

É POSSÍVEL VIVER APESAR DA DOR!... AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA MULTIMODAL EM PACIENTES COM DOR CRÓNICA

Vera Araújo-Soares & Teresa McIntyre

Universidade do Minho, Departamento de Psicologia¹

RESUMO: O trabalho aqui apresentado orientou-se, fundamentalmente, no sentido de avaliar um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. Para cumprir este objectivo procedeu-se à construção de um manual de intervenção e à sua aplicação, com vista à avaliação da sua eficácia. Para implementá-lo junto de doentes com dor foram contactados os serviços de Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação, e Consulta de Dor de dois Hospitais Distritais. A investigação realizada apresenta cariz *quasi*-experimental, tendo participado, voluntariamente, 33 sujeitos no grupo experimental e 36 no grupo de controlo (lista de espera), com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos de idade. Análises iniciais a estes dois grupos revelaram semelhanças na maioria das variáveis estudadas no momento de pré-teste. Os sujeitos do grupo experimental foram submetidos ao programa de intervenção psicológica multimodal e à intervenção *standard* dos serviços de ortopedia, medicina física de reabilitação e dor. O tipo de intervenção médica reflectia um vasto conjunto de práticas médicas correntes para o tratamento em pessoas com dor crónica lombar. O grupo de controlo foi sujeito apenas aos serviços habituais (*standard*). Para provar a eficácia deste programa, bem como os efeitos sinérgicos da conjugação deste com a intervenção médica *standard*, realizaram medidas pré e pós-intervenção. Dos resultados obtidos no pós-teste, salienta-se a confirmação das hipóteses principais do estudo, com melhores resultados para o grupo experimental. Observaram-se diminuições na frequência e intensidade da dor, nos níveis de morbidade física e psicológica, de sofrimento e depressão, com claros aumentos em termos das estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados dos testes de hipóteses e das análises efectuadas confirmaram um conjunto de dados da literatura que indicam a força sinérgica deste tipo de intervenção conjugada com a médica no tratamento de pacientes com dor crónica.

Palavras chave: Dor crónica lombar, Intervenção multidisciplinar e multimodal, Eficácia.

YOU CAN LIVE WITH PAIN!... EFFICACY EVALUATION OF A MULTIMODAL PSYCHOLOGICAL INTERVENTION PROGRAM IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

ABSTRACT: The main goal of this research was to evaluate a multimodal and multidisciplinary psychological intervention program in patients with chronic pain. After a comprehensive review of the chronic pain and psychological intervention literature an intervention manual was developed with the goal of testing its efficacy. The program was tested in Orthopaedics, Physical Medicine, Rehabilitation and Pain Clinic patients of two General Hospitals. The research design is quasi-experimental in nature, the sample consisted of 33 subjects in the experimental condition, and 36 in the control condition (wait-list), with ages between 18 and 72 and participation was voluntary. The initial evaluation of these two groups revealed that they were equivalent at pre-test. The patients of the experimental group were given a psychological intervention in addition to medical care, and the control group had only standard medical care. Thus, the

¹ Projecto financiado pela FCT (PRAXIS XXI/BM/13014).

main goal of this study was to test the efficacy of this program, as well as the synergistic effects of the combined intervention. Pre-post measures were taken. The results at post-test showed a reduction in the frequency and intensity of pain, in the levels of physical and psychological morbidity, suffering and depression with clear increases in terms of the coping strategies. These results confirm other results that highlighted the importance of the combination of interventions from the fields of medicine and psychology in treating chronic pain patients. These data point out the need to implement multidisciplinary and biopsychosocial approaches in the treatment of chronic pain patients, especially in hospital settings.

Key words: Chronic lombar pain, Multidisciplinary and multimodal intervention, Efficacy.

A recente história da intervenção psicológica na dor não é desconhecida. A teoria do *Gate Control* proposta por Melzack e Wall (1982) demonstrou, claramente, a necessidade de integrar factores neurofisiológicos e psicológicos para a obtenção de uma melhor compreensão do fenómeno da percepção da dor (Soares, 1997). Os modelos de intervenção propostos por autores como Turk e col. (1983) baseados em modelos cognitivo-comportamentais abriram mais uma porta para a intervenção psicológica neste campo.

Os primeiros sucessos da intervenção psicológica surgiram da impossibilidade, sentida por alguns médicos, em tratar determinados pacientes com condições de dor crónica. Estes pacientes eram enviados ao psicólogo como último recurso. As estratégias inicialmente utilizadas pela psicologia para intervir nestes casos eram eminentemente comportamentais. Actualmente reconhece-se que uma condição de dor, seja de origem orgânica ou não, pode ser alterada através da utilização de modelos e estratégias psicológicas. Deste modo, os métodos de intervenção e tratamento da dor têm evoluído para a inclusão de procedimentos psicológicos, adicionando este vasto conjunto de novas formas de intervir com outras formas médicas de intervenção (Horn & Munafò, 1997). O modelo biopsicossocial é uma tentativa de integração de todos estes factores biológicos, psicológicos e sociais, surgindo como uma referência teórica adequada para integrar a complexa subjectividade do “síndrome de dor crónica”. Assim, o paciente com dor é visto de uma forma holística, em que a estreita relação mente-corpo se manifesta na experiência pessoal de dor. A intervenção multidimensional na dor, incluindo uma vertente psicossocial, torna-se assim essencial para uma abordagem eficaz da dor em que o paciente assume um papel activo na construção do seu tratamento (McIntyre, 1995).

Dada a diversidade das etiologias da dor – artrite, dores lombares, cancro (Wilson & Gil, 1996) –, uma das dificuldades encontradas na planificação de um programa de intervenção consiste nas diversas tipologias de dor existentes: dor aguda ou dor crónica, que pode ser causada por uma patologia identificável ou sem possibilidade de identificação da sua origem biológica, podendo ser benigna ou maligna. De facto, o sintoma “dor” é algo que está associado a um vasto espectro de diferentes síndromas, doenças, traumas ou patologias (quer físicas quer psicológicas) (Turk & Rudy, 1992). Na literatura podemos encontrar diversos sistemas de classificação de dor crónica, que variam no grau de especificidade. Contudo, apesar de toda esta complexidade, os pacientes com dor crónica são muitas vezes tratados como um grupo homogéneo que se descreve como apresentando o “síndrome de dor crónica”. Assim sendo, para estes pacientes é prescrito o mesmo tipo de intervenção, seja esta psicofarmacológica, psicológica ou alguma forma de integração dos dois tipos de tratamento. Os diferentes protocolos que têm sido utilizados no estrangeiro incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, bem como medidas físicas. Contudo, ainda estamos longe de saber qual o tipo de intervenção mais adequado a cada tipo de dor, uma vez que a maioria das intervenções têm sido realizadas com grupos de dor bastante heterogéneos.

Mais recentemente, têm surgido estudos de intervenções multimodais com pacientes de dor crónica lombar. Estes representam uma tentativa de delimitar o problema em termos da localização e especificação da dor sentida. No entanto, também estes não definem a etiologia fisiológica da dor crónica. Usualmente a dor lombar pode apresentar uma grande variedade de etiologias: patologia discal, osteoartrite, osteoporose, trauma, ferimentos ou tensão muscular/

/espasmos, mas na grande maioria dos estudos estas causas são agrupadas conjuntamente e tratadas nas mesmas análises.

Num estudo efectuado por Nicholas, Wilson, e Goyen (1991), distribuíram-se 55 pacientes com dor crónica lombar por seis condições experimentais de forma a avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e o condicionamento operante, com e sem treino de relaxamento, num contexto de internamento e de ambulatório. Havia duas condições de controlo – sessões não directivas e de fisioterapia ou apenas fisioterapia. O grupo de terapia cognitivo-comportamental incluía um componente educacional, no qual a inactividade, a depressão e a toma de medicação num intervalo de tempo pré-estabelecido eram temáticas abordadas, possuindo também um componente de intervenção psicológica com treino de relaxamento, reestruturação cognitiva e aumento gradual da actividade física. Quanto ao grupo de terapia por condicionamento operante, este focava-se na actividade física reduzida associada à dor crónica e nas consequências deste tipo de actividade, entre as quais se pode contar uma diminuição da força muscular. Os objectivos estabelecidos consistiam na redução da medicação, passando os sujeitos a ingeri-la nas horas recomendadas, e no aumento das actividades sociais e laborais de uma forma gradual. Todos os pacientes foram submetidos a fisioterapia e a um programa de exercício. A análise dos resultados revelou que a intervenção combinada de terapia psicológica com fisioterapia apresentava melhores resultados do que as duas condições de controlo em medidas como: a intensidade da dor, o auto-relato de limitações funcionais, bem como as cognições disfuncionais relacionadas com a dor. Os pacientes que receberam uma intervenção baseada no paradigma do condicionamento operante (com e sem relaxamento) demonstraram maiores ganhos em medidas de auto-relato de limitação funcional e uso de medicação do que os pacientes que participaram nas outras condições. Este estudo revela-se bastante importante e inovador, uma vez que compara tratamentos psicológicos com tratamentos não psicológicos, incluindo dois grupos de controlo de modo a controlar os efeitos que possam estar associados ao contacto com o terapeuta.

Outra investigação realizada por Slater, Doctor, Pruitt, e Atkinson (1997) avaliou a eficácia clínica de uma intervenção comportamental em 34 doentes com dor crónica lombar. Destes, 17 foram submetidos à intervenção comportamental e outros 17 passaram apenas pela intervenção médica usual, tendo sido submetidos ao mesmo tipo de medidas no tempo com o propósito de se poder realizar uma comparação descritiva. Da intervenção comportamental constavam os seguintes componentes: (i) educação acerca da dor nas costas e sua função; (ii) aumentos sistemáticos a nível da actividade física (ex: caminhar e aumentar a força muscular); (iii) planeamento e comprometimento com determinadas actividades; (iv) reforço contingente para a melhoria da funcionalidade e actividade e o não reforço de comportamentos relacionados com o papel de doente; (v) e treino de resolução de problemas e de auto-ajuda. Outros componentes de tratamento eram considerados em casos especiais, como a redução sistemática de medicamentos em casos de abuso. O tratamento providenciado tinha a duração de uma hora por semana de sessões individuais durante aproximadamente oito semanas, com avaliações *follow-up* de três e seis meses. A intervenção médica habitual era providenciada de acordo com a prática do ortopedista e podia incluir cirurgia ou não, dependendo das necessidades individuais de cada paciente. O tipo de intervenção médica reflectia um vasto conjunto de práticas médicas correntes para o tratamento de pessoas com dor crónica lombar, constituindo-se como o tratamento usual recebido numa clínica ortopédica. Os resultados providenciaram provas da eficácia da intervenção comportamental, que produziu resultados positivos clinicamente significativos no grupo.

Esta breve amostra de estudos apresenta evidências empíricas de que uma intervenção cognitivo-comportamental é eficaz para pacientes com dor crónica lombar, diminuindo os comportamentos de dor, mas não a sensibilidade a esta. Em geral, verifica-se que as intervenções de carácter multimodal são mais eficazes do que os programas que se focam apenas num ou dois componentes. Também se verifica que o adicionar de um componente psicológico (ex: cognitivo-comportamental) à terapia tradicional apresenta um efeito complementar e sinérgico em todas estas intervenções.

Em suma, podemos concluir que a intervenção psicológica se foca principalmente no exame do impacto de intervenções cognitivo-comportamentais no relato e resposta face à dor.

As intervenções incluem o treino em estratégias de *coping* com a dor tais como: estratégias de relaxamento e distração, aumentar as actividades sociais e físicas agradáveis, reestruturação cognitiva, estabelecimento de objectivos e resolução de problemas (Sanders, 1996; Bradley, 1996). Geralmente, a investigação revela que as intervenções psicológicas são eficazes ao longo de uma vasta gama de medidas, com benefícios mantidos pelo menos até um ano após a intervenção. Estas investigações apontam para a necessidade de no futuro alguns estudos contrastarem as intervenções biomédicas tradicionais com as intervenções psicológicas multimodais, avaliando ainda os efeitos sinérgicos de uma abordagem combinada.

O estudo aqui apresentado constitui-se como um esforço da investigação científica em provar a importância de uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar na dor crónica, envolvendo os contributos da psicologia e da medicina (Soares et al., 1999). Com este estudo tentou-se cumprir as principais recomendações de alguns investigadores, uma vez que este projecto de investigação tenta integrar todos os conhecimentos e contribuições no campo da dor crónica num programa de intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar manualizado (McIntyre, Araújo-Soares, & Brown, 1998) em pacientes com dor crónica lombar, de modo a aumentar a sua validade interna, podendo, desta forma, incrementar-se a replicação deste.

MÉTODO

O objectivo primordial da investigação que nos propomos realizar é a avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal conjugado com uma intervenção médica na dor crónica lombar. Esta é uma investigação de tipo *quasi*-experimental, com avaliação de controlo (lista de espera com tratamento *standard* biomédico) e um grupo experimental (com intervenção psicológica multimodal e tratamento biomédico *standard* – multidisciplinar) com medidas pré-pós-teste em ambos os grupos. Por tratar-se de uma investigação *quasi*-experimental procedeu-se à análise das características iniciais do grupo experimental e do grupo de comparação ou de controlo. Aquilo que se observou, foi que estes grupos se apresentam equivalentes no momento inicial. Deste modo as diferenças que possam encontrar-se no pós-teste poderão ser atribuídas à manipulação das variáveis independentes.

Quanto às hipóteses foram definidas duas que se apresentam de seguida:

- Hipótese 1* Prevê-se uma diferença significativa no grupo experimental, entre os momentos pré e pós-intervenção, nas variáveis de dor e psicossociais estudadas no sentido de uma diminuição no número de palavras escolhidas para definir a dor (NWC, McGill), da intensidade de dor actual (PPI, tal como avaliado pelo McGill), nos descritores da dor (PRI, McGill), nos níveis de interferência da dor, nos sintomas de dor, na frequência da dor, nos valores de depressão, no sofrimento), nos níveis de morbilidade e na ingestão de analgésicos, esperando-se um aumento observado a nível das estratégias de coping para lidar com a dor e no locus de controlo interno.
- Hipótese 2* Prevê-se uma diferença significativa entre o grupo experimental e de controlo no momento pós-intervenção nas variáveis de dor e psicossociais estudadas. Nomeadamente, espera-se que no grupo experimental as alterações vão no sentido de uma diminuição do número de palavras escolhidas para definir a dor (NWC, McGill), na intensidade de dor actual (PPI, tal como avaliado pelo McGill), nos descritores da dor (PRI, McGill), nos níveis de interferência da dor, nos sintomas de dor, nos valores de depressão, na experiência de sofrimento, nos níveis de morbilidade, na frequência da dor e ingestão de analgésicos, esperando-se um aumento a nível das estratégias de coping para lidar com a dor, não se verificando o mesmo no grupo de controlo.

Participantes

A média das idades é de 41 anos no grupo experimental e de 42,5 no grupo de controlo ($t(67)=-0,54$; $p=0,59$). A faixa etária acima dos 60 anos é uma das menos representadas e tal

justifica-se pelo seu nível de instrução ser menor e por apresentarem com maior frequência perturbações psicocognitivas e motoras que constituíram impedimento para a participação no estudo, quer no grupo experimental quer no grupo de controlo.

Quanto ao grupo experimental, com um total de 33 participantes, verificamos que, destes, 24,2% pertencem ao *sexo* masculino e 75,8% ao feminino, sendo a representação das mulheres muito superior à dos homens. No grupo de controlo encontramos uma percentagem de 30,6% homens e 69,4% mulheres, proporção semelhante ao grupo experimental ($\chi^2=0,34$; $p<0,55$).

No que se refere ao *grau de escolaridade* no grupo experimental, verifica-se que a grande maioria dos sujeitos apenas completou quatro anos de escolaridade (75,8%), verificando-se que 3% possuíam habilitações inferiores. 24,2% da amostra possuía entre 9 e 11 anos de escolaridade, 3% 12 a 16 anos de escolaridade e a mesma percentagem possuía mais de 17 anos de escolaridade. No grupo de controlo verifica-se que a maioria dos sujeitos apenas completou quatro anos de escolaridade (38,9%), verificando-se que 27,8% tinha habilitações inferiores. No entanto, 13,9% da amostra possuía entre 9 e 11 anos de escolaridade, 13,9% tinha entre 12 e 16 anos de escolaridade e 5,6% possuía mais de 17 anos de escolaridade. Contudo, comparativamente com a população portuguesa, o nível de escolaridade dos elementos da amostra é elevado, correspondendo a percentagem de indivíduos com mais do que a escolaridade obrigatória do 9º ano a 30,2% do total no grupo experimental e, no grupo de controlo, a 33,4%. A este nível observam-se diferenças significativas entre os dois grupos. Verifica-se que o grupo experimental possui menores níveis de escolaridade, em especial quando olhamos para os níveis que se seguem ao ensino primário completo.

Quanto ao *estado civil*, no grupo experimental a grande maioria (75,8%) referiu ser casado(a) e 3% junto(a). Dos restantes, 9,1% são solteiros(as), 3% viúvos(as) e 9,1% são divorciados(as) ou separados(as). No grupo de controlo a grande maioria (77,8%) referiu ser casado(a). Dos restantes, 16,7% são solteiros(as), 2,8% são viúvos e 3% divorciados(as) ou separados(as) ($\chi^2=3,04$; $p=0,55$).

No que respeita à *localização da dor*, verificamos que quanto ao grupo experimental a grande maioria dos doentes (63,6%) apresenta uma lombalgia que pode ou não ter irradiação para os membros inferiores, o segundo maior grupo, 24,2% possui “cervicalgia e lombalgia com ou sem irradiação para os membros superiores e/ou inferiores” e apenas 3% possui “cervicalgia, dorsalgia e lombalgia com ou sem irradiação para os membros superiores e/ou inferiores”. Desta forma, podemos referir que 100% dos sujeitos possui dor lombar com dores associadas. No grupo de controlo verificamos que, quanto à *localização da dor*, a grande maioria (44,6%) apresenta uma lombalgia que pode ou não ter irradiação para os membros inferiores, o segundo maior grupo, 22,3%, possui “cervicalgia e lombalgia com ou sem irradiação para os membros superiores e/ou inferiores” e o terceiro grupo, 19,5%, possui “cervicalgia, dorsalgia e lombalgia com ou sem irradiação para os membros superiores e/ou inferiores”. Observa-se ainda que 5,6% dos pacientes apresentam “ciatalgia com irradiação para os membros inferiores”, 5,6% “dor articular generalizada” e 2,8% apresentam “dor na articulação da anca com irradiação para o membro inferior e pé”. Todos estes sujeitos possuem uma dor crónica não oncológica, não existindo diferenças significativas quanto a esta localização entre o grupo experimental e o grupo de controlo.

Em conclusão, observa-se uma equivalência entre o grupo experimental e o grupo de controlo ao nível da distribuição por sexo e estado civil, tendo os testes de Qui Quadrado produzido resultados não significativos. Os resultados do teste t para a medida de idade foram igualmente não significativos, verificando-se apenas uma diferença significativa em termos da escolaridade, favorecendo o grupo de controlo em detrimento do grupo experimental.

Material

Considerando a natureza íntima dos fenómenos que se pretendia estudar, optámos por colher os dados através de questionários de auto-relato.

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos:

Questionário Sócio-demográfico e Clínico do Paciente; Versão Portuguesa do Questionário da dor de McGill (Martins & Teixeira, 1991); Versão Experimental Portuguesa do Questionário de meios de lidar com a dor de Brown (McIntyre & Araújo-Soares, 1999); Versão Portuguesa do *Rotterdam Symptom Checklist* – RSCL; Versão Portuguesa do *Cancer Locus of Control Scale* – CLCS; Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença – IESSD: Versão experimental; Inventário da Depressão de Beck: Versão experimental portuguesa (McIntyre & Araújo-Soares, 1999).

RESULTADOS

Hipótese 1

Para investigar as diferenças pré-pós-intervenção, utilizaram-se testes *t* de *Student* para amostras emparelhadas para as medidas de natureza contínua e intervalar e testes não paramétricos de *Wilcoxon* para as medidas categóricas.

Os resultados encontrados no grupo experimental em termos das variáveis clínicas avaliadas encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1

Resultados Significativos dos testes t de Student para Amostras Emparelhadas (Pré e Pós-Teste) para as Variáveis Clínicas (Grupo Experimental, N=33)

Variáveis	M1	DP1	M2	DP2	t	p	gl
McGill:							
– Nº de palavras escolhidas /NWC;	10,70	5,70	7,50	5,50	3,84	0,001	32
– Índice de dor actual / PPI;	2,40	1,10	1,60	1,02	3,12	0,004	32
– Soma dos descritores de dor /PRI.	28,30	14,70	17,10	13,80	4,41	0,0001	32
Tabela do nível de interferência.	18,80	7,10	16,09	6,01	2,07	0,04	32
BSA (avaliação breve dos sintomas de dor).	57,90	43,90	44,10	38,60	2,30	0,02	31
Question. de Coping com a dor de Brown:							
– Sub-escala alívio activo;	13,60	6,20	17,54	5,10	-3,80	0,0001	32
– Sub-escala distração;	7,60	3,90	11,40	3,50	-4,80	0,0001	32
– Sub-escala transformação;	10,00	4,06	18,90	5,60	-9,10	0,0001	32
– Total-Cope.	31,27	12,59	47,96	12,70	-7,30	0,0001	32
Invent. Exp. Sub. De Sofrimento – IESSD:							
– Sub-escala sofrimento relacional;	19,90	7,60	15,90	7,80	4,49	0,0001	32
– Sub-escala sofrimento existencial;	40,70	16,30	32,90	15,90	3,78	0,001	32
– Sub-escala sofrimento físico;	20,03	7,01	14,10	6,30	6,21	0,0001	32
– Sub-escala sofrimento psicológico;	38,10	13,60	29,06	12,80	5,68	0,0001	32
– Total.	124,70	41,80	97,93	42,10	6,11	0,0001	32
Lista de Sintomas de Roterdão – RSCL:							
– Morbilidade física;	45,60	10,60	38,50	10,04	5,10	0,0001	32
– Morbilidade psicológica;	26,40	6,20	22,30	6,01	4,08	0,0001	32
– Total.	74,36	15,70	63,12	15,18	5,21	0,0001	32
Inventário da Depressão – BDI-Total:							
• Dimensão cognitiva;	8,06	6,30	4,50	5,20	4,24	0,0001	32
• Dimensão fisiológica.	6,80	3,85	4,12	3,90	5,50	0,0001	32

No Quadro 2 encontram-se as percentagens pré e pós intervenção para as variáveis categóricas associadas à dor, descrevendo-se os resultados significativos dos testes de *Wilcoxon*.

Quadro 2

Percentagens das Variáveis clínicas associadas à Dor nos momentos de Pré e Pós-teste para o Grupo Experimental e Resultados Significativos do teste de Wilcoxon (N=33)

Variáveis	Pré -Teste	Pós- Teste
	%	%
Frequência da dor sentida		
• Todos os dias;	87,9	12,1
• Todas as semanas, dia sim dia não;	12,1	3,0
• Algumas vezes por mês;	---	30,3
• Dor mínima, raras vezes,	---	54,5
<hr/>		
Z= -4,824 p<0,0001		
Tratamento actual /Medicação		
• Nenhum;	27,3	81,8
• Analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, e/ou antiartrítico;	36,3	---
• Analgésicos, anti-inflamatórios e/ou sedativos;	3,0	3,0
• Analgésicos, anti-inflamatórios e ansiolíticos-S.O.S	15,1	3,0
• Fisioterapia e/ou termas e/ou Yoga, e/ou exercício físico e/ou analgésicos e/ou anti-inflamatórios;	15,2	6,1
• Vitaminas e sais minerais;	3,0	6,1
• Cortisona.	---	---
<hr/>		
Z= -2,547 p<0,02		

Em geral, os resultados comprovam a hipótese 1 demonstrando alterações significativas entre os momentos de pré e pós-intervenção em diversas variáveis relacionadas com a dor. Assim, encontra-se uma *diminuição* significativa no *número de descritores escolhidos* por cada sujeito para a caracterização da sua dor, uma *diminuição no índice da dor actual*, na *frequência da dor sentida* e, também, na *toma de medicação*. Estreitamente relacionadas com estas alterações estão as registadas na *interferência da dor no quotidiano* de cada sujeito, que *decrece*, conjuntamente com os *sintomas sentidos* por estes, e ainda a *experiência subjectiva de sofrimento*, a *morbilidade física e psicológica* e os valores de *depressão*. Conforme previsto, as estratégias de *coping* implementadas sofrem um incremento. Não se encontraram resultados significativos em termos de *Locus de Controlo sobre a Doença*, que permanece estável nos momentos pré-pós. Deste modo, parece ser possível concluir pela comprovação parcial da primeira hipótese a testar, uma vez que a maioria das alterações por nós esperadas se concretizaram.

Hipótese 2

De modo a testar esta hipótese, utilizaram-se dois tipos de testes estatísticos, consoante as medidas a analisar. Desta forma, para as medidas com características contínuas ou intervalares, foi utilizado um procedimento de *t*-teste para amostras independentes (Quadro 3) e para as medidas categóricas foi utilizado um teste de Qui-Quadrado (Quadro4).

Os resultados dos testes *t* de *Student* para amostras independentes revelaram diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo, no pós-teste que não se observavam no momento inicial de avaliação.

Em termos dos descritores da dor e do índice da dor actual, tal como avaliado pelo Questionário da Dor de McGill, as médias são inferiores para o grupo experimental, o mesmo se observando em relação à interferência da dor no quotidiano, à experiência subjectiva de sofrimento, à morbilidade física e psicológica e ainda em relação à depressão. Os valores médios são superiores para os totais e as sub-escalas do *Questionário de Meios de Lidar com a dor de Brown*. Assim, podemos concluir que, em geral, os resultados apoiam a hipótese inicialmente levantada por nós, uma vez que na maioria das medidas utilizadas as diferenças são significativas, com vantagens claras do grupo experimental em relação ao grupo de controlo.

No Quadro 4 estão os resultados significativos para algumas das variáveis psicossociais avaliadas utilizando o teste de Qui-Quadrado (χ^2).

Quadro 3

Diferenças Significativas no Pós Teste entre o Grupo Experimental (n=33) e o de Controlo (n=36)

Variáveis Clínicas	Grupo Experimental		Grupo de Controlo		t	p	GI
	M	DP	M	DP			
– Questionário da Dor de McGill:							
• N.º. de palavras escolhida /NWC;	7,50	5,50	11,10	5,6	-2,69	0,009	67
• Índice de dor actual (PPI);	1,60	1,02	2,37	1,2	-2,53	0,01	66
• Soma dos descritores de dor PRI.	17,10	13,80	30,40	17,00	-3,57	0,001	67
– Escala de <i>Coping</i> com a Dor Brown:							
• Sub-escala alívio activo;	17,55	5,14	14,72	4,05	2,51	0,01	67
• Sub-escala distração;	11,48	3,56	8,61	3,54	3,35	0,001	67
• Sub-escala transformação;	18,94	5,62	13,11	9,25	5,35	0,002	67
• Total;	47,97	12,79	36,44	13,30	4,18	0,0001	67
– Inventário da Experiência Subjectiva Sofrimento – IESSD:							
• Sub-escala, sofrimento relacional;	15,90	7,80	19,90	7,60	-2,15	0,03	67
• Sub-escala, sofrimento existencial;	32,90	15,90	44,05	19,30	-2,61	0,01	67
• Sub-escala, sofrimento físico;	14,10	6,03	20,08	6,90	-3,70	0,0001	67
• Sub-escala, sofrimento psicológico;	29,06	12,89	39,58	15,50	-3,07	0,003	67
• Total.	97,90	42,10	129,30	46,20	-2,94	0,004	67
– RSCL							
• Morbilidade física;	38,50	10,04	47,60	10,05	-3,74	0,0001	67
• Morbilidade psicológica;	22,30	6,01	27,20	6,30	-3,26	0,002	67
• Total.	63,12	15,80	77,00	14,86	-3,84	0,0001	67
– B. D. I. – Total:							
• Dimensão cognitiva;	5,20	4,50	7,50	6,10	-2,14	0,03	67
• Dimensão fisiológica.	4,12	3,90	7,60	4,50	-3,38	0,001	67

Os dados obtidos parecem confirmar a hipótese 2, uma vez que o grupo submetido à intervenção apresentou diminuições quanto à *ingestão de analgésicos*, à *frequência da dor sentida*, descrevendo a sua dor como predominantemente *periódica e transitória*, enquanto o grupo de controlo manteve constante a sua descrição: *contínua*.

O efeito da idade, do sexo e do grau de escolaridade nos resultados pós-intervenção não pode ser analisado quantitativamente dado o pequeno número de sujeitos em cada sub-grupo. Os resultados apresentados aparecem confirmar na sua generalidade a hipótese aqui testada.

Quadro 4

Resultados Significativos do teste Qui-Quadrado (χ^2) para as Medidas de Pós-Teste nos Comportamentos de Saúde por Grupo (N=69)

	Grupo Experimental	Grupo de Controlo	χ^2	p
	%	%		
Tratamento actual /Medicação				
• Nenhum;	81,8	11,1	40,67	0,0001
• Analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, e/ou antiartrítico;	---	36,1		
• Analgésicos, anti-inflamatórios e/ou sedativos;	3,0	5,6		
• Analgésicos, anti-inflamatórios e ansiolíticos-S.O.S	3,0	2,8		
• Fisioterapia e/ou termas e/ou Yoga, e/ou exercício físico e/ou analgésicos e/ou anti-inflamatórios;	6,1	38,9		
• Vitaminas e sais minerais;	6,1	2,8		
• Cortisona.	---	2,8		
Diminuiu a medicação				
• Não se aplica;	3,0	12,9	46,00	0,0001
• Sim;	93,9	9,7		
• Não.	3,0	77,4		
Frequência da dor sentida				
• Todos os dias;	12,1	91,7	48,33	0,0001
• Todas as semanas, dia sim dia não;	3,0	5,6		
• Algumas vezes por mês;	30,3	2,8		
• Dor mínima, raras vezes.	54,5	----		
Descreva a sua dor				
• Sem dor;	3,0	----	8,44	0,03
• Contínua;	42,4	69,4		
• Periódica;	27,3	2,5		
• Transitória.	27,3	5,6		

DISCUSSÃO

A primeira hipótese era preditiva de uma diferença significativa no grupo experimental entre os momentos pré e pós-intervenção e foi confirmada. Assim, observou-se uma diminuição na intensidade e frequência da dor, bem como níveis mais baixos de interferência desta no quotidiano. As estratégias de *coping* sofreram um incremento, constatando-se uma clara diminuição nos níveis de depressão, morbidade e sofrimento. Também se constatou que o GE e GC apresentavam diferenças significativas no pós-teste nas variáveis acima referidas e conforme previsto pela hipótese 2, com claras vantagens para o GE. Como se demonstrou que

os dois grupos eram semelhantes no momento de pré-teste para as variáveis avaliadas, estes resultados são um indicador importante da eficácia da intervenção realizada. Conclui-se pela validade do estudo e pelos efeitos sinérgicos de uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar quando comparada com uma intervenção apenas biomédica.

CONCLUSÃO

A dor crónica é um fenómeno que envolve diversas dimensões, podendo afirmar-se que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhado por um grande sofrimento pessoal, acarretando muitos custos sociais e, também, muitos custos económicos. Em 1990 Bonica estimou que 97 milhões de americanos sofriam de dor (ex: lombar, de cabeça, musculoesquelética, e por síndromas neurológicas) o que resultaria na perda de 400 milhões de dias de trabalho, com um custo total de 79 biliões de dólares. Assim, constata-se que o fenómeno de dor é o mais relatado num consultório médico, sendo mais complexa a quantificação da dor crónica (Dworkin & Grzesiak, 1993). Além destes fenómenos, a cada ano o cancro afecta um milhão de pessoas, só na America, estimando-se que 50% dos indivíduos hospitalizados nestas condições possuem dores de alívio difícil ou mesmo impossível (Shapiro, 1989). Quanto à dor crónica lombar estima-se que de 60 a 80% da população adulta irá sentir dor neste local, numa ou noutra ocasião das suas vidas, enquanto 12 a 45% irão experimentar uma condição crónica na mesma zona (Andersson & McNeill, 1989 in Arena & Blanchard, 1996). Sabe-se também que 12% de todas as baixas, que duram em média 30 dias, acontecem devido a esta condição (Arena & Blanchard, 1996). Os números em Portugal são mais difíceis de obter mas apontam para valores percentuais semelhantes.

Uma das características mais claras no campo da dor crónica é a sua complexidade, definida pela combinação de mecanismos periféricos, centrais e psicológicos (Melzack & Wall, 1965). Um paciente que vive com dor crónica, não só experimenta a sensação de dor, mas também se vê forçado a viver com alterações significativas no seu dia a dia provocadas pela limitação da sua actividade, por alterações no estado de humor, por uma diminuição da energia e por distúrbios de sono. Todas estas alterações levam ao aparecimento de problemas familiares, assim como a um crescente isolamento social (Keefe, Gil, & Rose, 1986). Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal modo absorvidos na procura constante de alívio para as suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que com uma nova avaliação se consigam encontrar novas formas de intervenção. Muitas vezes são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias, ou tornam-se dependentes de analgésicos.

Numa tentativa de dar resposta a esta procura generalizada de ajuda e integrando os conhecimentos actuais acerca do fenómeno de dor, a psicologia reclama o seu papel e tenta desempenhá-lo da forma mais proveitosa possível para as pessoas com dor crónica. Dada a diversidade das etiologias de dor, uma das dificuldades encontradas aquando da planificação de um programa de intervenção psicológica, reside nas diversas tipologias de dor existentes. Apesar de toda esta complexa diversidade, os pacientes com dor crónica são muitas vezes tratados como um grupo homogéneo que se descreve como apresentando o “síndrome de dor crónica” (Black, 1975). Assim sendo, para estes pacientes é prescrito o mesmo tipo de intervenção, quer esta seja psicofarmacológica, psicológica ou alguma forma de integração dos dois tipos de tratamento.

Alguns investigadores estão a tentar estudar que formas de intervenção são mais eficazes para diferentes categorias de dor (Mersky, 1986; Turk & Rudy, 1992; Sanders & Brena, 1993). No entanto, a resposta diferencial ao tratamento ainda não foi avaliada em estudos controlados (Wilson & Gil, 1996). Os diferentes protocolos que têm sido utilizados incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, assim como medidas físicas. Contudo, ainda se está longe de saber qual o tipo de intervenção mais adequada, uma vez que as intervenções têm sido realizadas com grupos de dor bastante heterogéneos.

Considerando as limitações em termos da heterogeneidade da amostra apontadas a alguns estudos realizados neste campo, tentamos com o estudo aqui apresentado, colmatar esta dificuldade, apresentando uma amostra bastante homogênea. Assim, no programa de intervenção aqui avaliado tentou limitar-se o campo de acção a casos de pacientes com dor crónica benigna e intratável – na sua maioria localizada na zona lombar – segundo a tipologia seguida por Turk e colaboradores em 1983.

Os estudos anteriormente realizados apontavam para a necessidade de que os investigadores se dedicassem a contrastar as intervenções farmacológicas com as intervenções psicológicas, avaliando ainda os efeitos sinérgicos de uma abordagem combinada. Foi a este desafio que tentamos dar resposta. Deste modo, os sujeitos do GC foram submetidos a uma intervenção médica habitual, enquanto os sujeitos do GE foram submetidos a esta intervenção médica combinada com a intervenção psicológica multimodal. Os investigadores enfatizam, também, a necessidade de utilizar protocolos de intervenção detalhadamente descritos em manuais de intervenção. Só assim, referem, se poderá aumentar a validade interna, incrementando-se a possibilidade de replicação do estudo. Tendo em consideração estas recomendações, tentou dar-se uma resposta positiva a estas exigências escrevendo previamente um manual de intervenção. Outra recomendação por nós acatada e descrita em vários estudos aos quais tivemos acesso revela a necessidade de treino dos terapeutas que vão implementar o programa; não só se respondeu afirmativamente a esta exigência como foi sempre a mesma pessoa a implementar o programa, eliminando mais uma possível variável parasita.

Em suma, os resultados do estudo aqui apresentado vêm juntar-se aos obtidos noutros realizados no estrangeiro e dos dados actuais podemos retirar múltiplas conclusões no sentido de uma abordagem biopsicossocial ao fenómeno da dor crónica e das estratégias de intervenção neste. Será importante sensibilizar os responsáveis pela política de saúde acerca da natureza multidimensional da dor crónica, enfatizando o facto de não existirem respostas simples para este complexo fenómeno e constatando-se pela necessidade de abordagens psicológicas e biomédicas, uma vez que estas apresentam menos efeitos separadamente e unidas poderão ser de um valor inestimável. De facto, observou-se que uma intervenção conjunta acarreta um progressivo desmame da medicação ingerida para o controlo da dor, o que tem implicações económicas importantes.

Espera-se que este estudo tenha contribuído para encorajar outros e mais esforços multidisciplinares no estudo e intervenção junto de pacientes com dor crónica de forma a que o sofrimento na situação de dor não seja uma experiência de desespero mas encontre nos profissionais de saúde uma resposta verdadeiramente humanizada. O tão esperado fim de “... *Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim.*” (Fernando Pessoa).

REFERÊNCIAS

- Arena, J.G., & Blanchard, E.B. (1996). Biofeedback and Relaxation Therapy for Chronic Pain Disorders. In Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 179-230). New York: The Guilford Press.
- Black, R.C. (1975). The chronic pain syndrome. *Surgical clinics of North America*, 55, 999-1011.
- Bonica, J.J. (1990). General considerations of chronic pain. In J.J. Bonica (Ed.), *The Management of Pain* (vol. 1, 2nd ed., pp. 180-196). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bradley, L.A. (1996). Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. In Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 131-147). New York: The Guilford Press.
- Dworkin, R.H., & Grzesiak, R.C. (1993). Chronic Pain: On The Integration of Psyche and Soma. In George Stricker & Jerold R. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 365-384). New York: Plenum Press.
- Horn, S., & Munafò, M. (1997). *Pain: Theory, research and intervention*. Open University Press.
- Keefe, F.J., Gil, K.M., & Rose, S.C. (1986). Behavioral approaches in the multidisciplinary management of chronic pain: Programs and issues. *Clinical Psychology Review*, 6, 87-113.

- Martins, H.C., & Teixeira, J.C. (1991). Adaptação do Questionário da Dor de McGill para a Língua Portuguesa. *Manual não publicado*.
- McIntyre, T.M. (1995). Abordagens Psicológicas do Sofrimento do Doente. In T.M. McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.), *O Sofrimento do Doente: Leituras Multidisciplinares* (pp. 13-29) Braga: Associação Portuguesa de Psicólogos (APPORT).
- McIntyre, T.M., Araújo-Soares, V., & Brown, D. (1998). *Manual de Intervenção Psicológica Multimodal em Pacientes com Dor Crónica*. Manual não publicado.
- McIntyre, T., & Araújo-Soares, V. (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo da Validade numa amostra de doentes com dor crónica. In A.P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.s), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, pp. 245-255). Braga: APPORT.
- McIntyre, T., & Araújo-Soares, V. (1999). Validade da versão portuguesa do "Questionário de Meios de Lidar com a Dor de Brown". A.P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.s), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol VI, pp. 289-298). Braga: APPORT.
- McIntyre, T.M., & Araújo-Soares, V. (no prelo). *Estudo das Qualidades Psicométricas do Questionário da Dor de McGill numa Amostra de Dor Mista*.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150: 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. (1982). *O Desafio da Dor*. Nestor Rodrigues (tradut.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mersky, H. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Suppl. 3*, S1-S225.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H., & Goyen, J. (1991). Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 225-238.
- Sanders, S.H., & Brena, S.F. (1993). Empirically derived chronic pain patient subgroups: The utility of multidimensional clustering to identify differential treatment effects. *Pain*, 54, 51-56.
- Sanders, S.H. (1996). Operant Conditioning with Chronic Pain: Back to Basics. In Robert J. Gatchel & Dennis C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp.112-130). NY: The Guilford Press.
- Shapiro, B.S. (1989). The management of pain in sickle cell disease. *Pediatric Clinics of North America*, 36,1029-1045
- Slater, A.M., Doctor, J.N., Pruitt, S.D., & Atkinson, J.H. (1997). The clinical significance of behavioral treatment for chronic low back pain: an evaluation of effectiveness. *Pain*, 71, 257-263.
- Soares, V. (1997). Dor crónica: Questões e respostas no domínio da conceptualização e avaliação. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Org.s), *V Conferência Internacional, Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Actas (pp. 461-476). Braga: Universidade do Minho.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). "...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim": contribuições para a intervenção multidisciplinar na dor crónica. *Psiquiatria Clínica*, 20(2), 167-178.
- Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 99-122.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. New York: The Guilford Press.
- Wilson, J.J., & Gil, K.M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 573-597.