

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
---	--

P974	Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] / Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
------	--

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-170-1
DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE	
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira	
Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE	
PROXIMIDADE	
Ximene Rego	
Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO	
DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro	
Mariana Teixeira Baptista de Carvalho	
Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros	
Osvaldo Silva	
Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni	
Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO,	
PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves	
Susana Barros da Fonseca	
Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes	
Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva Iolete Ribeiro da Silva Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros Pablo Casagrande Didier Mongelos Montserrat Giménez Amilcar Miño Ana Arevalos Elder Oliveira da Silva Suelen dos Santos Ferreira Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos Mônica Cristina Marques de Aragão Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS

Teresa Medeiros

Universidade dos Açores

Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, Açores

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Social e Humano (IPCDSH) da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Portugal

Oswaldo Silva

Universidade dos Açores, Ilha de São Miguel, Açores

CICS.UAc/CICS.NOVA.UAc

Maria Teresa Flor-de-Lima

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada EPER

RESUMO: Com o envelhecimento das populações aumentam as doenças e a dor crónica, sendo um problema de saúde pública em todo o mundo. A dor crónica, provoca, ou agrava, a ansiedade e depressão, causa sofrimento e tem reflexos na saúde. O estudo, quantitativo e correlacional (n=112 participantes idosos), sinalizados nas consultas da Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal), teve como objetivos: caracterizar doentes idosos com dor crónica; compreender a relação entre dor e variáveis sociodemográficas; verificar os níveis de ansiedade e depressão; e analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade. Após os procedimentos éticos, avaliaram-

se as variáveis através de Questionário Sociodemográfico, escalas convencionais de Dor, Inventário Resumido da Dor, Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, e escala de Ansiedade e Depressão no Hospital. Aplicaram-se testes não paramétricos. Concluiu-se que os participantes são maioritariamente mulheres, casadas, com incidência nos 75-84 anos e com literacia (muito) baixa. A maioria revela ter níveis moderados a intensos de dor (mais elevados no grupo etário 65-74 anos, casados e maior analfabetismo). Na variável dor não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos dos dois sexos, das diversas faixas etárias, das diferentes categorias do estado civil e com diferentes habilitações literárias. Concluiu-se que a dor crónica interfere com as atividades de vida diária em geral e que existe uma associação entre dor e ansiedade. Concluiu-se, ainda, que há uma relação entre dor e depressão. Tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver. Recomendam-se mais estudos na temática.

PALAVRAS-CHAVE: Dor crónica; ansiedade; depressão; doentes; idosos

ABSTRACT: With the aging of populations, diseases and chronic pain increase, being a public health problem worldwide. Chronic pain causes, or aggravates, anxiety and depression,

causes suffering and has health effects. The quantitative and correlational study (n = 112 elderly participants), signaled at the consultations of the Multidisciplinary Pain Unit of the HDES (Açores, Portugal), aimed: to characterize elderly patients with chronic pain; to understand the relationship between pain and sociodemographic variables; check for anxiety and depression levels; and analyze the relationship between pain, depression and anxiety. After the ethical procedures, the variables were evaluated through a Sociodemographic Questionnaire, conventional Pain Scales, Pain Inventory, Pain-Related Disability Ind, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Non-parametric tests were applied. It is concluded that the participants are mostly women, married, with a higher incidence in the 75-84 years and with (very) low literacy. Most show moderate to intense levels of pain (higher in the 65-74 age group, married and higher illiteracy). Regarding pain, no significant differences were found between individuals of the two genders, among individuals of different age groups, between individuals of different categories of civil status and between individuals of different academic qualifications. We conclude that chronic pain interferes with activities of daily living in general and that there is a relationship between pain and depression. Both anxiety and depression interfere with the disposition, relationship with others and enjoyment of life. Further studies on the subject are recommended.

KEYWORDS: Chronic pain; anxiety; depression; patients; elders.

AGRADECIMENTOS:

Agradece-se à coordenadora e equipa da Unidade Multidisciplinar da Dor do HDES e aos estudantes de Psicologia da Universidade dos Açores Nivalda Reis e Marco Teixeira o contributo que deram na recolha dos dados.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico da população mundial é um fenómeno heterogéneo, transversal a todos os países e culturas (KEONG, 2010; MEDEIROS, 2013; MEDEIROS, 2016), o que o torna um enorme desafio na contemporaneidade, tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos, pelas múltiplas implicações: políticas, económicas, sanitárias, sociais e psicológicas. Desde os anos sessenta do séc. XX que o envelhecimento populacional tem vindo a aumentar de forma acelerada, havendo a expectativa de duplicar para 406 milhões o número de pessoas idosas em 2050 e nos países desenvolvidos (Relatório da ONU, 2006), o que deverá corresponder a 21% da população mundial.

Se passarmos da análise demográfica do envelhecimento para a dimensão individual, afirmamos que aquele, enquanto fenómeno individual, é um processo irreversível, que começa muito cedo na trajetória biológica da vida de cada pessoa e acompanha o desenvolvimento do ciclo vital, sendo mais evidente a partir da idade adulta e mais marcante na velhice. Deseja-se que o processo de envelhecimento,

enquanto processo de mudanças seja ótimo, construtivo, ativo e com qualidade de vida até ao fim da vida, apesar das perdas funcionais e executivas. Este processo provoca alterações nas funções biológicas (sistemas nervoso, músculo-esquelético, imunológico, neuro-endócrino), alterações psicológicas (mudanças nas atitudes comportamentais, nas crenças e nos recursos psicológicos), nas funções sociais (papel social e familiar), as quais influenciam, profundamente, as manifestações de dor (redução da sua função de alarme) e comprometem os resultados das estratégias terapêuticas (HADJISTAVROPOULOS, 2008; CASTRO et al., 2011; KERNS, SELLINGER; GOODIN, 2011; LUPPA et al., 2012).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) adota orientações da Segunda Assembleia sobre Envelhecimento, organizada pela ONU (Madrid, 8 a 12 de abril de 2002). Nesse Programa considera-se que o envelhecimento é uma parte natural do ciclo da vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível, e evidencia-se alguns fatores condicionantes da saúde, da autonomia, da independência e da qualidade de vida dos idosos, como sejam as patologias crónicas múltiplas, a polimedicação, os acidentes, os lutos, os internamentos institucionais, o isolamento social, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações ao meio habitacional.

Na verdade, dependendo de múltiplos determinantes, nem sempre se verifica um envelhecimento ativo e construtivo, havendo vários tipos de envelhecimento, desde o ótimo ao patológico e vários conceitos e preconceitos sobre a velhice (NERI, 2014; NERI et al., 2002). Nesta aceção mais particular do envelhecimento pessoal e idiossincrático, faz mais sentido falar-se na dimensão plural dos envelhecimentos (MEDEIROS, 2013, 2016). Na verdade, o fenómeno do(s) envelhecimento(s) constitui-se como um

“puzzle científico complexo que requer abordagens multidisciplinares, em rede, na procura de soluções para a igualdade, a inclusão, a segurança e o bem-estar psicológico dos adultos em idade avançada, com vista à promoção do envelhecimento ativo da população e dos envelhecimentos pessoais e ... bem-sucedidos” (MEDEIROS, 2016, p.17).

O processo de envelhecimento é frequentemente marcado pela dor, pela sintomatologia ansiosa e depressiva ou pela depressão geriátrica. É importante destacar que os fenómenos psicossociais associados ao envelhecimento, tais como perda de familiares e amigos, e a perda da independência contribuem ou agravam manifestações de dor e sofrimento (FERNANDES, 2011). Outros sintomas, como a depressão, a ansiedade, as perturbações do sono, a perda de peso e as alterações nutricionais, bem como as alterações cognitivas, podem estar relacionados com a dor crónica, de modo que os comportamentos indicativos de dor, como por exemplo, a expressão facial, a agitação e as alterações da mobilidade devem ser considerados sinais de alarme em doentes com certo grau de demência (WORZ, 2003; FERNANDES,

2011).

Ador é o principal sintoma apresentado nas idades mais avançadas (DELLAROZA, 2013; VILELA, 2017; BENTES; BOSSINI, 2018), sendo um dos principais fatores que limitam a pessoa idosa no seu quotidiano normal (VILELA et al., 2017), já que determinadas doenças que se manifestam com dor intensa são mais frequentes nas pessoas idosas, como é o caso das doenças osteoarticulares e do cancro. Com o avanço da idade há mudanças biológicas, psicológicas e sociais (CARR, 2006), que agravam a experiência da dor e causam mais dificuldades, devido a múltiplas doenças, interações medicamentosas e fracos recursos económicos.

Na contemporaneidade, a *Dor na Pessoa Idosa* é considerada um problema de saúde pública, de âmbito mundial. Por este motivo, na última década, organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP - International Association for the Study of Pain) e a European Federation of IASP Chapters (EFIC) instituíram o Ano Internacional da Dor no Idoso (outubro de 2006 a outubro de 2007) (Lussier, 2006), com os objetivos de promover um melhor conhecimento dos mecanismos da dor na pessoa idosa, e de divulgar o tratamento da dor e toda a informação disponível sobre as particularidades da dor neste período de desenvolvimento da velhice. Na mesma sequência, na Declaração de Montreal (2010) recomenda-se que os profissionais de saúde, os responsáveis e as comunidades devem assimilar os deveres e responsabilidades para assegurar o direito humano de tratar a dor e prevenir o sofrimento. Fruto desta nova sensibilidade, ao longo dos últimos anos, foram feitas campanhas através do Global Year Against Pain (desde 2005), do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos - World Hospice & Palliative Care Day (2008) e, muito recentemente, foi consagrado o direito ao tratamento da dor crónica, considerada «doença por si só» (Organização Mundial de Saúde, 2018) e constante da 11^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD 11).

Portugal acompanha este movimento da importância da prevenção e intervenção na dor e exemplo disso é a publicação do Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001), a circular normativa que instituiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008, 2012 e 2017), definindo as estratégias futuras para que o tratamento da dor seja uma prioridade das instituições de saúde, assim como os documentos emanados pela Direção Geral de Saúde (2012), o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (2017).

Apesar da sua capital importância, os estudos sobre a dor são recentes e raros em Portugal, e ainda mais escassos na Região Autónoma dos Açores (Região arquipelágica com nove ilhas situadas no Atlântico: Santa Maria, S. Miguel, Terceira, Graciosa, S. Jorge, Pico, Faial, Flores e Corvo), sendo a maior e mais populosa a Ilha de S. Miguel. Tendo por base a população de pessoas idosas em tratamento, equacionámos as seguintes questões de investigação: Como se caracterizam os

doentes que vão a uma consulta hospitalar de dor crónica? Haverá alguma relação entre a dor e as variáveis sociodemográficas? Será que os doentes com dor crónica têm níveis elevados de ansiedade e de depressão? Qual a relação entre dor, depressão e ansiedade? Em face das questões formuladas, pretende-se atingir os seguintes objetivos: (i) caracterizar os doentes com dor crónica da amostra; (ii) compreender a relação entre a dor e variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, ter familiares próximos, estar reformado, etc.); (iii) verificar os níveis de ansiedade e depressão nos doentes com dor; e (iv) analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade.

2 | A DOR CRÓNICA – DOENÇA

A International Association for the Study of Pain (IASP) define a *dor* como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão. A dor torna-se crónica quando dura mais de três meses, ou quando se mantém depois da cura da lesão. Do ponto de vista epidemiológico, segundo a IASP e a European Pain Federation EFIC, a dor crónica é um problema generalizado que afeta uma em cada cinco pessoas, sendo que metade destas sofre de dor moderada a intensa.

A dor crónica tem sempre uma causa, ainda que potencial, envolve vários fatores (biológicos, psicológicos, sociais e espirituais), é mal compreendida e, muitas vezes, não aliviada. A *Dor-Doença* condiciona a irritabilidade, reduz a atividade, pode conduzir à depressão, interfere com as atividades de vida diária (DELLAROZA et al., 2013; VILELA et al., 2017), perturba o sono, afeta a capacidade de se relacionar em família e de participar em atividades sociais, altera o apetite, conduz a alterações nutricionais e falta de forças (astenia), limita a capacidade de concentração, aumenta a ansiedade e perturba a sensação de bem-estar (JOHANNES et al., 2010), com impacto negativo na qualidade de vida, prejudicando as atividades de vida diária, bem como restringindo a convivência social e comprometendo o estado funcional, o que pode conduzir ao isolamento (DELLAROZA et al.b, 2013).

A presença de dor é considerada como sofrimento desnecessário, inútil e é uma importante fonte de transtornos psicológicos. Alguns especialistas (na European Federation of IASP Chapters e no Parlamento Europeu), apelidaram a dor crónica como uma “epidemia silenciosa” com grave impacto pessoal e social (Social Impact of Pain (SIP), considerando-a como uma doença “*per si*” (EFIC).

Sabemos que o aumento da idade pode reduzir a sensibilidade à dor, mas isto não significa que as pessoas idosas sintam menos dor, pelo contrário, quando a dor se manifesta ou é diagnosticada, corresponde a uma situação clínica mais grave com dor intensa ou muito intensa. A dor nas pessoas idosas tende a ser constante, de intensidade moderada a intensa, com duração de vários anos, multifocal e multifatorial,

e tem consequências a nível físico e funcional, com diminuição da mobilidade, e psicológico. As pessoas com dor crónica necessitam de cuidados especializados e de tratamento.

A avaliação da pessoa com dor deve ser global, com o recurso a escalas multidimensionais, e requer apreciação das características da dor, do seu impacto na pessoa, da avaliação das atitudes perante a dor (medos, estratégias psicológicas usadas de evitamento, etc.), da análise da função cognitiva, do estado funcional, das doenças coexistentes, da condição social, e respetivos suportes, e da realidade económica. Os resultados obtidos na intervenção melhoram se o próprio indivíduo com dor crónica e a sua família forem integrados no plano terapêutico e se fizerem parte integrante da equipa (multidisciplinar) de saúde.

Se os números são expressivos, as consequências da dor como doença crónica na qualidade de vida das pessoas idosas são preocupantes e incapacitantes, agravadas pelas particularidades inerentes ao envelhecimento (CARR, 2006).

3 | DOR CRÓNICA, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Como já fora mencionado anteriormente, a dor crónica poderá ser muito limitadora do comportamento, não só pelas questões físicas, bem como pelas questões cognitivas inerentes à realização de qualquer tarefa (e.g., atenção, memória e flexibilidade cognitiva), pois o foco passa única e exclusivamente pelo desconforto associado à dor (ATTAL et al., 2014).

BECK e colaboradores estudaram os processos cognitivos associados à dor, à ansiedade e à depressão (BECK et al., 1982; BECK & EMERRY, 1985; BECK & ALFORD, 2009); tendo a ansiedade como o medo antecipatório de uma ameaça futura, no caso da dor crónica torna-se um agravar da mesma (BECK & EMERRY, 1985), assim, quem apresenta um sofrimento constante, receia que o mesmo aumente. Neste sentido, também se pode inferir que os doentes com dor crónica evitem iniciar esforços com receio de piorar a sua sintomatologia. Se os indivíduos com dor crónica antecipam uma situação de perigo (ansiedade pelo possível aumento da dor), e simultaneamente não encetam atividades prazerosas, quer pelas limitações impostas pela dor, quer pelo receio de agravar a mesma, torna-se natural que a ausência de um reforço positivo esteja na origem de uma visão negativa do *self* (e.g., pensamentos do tipo: “já não consigo fazer o que fazia”, “já não sirvo para nada”), que ligada a uma visão negativa do mundo (o mundo percecionado como perigoso e repleto de obstáculos), bem como a uma visão negativa do futuro (aumento da desesperança), configura a Tríade Cognitiva de Beck - o modelo explicativo da depressão (BECK & ALFORD, 2009).

Vários outros estudos validam esta relação entre dor crónica, ansiedade e depressão (e.g., BANKS; KERNS, 1996; KEENAN et al., 2009; MCWILLIAMS et al.,

2003; FERREIRA et al., 2015). A título exemplificativo, refira-se que BANKS e KERNS (1996) encontraram depressão em 58% dos doentes com dor crónica contra 18% da população geral e MCWILLIAMS et al. (2003) encontraram ansiedade em 35% das pessoas com dor crónica, comparativamente à população em geral (18%). FERREIRA et al. (2015) evidenciaram que as mulheres portadoras de osteoartrite no joelho têm maiores níveis de depressão e ansiedade e qualidade de vida inferior, quando comparadas com o grupo sem doença. Apesar destes resultados, não existe unanimidade nesta associação dor – ansiedade – depressão, já que existem também estudos que não a provaram em doentes com lombalgia (e.g, TROCOLI e BOTELHO, 2016). Consequentemente, justificam-se todos os esforços, individuais ou coletivos, para investigação na área da dor, para dinamizar o conhecimento das especificidades da dor, e das suas repercussões na qualidade de vida das pessoas idosas.

4 | MÉTODO

Esta investigação insere-se no contexto de um estudo alargado sobre envelhecimento e qualidade de vida, promovido por um grupo multidisciplinar de investigadores em colaboração com a Unidade Multidisciplinar de Dor. Tendo em conta os objetivos do estudo optámos por um estudo transversal com uma metodologia quantitativa e por um método exploratório e correlacional.

4.1 Amostra

A amostra é composta por 112 participantes idosos, que recorreram à consulta Unidade Multidisciplinar de Dor do hospital público HDES. Refira-se, para uma melhor compreensão, que no sistema de saúde português (o caso do HDES), as consultas hospitalares são tendencialmente gratuitas ou sujeitas a uma módica taxa moderadora, após analisados os recursos económicos dos utentes. Consequentemente, abrangem a classe social com menores recursos económicos.

A amostra integra ambos os sexos, sendo 85.1% do sexo feminino e 14.9% do sexo masculino e maioritariamente entre os 65-84 anos. Em termos do estado civil: 53.6% são casados, 41.1% viúvos e 5.4% são solteiros. Ao nível das habilitações académicas, a maioria tem um nível de habilitações muito baixo (20.5% sabem ler e escrever sem terem tido frequência escolar, 48.2% têm o ensino básico/primário). Identificámos uma percentagem de analfabetismo de 12.5% (pessoas que não sabem ler nem escrever). Dos restantes participantes, 3.6% tem o ciclo preparatório/2º ciclo do Ensino Básico (6 anos de escolaridade), 8.9% detém o antigo 5º ano dos liceus (3º ciclo do Ensino Básico – 9 anos de escolaridade), 3.6% o antigo 7º ano dos liceus (atual Ensino Secundário) e 2.7% têm o Ensino Superior.

4.2 Instrumentos

Para a operacionalização do estudo recorreu-se a vários instrumentos, a saber: um questionário sociodemográfico, construído para o efeito, e escalas e inventários para medir a dor e a ansiedade e a depressão.

A variável dor foi avaliada pelas escalas convencionais (Qualitativa e Numérica) por orientação da Circular Normativa da Direção Geral de Saúde n.º 09/DGCG de 14/06/2003, sobre a dor como 5.º sinal vital. Aplicou-se o Inventário Resumido da Dor (IRD), versão portuguesa traduzida, adaptada e validada por AZEVEDO et al. (2007), do original Brief Pain Inventory, desenvolvido por CLEELAND (1989) e validado por CLEELAND (1994) e KELLER et al. (2004), instrumento traduzido em mais de 10 línguas. O IRD inclui 15 itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor e a evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reproduzível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor.

O impacto da dor na vida diária foi medido através do Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor, tradução, adaptação e validação de AZEVEDO et al. (2007), do original Pain Disability Index (PDI). Trata-se de um questionário de autoaplicação, breve e muito prático, criado para avaliar sete importantes dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor. O instrumento é constituído por escalas de classificação numéricas (0-10), que avaliam a incapacidade relacionada com a dor nas responsabilidades familiares e domésticas, nas atividades de lazer, nas atividades sociais, no trabalho, no comportamento sexual, nos cuidados pessoais e nas atividades vitais. O Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor tem boas propriedades psicométricas e evidência de adequada validade, reprodutibilidade e sensibilidade (AZEVEDO et al., 2007).

As variáveis depressão e ansiedade foram avaliadas pela Escala de Ansiedade e Depressão no Hospital (HADS), versão portuguesa de MCINTYRE et al. (1999), da original Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), da autoria de ZIGMOND e SNAITH (1983) e aplicada em vários estudos similares (cf. BOTEAGA et al. 1995). A Escala, foi criada para medir as variáveis referidas em doentes em ambulatório com doença física, e é constituída por 14 itens (pontuados de 0 a 3), subdivididos pelas duas subescalas/variáveis, sendo 7 itens para medir a ansiedade (HAD-A) (valores de 0 a 8 para a categoria “sem sintomas” e de ≥ 9 para “com sintomas”) e igual número para medir a depressão (HAD-D) (sendo que ≤ 9 para a categoria “sem sintomas” e ≥ 10 “com sintomas”).

As subescalas de ansiedade e da depressão da HADS foram subdivididas em quatro categorias em cada uma, em que pontuações de 0 a 6 são incluídas na categoria “normal”, de 7 a 10 na categoria “leve”, de 11 a 15 na categoria “moderada” e de 16 a

21 na categoria “severa”.

4.3 Procedimentos

Após a aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde do HDES, foram selecionados os participantes idosos da Consulta da Dor do HDES em função do critério idade (consideradas convencionalmente pelas organizações internacionais com idade \geq 65 anos nos países desenvolvidos).

O propósito do estudo foi esclarecido a todos os participantes. Foram, igualmente, explicados os objetivos e garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados. Cada participante assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido com autorização dos dados para efeitos de investigação.

O preenchimento dos instrumentos do protocolo do estudo foi acompanhado por um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, ou por um aluno finalista de Psicologia, durante dois meses.

As informações recolhidas foram processadas informaticamente utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.0. Do ponto de vista do tratamento dos dados procedeu-se à descrição estatística e correlacional das variáveis através do coeficiente de correlação de Spearman e do teste de significância associado, assim como o teste U de Mann-Whitney - teste não paramétrico para o caso de duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis – teste não paramétrico para o caso de mais do que duas amostras independentes.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A referenciação dos doentes com Dor Crónica da consulta da Unidade Multidisciplinar de Dor do HDES (S. Miguel – Açores) tem sido estudada e os números atingem os 49% de pessoas idosas (FLOR DE LIMA, 2011, 2012). Nos mesmos estudos, a dor associa-se, prioritariamente, a doenças osteoarticulares, com evolução arrastada ao longo de anos e com consequências de incapacidade agravada pela idade e pela imobilidade (*Ibidem*). Pela análise descritiva dos dados podemos verificar que, na amostra da consulta Unidade Multidisciplinar de Dor do hospital público (HDES) (n=112), os doentes com dor crónica não são institucionalizados em lares/residências de longa permanência, são maioritariamente mulheres (85.1%), tal como encontrado em DELLARROZA et al. (2008) e GIODA et al. (2010), RODRIGUES; NERI (2012), e FERREIRA et al. (2015) e com idades distribuídas pelos grupos etários considerados: 65-74 anos (37.8%), 75-84 anos (42.3%) e \geq 85 anos (19.8%).

Em termos do estado civil verifica-se que as pessoas idosas da amostra são maioritariamente casadas ou viúvas e têm filhos (86.5%). Em termos de possível suporte socio-emocional, 58.7% vivem acompanhadas por familiares, quer cônjuge/

companheiro (39.4%), quer filhos (19.3%), o que poderá significar algum suporte/ apoio familiar nos casos de maior dependência física e psicológica. No entanto, 14.7% das pessoas idosas da amostra doentes com dor crónica vivem sozinhas. O facto de viverem sós, com vulnerabilidade e dor pode significar um risco de isolamento acrescido, menor capacidade de mobilidade, maior dependência e vulnerabilidade (DELLAROZA et al., 2013), e menores habilitações académicas, tal como se verifica neste estudo, onde 81.2% tem baixo nível de escolaridade ou mesmo a sua ausência de escolaridade formal (12.5% analfabetos e 12.5% não sabem ler nem escrever), indo no mesmo sentido da amostra brasileira de VILELA (2017), o que também pode estar também associado a um maior risco de pobreza.

5.1 Dor, ansiedade e depressão

Em termos descritivos, a dor dos participantes da amostra, avaliada pela Escala Numérica, caracteriza-se da seguinte forma: 34.8% dos participantes expressaram sentir dor de baixa intensidade (valores entre 0 a 4 da escala) e 65.2% expressam níveis moderados a intensos de dor (valores entre 5 a 10 da escala), ou seja, a maioria expressa ter dor moderada a intensa, o que é muito preocupante e tem implicações nas pessoas, nas suas famílias, nos empregos, e demais contextos onde as pessoas se inserem. Cotejando com os dados da Escala Qualitativa da Dor, os valores percentuais, mais frequentes, são mais baixos, ou seja, 40.6 % para dor moderada e 33.3 % para dor intensa, conforme é apresentado na Figura 1.

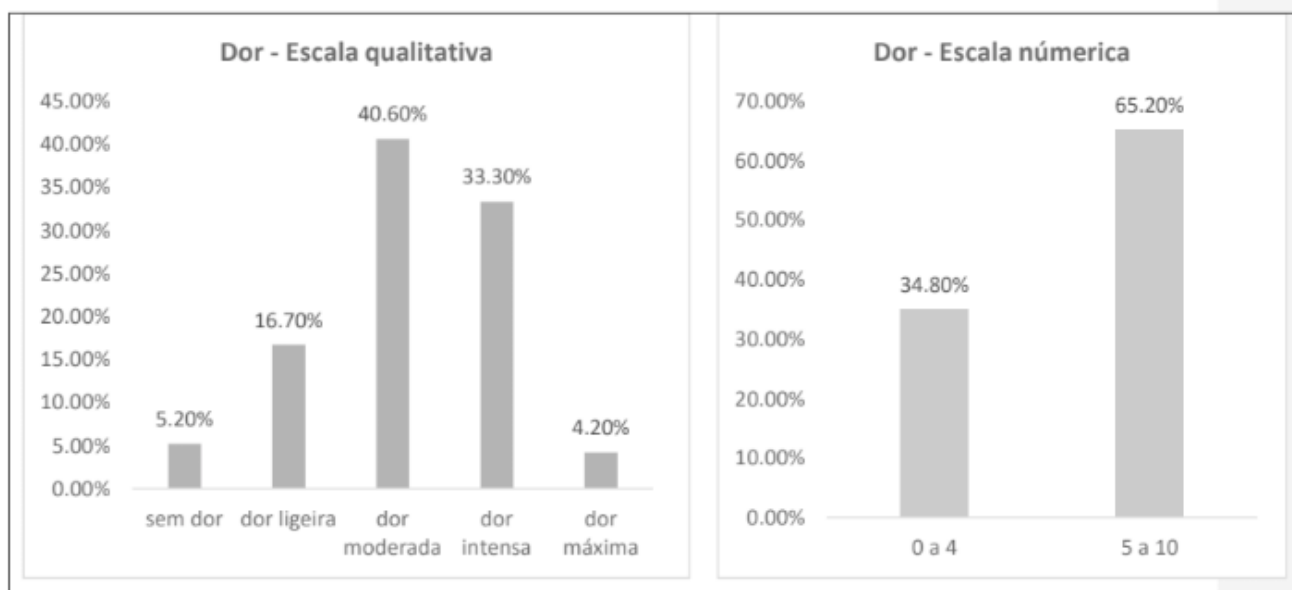


Figura 1: Avaliação da dor (Escala Qualitativa e Escala Numérica)

Note-se, ainda, que nas duas escalas da dor utilizadas os participantes referiram que frequentemente sentiam dor moderada ou intensa.

Com o intuito de compreender se os níveis de dor diferem em atenção às variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, estado civil, habilitações académicas e pessoas com quem vive), foram utilizados alguns testes não paramétricos (teste U de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis), de modo a aferir se os resultados obtidos são, ou não, estatisticamente significativos. Constatou-se, usando a escala da dor (escala numérica), que não se verificaram diferenças significativas tendo em consideração o sexo ($U=502.5$; $p=0.169$), tal como encontrado por GIODA et al. (2010), embora as mulheres tenham expressado valores mais elevados comparativamente aos homens (*Ibidem*, 2010). Verificou-se também que nos grupos etários em estudo não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor por eles referido ($H=0.486$, $p=0.784$), mas evidenciou-se que as pessoas idosas mais jovens (65-74) expressaram valores mais elevados de dor em comparação com as mais idosas (85 e mais anos), tal como GIODA et al. (2010). Também não se verificaram diferenças significativas relativamente à associação dor e estado civil ($H=0.556$, $p=0.757$), mas notou-se ao nível da amostra que os casados exprimiram valores mais elevados comparativamente aos solteiros. Tendo em consideração as habilitações académicas dos inquiridos não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor ($H=2.665$, $p=0.751$), mas constatou-se que os inquiridos com maior analfabetismo expressaram valores mais elevados em comparação com os que têm o ensino complementar. Também no que respeita às “pessoas com quem vive” verificou-se que não se verificaram diferenças significativas relativamente ao nível de dor declarado ($H=3.550$, $p=0.737$), mas evidenciou-se a nível amostral que os que vivem com amigos expressaram valores mais elevados em comparação com os que vivem com o cônjuge e filhos.

Anível da amostra em estudo, é de salientar que foram principalmente as mulheres, as pessoas mais jovens (65-74 anos), as que estão casadas, as com as habilitações académicas mais baixas e as que vivem com amigos aquelas que manifestaram níveis de dor mais elevados.

Verifica-se, ainda, que a dor recente (relativamente à semana anterior), avaliada pelo Inventário Resumido da Dor (IRD) interfere em múltiplos aspetos da vida, tornando a pessoa com dor mais vulnerável às atividades de vivência diária (VILELA et al., 2017) e comprometendo ou diminuindo os padrões de sono, o prazer de viver, a mobilidade, o trabalho e as relações com os outros, indo no sentido dos resultados de DELLAROSA (2008, 2013a,b): 62.2% dos participantes refere que a dor interferiu com a sua atividade geral; 59.8% com a sua disposição; 84.8% com a capacidade de andar a pé; 67.6% com o seu trabalho normal; 25.9% com a relação com as outras pessoas; 48.2% com o sono; e para 18.8% com o prazer de viver.

Tomando a dor como uma experiência amarga, fruto de um dano físico com determinado grau de limitações nas atividades que o indivíduo pode executar, é de certa forma natural que a mesma seja associada a um decréscimo da qualidade de vida dos indivíduos. Assim, não é de todo de estranhar que a maioria da sintomatologia

da dor crônica e da depressão seja idêntica, pois em ambos os casos existe uma acentuada modificação dos hábitos destes mesmos indivíduos (perda de interesse nas atividades do cotidiano, redução das atividades diárias, distúrbios ao nível do sono, fadiga, isolamento, irritabilidade ou humor deprimido, entre outras) (CASTRO et al., 2011; FINAN & SMITH, 2013).

No que respeita à subescala ansiedade da HADS, verifica-se que para 41.3% dos participantes, o nível de ansiedade é considerado normal. No entanto, existem valores de maior apreensão nos participantes da amostra: 25.7% têm níveis de ansiedade considerados leves, 27.5% moderados e 5.5% severos, enquanto que na subescala da depressão da HADS, verifica-se que para 57.1% dos participantes, o nível de depressão é considerado normal, e no que se refere aos restantes níveis de depressão os valores são comparativamente inferiores aos da ansiedade, conforme é apresentado na Figura 2.

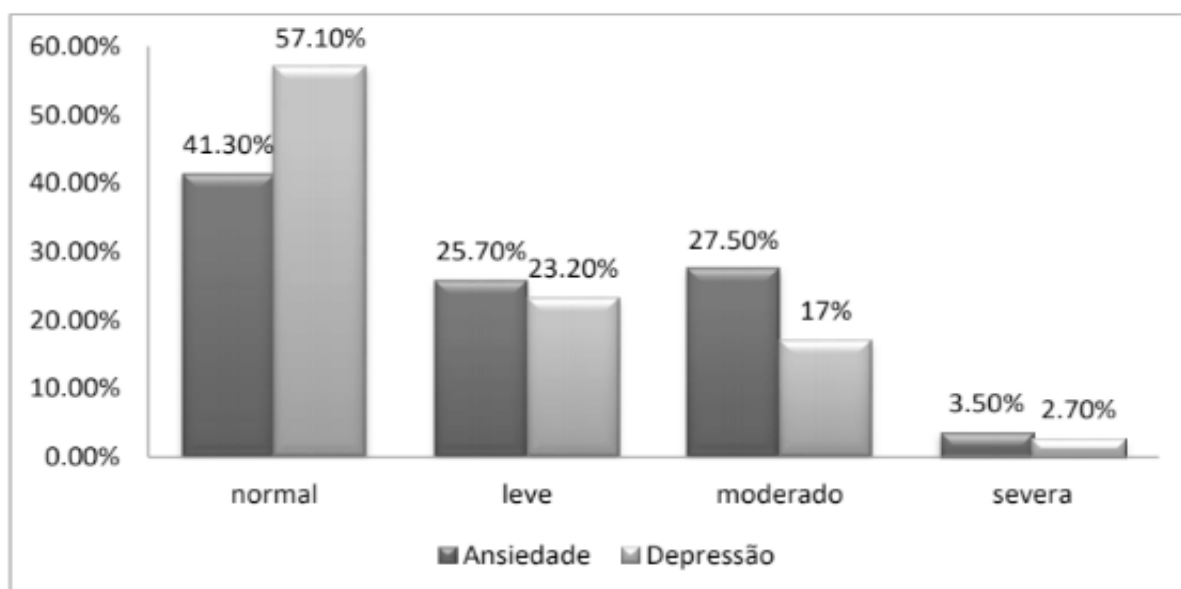


Figura 2 – Níveis de ansiedade e de depressão (HADS)

Constatou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos de participantes tendo em atenção as quatro categorias da subescala da ansiedade no que concerne aos níveis de dor ($H=0.896$, $p=0.826$), mas já quando se avalia o grau de depressão evidenciou-se a existência de diferenças significativas entre as quatro categorias dos seus participantes relativamente aos níveis de dor ($H=16.710$, $p=0.001$). Com o intuito de se verificar se existem diferenças significativas entre os participantes da amostra integrados nas quatro categorias da ansiedade relativamente a um conjunto de situações respeitantes ao IRD, de acordo com o que cada participante expressa em relação à dor, observa-se que existem diferenças significativas entre os quatro grupos ao nível da disposição ($p=0.003$), relação com as outras pessoas ($p=0.011$) e no prazer de viver ($p=0.020$) (cf. DELLAROZA et al., 2013 a,b) (cf. Tabela 1).

	Relação com		
	Disposição	outros	Prazer de viver
Estatística H de Kruskal-Wallis	14,010	11,201	9,823
<i>p</i>	,003	,011	,020

Tabela 1: Teste de diferenças entre os quatro grupos de ansiedade em relação a situações respeitantes IRD

Com o objetivo de se verificar se existem diferenças significativas entre os participantes da amostra incluídos em cada uma das quatro categorias da subescala da depressão da HADS relativamente a um conjunto de situações respeitantes ao IRD, de acordo com o que cada participante expressa em relação à dor, verifica-se que existem diferenças significativas entre pelo menos dois desses quatro grupos ao nível da disposição ($p=0.006$), trabalho normal ($p=0,012$), relação com as outras pessoas ($p=0.002$) e prazer de viver ($p=0.000$) (cf. Tabela 2), indo no mesmo sentido de DELLAROZA et al. (2013 a,b).

	Disposição	Trabalho normal	Relação	Prazer de
			com outros	viver
Estatística H de Kruskal Wallis	12,476	10,956	14,892	15,526
<i>p</i>	,006	0,012	,002	,001

Tabela 2: Teste de diferenças entre os quatro grupos de depressão em relação a situações respeitantes IRD

Em ambas as subescalas da ansiedade e da depressão da HADS constatou-se que foram os indivíduos com níveis mais elevados (moderada e severa) que expressaram níveis mais elevados de dor no IRD, tal como KEENAN et al., 2009; MCWILLIAMS et al., 2003; FERREIRA et al., 2015.

Salienta-se, ainda, que são também as pessoas com níveis elevados de depressão as que expressam níveis mais elevados de dor, dado que a correlação é positiva e estatisticamente significativa ($r_s=0.200$, $p=0.035$) entre as subescalas da depressão da HADS e a escala numérica da dor. Constatou-se, ainda, que a subescala da depressão da HADS se encontra correlacionada positivamente e significativamente em todas as situações respeitantes ao IRD (respetivamente, atividade geral ($r_s=0.253$, $p=0.007$), disposição ($r_s=0.348$, $p=0.000$), capacidade para andar a pé ($r_s=0.288$, $p=0.002$), trabalho normal ($r_s=0.379$, $p=0.000$), relação com as outras pessoas ($r_s=0.331$, $p=0.000$) e prazer de viver ($r_s=0.308$, $p=0.001$), com exceção do sono. Em sùmula, quando maior o nível da dor, com base nas várias situações respeitantes ao IRD, mais elevado tende a ser o grau de intensidade da depressão, enquanto que os

indivíduos sem depressão (normal) foram os que expressaram os níveis de dor mais baixos, no mesmo sentido de BAIR (2008).

Nos doentes, a depressão pode prejudicar as atitudes mais positivas de adaptação à situação da dor como doença crónica (WORZ, 2003; KATZ; SCHERER; GIBSON, 2006). Claro que o impacto da dor crónica, bem como a sua preponderância no aparecimento de sintomatologia depressiva, estarão intimamente ligados a diversos fatores, entre estes a intensidade da dor, as limitações provocadas pela dor, a resiliência do indivíduo à dor, bem como a rede de apoio que suporta o próprio indivíduo (DELLAROZA et al., 2013; JESTE et al., 2013; KOTTER-GRÜHN & HESS, 2012; MARTA et al., 2010).

Na senda de outros (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2003, 2006; CARR, 2006; LUSSIER, 2006; HADJISTAVROPOULOS; HADJISTAVROPOULOS, 2008), pensamos que a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, bem como indicações sobre a dor crónica, torna-se fundamental para a capacitação das pessoas idosas, a prevenção das complicações naturais e colaboração nos tratamentos. Neste contexto, deve-se dar a primazia à prevenção e ao equilíbrio entre as intervenções comunitárias de promoção do envelhecimento ativo com as intervenções personalizadas, em função de cada trajetória pessoal de vida e de cada situação (MEDEIROS, 2013; FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

6 | CONCLUSÕES

A OMS, a IASP e a EFIC (cf. EUROPEAN FEDERATION OF IASP; BRITISH PAIN SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY, 2007) consideram a dor crónica como a maior ameaça para a qualidade de vida em todo o mundo, ameaça que está a evoluir em paralelo com o aumento da longevidade.

Conclui-se, com base numa amostra de pessoas idosas com dor crónica observadas em consultas, numa unidade multidisciplinar de dor (n= 112), e após tratamento estatístico adequado, que a presença de dor crónica é percentualmente maioritária nas mulheres, no grupo etário das pessoas idosas mais jovens e mais prevalente nas pessoas casadas e com baixos, ou muito baixos, níveis de formação académica formal. A maioria revela ter níveis moderados a intensos de dor, sendo, no entanto, os níveis mais elevados no grupo etário dos idosos mais jovens (65-74 anos), casados e com maior analfabetismo. Verificou-se, igualmente que cerca de 15% da mostra vive só, o que pode significar um duplo isolamento e aumento da vulnerabilidade física e psíquica.

Nesta amostra, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre dor e as variáveis sociodemográficas: sexo, estado civil, e habilitações académicas, embora existam diferenças comparativas nas médias de cada item de cada variável ora em análise.

Conclui-se que existe associação entre ansiedade e dor, nomeadamente no que

respeita à disposição, relação com as outras pessoas e no prazer de viver.

Verificou-se do mesmo modo que quanto maior é o nível da dor, mais elevado tende a ser o grau de intensidade da depressão. Conclui-se também que as pessoas idosas com níveis elevados de depressão da escala (depressão severa) foram as que apresentaram níveis mais elevados de dor, evidenciando o nosso pressuposto entre estas variáveis. Conclui-se, igualmente, que os níveis de depressão afetam áreas fundamentais da vida, designadamente a atividade geral da pessoa, o trabalho normal, a disposição e a capacidade de mobilidade (andar a pé), bem como afetam a área social, nomeadamente a relação com as outras pessoas, e interferem na área mais profunda da vida - o prazer de viver.

Neste estudo, os instrumentos usados afiguram-se úteis para avaliar a dor e os níveis de ansiedade e depressão na população idosa.

A partir dos dados, infere-se que as pessoas idosas com dor beneficiam de acompanhamento sistemático e multidisciplinar, o que implica que o alívio da dor deve ser uma prioridade das políticas de saúde em todas as idades, mas de forma mais acentuada nas pessoas idosas. Deve-se dar relevo à intervenção precoce na dor crónica, entendida como uma patologia que afeta o bem-estar geral e o sentido da vida.

Nos casos de pessoas idosas com dor crónica, sugere-se que os serviços de saúde estendam os serviços multidisciplinares hospitalares ao apoio domiciliário em ambulatório, em função de cada caso, de forma especial às pessoas que vivam sós, com uma rede social precária, com poucos recursos económicos e que tem analfabetismo real ou funcional. Louve-se que, a sociedade civil no contexto territorial onde decorreu este estudo criou (2005) a Associação de Doentes de Dor Crónica dos Açores (ADDCA), em regime de voluntariado, sedeadada em Ponta Delgada (Ilha de S. Miguel), fruto do empenho da médica responsável pela Unidade Multidisciplinar da Dor. A Associação presta um trabalho de apoio e suporte multidisciplinar para minorar o isolamento, prevenir a ansiedade e a depressão, ou intervir nestes quadros clínicos, modelo que deve ser replicado noutros contextos geográficos.

Recomendam-se mais estudos sobre a temática para uma maior eficácia na prevenção secundária dos efeitos da dor crónica e uma adequada intervenção nas pessoas e nas suas famílias, particularmente naquelas de idade mais avançada.

REFERÊNCIAS

ATTAL, N. et al. Does cognitive functioning predict chronic pain? Results from a prospective surgical cohort. **Brain**, nº137, v.3, 904-917, 2014. <http://doi.org/10.1093/brain/awt354>

AZEVEDO, L. F. et al. Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. **Dor**, nº15, v.4, 6-37, 2007. http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf

- BAIR, M. J., et al. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. **Psychosom Med.**, nº 70, p.890-897, 2008.
- BANKS, S. M.; KERNS, R. D. Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. **Psychological Bulletin**, nº 119, v.1, p. 95-110, 1996.
- BECK, T. A. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **Depression: Causes and treatment. Journal of Chemical Information and Modeling** (2nd ed., vol. 53). Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- BECK, A. T.; EMERRY, G. **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. New York: Basic Books, 1985.
- BENTES, R. N.; BOSSINI, E. dos S. Efeitos da mobilização com movimento em associação ao tratamento fisioterapêutico sobre a qualidade de vida e dor na osteoartrose de joelho. **Fisioterapia Brasil**, nº19, v.3, p. 272-281, 2018.
- BOTEGA, N.J. et al. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Rev Saúde Pública**, nº 29, v. 5, p. 355-363, 1995.
- BRITISH PAIN SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY. **Guidance on the assessment of pain in older people**, 2007. Acedido novembro 27, 2015 em http://www.iasppain.org/files/Content/NavigationMenu/EducationalResources/Assessment_of_Pain_in_Older_People.pdf
- CASTRO, M. M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revi Psiq Clínica**, nº 38, v.4, p. 126-129, 2011.
- CARR, D. Older's people pain. **IASP Pain Clinical Updates**, nº XIV. v.3, p.1-4, 2006.
- DELLAROZA, M.S.G.et al. Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly. **Rev Assoc Med Bras**, nº54, v.1, p.36-41, 2008.
- DELLAROZA, M. S. G. et al.(a). Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: Prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, nº.29, v.2, p. 325-334, 2013.
- DELLAROZA, M. S. G., et al.(b) Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, nº 47, v.5, p.914-922, 2013. doi:10.1590/rsp.v47i5.76702
- DENKINGER, M. D. et al. Multisite pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older adults: Results from the ActiFE Ulm study. **Age and Ageing**, nº 43, v. 4, p. 510–514, 2014. <http://doi.org/10.1093/ageing/afu013>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**. Circular Normativa n.09/DGCG, 14/06, 2003. Acedido novembro 27, 2015 em [http:// www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.
- FERNANDES, D. M. A. **Dor crônica: Adaptabilidade e coesão familiar**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2011.
- FERREIRA, J. A.; MEDEIROS, T. **Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada: um estudo em ilhas dos Açores**. In: (Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI, p. 195-220. Ponta

Delgada: Letras Lavadas, 2016.

FERREIRA, A. H. et al. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, nº55, v.5, p.434–438, 2015.

FINAN, P. H.; SMITH, M. T. The comorbidity of insomnia, chronic pain, and depression: Dopamine as a putative mechanism. **Sleep Medicine Reviews**, nº17, p.173-183, 2013. <http://doi.org/10.1016/j.smr.2012.03.003>

FLOR de LIMA, M. T., **Going on Studying the Elderly Referred to our Pain Unit: Comorbidities and Medications**. Comunicação escrita. Congresso IASP, 2012.

FLOR de LIMA, M. T. **The Elderly in our Pain Unit: Preliminary study** Comunicação escrita. **Congresso EFIC 2011**

GIODA, F.R. et al. Dor Lombar: Relação entre sexo e estrato etário em idosos praticantes de atividades físicas. **Fitness Performance**, jan-mar, nº9, v.1, p.46-51 2010. doi:10.3900/fpj.9.1.46.p

HADJISTAVROPOULOS, T.; HADJISTAVROPOULOS, H. D. (Eds.). **Pain management for older adults: A self-help guide**. Seattle: IASP Press, 2008.

JESTE, D. V. et al. Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. **Am J Psychiatry**, nº170, v. 2, p.188-196, 2013. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030386

JOHANNES, C. B. et al. The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. **The Journal of Pain**, nº11, v.11, p.1230-1239, 2010. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.002>

KEENAN K, et al. Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms of later depression. **J. Child Psychol and Psyc.** nº 50, p. 1167-1175, 2009.

KERNS, R. D.; SELLINGER, J.; GOODIN, B. R., Psychological treatment of chronic pain. **Rev. Clin. Psychol.**, 7, p. 411-434, 2011. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>

KOTTER-GRÜHN, D.; HESS, T. M., The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. **Psychological Sciences and Social Sciences**, nº 67, v. 5, 563-571, 2012. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>.

LUPPA, M., et al. Age and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, nº 136, v. 3, 212–221, 2012. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>

LUSSIER, D. Global day against pain, 2006. Acedido novembro 27, 2015 em http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=2006_2007_Pain_in_Older_Persons1&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=4637

MARTA, I. E. R. et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: Ensaio clínico. **Rev Esc Enferm USP**, nº 44, v.4, p.1100-1106, 2010.

MCWILLIAMS, L.A.; COX, B.J.; ENNS, M.W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. **Pain**, nº106, p.127–133, 2003.

MEDEIROS, T. **Desafios do(s) envelhecimento(s)**. In T. MEDEIROS; C. RIBEIRO, B. P. MIÚDO; A.

FIALHO. Envelhecer e conviver, p. 29-46. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2013.

MEDEIROS, T. (Coord.) **(Re)Pensar as pessoas idosas no século XXI**. Ponta Delgada: Letras Lavadas, 2016.

NERI, A. L. Atitudes em relação à velhice. In: **Palavras chave em Gerontologia**, 4ª ed.. Campinas: Alínea, 2014.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M.C. **Atitudes em relação à velhice**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia, p. 72-80. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

ONU. **Relatório da ONU “World Population Prospects: The 2006 Revision”**. Consultado em <https://www.unric.org/pt/envelhecimento/9486>.

PRESS, K., B.; SCHERER, S.; GIBSON, S. J. **Pain in older persons**. Seattle: IASP Press, 2006.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade dados do estudo Fibra. Campinas (SP): **Ciência & Saúde Coletiva**, nº17, v.8, p.21-30, 2012.

TOMOMITSU, M. R. S. V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº19, v.8, p. 3429–3440, 2014. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>

TROCOLI, T. O.; BOTELHO, R. V. Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação **com os sintomas da lombalgia**. **Revista Brasileira de Reumatologia**, nº56, v.4, p.330–336, 2016.

VILELA, D. de A. et al. Percepção da saúde e dor em idosos em unidades de saúde. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, S5A, p. 54-64, 2017.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital and Anxiety and Depression Scale. **Acta Psiquiátrica Scandinavica**, 7, p.361-370, 1983.

WORZ, R., Pain in depression - depression in pain. **Pain Clinical Updates**, nº XI, v.5, p.1-4, 2003.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

