



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**ANÁLISE DE VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA
DOLOROSA ENTRE PACIENTES CIRÚRGICOS**

Fabício Fernandes Almeida

Brasília, Março de 2011



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**ANÁLISE DE VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA
DOLOROSA ENTRE PACIENTES CIRÚRGICOS**

Fabício Fernandes Almeida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Brasília, Março de 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior – Presidente

Universidade de Brasília

Profª. Dra. Helena Eri Shimizu – Membro

Universidade de Brasília

Profª. Dra. Wânia Cristina de Souza – Membro

Universidade de Brasília

Profª. Dr. Maurício S. Neubern – Suplente

Universidade de Brasília

Brasília, Março de 2011

À minha mãe, detentora de um amor incomensurável e símbolo máximo de dedicação às minhas realizações e meu crescimento, que a luta para a realização deste trabalho consiga ao menos refletir uma singela parte de todo o seu esforço para transformar-me em um ser humano melhor.

Te amo!

AGRADECIMENTOS

À minha mãe por todo o incentivo e apoio que você sempre me ofereceu, compreendendo a minha ausência e respondendo à minha indisponibilidade e, por muitas vezes, mau humor com muito amor e carinho. Agradeço também a Meggy que, do seu jeitinho doce, esteve sempre do meu lado comunicando o seu carinho e companhia com e seu olhar pidão que eu tanto amo.

Ao Professor Áderson, meu orientador e modelo de admiração, meus mais sinceros agradecimentos, pelo apoio nos momentos em que me encontrava em total escuridão, que com a ausência de palavras me ensinou a ciência do descobrir e com a força delas me mostrou a luz da sabedoria e da experiência.

À Professora Helena Shimizu pela orientação, ainda nos tempos de graduação de enfermagem, do trabalho que serviu de semente primeira para esta área de atuação profissional por qual sou tão apaixonado, a dor.

À Professora Wânia Cristina, por dividir comigo a paixão pela área e, ainda na graduação de psicologia, valorizar o pouco conhecimento que trazia em minha bagagem. Obrigado pelas aulas de vida!

Ao Professor Maurício Neubern, por aceitar participar da banca examinadora de meu trabalho e pelas contribuições para meu crescimento e aperfeiçoamento.

Aos meus irmãos e meu pai, por compreenderem a minha necessidade de, por muitas vezes, colocar em pausa o desabrochar da nossa relação.

À Fernanda, Virgínia e Thiago, pela amizade pura e sincera, pela paciência, pela parceria sem precedentes e pela ajuda imprescindível sem a qual este trabalho nunca seria possível. Há um ditado popular que fala que “a família são os amigos que Deus escolhe para nós, já os amigos são a família que nós mesmos escolhemos”; tenho muito orgulho e muita honra de chamá-los de família!

À você que mora no meu coração e aos amigos que eu tanto amo, vocês sabem quem são, obrigado pela paciência e por aceitarem com carinho minha ausência. Sei que muitas vezes fui seco ou mesmo rude, mas no fim a vitória pertence também a vocês!

Aos nossos estagiários da Cirúrgica, Rodolfo, Thainá, Cristina, Ju e Aline, pelo auxílio, incentivo, amizade e por me ajudarem a entender que há muito que se aprender também nas pausas necessárias da vida.

Aos alunos de Psicologia da Saúde do IP da UnB, turma 2009/2, pela chance de crescimento na arte e na habilidade da docência universitária.

Por fim, mas de forma alguma menos importantes, aos pacientes da Clínica Cirúrgica do HUB que aceitaram participar de meu estudo, por oferecerem seus corpos e almas para meu aperfeiçoamento profissional e para o desenvolvimento da ciência. Muito obrigado!

“... A dor é inevitável. O sofrimento é opcional”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

A *International Association for the Study of Pain* define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Nos termos desses conceitos, não apenas componentes físicos e químicos envolvidos na experiência dolorosa devem ser considerados, mas, também, aspectos subjetivos e psicossociais são cruciais à sua compreensão. Por variáveis psicossociais, são compreendidas as variáveis de cunho psicológico e social e caracterizadas pela abordagem das crenças e motivações que levam os indivíduos a desenvolverem certas atitudes que podem gerar, ou não, determinados comportamentos. Este estudo teve por objetivo sistematizar o conhecimento científico a respeito do fenômeno doloroso através da análise do comportamento relacional existente entre a experiência dolorosa e as variáveis psicossociais mais comumente descritas na literatura dos anos de 2007, 2008 e 2009, em 50 pacientes internados, em contexto de cuidados pós-operatórios na Unidade de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília. Os 14 artigos encontrados na revisão de literatura explicitaram três variáveis psicossociais, a saber: (a) Auto-eficácia; (b) Enfrentamento; e (c) Histórico Psicopatológico. Realizou-se, então uma pesquisa quali-quantitativa correlacional com um delineamento observacional direto de caráter seccional transversal, e para sua consecução foram utilizados como instrumentos de avaliação da dor e das variáveis psicossociais o instrumento de caracterização sociodemográfica dos participantes, o *Short-form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ), Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Os resultados foram obtidos através de análise descritiva por meio de métodos tabulares de sumarização de dados e técnica de análise de *clusters* e sugerem que variações na experiência dolorosa de pacientes cirúrgicos podem ser explicadas por diferenças nas variáveis sociodemográficas sexo/gênero, vinculação religiosa, escolaridade, renda e especialidade cirúrgica e nas variáveis psicossociais auto-eficácia, enfrentamento e histórico psicopatológico. Observou-se que associação positiva entre dor e garantia de renda e associações negativas entre a dor e as variáveis escolaridade e a prescrição medicamentosa, esta última não surtindo impacto na dimensão afetiva da dor. A variável vinculação religiosa associou-se, também, através de correlação estatisticamente significativa entre a dimensão sensorial da dor e o enfrentamento focalizado na busca por práticas religiosas ($r = 0,46$ e $p\text{-value} < 0,05$). Além disso, a experiência dolorosa relacionou-se à especialidade cirúrgica e homens e mulheres apresentaram diferenças tanto na experiência dolorosa global, quanto em suas dimensões distintas. Foram formados três *clusters* de desempenho psicossocial que apresentaram associação à experiência dolorosa, destacando-se o *cluster* de desempenho relativo mediano, que sugeriu a influência protetiva da variável suporte social. A partir das evidências encontradas, fazem-se algumas sugestões: (a) necessidade de sistematização e melhor compreensão da associação encontrada entre a dor e a vinculação religiosa, renda e escolaridade; (b) necessidade de realização de estudos que aprofundem a compreensão da relação sexo e dor através do estudo das experiências de gênero e dor, bem como as expectativas relacionadas ao pós-cirúrgico e seus resultados por especialidades cirúrgicas; e (c) necessidade de abarcar maior número de participantes e análises complementares, em âmbito nacional e multicêntrico.

Palavras-chave: Dor, Variáveis Psicossociais, Psicologia da Saúde, Algiologia, HUB

ABSTRACT

The International Association for the Study of Pain defines pain as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage. Under these concepts, not just the physical and chemicals components involved in the pain experience should be considered, but also subjective and psychosocial aspects are crucial to its understanding. By psychosocial variables, are understood the variables of psychological and social nature and characterized by the approach of the beliefs and motivations that lead individuals to develop certain attitudes that may generate or not certain behaviors. This study aimed to systematize scientific knowledge about the painful phenomenon through the analysis of relational behaviors between the painful experience and psychosocial variables most commonly described in the literature of the years 2007, 2008 and 2009 in 50 patients in context of postoperative care in the Unit of Clinical Surgery of Brasília's University Hospital (HUB). The 14 articles found in the literature review highlighted three psychosocial variables, namely: (a) self-efficacy; (b) coping; and (c) psychopathological history. A qualitative/quantitative correlational study with an observational design and cross-sectional character was then held and to its achievement were used as instruments of pain assessment and psychosocial variables a sociodemographics instrument, the Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ), The Ways of Coping Scale (EMEP) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Results were obtained through descriptive analysis using tabular summarization of data methods and the technique of cluster analysis and they suggest that variations in the painful experience of surgical patients may be explained by differences in the sociodemographic variables of sex and gender, religious ties, schooling, income and surgical specialty and psychosocial variables of self-efficacy, coping and psychopathological history. It was observed that a positive association between pain and income security and negative associations between pain and variables such as schooling and drug prescriptions, the latter not having an impact on the affective dimension of pain. The variable religious ties, was also associated, by a statistically significant correlation between the sensory dimension of pain and coping focused on the search for religious practices ($r = 0.46$ and $p\text{-value} < 0.05$). Moreover, the painful experience was related to the surgical specialty and men and women differ in both overall pain experience, and in its different dimensions. The study involved three psychosocial performance clusters that were associated with painful experience, specially the average relative performance cluster, which suggested the protective effect of the social support variable. From the evidence found, some suggestions are made: (a) the need for systematic and better understanding of the association between pain and religious ties, income and education, (b) the need for studies that deepen the understanding about sex and pain by studying the experiences of gender and pain, as well as expectations related to post-surgical results and surgical specialties, and (c) the need to involve more participants and additional examinations, in multicenter studies and nationwide.

Keywords: Pain, Psychosocial Variables, Health Psychology, Algiology, HUB

SUMÁRIO

| | |
|--|------|
| RESUMO..... | viii |
| ABSTRACT..... | ix |
| SUMÁRIO..... | x |
| LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS..... | xii |
| LISTA DE SIGLAS..... | xiii |
| | |
| CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO..... | 1 |
| | |
| CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO..... | 4 |
| 2.1 – Dor: Definição léxica e teórica do termo..... | 4 |
| 2.2 – Variáveis Psicossociais e seu impacto na multidimensionalidade da dor..... | 6 |
| 2.3 – Variáveis Psicossociais e seu impacto na fisiopatologia e tipologia da dor..... | 8 |
| | |
| CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS..... | 11 |
| 3.1 - Objetivos..... | 11 |
| | |
| CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA..... | 12 |
| 4.1 – Amostra..... | 12 |
| 4.2 – Seleção da amostra..... | 12 |
| 4.3 – Procedimentos..... | 13 |
| 4.3.1 – Etapa I: Pesquisa, seleção e análise das publicações brasileiras para a seleção das variáveis psicossociais..... | 15 |
| 4.3.2 – Etapa II – Fase 1: Abordagem dos Construtos..... | 19 |
| 4.3.2.1 – Auto-Eficácia: conceito e medida..... | 19 |
| 4.3.2.2 – Enfrentamento: conceito e medida..... | 24 |
| 4.3.2.3 – Histórico Psicopatológico: conceito e medida..... | 28 |
| 4.3.2.4 – Dor: medida..... | 32 |
| 4.3.3 – Etapa II – Fase 2: Coleta de dados..... | 34 |
| 4.3.4 – Etapa II – Fase 3: Análise Estatística dos Resultados..... | 35 |
| | |
| CAPÍTULO 5 – RESULTADOS..... | 40 |
| 5.1 – Análise descritiva das características da amostra..... | 40 |
| 5.2 – Análises descritivas das variáveis psicossociais e da experiência dolorosa..... | 43 |
| 5.2.1 – Análise descritiva dos índices dos instrumentos de investigação da experiência dolorosa e das variáveis psicossociais..... | 43 |
| 5.2.2 – Análise dos agrupamentos da amostra segundo semelhanças nos índices das variáveis psicossociais..... | 45 |
| 5.3 – Verificação das associações entre a experiência dolorosa e os índices psicossociais..... | 47 |

| | |
|--|----|
| 5.4 - Comparações envolvendo as médias dos índices da experiência dolorosa, da caracterização amostral e <i>clusters</i> psicossociais | 49 |
| 5.4.1 – Relação entre as médias dos índices da experiência dolorosa e da caracterização amostral | 49 |
| 5.4.2 - Relação entre as médias dos índices da experiência dolorosa e dos <i>clusters</i> psicossociais... | 56 |
| CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO | 58 |
| 6.1 – Produção científica nacional na área de psicologia da dor..... | 58 |
| 6.2 – Entrevistas com pacientes em evento de internação hospitalar pós-cirúrgica..... | 59 |
| CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 67 |
| 7.1 – Principais implicações deste estudo | 67 |
| 7.2 – Sugestões para pesquisas futuras..... | 68 |
| 7.3 – Considerações de cunho prático..... | 69 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| ANEXOS | 82 |
| ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 83 |
| ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 84 |
| ANEXO C – Classificação dos periódicos por estratos <i>QUALIS</i> ; como foram avaliados e/ou povoados os estratos (WEBQUALIS, 2009)..... | 85 |
| ANEXO D - Banco de Dados da Produção Científica Nacional em Psicologia da Dor (BPCPD) | 86 |
| ANEXO E – Descrição das principais características dos 14 selecionados na revisão da literatura especializada | 87 |
| ANEXO F - Questionário de Auto-Eficácia e Dor (PSEQ)..... | 88 |
| ANEXO G - Modelo de processamento de <i>Stress</i> e <i>Coping</i> | 90 |
| ANEXO H - Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) | 91 |
| ANEXO I - <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HAD) | 93 |
| ANEXO J – Forma Reduzida do Questionário de do McGill (SF-MPQ) | 96 |
| ANEXO K – Questionário de Caracterização Amostral | 97 |

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 – Frequência de artigos encontrados nos Periódicos Qualis A

Tabela 2 – Caracterização amostral dos pacientes do estudo.

Tabela 3 - Análise descritiva das escalas de dor e avaliação psicossocial

Tabela 4 - Análise de Clusters das características psicossociais segundo os instrumentos

Tabela 5 - Correlação bivariada de Pearson para variáveis relacionadas à experiência dolorosa e às variáveis psicossociais.

Tabela 6 - Comparações das médias dos índices de dor quanto às características da amostra

Tabela 7 - Comparação das médias dos índices de dor e novos estratos de escolaridade

Tabela 8 - Comparação de médias entre os índices de dor, a renda e sua garantia

Tabela 9 - Comparação das médias dos índices de dor por especialidade cirúrgica.

Tabela 10 - Comparação das médias dos índices de dor e a prescrição medicamentosa segundo a OMS

Tabela 11 - Comparação de médias entre os clusters psicossociais e os índices de dor

Quadro 1 - Descrição resumida dos procedimentos metodológicos do estudo

Quadro 1 - Roteiro e procedimentos da análise de dados

Figura 1 - Frequência das variáveis psicossociais encontradas no levantamento bibliográfico

Figura 2 - Escada Analgésica da OMS (2010)

Figura 3 - Caracterização psicossocial dos clusters

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| BPCPD | Banco de Dados da Produção Científica Nacional em Psicologia da Dor |
| Br-MPQ | <i>McGill Pain Questionnaire</i> em sua validação brasileira |
| CAPES Superior | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CID-10 | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| Cols. | Colaboradores |
| CONEP | Comitê Nacional de Ética em Pesquisa |
| CR-10 | Escala de Categoria-Razão de Borg |
| <i>CV</i> | Coeficiente de Variação |
| <i>DP</i> | Desvio Padrão |
| <i>e.g</i> | por exemplo, do latim <i>exempli gratia</i> |
| EMEP | Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas |
| EMEP – Fator 1 | Enfrentamento focalizado no problema |
| EMEP – Fator 2 | Enfrentamento focalizado na emoção |
| EMEP – Fator 3 | Busca de práticas religiosas e pensamento fantasioso |
| EMEP – Fator 4 | Busca por suporte social |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FP | Fatores Padronizados |
| FS | Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília |

| | |
|-----------------------|---|
| HAD | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> |
| HAD - Ansiedade | Escore na subescala de ansiedade na HAD |
| HAD – Depressão | Escore na subescala de depressão na HAD |
| HAD - <i>Distress</i> | Escore na subescala de <i>distress</i> na HAD |
| HUB | Hospital Universitário de Brasília |
| IASP | International Association for the Study of Pain |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IBD | Indexador ou Base de Dados |
| IP | Instituto de Psicologia |
| <i>M</i> | Média aritmética estatística |
| max | Máximo |
| min | Mínimo |
| MPQ | <i>McGill Pain Questionnaire</i> |
| <i>N</i> | Número |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| Orgs. | Organizadores |
| p. | Página |
| pp. | Páginas |
| <i>p-value</i> | Nível de Significância |
| PPI | <i>Present Pain Index</i> |
| PRI | <i>Pain Rating Index</i> |
| PSEQ | Escores de Auto-Eficácia na <i>Pain Self-Efficacy Questionnaire</i> |
| QF | Questões Pertencentes ao Fator |
| <i>r</i> | Coefficiente de Correlação |
| SBED | Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor |

| | |
|-------------|--|
| <i>s.f.</i> | Substantivo Feminino |
| SF-MPQ | <i>Short-Form McGill Pain Questionnaire</i> |
| SM | Salário Mínimo |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UCC | Unidade de Clínicas Cirúrgicas |
| UnB | Universidade de Brasília |

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Souza, Forgione e Alves (2000) referem que o termo dor, do inglês *pain*, provavelmente tem sua etimologia nas raízes da palavra grega *poine*, que significa originalmente penalização e castigo. Dessa forma, revela-se a concepção do homem na antiguidade de entender o fenômeno álgico como um castigo divino. Na verdade, segundo Cunha (conforme citado por Souza e cols., 2000), o elemento de composição “álgia” e suas derivações “álgico” e “algesia” também provém do grego “algos”, o qual guarda semelhança à palavra árabe “algoz”, ou seja, carrasco.

A dor é um fenômeno sensorial fundamental de alerta para à ocorrência de lesões teciduais, permitindo que mecanismos de defesa ou fuga sejam adotados. Tem como objetivo minimizar o risco ou impacto das lesões teciduais e celulares, promovendo a adoção de comportamentos de reparação tecidual e de retirada de situações de perigo, além de ensinar sobre respostas e situações que podem levar o organismo a lesões. O corpo inteiro se prepara para se proteger da melhor forma possível, envolvendo, neste processo, as reações de ativação dos níveis cognitivo, emocional e operante.

Importante como sinal de alerta de disfunções no sistema fisiológico, a dor é uma das sensações mais temidas por grande parte dos indivíduos e, se ancorada em intensidades além dos limites suportáveis, pode exceder seu caráter de advertência e comprometer significativamente a qualidade de vida. Assim, é natural que se evite a dor a qualquer custo, tanto por seu caráter aversivo, quanto pelo estresse que dela decorre.

É também um dos maiores, senão, o maior risco à qualidade de vida do ser humano e tornar-se-á um risco potencialmente maior, à medida que a expectativa de vida da população mundial aumenta. Além disso, sabe-se hoje que um dos principais motivos da

permanência em internação intra-hospitalar de pacientes em cuidados pós-operatórios é a queixa de dor.

A dor pode ser caracterizada como uma das principais causas do sofrimento humano, podendo gerar incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e repercussões psicossociais e econômicas, constituindo-se como um grave problema de saúde pública. Segundo Harstall e Ospina (2003), sua prevalência é de 11% a 40 % entre a população mundial. No Brasil, de acordo com Teixeira e cols. (2001), cerca de um terço das consultas médicas realizadas tem a dor como principal queixa, sendo referida como sintoma em aproximadamente de 70% dos pacientes. Demais estudos indicam prevalências de 41,4% de dor crônica em Salvador (Sá, Baptista, Matos & Lessa, 2008), sendo esta devido à dor lombar em 14,5% da população (I. C. G. Almeida & cols., 2008); 51,4% de lombalgia em Londrina (Dellaroza, Pimenta & Matsuo, 2007) e 55,4% de cefaléia no Rio Grande do Sul (Mendoza-Sassi, Béria, Fiori & Bortolotto, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, 2010), a dor deve ser encarada como um problema de saúde pública, pois, admite-se uma prevalência de dores crônicas em aproximadamente 30% da população de um país. Mais precisamente, dados dos Estados Unidos da América (EUA) mostram que 31% da população apresenta dores crônicas, o que representa 86 milhões de norte americanos, ocorrendo incapacidade total ou parcial em 75% destes (65 milhões). Extrapolando tais dados para a população brasileira, teríamos aproximadamente 50 milhões de pessoas sofrendo com dores crônicas.

Ainda de acordo com a SBED (2010), calcula-se que sejam gastos por ano, nos EUA, cerca de 150 bilhões de dólares em custos médicos, incluindo despesas médicas, diminuição da produtividade e de arrecadação. Com custos médicos e perda de dias de trabalho, estima-se um prejuízo de 70 bilhões de dólares ano. Dados estatísticos e epidemiológicos a respeito das dores agudas não estão disponíveis.

Desse modo, mesmo sendo a dor altamente subjetiva, a compreensão de seus mecanismos e/ou processos, bem como o desenvolvimento de instrumentos para avaliar e mensurar da maneira mais ampla possível a percepção de dor, são essenciais para melhor controlá-la e manejá-la.

Neste contexto, este estudo tem por objetivo sistematizar o conhecimento científico a respeito do fenômeno doloroso através da análise do comportamento relacional existente entre a experiência dolorosa e as variáveis psicossociais mais comumente descritas na literatura, em pacientes internados, em contexto de cuidados pós-operatórios. Após a análise correlacional, pretende-se realizar uma análise estatística de *Clusters* com o objetivo de compreender o comportamento das correlações e das variáveis dependentes e independentes em agrupamentos, para que sejam obtidos dados intra e extra-grupos amostrais.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Dor: Definição léxica e teórica do termo

A experiência de dor sempre fez parte da história da humanidade. Mesmo na atualidade, apesar dos avanços científicos e tecnológicos das ciências da saúde e da grande quantidade de pesquisas que buscam um maior controle sobre o fenômeno da dor, algumas lacunas de conhecimento ainda dificultam um consenso sobre a sua definição.

A *American Academy of Pain Medicine* (2010) define a dor como uma sensação desagradável e resposta emocional à essa sensação. McCaffrey (1968) a define da forma mais apropriada para o uso na prática clínica, ou seja, como aquilo que o paciente que dela padece diga ser e existe quando quer que ele diga existir.

Já Billy E. Pennal, em seu livro *Personality of Pain* (1991), define a dor como um conceito abstrato que se refere à: (a) uma sensação pessoal e privada de injúria; (b) um estímulo danoso que sinaliza um dano tissidual atual ou potencial; e (c) um padrão de respostas orientadas para a proteção do organismo.

Apesar das numerosas e não consensuais, a definição mais citada e aceita é a adotada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP). Para definir a experiência dolorosa da forma mais universal possível, foi necessária a criação de um comitê, *Task Force on Taxonomy*, por parte da IASP, que, após discussões ocorridas entre 1976 e 1978, a definiu como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. Um novo comitê da IASP adicionou à definição anterior a observação de que cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas próprias experiências (Merskey, Lindblom, Mumford, Nathan & Sunderland, 1994). Ainda em 1994, este comitê destacava que a ocorrência da dor é mediada por processos neurais que modulam a percepção, amplificando-a ou

reduzindo-a sob ações límbicas e corticais. Assim, a experiência dolorosa não constitui uma função isolada, ou direta, da quantidade de dano tecidual, mas é o resultado da interação entre diversas funções.

Ashburn e Staats (1999) delimita a dor como uma percepção complexa influenciada por experiências prévias e pelo contexto no qual o estímulo nocivo ocorre.

Nos termos desses conceitos, não apenas componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso devem ser considerados, mas, também, aspectos subjetivos e psicológicos são cruciais à compreensão da queixa dolorosa. Conseqüentemente, e de acordo com Katz e Melzack (1999), a dor é uma experiência pessoal e subjetiva que pode apenas ser sentida intrinsecamente pelo indivíduo, podendo ser descrita como íntima e não compartilhada e que é modificada quantitativamente e qualitativamente em função de uma série de fatores internos e externos à pessoa. Contudo, embora apresente tais características, Carvalho (1999, p.11) destaca que “a dor não é abstrata”. Na verdade, segundo Pereira e Sousa (2007, p. 564) “a dor não é uma qualidade sensorial específica que varia apenas em intensidade, mas uma infinidade de qualidades sob um único rótulo linguístico de dor”.

Desta forma, o termo dor deve ser compreendido como uma experiência, uma vez que, para Teixeira (conforme citado por Pimenta, Cruz & Santos 1999) implica na interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e de sua interação com as características individuais como humor, significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e aspectos culturais dos indivíduos. Esta concepção, para Pimenta e cols. (1999), sugere que o controle, a vivência e a expressão da dor também possam sofrer interferências destes elementos. Poder-se-ia, então, pensar em uma experiência dolorosa e em um modelo multidimensional de controle dessa experiência.

2.2 – Variáveis Psicossociais e seu impacto na multidimensionalidade da dor

Descrita em termos de parâmetros físicos e indicadores biológicos, a concepção de saúde e doença como um fenômeno multidimensional constitui uma proposta relativamente recente (Costa Junior, 2005), sendo a percepção da dor um de seus indicadores. Todavia, há mais de 30 anos, a experiência dolorosa já era considerada como um fenômeno de cunho multidimensional, apresentando componentes sensoriais, afetivos e cognitivos, conforme descreviam Melzack e Torgerson (conforme citado por Pimenta & Teixeira, 1996). Ou seja, na vanguarda dos estudos científicos da época, Melzack e Torgerson classificavam os componentes não biológicos como dimensões psicossociais da dor e, por conseguinte, indicadores da qualidade de vida dos indivíduos que dela padeciam.

Para Loeser (2008) uma concepção multidimensional da dor pode refletir-se na utilização léxica do vocábulo e no modelo de interpretação resultante do fenômeno doloroso. De acordo com esta proposta, delimitam-se quatro componentes formadores e necessários à descrição da experiência dolorosa: (a) nocicepção; (b) dor; (c) sofrimento; e (d) comportamento doloroso. Em consonância com Katz e Melzack (1999), o modelo proposto por Loeser leva em conta que todos os componentes, à exceção do comportamento doloroso, constituem eventos pessoais, privados e internos.

A Nocicepção refere-se à detecção de lesão tissular por transdutores especializados e ligados às fibras nervosas (especificamente às fibras A-delta e C), que transmitem sinais ao Sistema Nervoso Central, e que podem sofrer influências internas ou externas modulatórias ou de bloqueio. A Dor diz respeito à resposta funcional do corpo à nocicepção, podendo ocorrer mesmo na ausência do estímulo nódico, nos casos de lesões do Sistema Nervoso Central. O Sofrimento expressa uma resposta afetiva e adversa, gerada pela dor, medo, ansiedade, estresse e/ou por outros estados psicológicos desagradáveis (Katz & Melzack, 1999). Como último componente, o Comportamento Doloroso é a

consequência esperada do sofrimento e evocado pelo indivíduo como forma de expressão de sua experiência dolorosa. As alterações posturais (posturas cautelosas ou não usuais e inatividade), expressões faciais (caretas, arqueamento de sobrancelhas e sulco nasolabial aprofundado), atividade motora (fricção ou proteção da área dolorosa, sobressalto), atividades autonômicas (palidez, rubor, sudorese), expressões vocais como as paralingüísticas (choro, gemido, grito e suspiro) e linguagem (apelos, exclamações, descrições qualitativas, queixas e solicitações) constituem expressões de comportamentos dolorosos referidos por Pereira e Sousa (2007, p. 564).

Ainda segundo Loeser (2008), “os comportamentos são sempre influenciados por antecedentes e consequências ambientais, sejam reais ou previstos. Os comportamentos dolorosos crônicos e expressos ao longo do tempo revelam com especial clareza a influência do ambiente: o comportamento, neste sentido, resulta do aprendizado” (p. 3). Isso significa que qualquer análise do comportamento doloroso requer a reconstrução da história de interação do indivíduo com o ambiente ao longo do tempo.

Esses comportamentos, segundo McKinlay (conforme citado por Andrade & Fontaine, 2000), são explicados por modelos psicossociais de saúde (por exemplo, pelo modelo de crenças em saúde, descrito por Maiman e Becker (1974), compreendidos neste estudo como um conjunto de variáveis de cunho psicológico e social e caracterizados pela abordagem das crenças e motivações que levam os indivíduos a desenvolverem certas atitudes que podem gerar, ou não, determinados comportamentos. Ainda de acordo com McKinlay, os modelos psicossociais explicativos dos comportamentos de saúde são frequentemente apresentados de uma forma mista, em associação a dois tipos de construtos: (a) socioestruturais - que se caracterizam por uma orientação sociológica, analisando aspectos sociais, culturais e institucionais (p.ex.: organização e distribuição do sistema de cuidados com a saúde); e (b) processuais - que lidam fundamentalmente com a

doença e o papel do doente e utilizam variáveis analisadas pelos construtos socioestruturais, salientando os aspectos da dinâmica da mudança, quer ao nível individual quer ao nível grupal (p. ex.: as redes de suporte social ao indivíduo).

Portanto, existe uma clara necessidade migração de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que priorize a funcionalidade como um componente da saúde e que considere o ambiente como um facilitador ou uma barreira para o desempenho de ações e tarefas (Nordenfelt, 2003).

Mais especificamente no que tange à experiência dolorosa, aspectos cognitivo-comportamentais, sócio-culturais, de personalidade, dentre vários outros, podem influenciar a percepção da experiência. De fato, uma visão psicossocial e, por consequência, uma atuação interdisciplinar de manejo, é essencial para a análise da experiência de dor (Flor & Hermann, 2004; Melzack, 1975; Merskey & cols., 1994; Mogil & Devor, 2004; Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007; Price & Bushnell, 2004; Riley & Wade, 2004; Robinson, Riley, Myers, Papas, Wise, Waxenberg & cols., 2001; Sufka & Price, 2002; Turk & Flor, 1999). Turk e Okifuji (2002) chamam atenção para tal fato, atestando que para uma atuação eficaz no campo da dor há que se entendê-la como uma interação dinâmica e recíproca entre variáveis biológicas, psicológicas e socioculturais que modelam a resposta da pessoa a ela.

2.3 –Variáveis Psicossociais e seu impacto na fisiopatologia e tipologia da dor

A dimensão fisiológica da dor é chamada nociceção, que consiste dos processos de transdução, transmissão e modulação de sinais neurais gerados em resposta a um estímulo nocivo externo. De forma simplificada, pode ser considerado como uma cadeia de três neurônios, com o neurônio de primeira ordem originado na periferia (nociceptores, termocetores, barocetores, fotocetores e as terminações nervosas livres) e projetando-se

para a medula espinhal, o neurônio de segunda ordem ascende pela medula espinhal e o neurônio de terceira ordem projeta-se para o córtex cerebral (Drummond, 2000).

O entendimento da dor como um fenômeno multidimensional é predominantemente ancorado em teorias desenvolvidas por Melzack e Wall (1965). Os autores identificaram fatores presentes na instalação e manifestação de dores, por meio da Teoria do Controle do Portão (*Gate Control Theory*). Muito embora possa ser exposta em termos simples, possui desdobramentos de alta complexidade e por isso vem recebendo muita atenção desde sua proposição. De acordo com essa teoria, a estimulação da pele ou outros órgãos evoca impulsos nervosos que são transmitidos a três sistemas da espinha dorsal: as células da substância gelatinosa, as fibras da coluna vertebral aferentes e os transmissores centrais. Para esses autores a substância gelatinosa funciona como um sistema de controle do portão, modulando os padrões aferentes antes que eles influenciem as células “T”. Padrões aferentes na coluna dorsal atuam em parte como um controle central de disparo, que ativa determinados processos neurais, tais como: liberação de neurotransmissores e outras substâncias, influenciando as propriedades modulatórias do sistema do portão. As células “T”, por sua vez, ativam mecanismos neurais que compreendem o sistema de ação responsável por respostas e percepção de estímulos (Drummond, 2000). Essa teoria enfatiza a importância da modulação de estímulos dolorosos realizada pela espinha medular, sistema nervoso, hipotálamo e sistema límbico.

Quanto à tipologia da dor, para a SBED (2010), a dor pode ser classificada em três formas diferentes: (a) a dor aguda, aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas e que, normalmente, desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e tratada; (b) a dor crônica, aquela que tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários

anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica, podendo, ainda, ser consequência de uma lesão já previamente tratada; e (c) a dor recorrente, aquela que apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico.

Apesar da clara distinção entre as classificações propostas pela SBED, não há um consenso quando a definição das dores agudas e crônicas (Casey, Greenberg, Nicassio, Harpin & Hubbard, 2008). Tal fato ocorre, principalmente, pelo erro que envolve a tentativa de distinção inter-classes de dor em um contexto meramente temporal. Para Von Korff e Miglioretti (2005), a definição da dor crônica apenas pela duração não identifica clínica e uniformemente os problemas significativos do fenômeno. Com isso, a dor pode persistir por longos períodos, mesmo após o dano tecidual que desencadeou seu início ser resolvido e, em algumas pessoas, a dor crônica se apresenta sem qualquer dano tecidual identificado ou lesão anterior (Ashburn & Staats, 1999). Mais ainda, os mecanismos de transição entre a dor aguda e a crônica ainda não estão claros e não há consenso, entre os pesquisadores, sobre os fatores que interferem na cronificação da dor. Atualmente, são descritos diferentes tipos de dor, cada um associado a um ou mais mecanismos que influenciam o seu curso (Perez, 2006).

Philips e cols. (2003) analisaram o efeito de emoções negativas nas respostas neurais, evidenciando que estados emocionais negativos aumentam a atividade evocada pela dor nas regiões límbicas, influenciando a sua percepção. Além dos fatores somáticos, evidências sugerem que fatores psicossociais são relevantes na predição da progressão de um estágio de dor aguda para crônica (Boersma e Linton, 2005).

CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS

Tendo em vista que não apenas os componentes físicos e químicos envolvidos no evento doloroso são considerados, mas também, um conjunto diversificado de fatores cognitivos, emocionais, motivacionais, culturais, ambientais, raciais e de gênero são cruciais à compreensão da queixa dolorosa, realizou-se este estudo com os objetivos descritos a seguir.

3.1 - Objetivos

Investigar e analisar o grau de associação de um conjunto de variáveis psicossociais à percepção da experiência dolorosa no que se refere à:

(a) publicações científicas nacionais, disponível em todos os periódicos brasileiros da Área de Psicologia classificados pelo Sistema *QUALIS* como “A” e disponíveis no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além da Revista *Dor*, da Sociedade Brasileira para os Estudos da Dor (SBED), publicadas nos anos de 2007, 2008 e 2009;

(b) entrevistas com pacientes internados, em contexto de cuidados pós-operatórios, imediatos e mediatos, na Unidade de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Para a consecução dos objetivos propostos realizou-se uma pesquisa qualitativa correlacional com um delineamento observacional direto de caráter seccional transversal, conforme critérios e procedimentos expostos a seguir.

4.1 – Amostra

Apesar de dificuldades operacionais de coleta relacionadas à ausência de intervenções cirúrgicas provenientes de duas greves, primeiramente dos servidores e professores da Universidade de Brasília (UnB) e posteriormente dos residentes do HUB, o estudo, como planejado, abarcou 50 pacientes em cuidados pós-operatórios imediatos ou mediatos internados na Unidade de Clínicas Cirúrgicas (UCC) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

4.2 – Seleção da amostra

A população da amostra foi obtida por acessibilidade e contemplou as classes de procedimentos cirúrgicos pertencentes às principais especialidades praticadas na Unidade de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília, a saber: cirurgia geral, ginecologia, mastologia, neurologia, ortopedia, cirurgia plástica, proctologia, cirurgia torácica, urologia e cirurgia vascular. O cuidado em observar o dado referente à especialidade a qual pertence o procedimento cirúrgico sofrido pelo paciente tem objetivo de exercer controle sobre esta variável, uma vez que, como pontuado por Chung, Un e Su (1996) e Beauregard, Pomp e Choiniere (1998), evidências consideráveis indicam que a experiência dolorosa apresenta características e padrões reativos diferenciados em função do tipo de cirurgia.

Como critério de inclusão da amostra, definiu-se que os pacientes deveriam ser de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, não portadores de dores crônicas ou oncológicas, se encontrassem internados na Unidade de Clínicas Cirúrgicas (UCC) do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e que aceitassem participar do estudo através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Foram excluídos do estudo os pacientes que não se encaixaram nos critérios de inclusão supracitados ou não anuíram à participação com a assinatura do termo.

4.3 – Procedimentos

Em concordância às normas éticas em pesquisas na área de saúde envolvendo seres humanos e regulamentada no Brasil através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), este projeto de pesquisa foi: (a) submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília (UnB), credenciado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável à sua execução sob o número 22/09 (Anexo B); e (b) efetuado com a autorização dos seus participantes, expressa através do aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a anuência ao Termo de consentimento livre e esclarecido, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados referentes aos dados sócio-demográficos e às variáveis de estudo propostas nos objetivos deste estudo.

As variáveis psicossociais foram mensuradas por meio de avaliações psicológicas selecionadas de acordo com sua relevância para o campo do estudo da dor, a algilogia, além de sua frequência (citação qualificada) na literatura científica. Atenção à adequação dos instrumentos à realidade de internação hospitalar dos pacientes foi priorizada.

Faz-se necessário explicitar que, por tratar-se de uma instituição hospitalar pública que recebe pacientes de várias classes sociais e escolaridades, em caso de analfabetismo, mas cumprindo-se os critérios de inclusão, aceitou-se como assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) a gravação da voz do próprio paciente relatando que aceitava fazer parte da pesquisa através da oferta de seu nome completo e da seguinte frase: “Eu, [nome do(a) paciente] aceito participar da pesquisa de Dor e Psicologia”.

Os procedimentos metodológicos adotados na execução deste estudo foram desenvolvidos foram divididos em duas etapas, as quais se encontram descritas, resumidamente no Quadro 1.

Quadro 2 - Descrição resumida dos procedimentos metodológicos do estudo

| Etapas | Descrição das Atividades | Produtos |
|---------------|---|---|
| I | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa, seleção e análise bibliográfica; ▪ Seleção das variáveis psicossociais; | Banco de Dados da Produção Científica Nacional em Psicologia da Dor (BPCPD) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase 1: Abordagem dos Construtos <ul style="list-style-type: none"> ▫ Variáveis psicossociais selecionadas: conceitos e medidas; ▫ Instrumental para a avaliação de Dor. | Kit de Avaliação Psicossocial e Dor |
| II | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase 2: Coleta de Dados: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Aplicação da Caracterização amostral e Análise documental de prontuários; ▫ Avaliação sistematizada de dor; ▫ Aplicação do instrumental psicossocial. | Banco de Dados sobre as variáveis Psicossociais e dor investigadas |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase 3: Análise Exploratória Descritiva dos Resultados: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Análise descritiva; ▫ Análise de <i>clusters</i>; ▫ Verificação da associação entre as variáveis | Delineamento estatístico dos construtos |

A seguir, encontram-se detalhadamente cada uma das etapas da pesquisa.

4.3.1 – Etapa I: Pesquisa, seleção e análise das publicações brasileiras para a seleção das variáveis psicossociais

Realizou-se um estudo de cunho descritivo documental e seccional transversal. Estes também reconhecidos por utilizarem procedimentos de caráter inventariante e descritivo sobre o tema investigado, incidindo as análises sobre dissertações/teses, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários (N. S. A. Ferreira, 2002).

Optou-se pelo método padronizado por Doca (2009) e F. F. Almeida, Costa Junior, Doca e Turra (2010), realizando-se um estudo de todos os periódicos brasileiros de Psicologia classificados pelo Sistema *QUALIS* como “A” Nacional e disponíveis no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Além destes, foi incluída a Revista *Dor*, da SBED.

Os periódicos consultados tiveram todos sumários dos volumes de 2007 e 2008 analisados entre fevereiro a junho de 2009.

A CAPES gerencia os sistemas de informação do Ministério da Educação sobre teses e de dissertações existentes nas Instituições de Ensino Superior brasileiras, reunindo os trabalhos científicos em um banco de dados. Conforme a definição disponível no sítio do Ministério da Educação (2009), o Sistema *QUALIS* se refere “uma classificação feita pela CAPES dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da produção intelectual de seus docentes e alunos, cujo objetivo é atender às necessidades específicas da avaliação da pós-graduação realizada por esta agência”. Ainda segundo a CAPES, a classificação é elaborada e coordenada por uma comissão de consultores de cada área e passa por processo anual de atualização. Os veículos de divulgação, citados na produção intelectual dos programas de pós-graduação, são enquadrados em categorias indicativas da qualidade do veículo utilizado, e, por inferência, do próprio trabalho

divulgado, recebendo menções, respectivamente da maior para menor, de A a C. Foram incluídos no portal, nos meses referentes à realização da análise para este estudo, apenas os periódicos que receberam menção A ou B no triênio de 2007 a 2009.

Em setembro do ano de 2009, o Conselho Técnico Científico do programa *QUALIS* publicou em seu portal uma nova lista de periódicos, resultante das alterações dos princípios norteadores do sistema de classificação. Esta nova forma de classificação apresenta, além das menções, estratos aplicados às menções, aqui descritos detalhadamente, para periódicos de Psicologia, no Anexo C.

Mesmo com a alteração na lista de periódicos e, de acordo com os princípios norteadores do sistema de classificação anterior, permanece a norma de inclusão no portal de apenas periódicos de menção A ou B, independente do estrato a que pertença.

A partir do título e do resumo do artigo, foram identificadas as publicações que se referiam a temática de dor, que, por sua vez, foram organizadas e armazenadas em um Banco de Dados da Produção Científica Nacional em Psicologia da Dor (BPCPD), criado especialmente para este trabalho (Anexo D).

Para a geração do BPCPD, todos os periódicos incluídos no Sistema *QUALIS*, do triênio de 2007 a 2009, e identificados como 'A', além da Revista Dor, tiveram seus títulos de artigos coletados e organizados, entre os meses de fevereiro e junho de 2009. Na tentativa de contornar a baixa frequência de artigos encontrados nesta primeira versão do BPCPD, nova consulta ao portal WEBQUALIS foi efetuada em setembro de 2009, e, já sob novo critério estratificado de qualificação, três novos periódicos foram incluídos na segunda versão do BPCPD, resultando na inclusão de um artigo adicional à amostra selecionada, totalizando 14 artigos identificados.

Estes dados subsidiaram análises gerais sobre o panorama de publicações na área da Psicologia no Brasil, no que se referiu ao número de publicações anuais e aos periódicos

mais receptivos a temática dos estudos da dor. No entanto, apenas as publicações diretamente pertinentes ao tema foram analisadas pormenorizadamente e subsidiam a discussão proposta pelo estudo.

Para selecionar as publicações pertinentes aos estudos da Psicologia relacionados a temática dor, procedeu-se à análise qualitativa por meio de uma categorização funcional dos títulos, e resumos quando necessário, das publicações de acordo com o seu tema principal. Esta categorização funcional se deu a partir de conteúdos ou palavras que fizessem referência aos componentes formadores da experiência dolorosa segundo o modelo de Loeser (2008). As categorias para a seleção dos artigos foram: (a) Nocicepção; (b) Dor; (c) Sofrimento; e (d) Comportamento doloroso.

O levantamento das produções disponibilizadas pelo Sistema *QUALIS* com critério 'A' nacional e disponíveis no Portal de Periódicos da CAPES, no período em que o estudo foi realizado, identificou 29 periódicos, no triênio de 2007 a 2009. De setembro a outubro de 2009, foram selecionados mais três periódicos aos anteriormente selecionados e que faziam parte do, então, novo *QUALIS* estratificado e que completaram, juntamente com a Revista Dor da SBED, 33 periódicos entendidos neste artigo como qualificados, segundo o critério utilizado, à avaliação do estudo da dor em Psicologia no Brasil. Entre os 33 periódicos, foram encontrados, em sete deles, 14 artigos cujos títulos e resumos apresentavam conteúdos que faziam referência aos componentes formadores da experiência dolorosa, segundo o modelo de Loeser (2008). A Tabela 1 apresenta a lista dos 33 periódicos e os artigos selecionados.

Vale ressaltar que um artigo, foi excluído da amostra do estudo por tratar-se de uma produção internacional portuguesa, não se adequando aos critérios de inclusão da amostra, que fazia referência apenas a artigos produzidos no Brasil.

Tabela 1 - Frequência de artigos encontrados nos Periódicos *Qualis A*

| Periódico | N de Artigos Analisados | N de Artigos Dor |
|--|-------------------------|------------------|
| Ágora | 87 | 1 |
| Aletheia | 48 | - |
| Arquivos Brasileiros de Psicologia | 73 | - |
| Avaliação Psicológica | 78 | - |
| Boletim de Psicologia | 29 | - |
| Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho | 34 | - |
| Ciência e Cultura | 222 | - |
| Estilos da Clínica | 42 | - |
| Estudos de Psicologia (Campinas) | 111 | - |
| Estudos de Psicologia (Natal) | 67 | - |
| Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ) | 111 | - |
| Interação | 58 | - |
| Mental | 30 | - |
| Natureza Humana | 29 | - |
| Paidéia | 84 | 1 |
| Psic | 61 | - |
| PsicoUSF | 69 | - |
| Psicologia: Ciência e Profissão | 121 | - |
| Psicologia Clínica | 86 | 1 |
| Psicologia da Educação | 0 | - |
| Psicologia e Sociedade | 147 | 1 |
| Psicologia em Revista | 44 | - |
| Psicologia Escolar e Educacional | 96 | - |
| Psicologia USP | 0 | - |
| Psyche | 54 | 1 |
| Revista Brasileira de Orientação Profissional | 37 | - |
| Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva | 47 | - |
| Revista do Departamento de Psicologia - UFF | 43 | - |
| Revista Mal-Estar e Subjetividade | 78 | - |
| Sub-Total – <i>QUALIS A</i> – Triênio anterior | 1986 | 5 |
| Psicologia em Estudo | 177 | 1 |
| Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS. Impresso) | 127 | - |
| Psicologia: Teoria e Pesquisa (UnB. Impresso) | 154 | - |
| Sub-Total – <i>QUALIS A1 e A2</i> – Triênio Estratificado | 458 | 1 |
| Revista DOR | 58 | 8 |
| Total de artigos encontrados | 2502 | 14 |

Quanto às variáveis analisadas pelos artigos (Anexo E), especialmente aquelas de interesse para o estudo psicológico da dor, segundo a proposta de Melzack e Torgerson (conforme citado por Pimenta & Teixeira, 1996) e segundo o modelo de McKinlay (conforme citado por Andrade & Fontaine, 2000), apenas seis artigos abordavam o tema dor do ponto de vista psicossocial. A Figura 1 identifica tais variáveis.

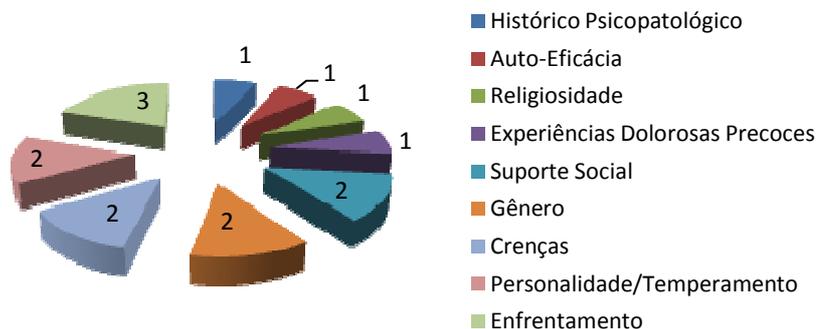


Figura 1 - Frequência das variáveis psicossociais encontradas no levantamento bibliográfico

Assim, dada a baixa frequência absoluta de estudos encontrados e da proximidade na frequência das variáveis psicossociais investigadas pelos artigos científicos investigados, optou-se pela seleção das variáveis com maior proximidade de construto, sendo elas, a saber: (a) Auto-eficácia; (b) Enfrentamento (*coping*); e (c) Histórico Psicopatológico.

4.3.2 – Etapa II – Fase 1: Abordagem dos Construtos

Após a seleção das variáveis psicossociais descritas na etapa I, procedeu-se com o estudo de cada construto para a posterior seleção dos instrumentos de avaliação mais adequados à investigação destas variáveis no contexto de uma internação hospitalar e dor.

4.3.2.1 – Auto-Eficácia: conceito e medida

Bandura (1977) propôs que havia um link entre as crenças de uma pessoa a respeito de sua habilidade de executar um dado comportamento ou tarefa e sua subsequente performance naquela ação. Ele postulou que “as expectativas de eficácia determinam quanto esforço as pessoas investem e por quanto tempo elas persistem na face de obstáculos e experiências aversivas” (Bandura, 1977, p.194), ou seja, a iniciação,

persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afetados pelas crenças pessoais quanto às próprias competências e quanto à probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais. Bandura (1994, p.2) também sugeriu que tais crenças de alto-eficácia (como ele as chamou) não seriam estáticas, mas na verdade modificáveis em razão das experiências, uma vez que um indivíduo pode se julgar muito eficaz numa área e menos em outras.

A Análise do Comportamento, área da psicologia derivada da filosofia behaviorista, explicou que a apresentação, manutenção ou extinção de um comportamento está diretamente relacionada às consequências desse. Se para o emissor do comportamento as consequências forem prazerosas, isso constituirá em reforço positivo, e o comportamento persistirá e/ou aumentará a probabilidade de sua repetição em contextos ambientais semelhantes. Se as consequências forem adversas o comportamento tenderá a se extinguir (Salvetti & Pimenta, 2007). Contudo, foi com a contribuição da Teoria da Auto-Eficácia de Bandura que houve avanços na compreensão de que processos cognitivos intermediam a relação entre comportamentos e consequências, e que são fundamentais para aquisição e manutenção de padrões de resposta, uma vez que cessar prematuramente o esforço para lidar com determinada situação pode resultar em auto-avaliação depreciativa (cognição de inadequação), o que pode resultar em ansiedade antecipatória ou em evitação da contingência. Assim, há uma grande diferença entre possuir habilidades e ser capaz de usá-las efetiva e consistentemente em circunstâncias adversas. Desta forma, diversas pessoas com habilidades similares, ou a mesma pessoa em diferentes ocasiões podem apresentar desempenhos variáveis de situação a situação.

Segundo Schwarzer e Fuchs (conforme citado por Schwarzer & Renner, 2000) a auto-eficácia influencia a maneira como as pessoas sentem, pensam e agem. Para Costa (2003, p.42), além de gerar capacidades ou competências, a percepção de auto-eficácia

também tem outras influências sobre o comportamento humano, tais como padrões de reações emocionais e de pensamentos, os resultados esperados, o comportamento antecipatório e as restrições ao próprio desempenho. Assim, segundo Salvetti e Pimenta (2007), a auto-eficácia é composta por: (a) expectativa de resultados que seria a crença (convicção) pessoal que dado comportamento leva a determinados resultados; e (b) expectativa de auto-eficácia que é definida como a convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para o alcance de resultados desejados. Para Dela Coleta (2004), existem quatro fontes que alimentam esta última, a saber:

(1) Experiências diretas de domínio: como envolvem a ação direta, as experiências diretas de domínio, ou realizações pessoais como também é conhecida esta fonte de domínio, talvez sejam a fonte mais influente em tempos de informação de eficácia. Existe uma relação diretamente proporcional entre a avaliação de eficácia e as experiências de sucesso e fracasso, sendo que a obtenção de sucessos em sub-objetivos provê indicativos de domínio que aumentam o senso de auto-eficácia durante o percurso até que o objetivo final seja alcançado. Ao contrário, os fracassos podem debilitar o sentido de auto-eficácia, especialmente quando ocorrem cedo na sequência de eventos (Bandura 1977). Os ganhos em auto-eficácia tendem a se generalizar para outras situações, nas quais o desempenho estava prejudicado por percepção de inadequação (Salvetti e Pimenta, 2007). Na verdade, uma vez que fortes expectativas de eficácia já tenham sido desenvolvidas, através do sucesso repetido, o impacto negativo de fracassos ocasionais será provavelmente reduzido. De fato, fracassos ocasionais que são mais tarde superados através de esforços, podem fortalecer a persistência automotivada, quando a pessoa descobre através da experiência, que mesmo os obstáculos mais difíceis podem ser superados pelo esforço continuado.

(2) Experiências vicárias de domínio: muitas experiências de auto-eficácia nascem da observação de experiências, como também é conhecida esta fonte de domínio. A experiência vicária de domínio é uma fonte que envolve menos informações diretas sobre a capacidade de um indivíduo do que a evidência advinda diretamente de sua performance pessoal bem sucedida (Pajares e Olaz, 2008). Assim, as expectativas de eficácia induzidas apenas através da experiência vicária tendem a ser mais fracas e mais suscetíveis à mudança do que aquelas geradas por experiências de domínio pessoal. Contudo, este tipo de modelagem é uma fonte de domínio extremamente importante no contexto da auto-eficácia, pois observar as pessoas desempenhando atividades sem consequências adversas pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las, ou obter algum ganho de desempenho. Além disso, para Bandura (conforme citado por A. M. Silva, 2004) a observação de experiências oferece informações sobre a natureza das tarefas e das dificuldades que elas apresentam, ou seja, clarifica os critérios sociais através dos quais a capacidade pessoal é julgada e também a natureza das exigências da tarefa.

(3) Persuasão social: é uma fonte de domínio frequentemente utilizada na tentativa de convencer um indivíduo de que ele possui as capacidades para alcançar o que ele procura, pois além de simples, está sempre disponível. As expectativas de eficácia assim produzidas também tendem a ser mais fracas do que aquelas que nascem da performance pessoal bem sucedida (A. M. Silva, 2004). Pajares e Olaz (2008) entendem que os persuasores desempenham um papel importante no desenvolvimento das crenças de eficácia. Para eles, embora a observação seja geralmente uma fonte de auto-eficácia mais fraca, ela pode produzir mudanças importantes e duradouras no desempenho, uma vez que, as persuasões positivas podem encorajar e empoderar, enquanto que as persuasões negativas podem enfraquecer as crenças de eficácia.

(4) Excitação autonômica: também conhecida na literatura especializada como respostas emocionais, podem interferir na percepção de competência pessoal. Respostas emocionais com repercussões físicas como ansiedade, medo, fadiga, dor e mal estar geral tendem a influir negativamente na percepção de auto-eficácia fazendo com que indivíduos tendam a julgar que não são capazes de lidar com situações que evoquem tais respostas (Salveti e Pimenta, 2007). Contudo, segundo Bandura (1994), não é o grau de intensidade das repercussões físicas às respostas emocionais que é importante, mas como elas são interpretadas. As pessoas que têm um alto senso de eficácia podem ver seus estados de excitação como facilitador energizante do desempenho, enquanto outros podem considerar sua excitação como um debilitador. Assim, minimizar as respostas emocionais ou resignificá-las, tende a melhorar a auto-eficácia e o desempenho.

Apesar da relevância do construto da auto-eficácia em pacientes com dor já ter sido amplamente debatido (Asghari & Nicholas, 2001; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004), poucos são os instrumentos de avaliação do construto validados para o uso global com tal população. O *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ), ou Questionário de Auto-Eficácia e Dor, nome em português para o instrumento traduzido do inglês para este estudo (Anexo F), é um questionário com 10 itens, desenvolvido por Michael Nicholas em 1980, com o intuito de acessar a confiança que as pessoas com dores presentes têm no desempenho de suas atividades durante a experiência de dor. Apesar da ausência de estudos de validação do instrumento para a população brasileira, o PSEQ é aplicável a todas as apresentações de dor persistente (Nicholas, 2007), demonstrando suas propriedades psicométricas em estudos clínicos australianos (Arnstein, Wells-Federman & Caudill, 2001; Gibson & Strong, 1996) e chineses (Lim & cols., 2007).

Para a aplicação do PSEQ, os pacientes são instruídos a avaliar o grau de confiança que apresentam na realização nas atividades apresentadas no instrumento, apesar de sua dor. Eles respondem circulando um número em uma escala do tipo Likert de sete pontos abaixo de cada item, onde 0 = completamente não confiante e 6 = completamente confiante. Um escore total, variando entre 0 e 60, é obtido pela soma dos escores de cada item independente, apresentando-se uma correlação positiva entre os escores e as crenças de auto-eficácia e dor.

O PSEQ cobre uma ampla gama de funções, incluindo as tarefas domésticas, socialização, desempenho laboral, assim como o lidar com a dor na ausência do uso de medicações. Seus dados normativos foram estabelecidos por Nicholas (2007), apresentando uma excelente consistência interna ($\alpha = 0,92$). Altos escores estão fortemente associados com níveis clínicos significativos de funcionalidade e alto valor preditivo para comportamentos dolorosos futuros (Arnstein & cols., 2001). Segundo Lim e cols. (2007) o PSEQ apresenta correlação com atividades como retorno ao trabalho apesar da dor e melhora de funcionalidade relacionada ao tratamento.

4.3.2.2 – Enfrentamento: conceito e medida

O construto enfrentamento (em inglês, *coping*) tem sido amplamente empregado em psicologia, particularmente em psicologia da saúde, referindo-se ao modo como o indivíduo administra uma situação adversa ou estressora. Grande parte das pesquisas atuais sobre enfrentamento utiliza o modelo conceitual proposto por Folkman e Lazarus (1984) que, numa perspectiva cognitivista, o definem como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais. Segundo Selye (como citado em

Kohlsdorf, 2008), define-se estresse como um resultado inespecífico, comumente vivenciado, de qualquer demanda que seja caracterizada como sobrecarga aos recursos mentais, físicos, somáticos ou psicológicos. A administração dessas demandas caracteriza os comportamentos de enfrentamento.

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais: (a) enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de enfrentamento pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de enfrentamento constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (figura do modelo detalhado no Anexo G). Este modelo tem sido referido como o mais compreensivo dos modelos existentes (Beresford, 1994).

A pesquisa sobre enfrentamento é extensa e detalhada (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003), sendo importante diferenciar o que alguns pesquisadores têm denominado estratégias de enfrentamento e estilos de enfrentamento. Para Grassi-Oliveira, Filho e Brietzke (2008), os estilos de enfrentamento têm sido mais relacionados à características de personalidade, enquanto as estratégias se referem à ações cognitivas ou de comportamento usadas para lidar com um estressor. Embora estilos possam influenciar a extensão das estratégias de enfrentamento selecionadas, ambas seriam fenômenos distintos.

Inúmeras formas podem ser adotadas para definir operacionalmente as estratégias de enfrentamento e classificar os comportamentos em categorias, de acordo com objetivos do estudo e fundamentação teórico-filosófica (Kohlsdorf, 2008). Para Folkman e Lazarus,

(1980), o construto divide-se em duas categorias funcionais: enfrentamento focado no problema e o enfrentamento focado na emoção. A primeira categoria consiste no uso de estratégias que visam remover o evento ameaçador ou reduzir o seu impacto, enquanto a segunda consiste no uso de estratégias que visam reduzir as emoções provocadas pelo evento ameaçador. Estas estratégias não são necessariamente excludentes: diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Esta construção baseou-se em análises fatoriais que geraram dois fatores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias de enfrentamentos utilizados pelas pessoas.

Contudo, em seu estudo dos vários indicadores de enfrentamento presentes na literatura, Skinner e cols. (2003) apontam a existência de aproximadamente 400 tipos diferentes de estratégias de enfrentamento. Os autores sugerem que as categorias funcionais teorizadas por Folkman e Lazarus (1980), não abarcam estratégias funcionalmente discrepantes em sua magnitude. Neste sentido, várias outras formas de categorizar estratégias de enfrentamento têm sido relatadas na literatura, o que, segundo Kohlsdorf (2008) e (Seidl & cols., 2001) dificulta uma operacionalização destas categorias de modo a construir um corpo organizado e coerente de conhecimento.

No que se refere à medida desse construto, optou-se pela aplicação da versão da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (Anexo H) de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985) traduzida e adaptada para o português por Gimenes, Queiroz e Favero (1997) e validada através de investigação de estrutura fatorial por Seidl e cols. (2001). No estudo de validação da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Seidl e cols., 2001), dois grupos de pacientes responderam ao instrumento: (a) a partir de estressores gerais diversificados e detalhados individualmente; ou (b) considerando um estressor de saúde relativo à reabilitação do respondente.

A EMEP avalia estratégias de enfrentamento cognitivas (ações intra-psíquicas) e/ou comportamentais (ações diretas) adotadas frente a um estressor específico. As respostas são oferecidas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre). A EMEP contém 45 itens que compõem quatro fatores, a saber:

(1) Fator 1: enfrentamento focalizado no problema, composto por 18 itens ($\alpha = 0,84$; contemplando os itens: 1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42 e 45) que visam estratégias comportamentais de aproximação em relação ao estressor, com o objetivo de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Inclui também itens que envolvem estratégias cognitivas para a reavaliação e significação positiva do estressor.

(2) Fator 2: enfrentamento focalizado na emoção, composto por 15 itens ($\alpha = 0,81$; contemplando os itens 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37, 38) que visam estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir a função paliativa no enfrentamento e/ou resultar no afastamento do estressor. Envolvem esquiva, negação, pensamento irrealista e desiderativo, expressão de emoções alusivas à raiva e tensão, atribuição de culpa.

(3) Fator 3: busca de práticas religiosas e pensamento fantasioso, composto por 7 itens ($\alpha = 0,74$; contemplando os itens 6, 8, 21, 26, 27, 41 e 44) que visam estratégias caracterizadas como comportamentos religiosos ou ligadas à espiritualidade, bem como pensamentos fantasiosos.

(4) Fator 4: busca por suporte social, composto por 5 itens ($\alpha = 0,70$; contemplando os itens 4 [recodificado para análise], 7, 9, 31 e 43) que visam estratégias centralizadas na procura de apoio social emocional ou instrumental e na busca por informação.

Os escores da EMEP são calculados para cada fator e a caracterização do enfrentamento ocorre a partir da comparação entre as médias obtidas em cada fator. Contudo, para esta pesquisa e a título de compreender a predominância de estilos de enfrentamento, foram criados fatores padronizados para nivelamento de cada fator. Assim, os escores utilizados são transformados em Fatores Padronizados (FP) através da divisão da soma total de cada fator (ΣF) pelo número de questões pertencentes ao fator (QF) e este resultado é multiplicado por 10.

$$FP = \frac{\Sigma F}{QF} \cdot 10$$

4.3.2.3 – Histórico Psicopatológico: conceito e medida

Por Histórico Psicopatológico, nos termos deste estudo, compreende-se a prévia de diagnóstico formal, psicológico ou psiquiátrico, ou tratamento para transtornos ansiosos ou de humor.

Segundo o Dicionário Aurélio Online (A. B. H. Ferreira, 2010), popularmente chamado de Dicionário Aurélio, o termo ansiedade é definido como: (s.f.) a) Angústia, aflição, grande inquietude; b) Desejo veemente, impaciência, sofreguidão, avidez; c) (Medicina) Estado psíquico acompanhado de excitação ou de inibição, que comporta uma sensação de constrição da garganta. Já o termo depressão é definido como: (s.f.) a) Aluimento, abaixamento de nível, causado por peso ou pressão: depressão do solo; b)

(*Anatomia*) Achatamento ou cavidade pouco profunda: depressão no osso frontal; c)
(*Medicina*) Abatimento; enfraquecimento físico ou moral; desânimo; esgotamento; d)
(*Economia*) Depressão econômica, crise generalizada na economia, que se traduz por inflação acelerada, desemprego, desvalorização dos títulos e ações nas bolsas de valores etc.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), através de sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID10 (OMS, 2008), entende-se por Transtorno Ansioso todo e qualquer transtorno que tenha sido delimitado e definido como parte do grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas sobre sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio, e freqüentemente se associam com medo de morrer, perda do autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica freqüentemente se associa a uma depressão. Para determinar se convém fazer dois diagnósticos (ansiedade fóbica e episódio depressivo) ou um só (ansiedade fóbica ou episódio depressivo), é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do exame (OMS, 2008).

Por Transtornos de Humor, a CID-10, entende os transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer

facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes (OMS, 2008).

Dalgalarondo (2000) refere, dentre outros fatores, que a pessoa com quadros depressivos apresenta um humor triste, que pode ser caracterizado por vários sintomas afetivos (tristeza, melancolia, choro fácil), instintivos e neurovegetativos (fadiga, cansaço fácil, desânimo, insônia ou hipersonia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido), ideativos (ideação negativa, pessimismo, ideias de culpa, ideias de morte, ideação ou atos suicidas), cognitivos (déficit de atenção e concentração, dificuldade de tomar decisões).

Embora os sintomas de ansiedade sejam essenciais para o diagnóstico dos Transtornos de Ansiedade, eles são encontrados com frequência nos Transtornos de Humor e devem ser também considerados parte integrante de seu quadro clínico (Maj e Sartorius, conforme citado por Torrati, 2009). A complexidade com que se organizam e se combinam os sintomas do conjunto ansiedade e depressão acarreta um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida produtiva e social do indivíduo, podendo atingir pessoas em qualquer fase da vida e de qualquer nível sócioeconômico, intelectual e cultural (Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2003).

Para Maj e Sartorius (conforme citado por Torrati, 2009), existe uma forte associação entre ansiedade e depressão o que se reflete na sobreposição de itens que avaliam sintomas depressivos e de ansiedade nas escalas de uso mais amplo para a mensuração da gravidade dos dois transtornos. Outra questão importante a ser levada em consideração, segundo Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995) e Miranda e cols. (no prelo), é o fato de que a mensuração de tais conjuntos de transtornos pode ser superestimada à custa de pacientes que, sem se encontrarem mentalmente enfermos, apresentem sintomas ocasionados pela patologia física. Outra dificuldade apontada pelos

autores é a diferenciação, em hospitais gerais, de casos chamados “psicopatológicos”, quando estes se combinam ao sofrimento psíquico, doenças físicas e problemas sociais.

Para contornar tais dificultadores optou-se pela utilização da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983). A HAD (Anexo I) foi traduzida e validada no Brasil por Botega e cols. (1995) e destina-se a detectar graus leves de transtorno afetivo em contexto não psiquiátrico, avaliando a ansiedade e depressão sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos, separando os conceitos de depressão e ansiedade e centrando o conceito de depressão na noção de anedonia. Por essa razão tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos de humor e de ansiedade em pacientes com doenças físicas (Herrmann, 1997).

A HAD possui boa sensibilidade e especificidade (Mikletun, Stordal & Dahl, 2001) e propõe duas subescalas independentes: *Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety* e *Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression*. Com sete questões cada e do tipo múltipla escolha, para medir ansiedade ($\alpha = 0,84$) e depressão ($\alpha = 0,83$) a pontuação global de cada escala varia de 0 a 21, sendo o escore indicativo de ansiedade igual ou maior a oito e o de depressão igual ou superior a nove. Solicita-se ao paciente que responda aos itens baseando-se como se sentiu durante a última semana (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani & Mathias, 2007). Quando destinada a avaliar o *distress*, considera-se a HAD como uma única escala, com pontuação entre 0 e 42, tendo como escore indicativo de *distress* o valor maior ou igual a 15 (Jacobsen & cols., 2005).

Mais do que a simples experiência de sintomas de ansiedade e depressão, o *distress* pode ser entendido, segundo Jekel, Elmore e Katz (conforme citado por Sparrenberger, Santos, & Lima, 1999), como uma ideia que está muito ligada à evolução do conceito de estresse. Os diferentes fatores estressantes poderiam induzir formas benéficas e/ou danosas de estresse (*eustress* e *distress*, respectivamente). A incapacidade para superar a vivência

de experiências estressantes desgasta o indivíduo, levando a uma ruptura do bem-estar individual, o que constituiria o *distress*.

4.3.2.4 – Dor: medida

As qualidades e características da dor foram acessadas através do *Short-Form McGill Pain Questionnaire* (Melzack, 1987). A Forma Reduzida do Questionário de Dor McGill (SF-MPQ), apresentado neste trabalho como Anexo J, foi adaptada para o português por Pimenta, Cruz e Santos (1998) e, segundo Park, Ferreira e Santos (2008), encontra-se fidedigna e válida. O SF-MPQ foi escolhido como medida por ser o único instrumento disponível no Brasil que avalia tanto as características quanto a qualidade da dor presente. Além disso, é recomendado para o uso em pesquisas, assim como no contexto clínico, quando o período de coleta de dados é limitado (Melzack & Katz, 2006).

O instrumento foi resultado de uma adaptação do *McGill Pain Questionnaire* (Melzack 1975) que segundo, Pereira e Sousa (2007), tem sido o mais utilizado no meio clínico para avaliação da dor aguda, além de se apresentar como o melhor instrumento já desenvolvido para a avaliação da multidimensionalidade da dor. É aceito como fidedigno, válido, sensível e preciso e possui adequadas propriedades psicométricas (Coeficiente de Correlação Intraclasse = 0.88 – 0.96) (Geertzen, VanWilgen, Schrier & Dijkstra, conforme citado em Alcântara, 2008). O MPQ em sua versão brasileira (Br-MPQ) validado por Pimenta e Teixeira (1996) e, assim como o seu original canadense, tem como objetivo avaliar a dor de forma global, ou seja quantitativa e qualitativamente, em suas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa.

O SF-MPQ contém 11 descritores sensoriais e quatro descritores afetivos de dor, cada um mensurado em uma escala ordinal crescente de relevância do descritor para a dor

atual, onde: 0 = nenhuma; 1 = branda; 2 = moderada; e 3 = severa. Três medidas da experiência dolorosa baseada nos descritores sensoriais e afetivos são obtidas:

(1) Total: todos os 15 descritores formam um escore total que varia de 0 a 45 pontos.

(2) Sensorial: onze descritores sensoriais formam um escore total que varia de 0 a 33 pontos. Uma vez obtido o somatório sensorial bruto ($\sum S$), é realizado o cálculo do *Pain Rating Index* da dor sensorial (PRI-S), ou seja, do Índice de Dor Sensorial através da fórmula:

$$PRI - S = \frac{\sum S}{33}$$

(3) Afetiva: quatro descritores afetivos formam um escore total que varia de 0 a 12 pontos. Uma vez obtido o somatório afetivo bruto ($\sum A$), é realizado o cálculo do *Pain Rating Index* da dor afetiva (PRI-A), ou seja, do Índice de Dor Afetiva através da fórmula:

$$PRI - A = \frac{\sum A}{12}$$

Além da lista de descritores de dor, o SF-MPQ ainda contém desenhos do corpo a fim de indicar a percepção de distribuição espacial e a localização interna ou externa da dor, além de um item específico que busca quantificar a intensidade geral da dor presente (PPI). A PPI varia de 1 a 5, sendo 1 = moderada; 2 = desconfortável, 3 = estressante; 4 = horrível; e 5 = Martirizante. Contudo a escala PPI proposta por Melzack (1975; 1987) sofreu muitas críticas durante as últimas décadas (McGuire, 1984; Sawatzky, Bishop, Miller & SCIRE Research Team, 2008; Zimmerman, Duncan, Pozehl & Shmitz 1987),

sendo assim, corroborada neste trabalho pela Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10 (Borg, conforme citado por J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2006), que se encontra no Anexo J e que, segundo J. A. Silva e Ribeiro-Filho (2006), possibilita determinações “absolutas” dos níveis de intensidade de dor e comparações inter-individuais.

Segundo J. A. Silva e Ribeiro-Filho (2006), uma escala em nível de mensuração de razão, obtida por meio de estimativas de magnitude, não tem quaisquer pontos extremos ou âncoras naturais. Ou seja, a escala presente no instrumento descreve apenas relações entre intensidades, de modo que um paciente que assinalou o número “40” para uma dada dor, poderá atribuir o número “10” para uma dor muito menor, ou até 25% menor que a primeira. Como instrução no instrumento, foi pedido que o paciente pensasse na pior dor que já havia experimentado em vida, excluindo-se aquela atual, e que lhe atribuisse a nota 10. Em seguida, foi pedido ao paciente que indicasse um número menor, igual ou maior que 10 para a sua dor atual.

4.3.3 – Etapa II – Fase 2: Coleta de dados

De posse de tais instrumentos, foi realizada a avaliação das variáveis selecionadas em concomitância a uma avaliação sistematizada de dor através da aplicação, nos participantes da amostra, do Kit de Coleta de dados, composto por um Questionário de Caracterização Amostral e pelos impressos selecionados na etapa anterior: (a) Questionário de Auto-Eficácia e Dor (PSEQ); (b) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP); (c) *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD); (d) Forma Reduzida do Questionário de Dor McGill (SF-MPQ); e (e) Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10.

O Questionário de Caracterização Amostral (Anexo K), elaborado especialmente para o presente estudo, foi utilizado para caracterização dos pacientes que compuseram a amostra. Os dados que fizeram parte da Caracterização Amostral estão de acordo com a

Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) e geraram informações sobre: Diagnóstico, Sexo, Idade, Estado Civil, Escolaridade, Situação Empregatícia, Renda (em Salários Mínimos), Vinculação Religiosa, Histórico Psicopatológico e Prescrição Medicamentosa (vigente no momento da avaliação).

Os dados referentes à Prescrição Medicamentosa foram classificados de acordo com os degraus da Escada Analgésica (Figura 2) de autoria da OMS (2010), de acordo com a administração medicamentosa de horário mais próximo ao momento da aplicação.

Os dados provenientes das entrevistas foram obtidos no período de Junho a Outubro de 2010, através da abordagem direta aos pacientes que alcançaram o requisito operacional da amostra e de análise documental de seus prontuários com o intuito de obter informações a respeito de suas prescrições medicamentosas.

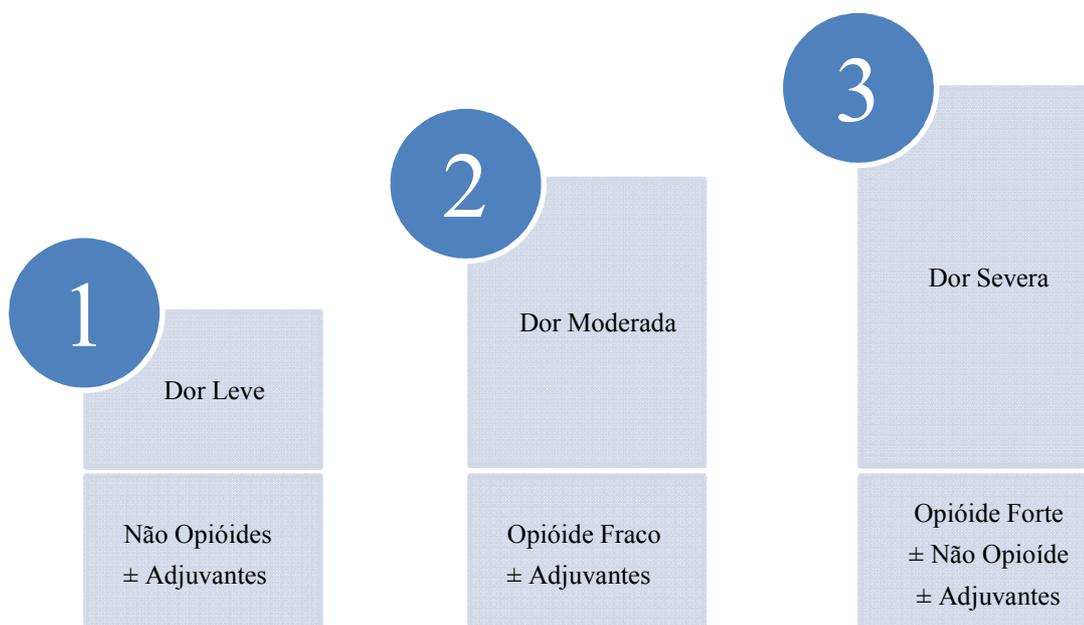


Figura 2 - Escada Analgésica da OMS (2010)

4.3.4 – Etapa II – Fase 3: Análise Estatística dos Resultados

A análise dos dados obtidos na Fase 2 da Etapa 2, provenientes das entrevistas, foi realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* para

Windows, Versão 17.0, e encontra-se detalhada no Quadro 2 apresentado ao final deste capítulo.

A escolha das técnicas estatísticas utilizadas considerou, além dos objetivos da pesquisa, a escala de medida das variáveis utilizadas (nominal, intervalar ou razão) e o tamanho da amostra. Desta forma, no que se refere ao alcance das conclusões das análises de dados, é importante ressaltar que a composição da amostra da pesquisa se deu por acessibilidade, ou seja, não se trata de amostra aleatória e orientada por um processo de amostragem que assegure a representatividade da população. Sendo assim, as conclusões são alusivas apenas à amostra pesquisada.

As análises de dados foram apresentadas, de acordo com a finalidade, em dois grupos de procedimentos. O primeiro visou apresentar o perfil da amostra e consistiu na análise descritiva por meio de métodos tabulares de sumarização de dados tais como a distribuição de frequência (absoluta e relativa) para as variáveis categóricas e métodos numéricos de posição como média (M), moda, mínimo e máximo, percentil (25, 50, 75) e medidas de variabilidade como o desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV)¹ para as variáveis métricas (intervalar e razão).

Também foi utilizada uma técnica exploratória e descritiva multivariada conhecida como Análise de *Cluster* (ou Análise de Agrupamentos). Segundo Hair, Anderson, Tatham e Black (2005), é uma técnica pertinente em situações em que se pretende encontrar grupos de elementos (indivíduos, objetos, organizações, etc.) homogêneos entre si, e ao mesmo tempo, heterogêneos com relação aos casos pertencentes aos demais grupos (ou seja, maximizar a homogeneidade interna e simultaneamente a heterogeneidade externa). É

¹ O coeficiente de variação é uma medida relativa de variabilidade expressa pela razão entre o desvio-padrão e a média ($CV = \text{desvio-padrão}/\text{média} \times 100$). É muito útil por permitir a comparação da variabilidade de variáveis com diferentes valores de média e desvio-padrão.

aplicável em situações nas quais “o pesquisador está procurando uma estrutura ‘natural’ entre as observações com base em um perfil multivariado” (Hair & cols., 2005, p.379). É, portanto, um método de interdependência, ou seja, não define relações de causa e efeito entre variáveis e também não utiliza a definição de variável dependente e independente em sua análise. Sua ênfase é a definição da estrutura dos dados e a avaliação de sua interdependência, sem analisar a natureza de suas relações de dependência. Neste trabalho, a análise de *cluster* foi empregada para encontrar grupos da amostra com características semelhantes nas escalas de fatores psicossociais (PSEQ, EMEP e HAD). Inicialmente foi utilizado o método *hierarquical cluster*, com método de clusterização *Furthest neighbor*² e medida de distância *Squared euclidean*³ para indicar o número ideal de grupos e, em seguida, o método *K-means* para definição e classificação dos elementos da amostra nos grupos.

O segundo grupo de procedimentos teve como objetivo a verificação da possível associação entre dor e fatores psicossociais. Isso se deu por meio de análise de correlação e de comparação de médias.

Inicialmente, foi elaborada uma matriz de correlação (pelo método de Pearson) envolvendo as 11 variáveis intervalares (métricas) dos instrumentos de dor e fatores psicossociais.

Em seguida, foram realizadas comparações das médias da intensidade da experiência dolorosa entre os grupos (ou subamostras) formados pelos aspectos

² Método que identifica os dois elementos separados pela menor distância entre os pontos mais afastados e os coloca no mesmo conglomerado.

³ Calculado pela raiz quadrada da soma dos quadrados das diferenças de valores de cada variável. Este cálculo é realizado para cada par de elementos a serem agrupados.

psicossociais investigados. Desse modo, os escores dos índices SF-MPQ Sensorial, SF-MPQ Afetiva, Borg CR-10 foram tomados como *variáveis dependentes* e as características sociodemográficas (sexo, escolaridade, vinculação religiosa, renda, especialidades cirúrgicas e regime medicamentoso) e os *clusters* formados a partir dos escores dos índices PSEQ, EMEP – Fator 1, EMEP – Fator 2, EMEP – Fator 3, EMEP–Fator 4, HAD–Ansiedade, HAD–Depressão, HAD- Distress assumiram o caráter de *variáveis independentes*.

Para isso, além da apresentação de medidas para análise descritiva e comparativa dos grupos, também foram realizados testes estatísticos de igualdade de médias⁴ para testar a hipótese de que *a média da intensidade da dor é igual nos grupos amostrais apresentados pelas variáveis independentes* (hipótese nula: média do grupo1 = média do grupo 2 = média do grupo 3, etc.). A rejeição da hipótese nula indica que a média de pelo menos um dos grupos é significativamente diferente. Como se trata de pequena amostra ($n < 30$, pois apenas 23 entrevistados afirmaram sentir dor) os testes foram baseados na *distribuição t* (teste t) quando se tratava de dois grupos e na distribuição *F* (análise de variância – ANOVA) quando foram comparados três ou mais grupos. Também foram verificados os pressupostos de que tenham distribuição normal de probabilidade e variâncias iguais. Entretanto, como afirma Anderson, Sweeney e Williams (2000), no caso da pequena amostra, as comparações envolvendo médias são procedimentos estatísticos robustos e fornecem resultados aceitáveis mesmo quando não são atendidos estes pressupostos.

⁴ Os testes foram realizados ao nível de significância de 0,05. Desse modo, *p-values* abaixo 0,05 sugeriram a rejeição da hipótese nula.

Quadro 3 - Roteiro e procedimentos da análise de dados

| Procedimentos | | Variáveis | Técnicas Estatísticas | Produto |
|---|---|---|---|---|
| Análise descritiva das características da amostra | Sexo, Faixa Etária, Estado civil, Escolaridade, Situação Empregatória, Renda, Vinculação Religiosa, Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico Prévio, Histórico Psicopatológico e Prescrição Medicamentosa | | Frequência absoluta, frequência relativa, moda, média, desvio padrão | Apresentação que caracteriza o perfil da amostra segundo seus dados sociodemográficos. |
| Análise descritiva das variáveis psicossociais e da experiência dolorosa | SF-MPQ Sensorial, SF-MPQ Afetiva, Borg CR-10, PSEQ, EMEP – Fator 1, EMEP – Fator 2, EMEP – Fator 3, EMEP – Fator 4, HAD – Ansiedade, HAD – Depressão e HAD – <i>Distress</i> | | Média, desvio padrão, coeficiente de variação, percentil, mínimo e máximo e análise de <i>cluster</i> | 1) Apresentação que caracteriza o perfil da amostra segundo os índices encontrados nos instrumentos de avaliação psicossocial após seleção dos construtos por revisão de literatura (Etapa 1 da pesquisa); 2) <i>Clusters</i> gerados por análise da caracterização da amostra segundo seus dados sociodemográficos e/ou índices encontrados nos instrumentos de avaliação psicossocial após seleção dos construtos por revisão de literatura. |
| Verificação das associações entre a experiência dolorosa e os índices psicossociais | PSEQ, EMEP – Fator 1, EMEP – Fator 2, EMEP – Fator 3, EMEP – Fator 4, HAD – Ansiedade, HAD – Depressão e HAD – <i>Distress</i> | | Correlação de Pearson | Matriz de correlação entre as dimensões sensorial e afetiva da dor, sua avaliação global (Borg CR-10) e os índices encontrados nos instrumentos de avaliação psicossocial após seleção dos construtos por revisão de literatura |
| Comparações envolvendo as médias dos índices da experiência dolorosa, da caracterização amostral e <i>clusters</i> psicossociais | Variáveis Dependentes Variáveis independentes | SF-MPQ Afetiva e Borg CR-10 Sexo, Escolaridade, Vinculação Religiosa, Renda, Especialidade Cirúrgica, Regime Medicamentoso e <i>Clusters</i> Psicossociais | Média, desvio padrão, teste <i>t</i> , análise de variância (ANOVA) | Relação do comportamento da amostra quando da comparação entre as dimensões sensorial e afetiva da dor e de sua avaliação global (Borg CR-10), os dados sociodemográficos mais significativos no contexto de pesquisa e <i>Clusters</i> gerados por análise da caracterização da amostra segundo os índices encontrados nos instrumentos de avaliação psicossocial após seleção dos construtos por revisão de literatura |

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados neste capítulo na seguinte ordem de tópicos: (a) Análise descritiva das características da amostra; (b) Análise descritiva das variáveis psicossociais e da experiência dolorosa; (c) Verificação da associação entre a experiência dolorosa, a caracterização amostral e os índices psicossociais; e (d) Comparações envolvendo as médias dos índices da experiência dolorosa, da caracterização amostral e *clusters* psicossociais.

5.1 – Análise descritiva das características da amostra

A caracterização amostral deste estudo foi efetuada baseando-se nos seguintes dados dos pacientes: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, situação empregatícia, renda, vinculação religiosa, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio, histórico psicopatológico e prescrição medicamentosas. A Tabela 2 apresenta um resumo destas características.

De acordo com os dados, houve alguma variação na idade dos pacientes, com maior concentração destes na faixa etária de 30 a 39 anos de idade e faixa de variação de 20 a 74 anos (média = 41,6; desvio padrão = 14,03; coeficiente de variação = 34%).

Em relação ao sexo, verificou-se uma amostra formada por maioria de mulheres, sendo que dos 50 pacientes, 38 eram do sexo feminino e apenas 12 do sexo masculino.

Dos pacientes entrevistados, 13 apresentavam histórico de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio, contudo apenas sete declararam histórico psicopatológico prévio.

Tabela 2 – Caracterização amostral dos pacientes do estudo.

| Variável | Tipos | Frequências* | | M | DP |
|---|---------------------------------------|--------------|----------|-------|-------|
| | | Absoluta | Relativa | | |
| Sexo | Masculino | 12 | 24,0 | 41,60 | 14,03 |
| | Feminino | 38 | 76,0 | | |
| Faixa Etária | 20 – 29 | 8 | 16,0 | | |
| | 30 – 39 | 20 | 40,0 | | |
| | 40 – 49 | 8 | 16,0 | | |
| | 50 – 59 | 6 | 12,0 | | |
| | 60 anos ou mais | 8 | 16,0 | | |
| Estado Civil | Solteiro(a) | 12 | 24,0 | | |
| | Casado(a) / União estável | 28 | 56,0 | | |
| | Divorciado(a) / Separado(a) | 8 | 16,0 | | |
| | Viúvo(a) | 2 | 4,0 | | |
| Escolaridade | Ensino Fundamental incompleto | 18 | 36,0 | | |
| | Ensino Fundamental completo | 2 | 4,0 | | |
| | Ensino Médio incompleto | 4 | 8,0 | | |
| | Ensino Médio completo | 12 | 24,0 | | |
| | Ensino Superior incompleto | 9 | 18,0 | | |
| | Ensino Superior completo | 5 | 10,0 | | |
| Situação Empregatória | Ativo com carteira assinada | 16 | 32,0 | | |
| | Ativo sem carteira assinada | 4 | 8,0 | | |
| | Afastado recebendo benefícios sociais | 5 | 10,0 | | |
| | Afastado sem benefícios sociais | 6 | 12,0 | | |
| | Desempregado | 8 | 16,0 | | |
| | Autônomo | 6 | 12,0 | | |
| | Aposentado | 5 | 10,0 | | |
| Renda** | Sem renda | 11 | 22,0 | | |
| | 0 – 1 | 14 | 28,0 | | |
| | 1 – 2 | 9 | 18,0 | | |
| | Maior que 2 | 16 | 32,0 | | |
| Vinculação Religiosa | Católico | 25 | 50,0 | | |
| | Evangélico | 18 | 36,0 | | |
| | Espírita | 2 | 4,0 | | |
| | Agnóstico | 1 | 2,0 | | |
| | Nenhuma | 4 | 8,0 | | |
| Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico prévio | | 13 | 26,0 | | |
| Histórico Psicopatológico | Depressão | 5 | 10,0 | | |
| | Ansiedade | 2 | 4,0 | | |
| | Nenhum | 43 | 86,0 | | |
| Prescrição medicamentosa | Adjuvantes | 19 | 38,0 | | |
| | Adjuvantes + Não Opióides | 6 | 12,0 | | |
| | Adjuvantes + Opióides Fracos | 19 | 38,0 | | |
| | Adjuvantes + Opióides Fortes | 0 | 0,0 | | |
| | Sem Prescrição | 6 | 12,0 | | |

* N = 50 pacientes

** Cálculo realizado por número de salários mínimos (SM). Valor de SM considerado = R\$ 510,00.

Sobre os dados de estado civil, mais da metade dos pacientes era casada ou vivia em união estável (28 pacientes). Do restante dos pacientes, 12 eram solteiros, oito divorciados ou separados e dois eram viúvos.

No tocante à escolaridade dos pacientes, os grupos com ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo destacaram-se por conterem mais da metade da amostra, com 12, nove e cinco, respectivamente. O restante dos pacientes dividiu-se entre, 18 participantes com ensino fundamental incompleto, dois com ensino fundamental completo e quatro com ensino médio incompleto. Fica evidente a polarização da amostra em dois grandes grupos de escolaridade, um sem ensino médio completo (24 pacientes) e outro com ensino médio completo ou superior completo ou incompleto (26 pacientes).

No que tange à situação empregatícia, pouco mais que a metade dos pacientes estava, no momento da participação nessa pesquisa, em exercício profissional formal ou informal, sendo que destes, 16 tinham situação empregatícia ativa com carteira assinada, quatro sem carteira assinada e seis eram autônomos. O restante dos pacientes não exercia atividade profissional seja por afastamento com ou sem benefícios sociais (cinco e seis pacientes, respectivamente), desemprego (oito pacientes) ou por aposentadoria (cinco pacientes).

A renda dos pacientes teve valor aproximado de três salários mínimos, sendo a faixa de variação de 0 a 20 salários (média = 2,78; moda = 1,0; frequência da moda = 13; desvio padrão = 3,83; coeficiente de variação = 1,38 %). Ainda em relação à renda, 26 pacientes apresentavam garantia de renda na situação de internação uma vez que se encontravam em atividade empregatícia com carteira assinada, afastamento com recebimento de benefícios sociais ou eram aposentados.

A vinculação religiosa mostrou que a amostra dividiu-se em dois grandes grupos: a) os católicos, com 25 pacientes, ou seja, metade da amostra; e b) os não católicos, composto por 18 pacientes evangélicos, dois espíritas, um participante agnóstico e quatro pacientes que não declararam qualquer vinculação religiosa.

O uso de medicação específica para o tratamento da dor mostrou-se frequente, uma vez que 88% dos pacientes (N = 44) encontravam-se sob prescrição de regime medicamentoso antiálgico. Destes 44 pacientes em uso de medicação, 25 faziam uso de medicação opióide, enquanto 19 faziam uso de medicação adjuvante analgésica, sem uso de qualquer tipo de medicação antiinflamatória.

5.2 – Análises descritivas das variáveis psicossociais e da experiência dolorosa

5.2.1 – Análise descritiva dos índices dos instrumentos de investigação da experiência dolorosa e das variáveis psicossociais

A Tabela 3 apresenta os valores descritivos encontrados nos índices de cada questionário aplicado para a investigação da dor e das variáveis psicossociais.

Cada construto foi analisado respeitado seu preceito teórico. Assim, os dados foram organizados de maneira a apresentar os índices finais dos instrumentos que compunham o Kit de coleta de dados: duas dimensões da dor (sensorial e afetiva) para a Forma Reduzida do Questionário de Dor McGill (SF-MPQ), uma dimensão global da dor para a Escala Borg CR-10, uma dimensão global o Questionário de Auto-Eficácia e Dor (PSEQ), quatro fatores para a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e as três dimensões da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD).

Segundo a Tabela 3, 23 pacientes encontravam-se com dor no momento da aplicação dos instrumentos, enquanto 27 não referiram qualquer tipo de sensação álgica. Os pacientes apresentaram, em média, maior pontuação na dimensão afetiva do que na dimensão sensorial (médias iguais a 30,83 e 48,87, respectivamente) apesar da maior homogeneidade presente na dimensão sensorial (coeficiente de variação = 43%) e maior

heterogeneidade na dimensão afetiva (coeficiente de variação = 65%). Corroborando tal observação, são encontrados índices de média no SF-MPQ tanto para a dimensão sensorial quanto para afetiva de 30,83 (Desvio Padrão = 13,23, mínimo = 9 e máximo = 55) e 48,87 (Desvio Padrão = 31,81, mínimo = 0 e máximo = 100), respectivamente, o que evidencia que além de maiores, os índices da dimensão afetiva apresentam maiores variações intragrupo da amostra e variação máxima localizada no valor máximo do questionário.

Tabela 3 - Análise descritiva das escalas de dor e avaliação psicossocial

| Índices das Dimensões/Fatores | N | M | DP | CV (%) | Percentís | | | min-max |
|-------------------------------|----|-------|-------|--------|-----------|-------|-------|---------|
| | | | | | 25 | 50 | 75 | |
| SF-MPQ Sensorial | 23 | 30,83 | 13,23 | 43 | 21 | 30 | 45 | 9 – 55 |
| SF-MPQ Afetiva | 23 | 48,87 | 31,81 | 65 | 17 | 42 | 75 | 0 – 100 |
| Borg CR-10 | 23 | 6,26 | 4,72 | 75 | 4 | 5 | 7 | 0 – 20 |
| PSEQ | 50 | 26,74 | 11,35 | 42 | 19,25 | 27 | 33,25 | 4 – 50 |
| EMEP – Fator 1 | 50 | 38,17 | 5,92 | 16 | 34,44 | 38,05 | 42,22 | 15 – 49 |
| EMEP – Fator 2 | 50 | 24,44 | 7,31 | 30 | 20 | 24,33 | 29,33 | 10 – 40 |
| EMEP – Fator 3 | 50 | 39,88 | 6,60 | 17 | 34,29 | 41,43 | 45,71 | 25 – 50 |
| EMEP – Fator 4 | 50 | 32,72 | 8,74 | 27 | 26 | 33 | 40 | 10 – 48 |
| HAD – Ansiedade | 50 | 7,98 | 3,79 | 48 | 5 | 8 | 11 | 1 – 18 |
| HAD – Depressão | 50 | 6,78 | 3,54 | 52 | 4 | 6,50 | 9 | 1 – 15 |
| HAD – <i>Distress</i> | 50 | 14,76 | 5,84 | 40 | 11 | 14 | 19 | 3 – 30 |

Ainda no que se refere à mensuração da experiência dolorosa, a escala Borg CR10 apresentou grande coeficiente de variação ($CV = 75\%$) o que demonstra quão heterogêneas foram as respostas dos pacientes a esta escala. A CR-10 de Borg apresentou, ainda, média de 6,26, desvio padrão de 4,72 e variação de 0 a 20.

Os resultados do PSEQ demonstram uma baixa auto-eficácia dos pacientes como um todo em relação à dor. Tal fato se dá pela baixa pontuação da média, com escore de 26,74, próxima à mediana de 27.

A EMEP mostra, em relação às médias encontradas no grupo de pacientes, uma caracterização de enfrentamento predominantemente focalizado no problema (Fator 1 com média = 38,17; desvio padrão = 5,92 e $CV = 16\%$) e na busca por práticas religiosas e

pensamento fantasioso (Fator 3 com média = 39,88; desvio padrão = 6,60 e CV= 17%). Os estilos de enfrentamento focalizados na emoção (Fator 2) e na busca por suporte social (Fator 4) mostraram médias de 24,44 e 32,72, respectivamente, e valores de desvio padrão de 7,31 e 8,74.

A HAD apresenta médias de 7,98 para a subescala de ansiedade (com desvio padrão de 3,79), 6,78 para a subescala de depressão (com desvio padrão de 3,54) e média de avaliação de *distress* 14,76 (com desvio padrão de 5,84). Verificou-se frequência acumulada, para resultados acima de 15 pontos na escala, de 24 pacientes. Tais dados lançam luz ao fato de os elementos da amostra encontrarem-se em situação de *distress*, uma vez que, quando associados a uma média com índice de 14,76 pontos e moda de 14 (desvio padrão = 5,84), encontram-se muito próximos ao ponto de corte da escala para situações de *distress*, que segundo a literatura caracteriza-se por ocorrência de escores iguais ou superiores a 15 pontos na escala HAD.

5.2.2 – Análise dos agrupamentos da amostra segundo semelhanças nos índices das variáveis psicossociais

Para permitir uma visão geral do comportamento da experiência dolorosa segundo as características psicossociais presentes e/ou ausentes nos participantes da pesquisa, a amostra foi classificada em três *clusters* com número semelhante de pacientes, através da análise de agrupamentos, de acordo com as similaridades nos índices psicossociais apresentados em cada uma de suas escalas. A Tabela 4 apresenta as médias e a variabilidade (por meio dos coeficientes de variação) dos *clusters*.

O *Cluster* 1 foi formado pelos 16 pacientes que apresentaram pior desempenho geral relativo nos escores das dimensões ou fatores das variáveis psicossociais. O *Cluster* 2 foi formado pelos 19 pacientes que apresentaram desempenho mediano e o *Cluster* 3 foi

formado pelos 15 pacientes que apresentaram o melhor desempenho geral relativo nos escores dos índices das dimensões ou fatores das variáveis psicossociais.

Tabela 4 - Análise de *Clusters* das características psicossociais segundo os instrumentos

| Índices das Dimensões/Fatores | | <i>Cluster</i> | | | Total |
|-------------------------------|-----------|----------------|--------|--------|-------|
| | | 1 | 2 | 3 | |
| | | N = 16 | N = 19 | N = 15 | |
| PSEQ | M | 19,06 | 23,21 | 39,40 | 26,74 |
| | CV | 49% | 28% | 17% | 42% |
| EMEP - Fator 1 | M | 64,25 | 66,47 | 76,27 | 68,70 |
| | CV | 21% | 9% | 11% | 16% |
| EMEP - Fator 2 | M | 47,63 | 29,11 | 34,53 | 36,66 |
| | CV | 14% | 24% | 27% | 30% |
| EMEP - Fator 3 | M | 27,06 | 28,16 | 28,53 | 27,92 |
| | CV | 20% | 16% | 14% | 17% |
| EMEP - Fator 4 | M | 17,06 | 14,84 | 17,53 | 16,36 |
| | CV | 24% | 35% | 17% | 27% |
| HAD - Ansiedade | M | 9,13 | 7,84 | 6,93 | 7,98 |
| | CV | 46% | 45% | 51% | 48% |
| HAD - Depressão | M | 8,81 | 6,89 | 4,47 | 6,78 |
| | CV | 41% | 49% | 47% | 52% |
| HAD - <i>Distress</i> | M | 17,94 | 14,74 | 11,40 | 14,76 |
| | CV | 33% | 36% | 43% | 40% |

A diferenciação qualitativa entre pior e melhor desempenho psicossocial se deu segundo a definição teórica dos construtos das escalas. A Figura 3 apresenta detalhadamente as características de cada um dos três *clusters*.

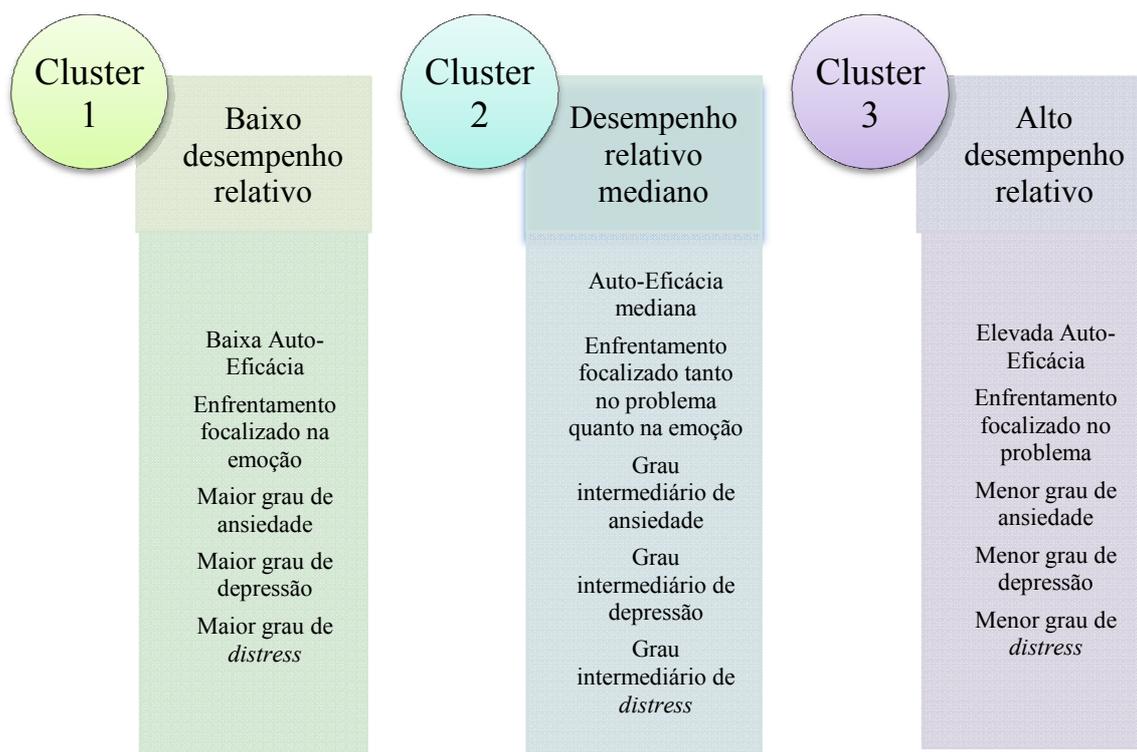


Figura 3 - Caracterização psicossocial dos clusters

Os *clusters* gerados nesta subseção foram utilizados para as comparações de média das variáveis psicossociais e dos índices de dor na subseção 5.4.2.

5.3 – Verificação das associações entre a experiência dolorosa e os índices psicossociais

A Tabela 5 apresenta os resultados da correlação de Pearson para variáveis relacionadas à experiência dolorosa e às variáveis psicossociais dos instrumentos aplicados para aferição dos construtos psicossociais.

Os dados da Tabela 5 permitem concluir que não foram encontradas correlações significativas entre experiência dolorosa e variáveis psicossociais dos instrumentos aplicados para aferição dos construtos psicossociais, com exceção do Fator 3 da EMEP e

do Índice Afetivo da SF-MPQ, que apresentaram-se correlacionados significativamente ($r = 0,46$ e $p\text{-value} < 0,05$).

Tabela 5 - Correlação bivariada de Pearson para variáveis relacionadas à experiência dolorosa e às variáveis psicossociais.

| Variáveis | SF-MPQ Sensorial | SF-MPQ Afetiva | Borg CR-10 | PSEQ | EMEP Fator 1 | EMEP Fator 2 | EMEP Fator 3 | EMEP Fator 4 | HAD Ansiedade | HAD Depressão | HAD <i>Distress</i> |
|-----------------------|------------------|----------------|------------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| SF-MPQ Sensorial | 1 | | | | | | | | | | |
| SF-MPQ Afetiva | 0,38 | 1 | | | | | | | | | |
| Borg CR-10 | 0,20 | 0,29 | 1 | | | | | | | | |
| PSEQ | -0,11 | 0,24 | -0,15 | 1 | | | | | | | |
| EMEP - Fator 1 | -0,16 | 0,36 | -0,14 | 0,56** | 1 | | | | | | |
| EMEP - Fator 2 | 0,40 | 0,09 | -0,08 | -0,24 | -0,08 | 1 | | | | | |
| EMEP - Fator 3 | 0,09 | 0,46* | 0,09 | 0,24 | 0,65** | 0,01 | 1 | | | | |
| EMEP - Fator 4 | 0,23 | 0,34 | 0,16 | 0,16 | 0,43** | 0,16 | 0,40** | 1 | | | |
| HAD – Ansiedade | 0,18 | 0,37 | 0,40 | -0,10 | -0,09 | 0,46** | 0,14 | 0,25 | 1 | | |
| HAD – Depressão | -0,10 | -0,01 | -0,09 | -0,39** | -0,32* | 0,24 | 0,00 | -0,08 | 0,27 | 1 | |
| HAD – <i>Distress</i> | 0,06 | 0,27 | 0,26 | -0,30* | -0,24 | 0,45** | 0,09 | 0,11 | 0,81** | 0,78** | 1 |

* Correlação significativa ao nível de 0,05

** Correlação significativa ao nível de 0,01

O Fator 3 da EMEP, representa a busca por práticas religiosas e pensamento fantasioso e este apresenta-se fortemente correlacionado nos participantes da amostra ($r = 0,65$ e $p\text{-value} < 0,01$) ao Fator 1 da mesma escala, que representa o enfrentamento focalizado no problema.

A ausência de correlações significativas entre a experiência dolorosa, a caracterização amostral e as demais variáveis psicossociais do estudo pode ter sofrido influência do baixo número de pacientes ($N = 23$) que, no momento da entrevista, declararam dor.

5.4 - Comparações envolvendo as médias dos índices da experiência dolorosa, da caracterização amostral e *clusters* psicossociais

As comparações das médias dos índices da experiência dolorosa, da caracterização amostral e dos *clusters* psicossociais provenientes desta pesquisa são apresentadas em seções, listadas abaixo.

5.4.1 – Relação entre as médias dos índices da experiência dolorosa e da caracterização amostral

A Tabela 6 apresenta os dados referentes às comparações das médias dos dados sociodemográficos de sexo, vinculação religiosa e escolaridade da caracterização amostral quanto aos índices de dor SF-MPQ Sensorial, SF-MPQ Afetiva e Borg CR-10.

De acordo com os dados, não houve diferença significativa entre as médias comparadas de nenhum dos fatores analisados. Contudo, homens e mulheres experimentaram e avaliaram suas experiências dolorosas de formas diferentes. As 18 mulheres do estudo apresentaram, segundo a média, índices sensoriais de dor discretamente mais elevados do que os cinco homens do estudo (SF-MPQ Sensorial = 31,39 e 28,80; respectivamente). Contudo, os homens apresentaram, segundo a média, valores expressivamente maiores nos índices de dor afetiva do que as mulheres (SF-MPQ Afetiva = 58,20 e 46,28; respectivamente), embora não haja diferença estatisticamente significativa segundo o teste de média. Mesmo na presença dos últimos valores descritos, os homens avaliaram sua experiência dolorosa de forma aproximadamente 20% mais reduzida do que as mulheres, apresentando média de Borg CR-10 = 4,40, enquanto elas apresentaram Borg CR-10 = 6,78.

Tabela 6 - Comparações das médias dos índices de dor quanto às características da amostra

| Índices | Variável | Características | N | M | DP | P-value |
|--------------------------|----------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|---------|
| SF-MPQ Sensorial | Sexo | Masculino | 5 | 28,80 | 6,57 | 0,71 |
| | | Feminino | 18 | 31,39 | 14,65 | |
| | Vinculação Religiosa | Católica | 12 | 29,83 | 14,48 | 0,60 |
| | | Evangélica | 8 | 29,63 | 11,72 | |
| | | Espírita | 2 | 43,50 | 14,85 | |
| | | Sem vinculação | 1 | 27,00 | | |
| | Escolaridade | Ensino Fundamental incompleto | 4 | 27,00 | 10,95 | 0,39 |
| | | Ensino Médio incompleto | 4 | 40,50 | 11,62 | |
| | | Ensino Médio completo | 5 | 30,20 | 14,65 | |
| | | Ensino Superior incompleto | 6 | 24,50 | 14,00 | |
| Ensino Superior completo | | 4 | 35,25 | 12,82 | | |
| SF-MPQ Afetiva | Sexo | Masculino | 5 | 58,20 | 35,63 | 0,47 |
| | | Feminino | 18 | 46,28 | 31,28 | |
| | Vinculação Religiosa | Católica | 12 | 50,00 | 37,00 | 0,99 |
| | | Evangélica | 8 | 48,88 | 27,72 | |
| | | Espírita | 2 | 45,50 | 41,72 | |
| | | Sem vinculação | 1 | 42,00 | | |
| | Escolaridade | Ensino Fundamental incompleto | 4 | 58,25 | 28,12 | 0,08 |
| | | Ensino Médio incompleto | 4 | 68,50 | 24,84 | |
| | | Ensino Médio completo | 5 | 18,40 | 13,94 | |
| | | Ensino Superior incompleto | 6 | 43,17 | 33,08 | |
| Ensino Superior completo | | 4 | 66,50 | 35,67 | | |
| Borg CR-10 | Sexo | Masculino | 5 | 4,40 | 1,34 | 0,33 |
| | | Feminino | 18 | 6,78 | 5,21 | |
| | Vinculação Religiosa | Católica | 12 | 8,33 | 5,69 | 0,22 |
| | | Evangélica | 8 | 4,00 | 1,85 | |
| | | Espírita | 2 | 4,50 | 0,71 | |
| | | Sem vinculação | 1 | 3,00 | | |
| | Escolaridade | Ensino Fundamental incompleto | 2 | 4,5 | 2,12 | 0,23 |
| | | Ensino Médio incompleto | 4 | 4,75 | 0,50 | |
| | | Ensino Médio completo | 4 | 4,50 | 3,11 | |
| | | Ensino Superior incompleto | 5 | 4,80 | 2,49 | |
| Ensino Superior completo | | 6 | 10,17 | 7,65 | | |

No que se refere à vinculação religiosa dos pacientes que sentiam dor no momento da aplicação da pesquisa, apenas um declarou-se não vinculado à religião alguma. Este mesmo paciente apresentou as menores médias para os índices de dor. Para os dois pacientes espíritas, a média dos escores no índice de dor SF-MPQ Sensorial foi a mais elevada, com valor de 43,50. Os pacientes católicos apresentaram maior experiência de dor

afetiva (SF-MPQ = 50) e avaliaram-se com maiores escores nos índices de dor Borg CR-10 (com média igual à 8,33). O restante dos pacientes que sentiam dor no momento da pesquisa não demonstrou diferenças de médias nos escores dos índices de dor quando relacionados à religião a qual se vinculavam.

Sobre o comportamento das médias dos índices de dor e a escolaridade dos pacientes, o grupo de ensino fundamental completo apresentou altos escores para os índices de dor sensorial e afetivo, SF-MPQ Sensorial igual a 40,50 e SF-MPQ Afetiva igual a 68,50. O mesmo ocorreu para o grupo de ensino médio completo, que apresentou os maiores escores, de acordo com a média, no índice avaliativo de dor, Borg CR-10 igual a 7,73. Tais dados sobre a escolaridade, não possuem alta representatividade quando observados de forma isolada ou diluídos nos estratos apresentados na Tabela 6, de acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2000). Contudo, segundo as características de distribuição inicial dos 50 pacientes participantes do estudo, quando reagrupados em dois estratos principais, um chamado de sem ensino médio completo (com oito pacientes) e o outro chamado de com ensino médio completo ou superior (com 15 pacientes), apresentam comportamento de médias interessante do ponto de vista da relação do construto com os índices de dor (Tabela 7), embora suas médias não sejam significativamente diferentes.

Tabela 7 - Comparação das médias dos índices de dor e novos estratos de escolaridade

| Índices das Dimensões/Fatores | Escolaridade | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>p-value</i> |
|-------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|----------------|
| SF-MPQ Sensorial | Sem Ensino Médio Completo | 33,75 | 12,70 | 0,45 |
| | Com Ensino Médio Completo ou superior | 29,27 | 13,67 | |
| SF-MPQ Afetiva | Sem Ensino Médio Completo | 63,38 | 25,17 | 0,11 |
| | Com Ensino Médio Completo ou superior | 41,13 | 33,00 | |
| Borg CR-10 | Sem Ensino Médio Completo | 4,63 | 2,07 | 0,23 |
| | Com Ensino Médio Completo ou superior | 7,13 | 5,53 | |

Segundo os novos estratos de escolaridade, observa-se que as médias para os índices SF-MPQ Afetivo e Sensorial apresentaram-se mais elevados no estrato sem ensino médio completo, respectivamente iguais a 33,75 e 63,38, do que no estrato com ensino médio completo ou superior, com médias respectivamente iguais a 29,27 e 41,13 nos índices de dor citados. Tais dados lançam luz ao fato de que a escolaridade pode ter sido uma das variáveis psicossociais que influenciaram a experiência dolorosa entre os pacientes do estudo. Esta hipótese é corroborada pela apresentação dos dados do último índice de dor, Borg CR-10, uma vez que suas médias mostraram-se distintas para os estratos de escolaridade, sem ensino médio completo igual a 4,63 e com ensino médio completo ou superior igual a 7,13, na inversa ordem dos encontrados para os índices de dor da SF-MPQ.

A relação entre a renda os índices de dor foi explorada nesta seção através da investigação detalhada da situação de garantia de renda durante o período de internação. Para delimitação dos subestratos, classificou-se os pacientes quanto a garantia de renda em: (a) os pacientes que se encontravam em atividade empregatícia com carteira assinada, afastamento com recebimento de benefícios sociais ou eram aposentados, foram classificados como apresentando garantia de renda; e (b) o restante dos pacientes, ou seja, em atividade sem carteira assinada, afastamento sem recebimento de benefícios sociais, os desempregados e autônomos, foram classificados como não apresentando garantia de renda. A Tabela 8 apresenta os resultados da análise dos subestratos da renda quando relacionados aos índices de dor.

A renda geral dos 50 participantes da pesquisa apresentou-se muito pulverizada, com variação de 0 a 20 salários mínimos, mas ao mesmo tempo a moda dos valores de renda dos participantes concentrou-se em seu segundo *quartil*, que foi de um salário

mínimo. Isto significa que, apesar de apresentar grande amplitude de valores, cerca de metade da população apresentava renda aproximada de um salário mínimo.

Tabela 8 - Comparação de médias entre os índices de dor, a renda e sua garantia

| Renda* | Garantia de renda | | SF-MPQ Sensorial | SF-MPQ Afetiva | Borg CR-10 |
|-------------------------|--|-----------|------------------|----------------|------------|
| Sem renda | Sem renda garantida (N = 2 participantes) | <i>M</i> | 18,00 | 41,50 | 4,50 |
| | | <i>DP</i> | 4,24 | 0,71 | 0,71 |
| | Total (N = 2 participantes) | <i>M</i> | 18,00 | 41,50 | 4,50 |
| | | <i>DP</i> | 4,24 | 0,71 | 0,71 |
| Renda maior que 0 até 1 | Com renda garantida (N = 3 participantes) | <i>M</i> | 30,00 | 52,67 | 5,00 |
| | | <i>DP</i> | 10,82 | 46,06 | 0,00 |
| | Sem renda garantida (N = 5 participantes) | <i>M</i> | 36,80 | 31,60 | 4,40 |
| | | <i>DP</i> | 20,72 | 25,98 | 3,21 |
| | Total (N = 8 participantes) | <i>M</i> | 34,25 | 39,50 | 4,63 |
| | | <i>DP</i> | 17,06 | 33,32 | 2,45 |
| Renda maior que 1 até 2 | Com renda garantida (N = 2 participantes) | <i>M</i> | 28,50 | 75,00 | 12,50 |
| | | <i>DP</i> | 6,36 | 35,35 | 10,61 |
| | Sem renda garantida (N = 1 participantes) | <i>M</i> | 27,00 | 91,00 | 6,00 |
| | | <i>DP</i> | | | |
| | Total (N = 3 participantes) | <i>M</i> | 28,00 | 80,33 | 10,33 |
| | | <i>DP</i> | 4,58 | 26,65 | 8,39 |
| Renda maior que 2 | Com renda garantida (N = 9 participantes) | <i>M</i> | 31,00 | 45,44 | 6,67 |
| | | <i>DP</i> | 12,64 | 32,60 | 5,34 |
| | Sem renda garantida (N = 1 participantes) | <i>M</i> | 36,00 | 75,00 | 7,00 |
| | | <i>DP</i> | | | |
| | Total (N = 10 participantes) | <i>M</i> | 31,50 | 48,40 | 6,70 |
| | | <i>DP</i> | 12,02 | 32,12 | 5,03 |

*Cálculo realizado por número de salários mínimos (SM). Valor de SM considerado = R\$ 510,00

No contexto específico da dor, os dados da Tabela 8 revelam que houve grande variação de média dos índices de dor quando a renda dos pacientes é levada em consideração. Os dois pacientes que não possuem renda apresentaram os menores escores nos três índices de dor. Os pacientes pertencentes ao grupo de renda maior que um e até dois salários mínimos apresentaram valores excepcionalmente altos para os índices de dor SF-MPQ Afetiva e para Borg CR-1, com escores de 80,33 e 10,33 respectivamente.

Além disso, foi possível observar que os escores nos índices de dor dos pacientes com renda garantida foram, majoritariamente, menores do que os escores dos pacientes

sem garantia de renda, à exceção do estrato de renda até um salário mínimo no índice SF-MPQ Afetiva e do estrato renda maior que um até dois salários mínimos no índice SF-MPQ Sensorial, contudo a variação de médias de seus substratos é comparativamente menor às restantes.

A garantia de renda, aparentemente, exerceu algum grau de influência sobre os índices da experiência dolorosa aferidos pelo questionário SF-MPQ, pois houve grande variação de médias inter e intra-subestratos de renda. Os índices pertencentes ao SF-MPQ Afetiva podem ter mostrado a influencia que o custo emocional (adverso) da ausência de garantia de renda exerce sobre a experiência dolorosa.

A Tabela 9 apresenta a distribuição da amostra, as médias e os desvios padrões dos índices de dor encontrados, segundo a especialidade cirúrgica envolvida no procedimento.

A especialidade que apresentou maior número de participantes foi a Cirurgia Geral, com oito pacientes, enquanto as duas especialidades que menos concentraram participantes foram Cirurgia Plástica e a Cirurgia Torácica com um paciente em cada.

No que tange às médias dos índices de dor, os pacientes provenientes da especialidade de Cirurgia Geral apresentaram médias de 28,50 no SF-MPQ Sensorial, 58,13 no SF-MPQ Afetiva e oito na Borg CR-10; as duas últimas bem superiores às do restante dos pacientes, à exceção da SF-MPQ Afetiva, cuja média máxima chegou a 75 para um caso específico pertencente à especialidade de Cirurgia Plástica e em situação de cirurgia corretiva para flacidez corporal pós-perda ponderal. Tal paciente destacou-se por médias nos índices de dor no Questionário SF-MPQ bem superiores ao restante dos pacientes (SF-MPQ Sensorial = 54; SF-MPQ Afetiva = 75).

Tabela 9 - Comparação das médias dos índices de dor por especialidade cirúrgica

| Índices | Clínica | N | M | DP |
|-------------------------|-------------|---|-------|-------|
| SF-MPQ Sensorial | Geral | 8 | 28,50 | 10,14 |
| | Ginecologia | 3 | 37,00 | 13,86 |
| | Mastologia | 3 | 24,00 | 18,73 |
| | Plástica | 1 | 54,00 | |
| | Proctologia | 2 | 32,00 | 32,53 |
| | Torácica | 1 | 27,00 | |
| | Urologia | 2 | 28,50 | 2,12 |
| SF-MPQ Afetiva | Geral | 8 | 58,13 | 24,87 |
| | Ginecologia | 3 | 27,67 | 17,62 |
| | Mastologia | 3 | 36,00 | 55,57 |
| | Plástica | 1 | 75,00 | |
| | Proctologia | 2 | 21,00 | 5,66 |
| | Torácica | 1 | 42,00 | |
| | Urologia | 2 | 29,50 | 17,68 |
| Borg CR-10 | Geral | 8 | 5,25 | 1,67 |
| | Ginecologia | 3 | 8,00 | 10,58 |
| | Mastologia | 3 | 6,00 | 1,00 |
| | Plástica | 1 | 5,00 | |
| | Proctologia | 2 | 6,50 | 3,54 |
| | Torácica | 1 | 3,00 | |
| | Urologia | 2 | 4,50 | 2,12 |

As análises entre o regime medicamentoso antiálgico prescrito e os índices da experiência dolorosa são ilustrados na Tabela 10. Nela, são apresentadas as comparações de médias para os estratos de prescrição medicamentosa criados segundo o critério de classificação da Escada Analgésica da OMS (2010).

Tabela 10 - Comparação das médias dos índices de dor e a prescrição medicamentosa segundo a OMS

| Índices das Dimensões/Fatores | Prescrição Medicamentosa | N | M | DP | p-value |
|-------------------------------|-----------------------------------|----|-------|-------|---------|
| SF-MPQ Sensorial | Sem medicação prescrita | 1 | 15,00 | - | 0,46 |
| | Medicações do primeiro degrau OMS | 15 | 32,27 | 12,92 | |
| | Medicações do segundo degrau OMS | 7 | 30,00 | 14,28 | |
| SF-MPQ Afetiva | Sem medicação prescrita | 1 | 42,00 | - | 0,96 |
| | Medicações do primeiro degrau OMS | 15 | 48,27 | 36,32 | |
| | Medicações do segundo degrau OMS | 7 | 51,14 | 24,87 | |
| Borg CR-10 | Sem medicação prescrita | 1 | 4,00 | - | 0,65 |
| | Medicações do primeiro degrau OMS | 15 | 6,93 | 5,67 | |
| | Medicações do segundo degrau OMS | 7 | 5,14 | 1,77 | |

Partindo do pressuposto de que existe uma característica ordinal nos degraus da escada analgésica, não houve relação entre a prescrição medicamentosa e os índices de dor, uma vez que além de não haver relação de significância estatística entre ambos e não houve comportamento ordinal dos escores médios nem para a ação antiálgica (médias ordinalmente decrescentes) nem para incremento de dor (médias ordinalmente crescentes). Os dados apresentados na Tabela 3 corroboram a ausência de relação, uma vez que as médias gerais para os índices da experiência dolorosa (SF-MPQ Sensorial = 30,83, SF-MPQ Afetivo = 48,87 e Borg CR-10 = 6,26) explicitam quão próximas destas médias as médias frente à prescrição medicamentosa antiálgica permanecem.

5.4.2 - Relação entre as médias dos índices da experiência dolorosa e dos *clusters* psicossociais

Nesta seção são apresentadas as influências que os construtos psicossociais Auto-Eficácia, Enfrentamento e Histórico Psicopatológico exercem sobre a experiência dolorosa com o auxílio da comparação das médias dos escores dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.

Na Tabela 11 são apresentados os resultados das comparações de médias entre os *clusters* psicossociais e os índices de dor, assim como seus respectivos desvios padrões.

Tabela 11 - Comparação de médias entre os *clusters* psicossociais e os índices de dor

| Índices das Dimensões/Fatores | Clusters Psicossociais | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>p-value</i> |
|-------------------------------|-----------------------------|----------|----------|-----------|----------------|
| SF-MPQ Sensorial | Baixo desempenho relativo | 6 | 38,67 | 17,30 | 0,25 |
| | Desempenho relativo mediano | 10 | 27,60 | 9,25 | |
| | Alto desempenho relativo | 7 | 28,71 | 13,40 | |
| SF-MPQ Afetiva | Baixo desempenho relativo | 6 | 44,50 | 34,74 | 0,92 |
| | Desempenho relativo mediano | 10 | 51,70 | 25,43 | |
| | Alto desempenho relativo | 7 | 48,57 | 41,25 | |
| Borg CR-10 | Baixo desempenho relativo | 6 | 4,33 | 2,94 | 0,22 |
| | Desempenho relativo mediano | 10 | 8,20 | 6,39 | |
| | Alto desempenho relativo | 7 | 5,14 | 1,34 | |

Apesar de não significantes estatisticamente, os dados referentes aos *clusters* desempenho relativo mediano e alto desempenho relativo apresentaram diferenças em suas médias em relação ao cluster baixo desempenho relativo para todos os índices da experiência dolorosa.

Contudo, houve um comportamento paradoxal dos escores de média dos *clusters*, pois, enquanto as médias dos *clusters* desempenho relativo mediano e alto desempenho relativo apresentaram relação inversamente proporcional aos escores do índice SF-MPQ Sensorial (com respectivas médias de 27,60 e 28,71), a média do cluster baixo desempenho relativo (igual a 44,50) apresentou relação diretamente proporcional ao índice SF-MPQ Afetivo. Os escores de média para os índices Borg-CR10 apresentaram-se mais elevados para o *clusters* desempenho relativo mediano.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados nos capítulos anteriores, neste capítulo discutem-se os elementos relacionados ao grau de associação do conjunto de variáveis psicossociais à percepção da experiência dolorosa na literatura científica nacional disponível nos periódicos de psicologia *Qualis* “A” e no evento de uma internação hospitalar pós-cirúrgica.

6.1 – Produção científica nacional na área de psicologia da dor

O estudo da dor tem sido campo fértil para as colaborações da psicologia desde sua definição pela IASP no fim da década de 1970. Os autores Flores e Costa Junior (2004), em uma frase lapidar, apontam para a real necessidade de uma compreensão biopsicossocial do fenômeno doloroso ao elaborarem que para formulação de tratamentos para a dor eficientes e coerentes com uma proposta realmente sistêmica e idiográfica, será necessário reconhecer a relevância de fatores comportamentais e sociais no fenômeno doloroso.

Mais do que fatores comportamentais, a própria definição da experiência dolorosa lança luz às suas características multidimensionais e, por conseguinte multidimensionais. Contudo, de acordo com a revisão da produção científica na área, observa-se que a psicologia brasileira não tem ocupado seu espaço no estudo da dor. Mais especificamente, e em discordância com a necessidade apontada pela literatura da área, os artigos observados nesta etapa do estudo apresentam um número absoluto baixo de variáveis psicossociais de relevância para a compreensão da experiência dolorosa.

A baixa produção não é a única questão que ressalta a necessidade de maior produção em psicologia algológica, pois além do baixo número de artigos publicados,

observa-se no Anexo E que houve manutenção do número de artigos publicados nos anos de 2007 e 2008 e a ausência de publicações no ano de 2009. Tal fato pressupõe uma, ou mais, das seguintes hipóteses: (a) uma desaceleração da psicologia algológica como área de interesse dos profissionais psicólogos; (b) diminuição do interesse dos periódicos brasileiros em publicações com temáticas desta natureza; ou (c) pode indicar uma preferência destes profissionais por publicações em periódicos internacionais especializados.

De qualquer maneira, a necessidade de investigação do papel de características psicossociais na descrição e definição do fenômeno doloroso continua sendo indicada pelos autores e continua sendo demandada para seu manejo por profissionais de equipes multidisciplinares em sua prática diária.

6.2 – Entrevistas com pacientes em evento de internação hospitalar pós-cirúrgica

Uma vez que o processo de compreensão da experiência dolorosa pressupõe a compreensão de suas dimensões e dos fatores que dela fazem parte, como defendido desde o século passado por Melzack (1975), foram trabalhados como foco deste tópico os dados referentes às variáveis de interesse para discussão e suas relações com a experiência dolorosa.

Apesar da exigência de associação entre as dimensões sensoriais e afetivas para a real e correta compreensão do construto dor, ambos serão apresentados separadamente apenas para finalidades didáticas de discussão. A experiência dolorosa será discutida, então, sob o ponto de vista dos três tipos de índice de adotados neste estudo: sensorial, afetivo e global (aferido pela escala Borg CR-10). Os dois primeiros referem-se à medidas quantitativas com alta validade interna de construto, enquanto, respectivamente, o terceiro

índice adotado é resultado do relato e mensuração subjetiva do construto, não estando disponíveis dados de validação interna de construto.

A dimensão sensorial da experiência dolorosa diz respeito aos processos discriminativos da dor em termos de suas qualidades sensoriais e descrita através de suas propriedades temporais, espaciais, de pressão, térmicas, assim como outras propriedades.

Dada a concretude de suas propriedades, tende a ser a dimensão mais frequentemente associada à descrição e mensuração da dor, o que está de acordo com os achados de Melzack (1975) para os pacientes e de Pereira e Sousa (1998) para os profissionais que deles se ocupam. Isto faz com que esta dimensão seja a primeira fonte de manejo na terapia antiálgica medicamentosa, fisioterápica, cirúrgica ou de qualquer natureza. Talvez por esta razão, a dimensão sensorial foi a que demonstrou menor variação de médias nas associações realizadas no Capítulo 5.

Tal fenômeno pode ser inicialmente atribuído a sua associação à prescrição medicamentosa, que também exerceu influência menor, porém notória, nos índices de dor afetiva e global. Apesar de não estatisticamente significativa, a variação nas médias sugere que à medida que a dimensão sensorial da dor aumenta, aumenta-se o degraú medicamentoso segundo o modelo da Escada Analgésica da OMS (2010).

A vinculação religiosa encontrou-se relacionada à experiência dolorosa através de: (a) correlação positiva e estatisticamente significativa ao índice afetivo da dor, ou seja, quanto maior era a experiência dolorosa em sua dimensão afetiva, maior era a procura pela religião como forma de manejo; e (b) diferenças de média entre os participantes do estudo que declararam vinculação religiosa espírita, para a dimensão sensorial e, especialmente, para os pacientes que declararam vinculação católica e evangélica, com escores médios bem superiores para a dimensão afetiva e a avaliação global.

O índice afetivo da experiência dolorosa é sensível às variações culturais e, conseqüentemente, pode estar relacionado funcionalmente às influências espirituais presentes quando da perda de controle sobre a própria saúde o que vai ao encontro da literatura científica especializada (e.g., Peres & cols., 2007).

Alem disso, estes resultados devem ser analisados à luz das bases teóricas do enfrentamento de Vitaliano e cols. (1985), uma vez que, neste trabalho a busca por práticas religiosas esteve correlacionada de maneira positiva ao enfrentamento focalizado no problema. Assim, supõe-se que a religiosidade estaria relacionada à estratégias de aproximação e de manejo da dor e com estratégias cognitivas para a reavaliação e significação positiva desta.

Outro ponto que se faz necessário ressaltar acerca da associação das variáveis psicossociais e a experiência dolorosa refere-se à escolaridade. À primeira vista, os dados não revelam diferenças significativas nas médias dos índices de dor e os grupos de pacientes formados pela Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2000). Contudo, quando observado mais de perto, o dado permitiu observar uma tendência a polarização dos pacientes em dois estratos cuja fronteira localizou-se na completude do ensino médio. Assim, foi possível perceber um impacto desta variável nas médias dos três escores de dor dos dois novos grupos. Os escores das médias pertencentes às dimensões sensorial e afetiva da experiência dolorosa apresentaram-se associação inversa à escolaridade dos pacientes, ou seja, quanto maior a escolaridade menores eram os escores médios nos índices de dor, o que está de acordo com os achados de I. C. G. Almeida e cols. (2008) e Silva, Fassa e Valle (conforme citado por I. C. G. Almeida e cols.; 2008). Vale à pena ressaltar que, já que o instrumento escolhido para a investigação das dimensões sensoriais e afetivas da experiência dolorosa (SF-MPQ) é derivado do Questionário de Dor McGill (Melzack, 1975), versão original canadense do Br-MPQ, e se utiliza descritores comuns a

ambos, segundo Pimenta e Teixeira (1996), algumas reflexões têm sido feitas a cerca da difícil compreensão dos descritores por indivíduos com baixa escolaridade.

Já o comportamento dos escores da avaliação global da experiência dolorosa aferida, quando em associação à escolaridade, refletiu relação inversa à achada nas dimensões sensorial e afetiva. Esta inversão possa ser talvez explicada pelas características inerentes à medidas, já a escala Borg CR-10 necessita de ancoramento arbitrário, dependendo de competências cognitivas matemáticas que podem não estar presentes no estrato de pacientes com escolaridade mais baixa.

A experiência dolorosa mostrou-se também sensível as diferenças de renda. Tais influências foram observadas, mas especificamente, no que tange a garantia de renda, que dadas às características da amostra, parece fazer alusão a possível impacto entre o tempo de internação, as perdas financeiras envolvidas com esta internação e as dimensões afetiva e, em menor grau, sensorial da dor. Ou seja, o risco de perder o emprego ou não ter como garantir o sustento próprio e/ou da família parece ter de alguma maneira, influenciado os pacientes que expressaram esta influência no incremento da experiência dolorosa. Os dados de pesquisa a respeito de ambas as variáveis não ofereceu respostas acerca da forma como a garantia de renda e a experiência dolorosa associam-se, fazendo-se necessárias de investigações mais aprofundadas sobre o tema, contudo a própria definição da dimensão afetiva da dor oferecida por Melzak (1975) vai ao encontro de tais respostas, uma vez que esta dimensão envolve aspectos como tensão, respostas neurovegetativas, medo, punição e outros sentimentos desta sorte.

Ainda sobre essa associação, o incremento da valoração da dor pode não estar presente nesta relação, uma vez que o mesmo não é observado quanto à avaliação global da dor, que por sua característica de relato subjetivo, pode significar a ausência de superestima dor por parte dos pacientes.

Diferenças na experiência dolorosa associadas ao sexo já estão bem documentadas na literatura. De acordo com diversos autores (e.g., Turk & Flor, 1999; Turk & Okifuji, 2002), as mulheres possuem limiares de dor inferiores e menos tolerância à dor induzida experimentalmente, geralmente relatando dores clinicamente mais frequentes e severas.

Há uma concordância entre a literatura de referência e o comportamento das médias do índice de avaliação global de dor nas mulheres da pesquisa. Mulheres sentiram, ou pelo menos relataram sentir mais dores que os homens, que avaliaram sua dor de maneira aproximadamente 20% inferior a elas. Assim, numa perspectiva cognitivo-comportamental o comportamento da avaliação global da dor pode ser resultado das diferenças psicossociais entre ambos os sexos, uma vez que, segundo Turk e Okifuji (2002), mulheres possuem menores percepções de controle, maior tendência a catastrofização e diferentes estratégias de enfrentamento para lidar com a própria dor.

Tais afirmativas podem apresentar-se como verdadeiras quando é levado em consideração apenas o índice de avaliação global da dor. Contudo, não foram ao encontro dos dados apresentados pelos índices sensorial e afetivo da experiência dolorosa, uma vez que mulheres e homens experimentaram índices sensoriais de dor equivalentes, mas eles apresentaram índices afetivos bem superiores aos delas.

Desta maneira, a hipótese a respeito das possíveis associações entre sexo e dor nesta pesquisa decorre de diferenças de vivência de gênero ligadas à expressão do sexo biológico. São incontestáveis os achados a respeito das diferenças biológicas nas expressões de dor de ambos os sexos (Derbyshire, 2008). Contudo os achados nas dimensões sensorial e afetiva ultrapassam a definição biológica do sexo e sua influência, fazendo-se necessária a compreensão da experiência dolorosa a luz de experiências de gênero, devendo o sexo ser apenas um marcador biológico e não uma afirmação causal. Neste sentido influências socioculturais seriam os mediadores da sensibilidade, tolerância e

disposição para expressar a dor, quanto às expectativas relacionadas ao papel social de cada sexo.

Infelizmente a percepção das expectativas de papel social ligadas ao gênero e suas associações específicas ao fenômeno doloroso não foram objeto de estudo deste trabalho, impossibilitando que questões mais aprofundadas a esse respeito sejam discutidas neste capítulo.

Assim, ao que se refere à análise dos *clusters* psicossociais gerados por este estudo, as variáveis psicossociais Auto-Eficácia, Enfrentamento e Histórico Psicopatológico apresentaram homogeneidade e heterogeneidade intragrupo e extragrupo suficientemente robustas para a formação de três *clusters* psicossociais, com um número de pacientes relativamente homogêneo entre eles sugerindo uma associação das variáveis psicossociais entre si.

As correlações entre o índice PSEQ, ou seja, os índices do Questionário de Auto-Eficácia e Dor (nome em português para o instrumento traduzido do inglês para este estudo) e outros instrumentos da pesquisa demonstraram-se estatisticamente significativas e, quando comparadas, de maneira consonante a um alinhamento teórico entre as variáveis e/ou fatores dos construtos psicossociais estudados. Assim, não existem evidências da participação do índice PSEQ no enviesamento da formação dos *clusters*.

Quanto às associações dos *clusters* psicossociais aos índices da experiência dolorosa, foi demonstrada através dos dados de pesquisa que estas apresentaram diferentes comportamentos de suas médias. Pela característica de crescimento escalar entre os *clusters*, do mais baixo ao mais alto desempenho nos instrumentos de medida das variáveis psicossociais, os dados referentes às associações entre estes e os índices de dor foram particularmente paradoxais. Especialmente interessantes são as associações existentes entre os *clusters* psicossociais e os índices sensorial e afetivo, uma vez que, pelo que é

apresentado pelos dados e em relação às variáveis psicossociais, a experiência dolorosa poderia ser: (a) atenuada em sua dimensão sensorial; ou (b) intensificada em sua dimensão afetiva.

Os dados também indicam que, de acordo com o índice afetivo e a avaliação global de dor, os pacientes pertencentes ao *cluster* de desempenho relativo mediano foram os que apresentaram maiores associações negativas entre os construtos, destacando-os dos outros dois *clusters*. Vale a pena ressaltar que tal fato pode talvez ser proveniente da fragilidade na caracterização de formação dos *clusters*, uma vez que, apesar de uma técnica estatisticamente aceita e comprovada (Hair & cols., 2005), ainda depende de arbitrariedade nas observações para realizar a formação dos *clusters*. Desta maneira, os comportamentos similares entre os *clusters* desempenho relativo mediano e alto desempenho relativo podem ser provenientes de uma possível característica de dicotomização das variáveis psicossociais, não descrita na literatura, ou da homogeneidade exacerbada entre esses grupos, o que não justificaria a divisão destes pacientes em dois grupos distintos.

Outra questão importante a ser discutida, ainda em relação ao cluster de desempenho relativo mediano, é que neste cluster evidencia-se um dado de média importante que se perde nas apresentações dos dados subsequentes. Quando resgatados para discussão, o dado referente à média dos pacientes no índice EMEP - Fator 4 neste cluster apresenta-se como o mais reduzido de toda a amostra.

O Fator 4 da EMEP (busca por suporte social que visa estratégias centralizadas na procura de apoio social emocional ou instrumental e na busca por informação), apesar de não apresentar correlação estatisticamente significativa com nenhum dos índices da experiência dolorosa, encontra-se correlacionado com o enfrentamento focado no problema e na busca por práticas religiosas. Uma vez que estas duas formas de enfrentamento são compreendidas, respectivamente por meio da teoria (Seidl & cols, 2001) e pelos dados de

pesquisa, como fatores protetivos de manejo da experiência dolorosa, supõe-se que o Fator 4 da EMEP desempenhe o mesmo papel. Sendo assim, os pacientes pertencentes ao *cluster* desempenho relativo mediano poderiam ter deixado de gozar de uma variável protetiva presente nos outros dois *clusters*, causando influência sobre seus escores na dimensão afetiva e avaliação global da dor.

Paradoxal ou não e a despeito disto, foram observadas associações entre a dor e as variáveis psicossociais. Apesar de não responder às questões que dizem respeito a forma como estas associações ocorrem, a associação entre os construtos se fez evidente nos pacientes que fizeram parte da amostra.

Houve, ainda, associação entre a especialidade cirúrgica e a experiência dolorosa para as especialidades de Cirurgia Geral e Plástica. Tais evidências confirmam os achados de Chung e cols. (1996) e Beauregard, e cols. (1998), que indicam que a experiência dolorosa apresenta características e padrões reativos diferenciados em função do tipo de cirurgia uma vez que, no contexto deste estudo e majoritariamente nos índices afetivos, podem sugerir que diferenças nas relações sociais com a equipe multidisciplinar e/ou fortes estressores provenientes do processo de perda ponderal, dieta intra-hospitalar e questões estéticas e de auto-imagem podem exercer influência na experiência dolorosa. Bonica (conforme citado por Pimenta, 1998) sugere que contribuem também para esta influência, falhas na formação dos profissionais de saúde na área de analgesia; a apreciação inadequada ou negligência para com o problema da dor, o incorreto uso das terapias analgésicas e falhas no modelo teórico da dor e de seu tratamento. Contudo, esta pesquisa não gerou dados que refutem ou corroborem tais hipóteses. recomendando-se que futuras pesquisas se ocupem da análise dessas relações.

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 – Principais implicações deste estudo

As observações provenientes da Etapa I deste estudo explicitam a baixa produção científica no campo da psicologia algológica no Brasil nos anos de 2007, 2008 e 2009. Com apenas 14 artigos publicados na área, muitos caminhos de pesquisa precisam ainda ser trilhados para revelar os mecanismos através dos quais as variáveis psicossociais desempenham seus papéis na percepção, experiência e resposta dolorosa.

A despeito disso, em que se pese o seu grau, os resultados obtidos neste estudo a respeito das diferentes associações entre as dimensões da dor e a prescrição medicamentosa, sexo/gênero, vinculação religiosa, escolaridade, renda, especialidade cirúrgica, Auto-Eficácia, Enfrentamento e Histórico Psicopatológico; elucidam algumas informações relevantes à prática de profissionais clínicos ou de saúde que atuam na área da psicologia algológica, uma vez que a estes profissionais recai a necessidade de compreensão dos aspectos físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais que fazem da dor uma experiência e não um evento.

Além disso, o estudo destaca que variantes nos direitos sociais previstos na Constituição Federal como escolaridade, renda e direito a saúde através de medicação correta, podem aumentar o sofrimento dos pacientes em experiência de dor, destacando-se a necessidade de ações políticas para a garantia da cidadania e do combate a dor, uma vez que esta deve ser encarada como um problema de saúde pública com alta incidência e prevalência entre a população brasileira.

A dor está presente, de uma forma ou de outra, em todos os campos de atuação da psicologia. Seja no consultório, nos hospitais ou nas organizações, o psicólogo lida com seus impactos, se não pela natureza de sua profissão, por sua própria condição de ser

humano o que o coloca sob o risco de vivenciá-la a qualquer minuto de sua existência. Assim, fica clara a necessidade não apenas da atuação desse profissional no campo da dor, mas de sua produção no contexto científico, no desenvolvimento de tecnologias para o manejo dessa condição humana tantas vezes inevitável e muitas vezes irremediável.

7.2 – Sugestões para pesquisas futuras

Faz-se necessária a sistematização da compreensão da associação encontrada entre a dor e a vinculação religiosa, não só confirmando ou refutando a correlação das mesmas, mas baseando-se em modelos explicativos de causalidade e de relações funcionais, já que, aparentemente esta é uma importante estratégia de enfrentamento encontrada nos pacientes que sofrem com a dor.

Da mesma maneira, a compreensão de como se dá a associação entre a escolaridade, renda e dor ainda faz-se necessária. Neste estudo foram encontrados dados referentes à garantia de renda e sua associação à dor, que diziam respeito a uma população com renda média baixa e em situação de internação pós-cirúrgica. Assim, tais relações devem ser investigadas em outros estratos populacionais para que seja investigada a influência dos aspectos socioeconômicos sobre a experiência dolorosa dos pacientes.

Dados sobre a associação entre sexo dos pacientes e a dor estão disponíveis em literatura científica e foram fornecidos neste estudo. Contudo, a percepção das expectativas de papel social ligadas ao gênero e suas associações específicas ao fenômeno doloroso encontram-se ainda escassas na literatura científica e não foram objeto de estudo deste trabalho, impossibilitando que questões mais sistemáticas a esse respeito fossem discutidas. Desta forma, estudos que levem em conta a relação entre as experiências de gênero e dor devem ser realizadas, explorando diferentes aspectos da sexualidade e do gênero, focando todos os estratos populacionais homo e heterossexuais, principalmente os

substratos de Travestis, Transexuais e Transgênero podendo estes servirem de grandes fontes de informação a respeito desta relação.

Pesquisas que destaquem a especialidade cirúrgica, expectativas relacionadas ao pós-cirúrgico e seus resultados e o relacionamento entre o paciente e a equipe multidisciplinar podem ser interessantes do ponto de vista da compreensão do impacto destes sobre a experiência dolorosa.

Por fim, pesquisas que investiguem construtos psicossociais, além dos investigados neste trabalho, são necessárias para a compreensão da aplicação do modelo biopsicossocial ao tratamento da dor, destaca-se, ainda, que as pesquisas futuras sobre as influências psicossociais na experiência dolorosa devam abarcar maior número de participantes e análises complementares, em âmbito nacional e multicêntrico.

7.3 – Considerações de cunho prático

Com o intuito meramente didático, separaram-se neste estudo os grupos de variáveis investigadas em três grandes grupos: (a) relacionadas à dor; (b) relacionadas a caracterização amostral; e (c) relacionadas as variáveis psicossociais.

Contudo, faz-se necessário um esclarecimento final a respeito do que seriam compreendidas neste estudo como variáveis psicossociais, uma vez que, objetivou-se investigar e analisar o grau de associação de um conjunto de variáveis psicossociais à experiência dolorosa.

Por variáveis psicossociais, são compreendidas as variáveis de cunho psicológico e social e caracterizadas pela abordagem das crenças e motivações que levam os indivíduos a desenvolverem certas atitudes que podem gerar, ou não, determinados comportamentos.

Desta forma, considera-se que o estudo atingiu seu objetivo, uma vez que os resultados nele discutidos sugerem que as variações na experiência dolorosa de pacientes

cirúrgicos podem ser explicadas por diferenças de prescrição medicamentosa e nas variáveis psicossociais sexo/gênero, vinculação religiosa, escolaridade, renda, especialidade cirúrgica, Auto-Eficácia, Enfrentamento e Histórico Psicopatológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, M. A. (2008). O efeito mediador das crenças e atitudes frente à dor na relação entre dor crônica e incapacidade em trabalhadores com LER. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Almeida, F. F., Costa Junior, A. L., Doca, F. N. P., & Turra, V. (2010). Experiência de dor e variáveis psicossociais: O estado da arte no Brasil. *Temas em Psicologia (SBP)*, 18(2), 367-376.
- Almeida, I. C. G., Sá, K. N., Silva, M. Baptista, A., Matos, M. A. & Lessa, I. (2008). Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43(3), 96-102.
- American Academy of Pain Medicine (2010). *Get the facts on pain*. Retirado de <http://home.windstream.net/billpen/Pain.htm>
- Anderson, D. R., Sweeney, D. J., Williams, T. A. (2003). *Estatística aplicada à administração e economia*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2000). Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a saúde: Estudo dos factores de previsão da aceitação e da rejeição do diagnóstico pré-natal. *Análise Psicológica*, 18(4), 499-521.
- Arnstein, P., Wells-Federman, C., & Caudill, M. (2001). Self-efficacy as a mediator of depression and pain related disability in three samples of chronic pain patients. *Pain Medicine*, 2(3), 238.
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour: A prospective study. *Pain* 94(1), 85-100.
- Ashburn, M. A., & Staats, P. S. (1999). Management of chronic pain. *Lancet*, 353(9167), 1865-1869.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 1-15). New York, NY: Academic Press. (Reprinted from *Encyclopedia of mental health*, by H. Friedman, Ed., 1998, San Diego, CA: Academic Press)
- Beauregard, L., Pomp, A., & Choinière, M. (1998). Severity and impact of pain after day-surgery. *Canadian Journal of Anesthesia*, 45(4), 304-311.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 171-209.
- Boersma, K., & Linton, S. J. (2005). How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1495-1507.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363.
- Brasil (1996). *Resolução N° 196*, de 10 de outubro, Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Carvalho, M. M. J. (1999). A hipnoterapia no tratamento da dor. In M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (pp. 222-247). São Paulo, SP: Summus Editorial.
- Casey, C. Y., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, R. E., & Hubbard, D. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*, 134(1-2), 69-79.
- Chung, F., Un, V., & Su, J. (1996). Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 43(11), 1121-1127.
- Costa, A. E. B. (2003). Auto-eficácia e burnout. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 34-67.

- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: O estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano* (pp. 171-189). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Coutinho, M. P. L., Gontières, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: Representações sociais entre crianças e idosos. *PsicoUSF*, 8(2), 183-192.
- Dalgalarondo, P. (2000). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais (pp. 188-196). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dellarozza, M. S. G., Pimenta, C. A. M., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1151-1160.
- Derbyshire, S. W. G (2008). Gender, pain, and the brain. *Pain Clinical Updates*, 16(3), 1-4.
- Doca, F. N. P. (2009). *A psicologia pediátrica em hospitais universitários brasileiros*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Drummond, J. P. (2000) Fisiologia da nocicepção. In Drummond, J. P. & Marquez, J. O. *Dor neuropática: Fisiologia, clínica e terapêutica* (pp. 37-54). São Paulo, SP: Atheneu.
- Ferreira, A. B. H. (2010). Dicionário Aurélio online. Retirado de <http://www.dicionariodoaurelio.com/Ansiedade>
- Ferreira, N. S. A. (2002). As pesquisas denominadas "estado da arte". *Educação e Sociedade: Revista de Ciência da Educação*, 9(1), 257-272.
- Flor, H. & Hermann, C. (2004) Biopsychosocial models of pain. In R. D. Dworkin & W. S. Breitbart (Org.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management* (pp. 47-76). Seattle, WA: IASP Press.

- Flores, A. M. N. & Costa Junior, A. L. (2004). O manejo psicológico da dor de cabeça tensional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 24-33.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984) Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Gibson, L., & Strong, J. (1996). The reliability and validity of a measure of perceived functional capacity for work in chronic back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 6(3), 159–175.
- Giμένες, M. G. G., Queiroz, B., & Fávero, M. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. *A mulher e o câncer* (pp.171-195). Campinas, SP: Editora Livro Pleno.
- Grassi-Oliveira, R., Daruy Filho, L., & Brietzke, E. (2008). Coping como função executiva. *Revista Psico*, 39(3), 275-281.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain: Clinical Updates*, 11(2), 1-4.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Síntese de Indicadores Sociais. Retirado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2000.shtm>

- Jacobsen, P. B., Donovan, K. A., Trask, P. C., Fleishman, S. B., Zabora, J. Baker, F., & Holland, J. C. (2005). Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer, 103*(7), 1494–1502.
- Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America, 79*(2), 231-252.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M., (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *Journal of Pain, 5*(4), 195-211.
- Kohlsdorf, M. (2008). Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Lim, H. S., Chen, P. P., Wong, T., Gin, T., Wong, E., Chan, I. S. F., & Chu, J. (2007). Validation of the Chinese version of pain self-efficacy questionnaire. *Anesthesia & Analgesia, 104*(4), 918.
- Loeser, J. D. (2008). Aspectos atuais do controle da dor. In Von Roenn, J. H., Paice J. A., & Preodor, M. E. (Orgs.), *Current diagnóstico e tratamento da dor* (pp. 1-9). Rio de Janeiro, RJ: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 2*(4), 336-353.
- Marcolino, J., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., & Mathias, L. (2007). Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia, 57*(2), 157-166.
- McCaffrey, M. (1968). Nursing practice theories related to cognition, bodily pain and man-environmental interactions. Los Angeles, CA: UCLA.

- McGuire, D. B. (1984). Assessment of pain in cancer inpatients using the McGill Pain Questionnaire. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 32-37.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Melzack, R. & Katz, J. (2006). Pain assessment in adult patients. In S. B. McMahon & M. Koltzenberg (Eds.). *Wall and Melzack's Textbook of Pain* (pp. 291–304). Edinburgh, UK: Elsevier.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979.
- Mendoza-Sassi, R., Béria, J. U., Fiori, N., & Bortolotto, A. (2006). Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 20(1), 22-28.
- Merskey, H., Lindblom, U., Mumford, J.M., Natham, P. W., & Sunderland, S. S. (1994). Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. IASP Press, 207-214.
- Mikletun A., Stordal E., & Dahl A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal Psychiatry*, 179(6), 540-44.
- Ministério da Educação (2009) *Documento de área 2009 (Psicologia)*. Retirado de http://qualis.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/webqualis/criterios2007_2009/Criterios_Qualis_2008_37.pdf
- Miranda, P. M., Almeida, F. F., Crepaldi A. M., Cheniaux, E., Nardi, A. E., Landeira-Fernandez, J., Cruz, A. P. M., & Souza, W. C. (no prelo). Avaliação da percepção de dor aguda em pacientes com transtorno de pânico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.

- Mogil, J.S., & Devor, M. (2004). Introduction to pain genetics. In J. S. Mogil, (Org.), *The genetics of pain, progress in pain research and management* (pp. 1-18). Seattle, WA: IASP Press.
- Nicholas, M. K. (2007). The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11(2), 153-163.
- Nordenfelt, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability & Rehabilitation*, 25(18), 1075-9.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)*. Retirado de <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- Organização Mundial de Saúde (2010). *WHO's pain ladder*. Retirado de <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
- Pajares, F., Olaz, F., Bandura, A., Azzi, R., & Polydoro, S. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: Uma visão geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, S. Polydoro. *Teoria social cognitiva: Conceitos básicos* (pp.97-114). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Park, S. H., Ferreira, K., & Santos, V. L. (2008). Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcers. *Wounds*, 20(11), 309-320.
- Pennal, B. E. (1991). *The personality of pain*. [versão eletrônica]. Retirado em 14/10/2010, de <http://home.windstream.net/billpen/Pain.htm>
- Pereira, L. V. & Sousa, F. A. E. F. (1998). Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 41-48.
- Pereira, L. V., & Sousa, F. A. E. F. (2007). Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 563-567.

- Peres, M. F. P., Arantes, A., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 82-87.
- Perez, R. S. G. M. (2006). Definição de dor. *Disability & Rehabilitation*, 28(6), 339-341.
- Phillips, M. L., Gregory, L. J., Cullen, S., Cohen, S., Ng, V., Andrew, C., Giampietro, V., Bullmore, E., Zelaya, F., Amaro, E., Thompson, D. G., Hobson, A. R., Williams, S. C. R., Brammer, M., & Aziz, Q. (2003). The effect of negative emotional context on neural and behavioural responses to oesophageal stimulation. *Brain*, 126(3), 669–684.
- Pimenta, C. A. M., & Ag, P. (1999). Dor e cultura. In M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: Um estudo multidisciplinar* (159-173). São Paulo, SP: Summus Editorial.
- Pimenta, C., Cruz, D., & Santos, J. (1998) Instrumentos para avaliação da dor: O que há de novo em nosso meio? *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, 17(1), 15-24.
- Pimenta, C. A. M. & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(3), 473-483.
- Price, D. D., & Bushnell, M. C. (2004) Overview of pain dimensions and their psychological modulation. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Orgs.). *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives, progress in pain research and management* (pp. 3-18). Seattle, WA: IASP Press.
- Riley, J. L., & Wade, J. B. (2004). Psychological and demographic factors that modulate the difference stages and dimensions of pain. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Orgs.). *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives, progress in pain research and management* (pp. 19-42). Seattle, WA: IASP Press.

- Robinson, M. E., Riley, J. L., Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., Waxenberg, L. B., & Fillingim, R. B. (2001). Sex role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *Journal of Pain, 2*, 251-257.
- Sá, K. N., Baptista, A. F., Matos, M. A., & Lessa, I. (2008). Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain, 139*(3), 498-506.
- Salveti, M. G., & Pimenta, C. A. M. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(1), 135-140.
- Sawatzky, B., Bishop, C. M., Miller, W. C. & SCIRE Research Team. (2008). Classification and measurement of pain in the spinal cord-injured population. *Spinal Cord, 46*(1), 2-10.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology, 19*(5), 487-495.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234.
- Silva, A. M. (2004). Teoria da auto-eficácia. In Dela Coleta, M. F. (2004). Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos de saúde (pp. 131-169). Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Silva, J. A., & Ribeiro-Filho N. P. (2006). *Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática*. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*(2), 216-269.
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (2010). Projeto “Controle da dor no Brasil” (Brasil sem dor). Retirado de http://www.dor.org.br/profissionais/s_projeto.asp

- Souza, L., Forgione, M., & Alves, V. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromialgia: Uma proposta. *Acta Fisiátrica*, 7(2), 56-60.
- Sparrenberger, F., Santos, I., & Lima, R. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: Estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 434-439.
- Sufka, K. J., & Price, D. D. (2002). Gate control theory reconsidered. *Brain and Mind*, 3(2), 277-290.
- Teixeira, M. J., Teixeira, W. G. J., Santos, F. P. S, Andrade, D. C. A., Bezerra, S. L., Figueiró, J. B., & Okada, M. (2001). Clinical epidemiology of musculoskeletal pain. *Revista de Medicina (Universidade de São Paulo)*, 80, 1-21.
- Torrati, F. G. (2009). *Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (pp. 18-34). New York, NY: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.
- Von Korff, M. & Miglioretti, D. L. A. (2005). A prognostic approach to defining chronic pain. *Pain*, 117(3), 304-313.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zimmerman, L., Duncan, K., Pozehl, B., & Schmitz, R. (1987). Pain descriptors used by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 14(4), 67-71.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Solicitamos sua colaboração para participar, como voluntário, de nossa pesquisa Avaliação de Variáveis Psicossociais Correlacionadas à Dor. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Este estudo tem o objetivo de investigar quais são as variáveis psicológicas envolvidas com a forma que as pessoas experimentam a dor no pós-cirúrgico aqui na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília. Para isso, vamos precisar avaliar a sua dor e aplicar alguns instrumentos que avaliam as variáveis psicossociais que investigamos. Tudo o que conversarmos será estritamente confidencial, ou seja, suas informações não serão divulgadas em hipótese alguma e serão utilizadas apenas como ferramentas para esta pesquisa. Os resultados da pesquisa só serão divulgados em periódicos científicos da área de psicologia e saúde e em eventos científicos relacionados.

É importante que fique claro que, além de poder recusar, você pode desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo a você ou seu tratamento.

Nossa pesquisa está registrada junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (tel: 3307-3799) sob o número 22/2009 e em caso de dúvida você pode nos procurar ou procurar o Comitê a qualquer momento.

Desde já agradecemos a sua confiança e colaboração.

Fabício Fernandes Almeida
fabriciofalmeida@unb.br
(61) 84037886

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
aderson@unb.br
(61) 3307-3069

Compreendi e aceito participar da pesquisa Análise Correlacional das Variáveis Psicossociais Relacionadas à Dor,

Nome: _____

Assinatura: _____

Telefones para contato: _____

Data: ____/____/____.

ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 22/09

Título do Projeto: Avaliação de Variáveis Psicossociais Correlacionadas à Dor

Pesquisador Responsável: Fabricio Fernandes Almeida

Data de Entrada: 02/4/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética na pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 22/09 com o título: “Avaliação de Variáveis Psicossociais Correlacionadas à Dor”, analisado na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de Março de 2009.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 25 de Maio de 2009.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

ANEXO C – Classificação dos periódicos por estratos *QUALIS*; como foram avaliados e/ou povoados os estratos (WEBQUALIS, 2009)

| ESTRATO | CRITÉRIOS |
|-----------|--|
| A1 | Presença no ISI e no PsycInfo. Publicação por associação científica com reconhecimento internacional. Condição de referência internacional para a área da Psicologia. |
| A2 | Presença no ISI, ou nos três seguintes IBDs: PsycInfo, Scopus e SciELO. OU Presença em dois dos seguintes IBDs: PsycInfo, Scopus e SciELO mais presença em quatro ou mais dos seguintes IBDs: CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, ou REDALYC. Atualização (todos os números do ano anterior publicados até março). Periodicidade mínima: quadrimestral (revistas generalistas); semestral (revistas de subáreas). |
| B1 | Presença no ISI, ou PsycInfo, ou Scopus, ou SciELO. OU Presença em quatro ou mais dos seguintes IBDs: CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, ou REDALYC. |
| B2 | Presença em pelo menos dois dos seguintes IBDs: CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, ou REDALYC. |
| B3 | Presença em um dos seguintes IBDs: CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, REDALYC. |
| B4 | Publicado por instituição com Pós-Graduação <i>stricto sensu</i> , ou Sociedade Científica, ou Instituição Profissional, ou Instituição de Pesquisa, ou com apoio CAPES, CNPq ou financiamento estatal, avaliação por pares, ou estar disponível no PePsic, ou em IBDs distintos. |
| B5 | Atendimento dos requisitos mínimos. |

(IBDs = Indexadores ou Bases de Dados)

ANEXO D - Banco de Dados da Produção Científica Nacional em Psicologia da Dor (BPCPD)

| A | B | C | D | E |
|----|---|----|----|---------------------|
| 3 | A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano | 17 | 36 | Pesquisas Teóricas |
| 4 | Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança | 17 | 36 | Pesquisas Teóricas |
| 5 | Falsas Memórias: questões teórico-metodológicas | 17 | 36 | Pesquisas Teóricas |
| 6 | Unsicherheit do século XXI: o ensino e aprendizagem da leitura e da escrita em língua portuguesa em São Paulo | 17 | 36 | Pesquisas Teóricas |
| 7 | A pré-história da noção de causa em Freud | 17 | 36 | Pesquisas Teóricas |
| 8 | Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos | 17 | 36 | Pesquisas Empíricas |
| 9 | Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar | 17 | 36 | Pesquisas Empíricas |
| 10 | Opiniões dos adolescentes do ensino médio sobre o relacionamento familiar e seus planos para o futuro | 17 | 36 | Pesquisas Empíricas |
| 11 | Atuação de professores do ensino itinerante face à inclusão de crianças com baixa visão na educação infantil | 17 | 36 | Pesquisas Empíricas |
| 12 | Programa de treinamento de consciência fonológica para crianças surdas bilingües | 17 | 36 | Pesquisas Empíricas |
| 13 | Construindo saberes em Psicologia: a teia do conhecimento e o tempo da travessia | 17 | 37 | Editorial |
| 14 | Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão | 17 | 37 | Pesquisas Teóricas |
| 15 | Sentido de número na infância: uma interconexão dinâmica entre conceitos e procedimentos | 17 | 37 | Pesquisas Teóricas |
| 16 | "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais | 17 | 37 | Pesquisas Teóricas |
| 17 | A persuasão e o dinamismo psíquico em sermões de Antônio Vieira | 17 | 37 | Pesquisas Teóricas |
| 18 | A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire | 17 | 37 | Pesquisas Teóricas |
| 19 | Importância e domínios de avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia | 17 | 37 | Pesquisas Empíricas |
| 20 | Atitudes de leitura e desesperança em idosos | 17 | 37 | Pesquisas Empíricas |
| 21 | Percepção de padrões concêntricos em crianças de 8 a 13 anos | 17 | 37 | Pesquisas Empíricas |
| 22 | A mãe, o filho e a síndrome de Down | 17 | 37 | Pesquisas Empíricas |
| 23 | Dialogando com o passado, construindo o futuro | 17 | 37 | Resenha |
| 24 | Perspectivas de inclusão em tempos de exclusão social: construindo pontes e mundos possíveis | 17 | 38 | Editorial |
| 25 | Protagonismo infantil: co-construindo significados em meio às práticas sociais | 17 | 38 | Pesquisas Teóricas |
| 26 | Injustiça, autonomia moral e organização escolar: análise exploratória de relações | 17 | 38 | Pesquisas Teóricas |
| 27 | Entre a Filosofia e a Ciência: Merleau-Ponty e a Psicologia | 17 | 38 | Pesquisas Teóricas |
| 28 | Concepções pedagógicas e método de ensino: o manual didático Processologia na Escola Primária | 17 | 38 | Pesquisas Teóricas |
| 29 | Adoção de comportamentos de risco por adolescentes: uma comparação das opiniões de adolescentes e adultos | 17 | 38 | Pesquisas Empíricas |
| 30 | Proposta de instrumento para avaliar conhecimento de jovens sobre métodos contraceptivos | 17 | 38 | Pesquisas Empíricas |
| 31 | Escolha de parceiros afetivos: influência das seqüelas de fissura labiopalatal | 17 | 38 | Pesquisas Empíricas |
| 32 | Práticas avaliativas no ensino fundamental e cultura escolar | 17 | 38 | Pesquisas Empíricas |
| 33 | O estímulo à criatividade em cursos de licenciatura | 17 | 38 | Pesquisas Empíricas |

ANEXO E – Descrição das principais características dos 14 selecionados na revisão da literatura especializada

| Autor | Ano | Periódico | Principais Variáveis Psicossociais | Metodologia | Participantes | | |
|---------------------------------|------|------------------------|---|--|---------------|-----|-----|
| | | | | | Total | H | M |
| Macedo & Werlang | 2007 | Ágora | Nenhuma | Estudo de caso | 1 | 0 | 1 |
| Kein & Linhares | 2007 | Paidéia | Comportamentos e Experiências de dor | Revisão teórica | 0 | 0 | 0 |
| Arantes | 2008 | Psicologia Clínica | Nenhuma | Análise documental | 15 | 8 | 7 |
| Ferraz | 2007 | Psicologia e Sociedade | Nenhuma | Depoimento | 0 | 0 | 0 |
| Mendonça | 2008 | Psyche | Nenhuma | Estudo de caso e revisão teórica | 1 | 0 | 1 |
| Pinheiro | 2007 | Revista DOR | Religiosidade, atitude e postura | Revisão teórica | 0 | 0 | 0 |
| Novaes | 2007 | Revista DOR | Nenhuma | Revisão teórica | 0 | 0 | 0 |
| Kehara, Martins, Cunha, & Silva | 2008 | Revista DOR | Auto-Eficácia | Estudo descritivo experimental | 36 | 14 | 19 |
| Nogueira et al. | 2008 | Revista DOR | Gênero e Estratégias de enfrentamento | Estudo comparativo quantitativo e qualitativo | 60 | 30 | 30 |
| Martins & Vandenberghe | 2007 | Revista DOR | Crenças, adesão, enfrentamento | Avaliação psicológica, entrevista e observação | 35 | 0 | 35 |
| Portnoi et al. | 2007 | Revista DOR | Nenhuma | Estudo de caso | 1 | 0 | 1 |
| Mazoni & Carvalho | 2008 | Revista DOR | Nenhuma | Estudo de revisão | 0 | 0 | 0 |
| Dal Ponte et al. | 2008 | Revista DOR | Nenhuma | Estudo transversal retrospectivo descritivo | 715 | 354 | 361 |
| Flores & Costa Junior | 2008 | Psicologia em Estudo | Suporte social, enfrentamento, comorbidades | Revisão teórica | 0 | 0 | 0 |

H – Homens. M – Mulheres.

ANEXO F - Questionário de Auto-Eficácia e Dor (PSEQ)

Questionário de Auto-Eficácia e Dor (PSEQ)

Por favor, avalie o quão confiante você está de que pode fazer as seguintes coisas no presente, **independentemente de sua dor**. Para indicar a sua resposta, circule um dos números na escala abaixo de cada item, onde 0 = completamente não confiante e 6 = completamente confiante.

Por exemplo:

| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| <i>Completamente não Confiante</i> | | | | | | <i>Completamente Confiante</i> | |

Lembre-se, este questionário não está perguntando se você tem ou não tem feito essas coisas, mas sim **quão confiante você está que você consegue fazê-las no presente**, **independentemente de sua dor**.

1) Consigo gostar das coisas, independentemente da dor.

| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| <i>Completamente não Confiante</i> | | | | | | <i>Completamente Confiante</i> | |

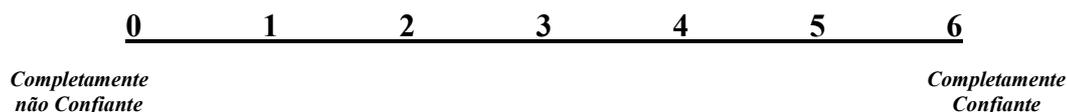
2) Eu posso fazer a maior parte dos trabalhos domésticos (p.ex.: arrumar a casa, lavar os pratos, etc.), independentemente da dor.

| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| <i>Completamente não Confiante</i> | | | | | | <i>Completamente Confiante</i> | |

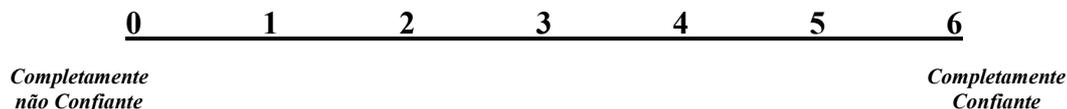
3) Eu consigo me relacionar socialmente com meus amigos ou membros da família tanto quanto eu costumava, independentemente da dor.

| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| <i>Completamente não Confiante</i> | | | | | | <i>Completamente Confiante</i> | |

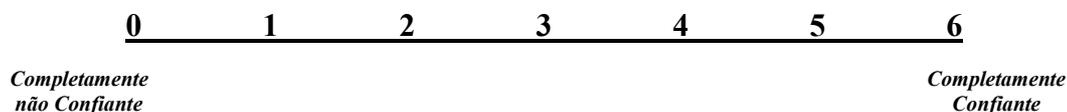
4) Eu consigo lidar com minha dor na maior parte das situações.



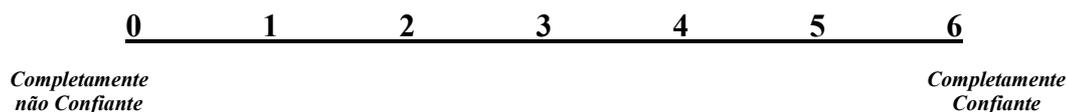
5) Eu consigo realizar algum tipo de trabalho, independentemente da dor. (“trabalho” inclui trabalho doméstico, trabalho pago ou não)



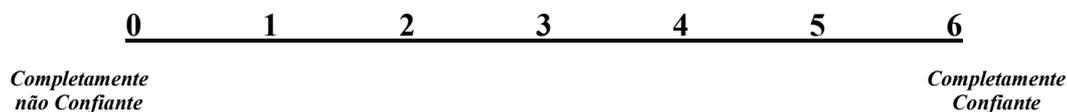
6) Eu ainda consigo fazer muitas das coisas que eu gosto de fazer, tais como hobbies ou atividades de lazer, independentemente da dor.



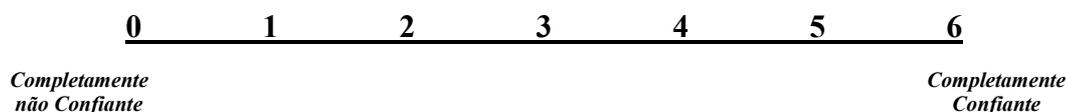
7) Eu consigo lidar com minha dor sem medicação.



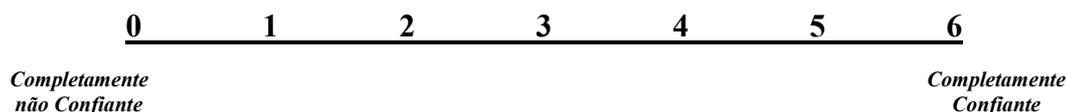
8) Eu ainda consigo realizar a maior parte dos meus objetivos de vida, independentemente da dor.

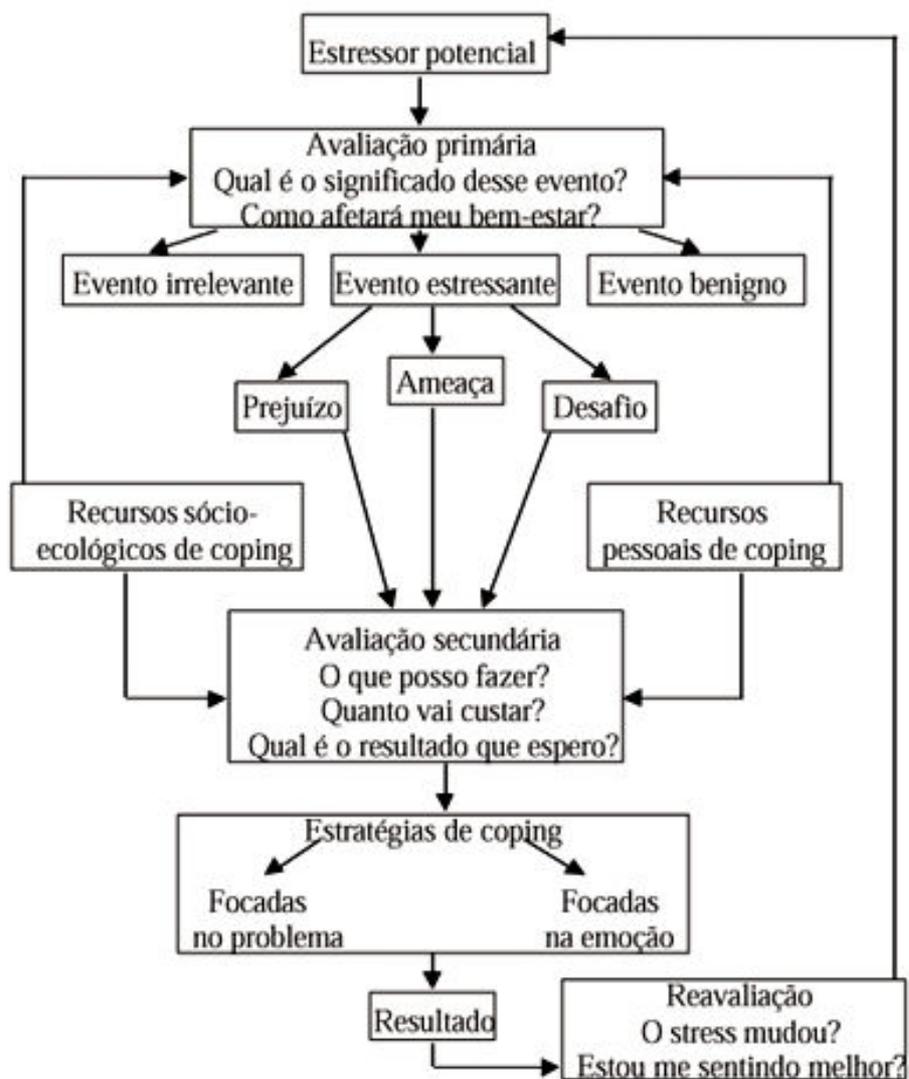


9) Eu posso ter um estilo de vida normal, independentemente da dor.



10) Eu posso me tornar gradualmente mais ativo, independentemente da dor.



ANEXO G - Modelo de processamento de *Stress* e *Coping*

ANEXO H - Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

(Adaptada de Seidl & Cols., 2001)

Instruções: as pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja o exemplo: “eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema”. Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

| AFIRMAÇÕES | | Eu nunca faço isso | Eu faço isso um pouco | Eu faço isso às vezes | Eu faço isso muito | Eu faço isso Sempre |
|------------|---|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | Eu levo em conta o lado positivo das coisas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Eu me culpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Procuro um culpado para a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Espero que um milagre aconteça. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Eu rezo/oro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Converso com alguém sobre como estou me sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Eu insisto e luto pelo que quero. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Desconto em outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Encontro diferentes soluções para o meu problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Tento ser uma pessoa mais forte e otimista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 16 | Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Eu me concentro nas coisas boas da minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Aceito a simpatia e a compreensão de alguém. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Pratico mais a religião desde que tenho esse problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Eu acho que as pessoas foram injustas comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Tento esquecer o problema todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Eu culpo os outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Procuo me afastar das pessoas em geral. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Encaro a situação por etapas fazendo uma coisa de cada vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 | Descubro quem mais é ou foi responsável. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 | Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Converso com alguém para obter informações sobre a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | Eu me apego à minha fé para superar essa situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO I - Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)
(Adaptada de Botega & Cols., 1995)

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e marque um “X” a resposta que melhor corresponde a como você está se sentindo na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão, neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta:

1) *Eu me sinto tenso ou contraído (A).*

- 3 () A maior parte do tempo.
2 () Boa parte do tempo.
1 () De vez em quando.
0 () Nunca.

2) *Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes (D).*

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes.
1 () Não tanto quanto antes.
2 () Só um pouco.
3 () Já não sinto mais prazer em nada.

3) *Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer (A).*

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte.
2 () Sim, mas não tão forte.
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa.
0 () Não sinto nada disso.

4) *Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas (D).*

- 0 () Do mesmo jeito que antes.
1 () Atualmente um pouco menos.
2 () Atualmente bem menos.
3 () Não consigo mais.

5) *Estou com a cabeça cheia de preocupações (A).*

- 3 () A maior parte do tempo.
2 () Boa parte do tempo.
1 () De vez em quando.
0 () Raramente.

- 6) *Eu me sinto alegre (D).*
- 3 () Nunca.
2 () Poucas vezes.
1 () Muitas vezes.
0 () A maior parte do tempo.
- 7) *Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado (A).*
- 0 () Sim, quase sempre.
1 () Muitas vezes.
2 () Poucas vezes.
3 () Nunca.
- 8) *Eu estou lento para pensar e fazer as coisas (D).*
- 3 () Quase sempre.
2 () Muitas vezes.
1 () De vez em quando.
0 () Nunca.
- 9) *Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago (A).*
- 0 () Nunca.
1 () De vez em quando.
2 () Muitas vezes.
3 () Quase sempre.
- 10) *Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência (D).*
- 3 () Completamente.
2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria.
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes.
- 11) *Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum (A).*
- 3 () Sim, demais.
2 () Bastante.
1 () Um pouco.
0 () Não me sinto assim.
- 12) *Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir (D).*
- 0 () Do mesmo jeito que antes.
1 () Um pouco menos do que antes.
2 () Bem menos do que antes.
3 () Quase nunca.
- 13) *De repente, tenho a sensação de entrar em pânico (A).*
- 3 () A quase todo momento.

- 2 () Várias vezes.
1 () De vez em quando.
0 () Não sinto isso.

14) *Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa (D).*

- 0 () Quase sempre.
1 () Várias vezes.
2 () Poucas Vezes.
3 () Quase nunca

ANEXO J – Forma Reduzida do Questionário de do McGill (SF-MPQ)

Questionário McGill de Dor (MPQ) – Forma Reduzida

| Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | |
|---|-------------------------|---|-----|------|
| I. Índice de Estimativa de Dor (PRI). Anotar para cada qualidade: (0)Nenhuma, (1)Branda, (2)Moderada, (3)Severa. | | | | |
| | Qualidade | Definição para fins de treinamento | PRI | Σ(S) |
| S | Palpitante | É latejante, pulsante. | | |
| S | Tiro | É pontual, tanto no sentido de tempo (rápido), como no sentido de lugar (um lugar específico), com uma consequência sensorial depois, diferente da dor propriamente dita. Fica sensação posterior de desconforto. | | |
| S | Punhalada | É dor potencial que varia de 0 a 10, diminui, embora continue sendo descrita como dor, mas com uma intensidade menor. É pontual e perdura. É diferente da sensação de tiro, pois no tiro vem uma sensação diferente depois. Na qualidade 'punhalada', a sensação inicial perdura. | | |
| S | Aguda | É de tempo curto, não dura. Vem, acontece e passa por completo, e depois ela pode voltar a acontecer. A pessoa considera que é uma dor forte. | | |
| S | Cólica | É uma contração muscular, e é constrictiva. É dor que repuxa e aperta. Ex.: cólica menstrual é contração muscular do útero com aperto. | | |
| S | Mordida | É perfurante, cortante. A pessoa tem sensação que aperta e corta, como se estivesse furando, rasgando. Tem pressão progressiva. | | |
| S | Calor-Queimação | É dor que queima, arde, esquentada. | | |
| S | Dolorida | É relatada como chata, desagradável, irritante. Pessoa fica impaciente, inquieta, está sentindo o peso de carregá-la, a dor é como um fardo. | | |
| S | Em peso | É produzida qualidade sensorial de carregar uma mochila pesada, puxando para baixo, carregando um peso. | | |
| S | Sensível | É produzida a qualidade sensorial em que qualquer coisa, qualquer estímulo pode aumentar a dor. | | |
| S | Rompendo | É dor com sensação de rasgar de modo mais violento do que a mordida. | | |
| A | Cansativo-exaustiva | Interpretação exclusiva da pessoa. | | Σ(A) |
| A | Enjoada | Interpretação exclusiva da pessoa. | | |
| A | Amedrontada | Interpretação exclusiva da pessoa. | | |
| A | Castigante-Atormentante | Interpretação exclusiva da pessoa. | | |
| Índice Sensorial (PRI-S): ____ ÷ 33 = ____ | | Índice Afetivo (PRI-A): ____ ÷ 12 = ____ | | |
| II. Intensidade Dor Presente(PPI/VAS 0-10): Mostrar a escala de dor de 100 mm. Calcular: VAS ____ ÷ 10 = ____ | | McGill: Localização da dor | | |
| III. Avaliação Global da Dor 0 Nenhuma dor 3 Aflitiva 1 Branda 4 Horrível 2 Desconfortável 5 Martirizante | | | | |
| Dor: Borg Qual foi a pior dor que você já sentiu na sua vida, sem contar a atual? | | | | |
| Tendo essa dor como valor 10 em uma escala onde 0 é a ausência total de dor, qual a nota que você dá à sua dor atual (respostas acima de 10 são aceitas desde que haja boa compreensão da avaliação por parte do paciente)? | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/> Outra | | |

ANEXO K – Questionário de Caracterização Amostral

Questionário de Caracterização Amostral

1) **Diagnóstico:** _____2) **Sexo:** Masculino Feminino.3) **Idade:** _____ anos.4) **Estado Civil:** Solteiro(a). Divorciado(a) / Separado(a). Casado(a) / União estável. Viúvo(a).5) **Escolaridade:** Sabe ler e escrever? Não. Sim. E. Fundamental. Completo. E. Médio. Incompleto: E. Superior. _____ anos de ensino formal.6) **Situação Empregatória:** Ativo(a). Com carteira assinada? Sim. Não. Afastado(a). Recebendo benefícios sociais? Sim. Não. Desempregado. Autônomo. Aposentado.7) **Renda:** _____ Salários Mínimos (SM= R\$ 510,00)8) **Vinculação Religiosa:** Não. Sim. Qual? _____9) **Já fez acompanhamento com um Psicólogo ou Psiquiatra?** Não. Sim. Porque?

10) **Prescrição Medicamentosa:**

| <i>Medicação</i> | <i>Dose</i> | <i>Horário da Última Administração</i> |
|------------------|-------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |