIN, L.; FALLON, M. – “Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review”, *Psycho-Oncology*. nº 18. 2008. p.459-464

LUSSIER, David; HUSKEY, Angela G.; PORTENOY, Russell K.- “Adjuvant Analgesics in Cancer Pain Management” *The Oncologist*. nº9. 2004, p. 571-591

MANDALÀ, Mario; MORO, Cecilia; LABIANCA, Roberto; CREMONESI, Marco; BARNI, Sandro – “Optimizing use of opiates in the management of cancer pain” *Therapeutics and Clinical Risk Management*. nº2, vol 4. 2006. p. 447-453

MAYS, Theresa A. – “Antidepressants in the Management of Cancer Pain” *Current Pain and Headache Reports*. nº 5. 2001. p. 227-236

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva – “Etiopatogenia da depressão” In HORIMOTO, Fabiano Coelho; AYACHE, Danusa Céspedes Guizzo; SOUZA, Juberty António – *Depressão- Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico*. São Paulo: Roca. 2005

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick – “O desafio da dor”. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1982

MERCADANTE, S.; FULAFARO, F. – “World Health Organization guidelines for cancer pain: a reappraisal”. *Annals of Oncology*, nº16. 2005. p. 132-135

METZGER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane – “Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente”. Loures: Lusociência. 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE - A Dor como 5º sinal vital. *Registo sistemático da intensidade da Dor* [em linha]. 2003 [consultado em 20 de Julho de 2010]. Disponível em <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2001

MYSTAKIDOU, Kyriaki; TSILIKA, Eleni; PARPA, Efi; KATSOUA, Emmanuela; GALANOS, Antonis; VLAHNOS, Lambros – “Psychological Distress of Patients With Advanced Cancer: influence and contribution of pain severity and pain ”. *Cancer Nursing*, nº 5, vol29. 2006. p 400-4005

NAVE LEAL, Elisabete; PAIS RIBEIRO, J.L.; OLIVEIRA, M.M.; ROUQUETE, J.- *Aspectos Psicossociais associados à Percepção da Dor Pós-Operatória em Indivíduos submetidos a Cirurgia Coronária*. sd

NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL- “Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor”, *Rev Port Clin Geral*, nº43. 2007. p. 457-464

OLIVEIRA, Filipa; RIBEIRO, Filipa; LIMA, Teresa – *Morfina*. 2007 [em linha] [consultado em 16 de Agosto de 2010]. Disponível em http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0708/g15_morfina/index.htm

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE 2008

PAICE, Judith A. – “Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Pharmacogenomics of Opioids” *Pain Management Nursing*. nº 3, vol 8. Setembro 2007. p.2-5

PAIS RIBEIRO, J.L. – “Mental Health Inventutory: Um estudo de adaptação à população portuguesa” *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2 (1). 2001. p. 77-99

PARDAL, L. e CORREIA, E – *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores. 1995

PASQUINI, Massimo; BIONDE, Massimo – “Depression in cancer patients: a critical review” *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. nº 3. Fevereiro 2007

PATT, Richard – “Basic and Advanced Methods of Pain Control” in RICO, Toscano (ed); BARBOSA, António (ed) – *Dor: Do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer Portugal. (sd)

PEREIRA, José Luís – “Gestão da Dor Oncológica”. In BARBOSA, A; NETO, I – *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. 2006. p. 61-113

PHARO, Gregory H.; ZHOU, Linqiu – “Controlling Cancer Pain With Pharmacotherapy”, *J Am Osteopath Assoc*. nº 12, vol107. Dezembro 2007. p. 22-32

POCH, J. – “Psicoterapias dinâmicas”. In RUILOBA, J. V. – *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. 5ªedição, Barcelona: Masson. 2005

PORTENOY, Russell; LESAGE, Pauline – “Management of Cancer Pain”, *Pain*, vol 353. Maio 1999. p 1695-1700

PUJOL, L.; MONTI, D. – “Managing Cancer Pain with Nonpharmacologic and Complementary Therapies” *J Am Osteopath Assoc*. nº12, vol107, suplemento 7. Dezembro 2007. p.15-21

QUIGLEY, Columba – “The role of opioids in cancer pain”. *British Medical Journal*. nº 8; vol331. Outubro 2005. p. 825-829

RABAÇA, Carlos; (2007) – “Fisiopatologia Oncológica” In PINTO, Anabela Mora – *Fisiopatologia. Fundamentos e Aplicações*. Lisboa: Lidel, p. 291-315

RAISON, Charles L.; Miller, Andrew H. – “Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment” *Biol. Psychiatry*. 54. 2003. p. 283-294

RANGÉ, Bernard; SOUSA, Conceição Reis de – “Terapia cognitiva” In CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias: Abordagens actuais*. 3ªedição Porto Alegre: Artmed. 2008

REGAN, Joan M.; PENG, Philip - “Neurophysiology of Cancer Pain”, *Cancer Control*, nº2, vol7. Março/Abril 2000. p. 111-119

ROBINSON, M.; WISE, E.; GAGNON, C.; FILLINGIM, R.; PRICE, D. – “Influences of Gender Role and Anxiety on Sex Differences in Temporal Summation of Pain”, *The Journal of Pain*, nº2, vol5. Março 2004. p 77-82

RODIN, G.; KATZ, M.; LLOYD, N.; GREEN, E.; MACKAY, J.A.; WONG, R.K.S.; SUPPORTIVE CARE GUIDELINES GROUP OF CANCER CARE ONTARIO'S PROGRAM IN EVIDENCE-BASED CARE- "Treatment of depression in cancer patients" *Current Oncology*. nº 5, vol14. 2007.p. 180-188

SAFFI, Fabiana; SAVOIA, Mariângela; NETO, Francisco Lotufo – "Terapia comportamental e cognitivo-comportamental" In CORDIOLI, Aristides Volpato e colaboradores – *Psicoterapias: Abordagens actuais*. 3ªedição Porto Alegre: Artmed. 2008

SANTOS, T. – *Qualidade de vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa: FPCE. 2008

SAPETA, Ana Paula Gonçalves Antunes – "Estratégias Não Farmacológicas no Tratamento da Dor" In MARQUES, António Lourenço; NETO, Isabel Galriça – *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal. 2003

SEQUEIRA, Carlos – *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto. 2006

SHELTON, Richard C. – "Transtornos de ansiedade" In EBERT, Michael H.; LOOSEN, Peter T.; NURCOMBE, Barry – *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. Porto-Alegre: Artmed Editora. 2002

SOUZA, Juberty António; FONTANA, Jorge Luiz; PINTO, Marilda Alves – "Depressão: Uma Doença, Várias Apresentações" In HORIMOTO, Fabiano Coelho; AYACHE, Danusa Céspedes Guizzo; SOUZA, Juberty António – *Depressão- Diagnóstico e Tratamento pelo Clínico*. São Paulo: Roca. 2005

SPENCER, R.; NILSSON, M.; WRIGHT, A.; PIRL, W.; PRIGERSON, H. – "Anxiety Disorders in Advanced Cancer Patients- Correlates and predictors of end-of-life outcomes" *Cancer*. www.interscience.wiley.com. Fevereiro 2010. p. 1810-1819

SPIEGEL, David; GIESE-DAVIS, Janine – "Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression" *Biol Psychiatry*. 54. 2003. p.269-282

STARK, D.; HOUSE, A. – "Anxiety in Cancer Patients" *British Journal of Cancer*. nº 10, vol83. 2000. p. 1261-1267

STARK, D.; KIELY, M.; SMITH, A.; VELIKOVA, G.; HOUSE, A.; SELBY, P. – “Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life” *Journal of Clinical Oncology*. nº 14, vol 20. Julho 2002. p. 3137-3148

STEINMAN, Ruth H. – “The Cancer Patient with Anxiety and Chronic Pain” *Pain*, nº4, vol17. Setembro de 2009. p 1-6

TELLES-CORREIA, Diogo, BARBOSA, António – “Ansiedade e Depressão em Medicina- Modelos teóricos e avaliação” *Acta Med Port*. nº22. 2009. p. 89-98

THIELKING, Paul. – “Cancer Pain and Anxiety”, *Cancer Pain*, nº7. 2003. p 249-261

TWYXCROSS, Robert – *Cuidados Paliativos*. 2ª edição, Lisboa: Climepsi Editores. 2003

VALENTINE, Alan D. – “Cancer Pain and Depression Management of the Dual-diagnosed Patient”, *Current Pain and Headache Reports*. nº 7. 2003. p. 262-269

VALLEJO, J. – “Trastornos Depresivos” In RUILOBA, J. V. – *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. 5ª edição, Barcelona: Masson. 2005

WASAN, Ajay D.; ARTAMONOV, Mikhail; NEDELJKOVIC, Srdjan – “Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain” *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management*. nº 3, vol 9. Julho 2005. p. 139-144

WILLIAMS, S.; DALE, J. – “Effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review” *British Journal of Cancer*. nº3, vol94. 2006. p. 372-390

ZAZA, Christine; BAINE, Natalie – “Cancer Pain and Psychosocial Factors: A Critical Review of the Literature”, *Journal of Pain and Symptom Management*. nº 5, vol24. Novembro 2002. p. 526-542

ANEXOS

ANEXO I

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Sandra Marisa Sousa Carvalho, aluna do curso de Mestrado em Oncologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto e enfermeira do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto venho, por este meio, solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário que servirá como instrumento de recolha de dados no estudo subordinado ao tema *“Intensidade da dor e Níveis de Ansiedade e de Depressão em Doentes Oncológicos”*.

Com este questionário pretende-se identificar a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e de depressão em doentes oncológicos a serem seguidos na consulta da dor.

O preenchimento do questionário é voluntário e em qualquer momento pode negar-se a completar o mesmo.

Este questionário será anónimo e as suas informações são estritamente confidenciais, uma vez que, os resultados serão codificados e utilizados neste estudo. Se pretender poderá ter acesso aos resultados.

Data...../...../.....

Assinatura do participante

Muito Obrigada pela colaboração
Sandra Carvalho

ANEXO II

Instrumento de colheita de dados

PARTE I

Em seguida, surgem questões que permite identificar as suas características sócio-demográficas assim como a dor oncológica.

1. Idade: ____ (em anos)

1- Masculino ____

2- Feminino ____

2. Estado civil:

1-Solteiro (a) |__|

2-Casado (a) |__|

3-Divorciado (a) |__|

4-Viúvo (a) |__|

5-União de facto |__|

3. Grau de escolaridade:

1-1º Ciclo (Primária) |__|

2-2º Ciclo (Preparatório) |__|

3-3º Ciclo (Secundário) |__|

4-Bacharelato |__|

5-Ensino Superior |__|

4. Situação Profissional:

1-A tempo inteiro |__|

2-A tempo parcial |__|

3-Doméstica |__|

4-Desempregada |__|

5-Baixa Clínica |__|

6-Reformada |__|

5. Caracterização da Doença Oncológica

5.1. Localização primária do cancro: _____

5.2. Tem metástases?

1-Sim ☐

2-Não ☐

5.3. Tratamento (s) anti-neoplasico (s) efectuado (s):

1- Cirurgia ☐

2- Quimioterapia ☐

3- Radioterapia ☐

6. Caracterização da Dor Oncológica

6.1. Qual a medicação que efectua? _____

6.2. Faz psicoterapia (terapia psicológica)?

1-Sim ☐

2-Não ☐

6.3. Como define a intensidade da sua dor?

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima".
---------	-------------	--------------	-------------	--------------

PARTE II

Inventário de Saúde Mental

Abaixo encontra um conjunto de questões acerca do modo como se sente diariamente. Responda a cada uma delas assinalando com uma cruz (X) a opção que melhor o caracteriza:

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?					
Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?					
Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?				
Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?					
Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso

15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?					
Extremamente, ao ponto de não poder fazer o que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?				
Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?					
Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?					
Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?					
Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?					
Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma

Obrigado pela sua Colaboração
Sandra Carvalho

ANEXO III

Aprovação do estudo de investigação pela Comissão de
Ética e pela direcção da Clínica da Dor do IPO do Porto

Exma. Senhora
Enfª Sandra Marisa Carvalho
Serviço de Oncohematologia
IPOPFG, E.P.E.

Porto, 2010/03/09

Assunto: Aplicação de questionário

Em resposta ao V/ ofício datado de Novembro de 2009, informamos que, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, bem como da Direcção da Clínica da Dor, se encontra autorizada a aplicação do questionário para Projecto de Investigação, no âmbito do Mestrado em Oncologia, sob o tema "*Níveis de Ansiedade e Depressão em Doentes com Dor Oncológica*".

Com os melhores cumprimentos,



Enfº Fernando Monteiro
Vogal do Centro de Ensino e Formação

ANEXO IV

Quadros de apoio à Análise de dados

Tabela 25 Valor médio da Intensidade da dor e relação com Idade

Idade	N	Média	Desvio padrão
22	1	3,00	.
30	1	2,00	.
34	2	2,00	0
39	1	2,00	.
40	1	2,00	.
44	2	2,00	1,414
46	2	1,50	0,707
47	1	3,00	.
52	1	1,00	.
53	1	1,00	.
54	3	2,00	1,000
55	1	3,00	.
56	4	2,75	0,500
57	3	1,67	1,528
58	2	3,00	0
59	1	3,00	.
60	2	2,00	0
61	2	2,50	0,707
62	4	2,50	1,291
63	2	2,50	0,707
65	1	3,00	.
69	1	1,00	.
71	3	1,67	1,528
72	3	1,67	0,577
73	1	2,00	.
78	4	1,50	1,000
79	1	2,00	.
83	1	2,00	.
88	1	3,00	.
Total	53	2,11	0,891

Tabela 26 Valor médio da Níveis de Ansiedade e Idade

Idade	N	Média	Desvio padrão
22	1	3,700	.
30	1	2,000	.
34	2	3,950	0,636
39	1	3,000	.
40	1	3,200	.
44	2	4,000	0,707
46	2	3,300	0,707
47	1	4,600	.
52	1	4,600	.
53	1	3,900	.
54	3	3,900	1,802
55	1	3,400	.
56	4	3,550	0,656
57	3	4,200	1,044
58	2	2,900	0,707
59	1	1,800	.
60	2	3,300	0,424
61	2	3,150	1,202
62	4	3,500	0,956
63	2	4,150	2,333
65	1	3,800	.
69	1	3,200	.
71	3	3,000	0,781
72	3	3,433	0,802
73	1	1,500	.
78	4	3,675	0,936
79	1	2,300	.
83	1	2,900	.
88	1	4,600	.
Total	53	3,481	0,959

Tabela 27 Valor médio de Níveis de Depressão e Idade

Idade	N	Média	Desvio padrão
22	1	4,400	.
30	1	2,400	.
34	2	4,000	0,849
39	1	3,000	.
40	1	4,600	.
44	2	3,400	0,283
46	2	3,800	0,566
47	1	4,200	.
52	1	4,800	.
53	1	4,200	.
54	3	4,000	1,311
55	1	4,200	.
56	4	3,400	1,189
57	3	4,533	0,702
58	2	3,700	1,556
59	1	1,800	.
60	2	3,200	1,414
61	2	3,100	0,707
62	4	3,650	0,473
63	2	4,200	2,263
65	1	3,200	.
69	1	5,000	.
71	3	2,933	1,137
72	3	3,133	1,102
73	1	3,400	.
78	4	3,900	1,065
79	1	2,800	.
83	1	3,400	.
88	1	4,600	.
Total	53	3,668	0,974