

# Escola Superior de Altos Estudos

## Artigos e Dissertações

### **'EXPRESSÕES' DA DOR ONCOLÓGICA: SUAS VIVÊNCIAS E INTER-RELACIONALIDADE COM A PERSONALIDADE**

*Carolina Henriques*

***Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde – ‘Expressões’ da Dor Oncológica: Suas Vivências e Inter-relacionalidade com a Personalidade***

***Orientador: Carlos Amaral Dias. Co-Orientadora: Sandra Oliveira.***

***Data da defesa: 27/07/05***

O mundo oncológico é complexo. A crescente necessidade de compreender melhor o que é o cancro, em que se baseia e como actua tem enfatizado a importância desta doença no contexto nacional e internacional, bastando, para isso, observar alguns dados epidemiológicos. Abordar o tema oncológico não é, nem nunca será, muito fácil.

Um dos aspectos mais temidos do cancro é a possibilidade de dor crónica, severa e intratável. A dor oncológica exige uma avaliação cuidadosa, terapêutica individualizada e monitorização apertada. Na esmagadora maioria dos casos, é possível, com os métodos actuais, o controle total da dor em doentes com cancro. A sensação dolorosa, assim como a sensibilidade a factores externos, não é, porém, quantificável e possui uma importante variação individual, segundo diferentes contextos sócio-demográficos.

A dor oncológica é considerada uma das piores que se conhecem por ser contínua, crescente, de grande intensidade e acompanhada de uma reacção emocional aversiva e intensa. A dor provoca muito sofrimento, uma vez que a sua intensidade poderá ser aumentada por outros factores, como a depressão, a ansiedade, a debilidade física e a insónia, que irão, desta forma, contribuir para o seu agravamento. (Schwartzmann 1991)

Para o doente oncológico, o medo de o seu tumor se estar a disseminar é traduzido quando aquele experimenta uma dor de cabeça rotineira ou uma gastrite. Qualquer dor tem um especial significado para o doente. Um estudo, efectuado pelo Memorial Sloan Kettering Câncer Center, nos Estados Unidos, mostra que três a dez por cento de doentes em regime de internamento e ambulatório apresentavam uma dor dissociada do seu cancro. (Swenson 2000: 819).

Assim, segundo Carvalho e Cardoso (2001: 21): ‘Uma vez que a dor é um dos sintomas principais que é abordado pela equipa de prestação de cuidados, torna-se fundamental fazer uma avaliação correcta do doente com dor, isto é, caracterizar a dor em todos os seus aspectos’.

Todavia, assistimos, ainda hoje, a uma desvalorização da avaliação da dor, o que pressupõe uma dificuldade no tratamento da mesma. Uma das justificações para esta dificuldade no tratamento da dor, por exemplo, no Canadá, segundo Watt-Watson (1989), é a precariedade de conteúdos relativamente ao tratamento e controle da dor, na formação de médicos e enfermeiros é um facto. Estes profissionais referem, maioritariamente, em inquéritos realizados acerca deste problema, não terem recebido formação suficiente.

Também nas equipas de enfermagem, os mitos e preconceitos, juntamente com alguma insuficiência de conhecimentos e competências, interferem no comportamento do enfermeiro, ao lidar no doente com a dor, afectando de, modo significativo, a qualidade dos cuidados a estes doentes.

O diagnóstico de ter cancro e ser um doente oncológico comporta consigo medos e anseios que são potenciados pelos tratamentos e dores sentidas pelo doente. O futuro que se mostrava ilimitado revela-se curto, limitado e sem caminho. O tipo de tumor, o seu estadiamento, os tratamentos a que o doente é sujeito determinam, em muito, a forma como o indivíduo experiencia a realidade de ter um cancro e as potenciais respostas psicológicas face à doença. As alterações físicas, por outro lado, poderão maximizar o impacto à doença, tal como as redes de suporte social que o doente possa, ou não, ter á sua disposição.

Segundo Baía (2002) a doença oncológica ainda carrega um grande historial mítico de doença incurável. Esta ideação de prognóstico severo, que tem atravessado gerações, leva a que muitos dos nossos doentes oncológicos tragam consigo uma intensa e devastadora dor psicológica. O conhecimento do diagnóstico de uma doença oncológica representa, para o doente, um evento traumático, arrastando o doente para uma crise emocional. O que produz a crise é o significado que o indivíduo atribui ao acontecimento e a sua incapacidade para lidar com a situação. Os doentes oncológicos, mesmo que o prognóstico seja favorável, reagem com insegurança e medo, ao serem subitamente expostos a um mundo de experiências que desconheciam. Estas experiências (os tratamentos, a dor sentida pelo doente, etc.) deixa os pacientes com a noção de perda de controle sobre o seu estado de saúde, vulnerabilidade e risco de morte. Caplan (1980) faz o sumário desta situação, afirmando que o equilíbrio do indivíduo e família é perturbado.

No processo da doença oncológica, seja a doença mais grave ou não a nível de prognóstico, o doente vivência sempre perdas e estas são, com certeza, acompanhadas de um processo de luto. O luto é uma experiência, simultaneamente, emocional e espiritual, física e social. O luto implica a perda real de um objecto – pessoa, parte do corpo, independência, amigo, trabalho, capacidade – e, simultaneamente, uma ‘passagem’ para que a pessoa se adapta à perda que a sua vida experimentou.

Sabemos da importância dos comportamentos preventivos na doença oncológica, nomeadamente os comportamentos individuais que têm em conta a alimentação, o tabaco, o álcool, na origem das doenças oncológicas, e da participação, por parte da

população, nos programas de rastreio: 'É relevante para a psicologia que a incidência do cancro, bem como a mortalidade prematura a ele associada, possam ser prevenidas por mudanças de comportamento.' (Andersen 1989: 32) Os rastreios a nível oncológico são de extrema importância, uma vez que um diagnóstico precoce da situação clínica e a implementação de um rápido tratamento condicionam, em muito, a mortalidade e a morbilidade dos doentes com cancro. Alguns estudos destinam-se a debater a possibilidade de o funcionamento psicológico contribuir para a etiologia das doenças oncológicas propondo, assim, a possibilidade de a intervenção psicológica contribuir para o aumento da eficácia do combate a estas doenças.

Se, no quadro da psico-oncologia, alguns estudos mostram alguma relação entre as características da personalidade e o aparecimento/desenvolvimento do cancro, o objectivo é procurar compreender como estas características se relacionam com a dor oncológica dos doentes. As características da personalidade individual constituem-se por elementos genotípicos e de elementos ambientais. Assim, como afirma Monteiro & Santos (1996:174) 'O meio social – a família, grupos e cultura a que se pertence desempenham um papel determinante na construção da personalidade' de cada um de nós. Ela vai-se formando 'num processo interactivo com os sistemas de vida que a envolvem: a família, a escola, o grupo de pares, o trabalho, a comunidade'.

Muito embora os traços marcantes da personalidade possam ser determinados por factores genéticos, a actuação decisiva do ambiente pode também alterar o curso do desenvolvimento do indivíduo. Uma surdez congénita, por exemplo, capaz de determinar uma personalidade peculiar em decorrência das importantes limitações de desenvolvimento, será marcadamente atenuada, caso o doente possa dispor de recursos especializados de treino e reeducação. Por outro lado, o ambiente em carácter geral, dentro do espaço sócio-cultural a que pertence o indivíduo, pode favorecer o desenvolvimento de alguns traços peculiares, na forma de relacionamento para com o mundo. Os estímulos, as solicitações, as oportunidades de treino, as normas de convivência, enfim, todo o património oferecido à pessoa, através do sistema sócio-cultural e ambiental, poderão determinar modalidades características do modo de vida da pessoa. Será sobre as potencialidades constitucionais que o ambiente desempenhará uma acção modeladora da personalidade, ou seja, o ambiente poderá alterar os rumos do desenvolvimento geral, conferindo uma determinada maneira do indivíduo ser.

A dor é, neste sentido, uma experiência subjectiva, o que significa que a patologia orgânica não pode ser o único factor que determina a forma individual dessa experiência. Como refere Coniam (1999: 21) 'os traços de personalidade do paciente e as reacções dos que o rodeiam ao seu sofrimento vão ter influência na experiência da dor, bem como no significado que esta tem para o indivíduo. As perturbações como a ansiedade, depressão, agressividade, hostilidade, ou obsessão encontram-se com frequência associadas a síndromes dolorosas.' A associação entre dor e características de personalidade não se pode fazer, porém, sem se tratar da questão do locus de controlo. Na verdade, os indivíduos de controlo interno reagem à frustração de um modo mais construtivo e com menos respostas pouco adequadas de tipo agressivo e auto-culpabilizante. Aqui se enquadra a observação de que a internalidade se associa a uma melhor adaptação às situações de incapacidade crónica das vítimas de acidentes graves, ou, em situações de doença grave, ou tão somente influencia o tipo de recurso a determinados meios de

superação usados em problemas e tensões do dia-a-dia.

O locus de controlo não é um construto motivacional, mas sim uma expectativa generalizada, aprendida num contexto social, mantendo-se actuante em vários acontecimentos da vida e condicionando as preferências por determinados reforços. Estudos das dimensões internalidade/externalidade têm demonstrado que os indivíduos com maior tendência no sentido da externalidade apresentam mais problemas de adaptação social do que os indivíduos com locus de controlo interno.

Este conjunto de temáticas constitui o contexto da questão central que orienta esta pesquisa:

*Que relação existe entre as diferentes características e expressões da dor oncológica (tal como são descritas pelo doente) e as dimensões sintomatológicas da sua personalidade? Como estes dois aspectos se relacionam com o tipo de locus de controlo da pessoa doente?*

Esta investigação é de tipo descritivo/analítico, transversal, já que visa o relacionamento, a descrição e análise de características da amostra de população seleccionada, sem, no entanto, haver manobra do investigador, num determinado momento. A investigação é, igualmente, do tipo quantitativo. A sua principal característica é a objectividade, a predição dos resultados, a existência de um grupo de controlo e a possibilidade de generalização dos resultados, procurando compreender, de uma forma ampla, o fenómeno em causa.

## METODOLOGIA

### Objectivos do Estudo

#### *Objectivo Geral*

- Análise descritiva dos factores que caracterizam a dor, no doente oncológico, e a relação desses factores com o traço de personalidade e locus do controlo.

#### *Objectivos Específicos*

- A relação entre as características da dor do doente oncológico e os factores sócio-demográficos dos mesmos.
- A relação entre as características da dor do doente oncológico e as dimensões sintomatológicas da personalidade do doente no momento da doença.
- A relação entre as características da dor do doente oncológico e o locus de controlo.
- A relação entre as dimensões sintomatológicas da personalidade do doente, no momento da doença, e o locus de controlo.

### Variáveis

A variável dependente da investigação é a expressão e vivência da dor, tendo em conta as suas características. As variáveis independentes são as características sócio-demográficas da amostra, as dimensões sintomatológicas da personalidade e o locus de controlo dos indivíduos doentes

### Amostra

Para a constituição da amostra, foram questionados cinquenta e dois doentes oncológicos. Os instrumentos usados para a colheita de dados foram: Questionário, no que se refere

a dados sócio-demográficos; Escalas de avaliação de dor; Escala IPC de Levenson; e Escala Symptom Checklist 90 – R.

A recolha dos dados decorreu na Sub-Região de Saúde de Santarém a doentes inscritos nos Centros de Saúde de Mação, Tomar e Ourém.

## RESULTADOS DO ESTUDO

Quando relacionado o factor sexo com a localização da dor assinalada pelo doente (áreas dolorosas), verifica-se uma relação significativa somente para a área dolorosa 15 com um nível de significância de  $p=0,015$ . Esta área diz respeito ao hipocôndrio esquerdo, onde se inserem estruturas como o estômago, baço, rim esquerdo, intestino grosso e delgado e foi mais referenciada pelo género masculino.

Na relação início da dor com o factor sócio-demográfico *idade*, observa-se que a mesma é altamente significativa ( $p=0,001$ ). Desta forma, quanto maior a idade dos doentes oncológicos questionados, há mais tempo têm a sua dor. Um doente mais novo tem uma menor experiência dolorosa, no que diz respeito ao tempo, do que um doente mais velho. É possível verificar ainda uma relação estatisticamente significativa entre o início da dor e a *escolaridade* dos indivíduos ( $p=0,041$ ). Os doentes com uma escolaridade mais baixa (não sabe ler, nem escrever) iniciaram a sua dor há mais tempo. Entre eles, quatro referem dor há anos e três referem ter iniciado a dor há meses.

Tendo em atenção que dois indivíduos, que constituíram a amostra, não referiram o meio onde vivem (Total=50), observa-se que existe relação entre o início da dor e o *meio onde vive* ( $p=0,035$ ). Os doentes oncológicos que vivem em meio rural mostram que iniciaram a sua dor há meses (14 indivíduos) ou, mesmo, há anos (11 indivíduos).

As manifestações de dor são, por outro lado, influenciadas pelo *estado civil* ( $p=0,016$ ). Observando os dados, conclui-se que os viúvos têm mais dor continuamente (4 indivíduos), seguindo-se os casados, com uma dor que os afecta muitas vezes ao dia (12 indivíduos) e os solteiros (8 indivíduos). Os casados também referem dor várias vezes ao dia (13 indivíduos).

A área dolorosa 6 corresponde ao braço direito. Quando se estabelece relação com as características de personalidade dos indivíduos questionados, constata-se que existem relações significativas para as dimensões da *somatização* ( $p=0,004$ ), *ansiedade* ( $p=0,033$ ) e *depressão* ( $p=0,017$ ). Observando os valores da média, os indivíduos com dores nesta área 6 (os que responderam afirmativamente) expressam, com maior preponderância, uma dimensão sintomatológica de personalidade relacionada com a somatização.

Por outro lado, verifica-se uma relação altamente significativa entre a área dolorosa 16 (região púbica) e a dimensão sintomatológica *obsessão-compulsão* ( $p=0,001$ ). A este propósito, repare-se, porém, que somente dois indivíduos é que assinalaram esta área. Esta relação (área dolorosa 16/característica de personalidade) é também significativa para a dimensão do *apetite* ( $p=0,044$ ) o que poderá indiciar que os doentes com dor na área 16 mostrem alterado o seu padrão de alimentação (apetite).

As áreas 17 e 18 correspondem à coxa direita e à coxa esquerda. Os indivíduos que assinalaram estas áreas mostram uma relação significativa com a característica de

personalidade *ansiedade fóbica* ( $p=0,027$ , área 17 e  $p=0,037$ , área 18). Observando as médias dos indivíduos que responderam 'sim' e os que responderam 'não', pode-se concluir que a média é superior para os que responderam 'não', o que indica que estas áreas dolorosas não representam, nos indivíduos doentes, dimensões sintomatológicas da personalidade relacionadas com a ansiedade fóbica.

Nesta sequência, observa-se diferença estatística significativa entre a área dolorosa 19 (perna direita) e a dimensão sintomatológica da personalidade *obsessivo-compulsiva* ( $p=0,041$ ). Os indivíduos que responderam 'não' têm uma média superior (14,90) aos que responderam 'sim' (7,00). Desta forma, a dor sentida pelos doentes oncológicos na perna direita não é traduzível, numa dimensão sintomatológica da personalidade, no quadro da obsessão-compulsão.

A região dorsal direita diz respeito à área dolorosa 34. Através do teste Anova, verifica-se uma relação significativa para esta área dolorosa e a dimensão de personalidade *psicoticismo* ( $p=0,044$ ). Constata-se, então, que a dor nesta zona tem tendência para alguns níveis de *psicoticismo* nas características de personalidade dos indivíduos inquiridos.

Por outro lado, verifica-se relação significativa entre as áreas dolorosas 38 e 39 (região nadegueira) e as dimensões *sono* ( $p=0,049$ ) e *apetite* ( $p=0,044$ ). Por isso, entende-se que dor nestas áreas provoque alterações no padrão de sono e de alimentação (apetite).

No que se refere ao início da dor, nos doentes oncológicos, é possível dizer-se que existe relação entre esta variável e as características de personalidade dos indivíduos no momento da sua doença. Assim, observa-se relação significativa entre o início da dor e a *obsessão* ( $p=0,024$ ), a *ansiedade* ( $p=0,029$ ), a *ideação paranóide* ( $p=0,019$ ), a *sensibilidade interpessoal* ( $p=0,007$ ), a *depressão* ( $p=0,029$ ), a *agressividade* ( $p=0,031$ ), o *psicoticismo* ( $p=0,007$ ) e o *sono* ( $p=0,004$ ).

O que se verifica em relação a estas dimensões sintomatológicas é que, conforme a dor se vai arrastando no tempo (longevidade da dor), estas características vão também aumentando.

Enquanto, na dimensão *obsessão-compulsão*, as diferenças não são muito significativas, no caso da dimensão *ansiedade*, porém, estas são maiores. A *ansiedade* vai aumentando, conforme a dor se vai protelando no tempo (Teste post-hoc de Tukey) e a diferença começa logo entre as semanas e os dias.

Na dimensão *paranóide*, o sentido da associação é o mesmo, o que indica que quem tem dor, há semanas, mostra índices mais altos desta dimensão.

No que diz respeito à dimensão da *sensibilidade interpessoal*, observa-se que, com a continuação da dor, há uma maior sensibilidade interpessoal (as médias das ordens aumenta ligeiramente). O mesmo se verifica para a *depressão*, *agressividade* e *psicoticismo*, todas estas dimensões vão-se exacerbando com a permanência da dor oncológica.

A relação das manifestações da dor é significativa para as dimensões de personalidade *ideação paranóide* ( $p=0,021$ ) e *morte* ( $p=0,050$ ).

A *ideação paranóide* aumenta, ligeiramente, entre a manifestação da dor 'várias vezes ao dia' e a manifestação da dor 'muitas vezes ao dia'.

No que se refere à dimensão *morte*, observando a média das ordens, esta tem uma

tendência para ir aumentando, isto é, conforme a dor aumenta a sua frequência, os pensamentos com a morte são mais presentes.

Por outro lado, verifica-se uma relação directamente significativa entre a intensidade da dor e as dimensões *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade*, *agressividade*, *morte* e *culpabilidade*. Conclui-se, assim, que, com o aumento da intensidade da dor (0-10), o nível de sensibilidade interpessoal, ansiedade, depressão, agressividade, pensamentos acerca da morte e culpabilidade vão também aumentando.

A alteração da satisfação das necessidades humanas básicas, por efeito da dor oncológica, tem uma relação significativa com a dimensão sintomatológica *sensibilidade interpessoal*. A não satisfação destas necessidades tende a aumentar a sensibilidade interpessoal dos indivíduos.

Para as dimensões da personalidade *depressão*, *ansiedade* e *agressividade* observa-se o mesmo. Qualquer uma das dimensões referidas mostra valores de *p* significativos, quando relacionados com as 10 necessidades humanas básicas. Conclui-se, portanto, que, quando estas necessidades são afectadas pela dor, há uma tendência para um aumento das dimensões da depressão, ansiedade e agressividade.

Também se verifica uma relação directamente significativa para a *ideação paranóide*, *morte* e *culpabilidade*, quando relacionadas com a escala comportamental da dor.

Entre a localização da dor e o locus de controlo dos indivíduos que constituíram a amostra não se verifica relação significativa, com excepção da área dolorosa 5 (região superior anterior do tórax esquerda). Assim, há relação significativa entre a área dolorosa 5, onde se alojam estruturas cárdio-respiratórias, e o locus de controlo *externalidade atribuída a pessoas poderosas* ( $p=0,042$ ). Além disso, as pessoas com dor na área 5 têm maior externalidade atribuída a pessoas poderosas.

Nesta sequência, encontramos uma relação significativa entre o locus de controlo e as dimensões de *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade*, *psicoticismo*, *apetite*, *morte* e *culpabilidade*. Em relação à *sensibilidade interpessoal*, esta é altamente significativa, quando relacionada com a externalidade atribuída a pessoas poderosas ( $p=0,010$ ); altamente significativa em relação á externalidade atribuída ao acaso ( $p=0,003$ ); e significativa ainda para a internalidade ( $p=0,002$ ). Estes dados demonstram que, quanto maior a externalidade, maior a sensibilidade interpessoal e, quanto maior a internalidade ( $-0,421$ ), menor a sensibilidade interpessoal.

No que diz respeito à dimensão da *depressão*, verifica-se o mesmo processo, ou seja, quanto maior a externalidade (atribuída ao acaso ou a pessoas poderosas), maior o nível da dimensão depressão ( $pd^{\circ}0,001$  e  $p=0,003$ ) e, quanto maior a internalidade, menor a dimensão depressão.

Um locus de controlo com tendência à externalidade é directamente relacionado, significativamente, com níveis de *ansiedade* ( $pd^{\circ}0,001$ ), *psicoticismo* ( $p=0,012$  e  $p=0,008$ ), *morte* ( $pd^{\circ}0,001$ ), *culpabilidade* ( $p=0,038$ ) e *apetite* ( $p=0,036$ ).

## DISCUSSÃO DO PROBLEMA

O diagnóstico de cancro ainda está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas. Numa crise vital como esta, o indivíduo e família passam a vivenciar

situações novas que determinam novas formas de funcionamento, a nível familiar e a nível individual. Nestas mudanças, o indivíduo confronta-se, muito profundamente, com as questões género, ou os papéis, representações e imposições sociais que indicam as funções e comportamentos esperados, por parte dos homens e das mulheres, conforme as diferenças culturalmente construídas de género.

Os tumores malignos mais comuns nos homens são os localizados no pulmão, próstata, cólon e estômago, daí os doentes masculinos focalizarem mais a sua dor nestes locais ou em redor dos mesmos. (American Câncer Society 2000).

As estratégias utilizadas pelos homens para lidarem com a dor e tratamentos em locais como a próstata ou tumores intestinais – principalmente quando existe a possibilidade de tratamentos mais invasivos e mutilações físicas – relaciona-se, em parte, com a dificuldade que estes têm em se apropriarem de um suporte social efectivo e de expressarem e reconhecerem os seus sentimentos. Este tipo de reacção indica que, para os homens, a saúde ainda é vista como ‘uma coisa feminina’ e os serviços de saúde não são muito frequentados por eles.

Para autores como Northrup (2000) e Hanson (1996), o cancro da próstata e do intestino está para o homem como o cancro da mama está para a mulher, com a diferença de que a mulher apresenta mais comportamentos relacionados com a morbilidade do que o homem, daí os homens terem mais dificuldade em lidar sozinhos com as suas limitações físicas, como sejam a sua dor e sofrimento. No cancro do intestino, o medo de uma possível prótese (ostomia) e, no cancro da próstata, o sofrimento emocional ligado às incapacidades físicas, fazem com que o homem não tenha somente medo da morte, mas também, e principalmente, o medo no que toca ao próprio cerne da sexualidade. A dor localizada nestas áreas corporais limitam o homem enquanto ‘homem’.

Na minha investigação, também pude observar uma diferença estatística significativa entre a *localização da dor* (área dolorosa 15 – hipocôndrio/flanco esquerdo) e o género masculino. Assim, os homens tendem a expressar mais dor nesta área do corpo humano. Como referi mais acima, a crise, na doença oncológica, desenvolve-se sobre uma ameaça, ameaça esta que se relaciona com o medo do doente a ser exposto a experiências desconhecidas que acarretam perdas, lutos, vulnerabilidade e dor.

A dor oncológica está relacionada, na maioria dos casos, com a afecção directa do tumor ou com tratamento a que o sujeito está a ser exposto. Normalmente, esta ocorre através do processo neoplásico e através de tratamentos, como a quimioterapia e a radioterapia. Segundo Costa (1994), a dor oncológica poderá ser facilmente e correctamente controlada. A questão coloca-se, quando não existe uma avaliação eficaz da dor. Frequentemente, os doentes, quando iniciam o controlo, já estão numa fase muito avançada da sua doença e já sofreram de dor durante muito tempo, associada à angústia, desespero, depressão e cólera. Numa altura em que a doença oncológica tem vindo a aumentar expressivamente – verificando-se que a sua incidência ocorre em maior número por volta dos 50 anos de idade – e, numa altura, por outro lado, em que a esperança de vida também tem aumentado, conclui-se, porém, que, se a dor e o sofrimento não forem objecto de cuidados, o indivíduo vive mais, mas a sua qualidade de vida diminui (Paul 2001).

Na amostra em que se baseia a minha investigação, obteve-se uma diferença estatística altamente significativa entre o início da dor e a idade, de modo que os indivíduos

mais velhos têm dor há mais tempo, ao contrário daqueles pacientes mais novos. Por outro lado, podemos associar a este factor à influência ou conjugação com outras patologias que advêm com a idade e que poderão aumentar a dor sentida pelo doente oncológico. De qualquer forma, isso não faz alterar a questão central da investigação. Realmente, verifica-se que o controlo da dor crónica não é efectivo e que, com a idade, o doente tem mais experiências dolorosas.

Neste sentido, as síndromes álgicas que se manifestam nos doentes oncológicos são, geralmente, mais incapacitantes do que as que se manifestam noutras condições ou resultantes de outras patologias. Segundo Twycross (2001) e Pereira (2002), os doentes foram ensinados, ao longo de anos, a acreditarem que a dor é inevitável e que têm de viver com ela, e, como tal, a mesma deverá ser suportada com estoicismo, mesmo que durante anos. 'Torna-se portanto essencial que a equipa de saúde se atenda às queixas dolorosas do doente, mesmo que as considere insignificantes, no sentido de minorar o seu sofrimento e o avaliar, pois muitas vezes este dura há anos.' (Pereira; 2002).

Sendo conhecido que a dor oncológica se reveste de mecanismos de defesa e de luta, por outro lado, estes mecanismos resultam num atravessar de fases e de processos caracterizados pela utilização de estratégias que podem ou não facilitar o processo de dor e seus lutos e, muitas vezes, ter de aceitar uma outra forma de vida com limitações e incapacidades. Diversos autores enunciam modelos que assentam nas fases/estádios que o doente poderá passar, na evolução da sua doença, conforme processos de negação, revolta, negociação, depressão ou aceitação vão fazendo parte de estratégias através das quais o indivíduo se adapta à mudança e ao sofrimento.

O coping ocupa aqui um lugar importante. Há sentimentos de medo e de ansiedade sobre o desconhecido, um aumento da dependência de outros, limitações físicas, dificuldades para mudar estilos e hábitos de vida, mudanças na rotina de vida diária e, em especial, nos casos de dor crónica intensa e prolongada, sofrimento. (Worden 1991). Lazarus e Folkman (1984) definem coping como 'os esforços cognitivos e comportamentais, constantemente alteráveis, para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos do indivíduo'. As funções do coping são resolver o problema e regular o stress emocional que dele advém. O coping, porém, pode resultar ou não no controlo da situação material e emocional. Segundo Caplan (1980), depois de uma primeira fase caracterizada por um elevado estado de tensão, o indivíduo, numa segunda e terceira fase, com a manutenção deste estado, mobiliza recursos internos e externos.

Na minha investigação, por outro lado, verifiquei uma diferença estatística significativa entre o início da dor e a escolaridade, observando-se que os doentes com níveis mais baixos de escolaridade referem dor há mais anos. A utilização de estratégias de coping para atenuar o sofrimento e a dor parecem estar relacionadas com a escolaridade dos indivíduos. Alguns estudos apontam que níveis de escolaridade mais elevados resultam numa melhor utilização de estratégias de coping. Pode-se supor, assim, que o doente com maior escolaridade é melhor informado e, portanto, dispõe, nomeadamente, de melhor acesso ao sistema de saúde, condições que lhe facilitarão o manejo da dor (Wilkie 1997).

A sociologia da medicina tem-se debruçado sobre a distribuição da saúde pelos grupos e meios sociais. A importância do local onde se vive e como se vive tem sido

amplamente estudada, no sentido de avaliar se existe relação directa entre o meio e o processo saúde-doença. Para Marmot (2001), os recursos disponíveis num determinado local, a forma de organização das equipas de saúde e o acesso a instituições de ponta determinam o modo de 'ser doente'. Outros autores, como Pereira (2002), consideram, neste aspecto, o suporte social e as redes sociais existentes em determinado local, em detrimento de outro. Ou dito por outras palavras: 'a importância do suporte social advém do impacto que este tem em termos de recuperação da saúde física, contribuindo para a redução da duração e dos efeitos menos positivos da doença.' (Bloom, Kang e Romano 1991).

Além disso, investigações recentes demonstram a importância de fornecer um bom suporte social ao doente oncológico, mas este suporte só é possível quando as equipas de saúde estiverem preparadas para o fazer, quer a nível de formação, quer a nível de recursos humanos. Se em Portugal, existem locais onde isto já é possível, com as chamadas equipas de cuidados continuados, na grande maioria dos hospitais portugueses, porém, o que se encontra são situações desfiguradas em relação ao que deverá ser uma equipa de cuidados continuados. (Neto 1999).

Neste aspecto, os resultados desta investigação vêm ao encontro do que foi referido anteriormente, constatando-se que os doentes que vivem em meio rural sofrem de dor oncológica há mais tempo, ao contrário dos pacientes que vivem em meio urbano. A questão é que, ainda hoje, o sistema de saúde está sobretudo vocacionado para a resolução da crise, ou seja para o tratamento das doenças agudas. Quando esta crise se mantém e passamos a ter doença crónica e dor crónica os recursos existentes, porém, não são suficientes, porque viver num meio rural ainda é uma limitação ao acesso de recursos para a diminuição do sofrimento e da dor.

Na verdade, viver com uma doença crónica, com uma grande carga dolorosa, implica uma reconstrução de vida, alterando projectos e relações sociais. O síndrome doloroso cria uma ameaça contínua ao indivíduo, uma vez que, muitas vezes, o doente não consegue realizar, autonomamente, as suas necessidades mais básicas e depende de outros para o fazer. Neste sentido, a família é o núcleo social mais importante para fornecer apoio emocional e segurança aos seus membros. (Moreira 2001; Minuchin 1982). O processo de doença não afecta só o indivíduo, mas todos aqueles que estão em redor, marcando uma ruptura no estilo de vida e nas ligações afectivas, conduzindo, facilmente, à ansiedade, depressão e exaustão. Perante um diagnóstico de cancro, a família atravessa fases como o impacto, desorganização funcional, procura de explicação, pressão social, perturbações emocionais, constituindo, de qualquer forma, o suporte social mais importante do indivíduo doente. Diversos estudos testemunham, persistentemente, esta importância.

Neste ponto, a teoria de stress familiar de McCubbin e Petterson (1983) descreve a adaptação das famílias confrontadas com diferentes agentes stressores, sendo estes entendidos como acontecimentos de vida que afectam um dos membros da família e que resultam em alterações no sistema familiar. Na minha própria investigação pude verificar que os doentes viúvos expressam, de uma forma contínua, a sua dor, ou referem que a sua dor é experimentada continuamente (quatro indivíduos). Os doentes casados, por sua vez, assinalam que a sua dor se manifesta muitas vezes ao dia (doze indivíduos), o mesmo ocorrendo no caso dos doentes solteiros (oito indivíduos). Não se

trata de dizer que as manifestações da dor, nestes doentes, sejam, fundamentalmente, dependentes do respectivo estado civil dos indivíduos, embora tenhamos uma relação estatisticamente significativa. Além disso, muitos estudos apontam que a existência de esposa/marido, companheiro/companheiro e outros elementos significativos (como amigos, colegas de trabalho, grupos de auto-ajuda) constituem redes de suporte social e atenuam o sofrimento do doente.

O nível de morbidade psicológica no doente com dor oncológica é elevado e o sofrimento faz com que procure um novo sentido de vida. A doença crónica, como é o cancro, é quase sempre vivenciada como uma crise, uma crise que vai permitir uma adaptação do doente e família à doença. O apoio afectivo e emocional ao doente que sofre é um imperativo, já que poderá prevenir ou diminuir quadros de depressão, ansiedade, isolamento e revolta. A forma como cada doente lida com as suas incapacidades e a dor difere de indivíduo para indivíduo, residindo esta diferença na maturação psicológica do mesmo, temperamento, história de vida e grau de auto-estima. A personalidade, aqui, é uma construção pessoal onde entram ingredientes como a herança genética, o meio ambiente, as experiências pessoais e o suporte social (Monteiro e Santos 1996)

Nesta situação de stress, o indivíduo poderá perder a capacidade de desenvolver capacidades de coping, principalmente quando a dor se prolonga no tempo e não é controlada, passando a afectar as emoções e o comportamento, o que se traduz também por um aumento da sensação da própria dor. Quando chegamos a este ponto, perturbações como a ansiedade, depressão e outras dimensões sintomatológicas estão associadas às síndromes álgicas. (Coniam e Diamond 1999).

Alguns estudos mostram, por outro lado, a relação entre a dor prolongada no tempo e a ocorrência de distúrbios de ansiedade (Myers 1999). A ansiedade intensa e persistente leva o indivíduo a uma tensão e inquietação incómodas, ao medo irracional e paralisante e a pensamentos e/ou acções repetitivas. Neste sentido, a ansiedade poderá evoluir para ataques de pânico ou um episódio, com minutos de duração, de medo intenso, palpitações, falta de ar e tremores. A ansiedade fóbica é focalizada para algum objecto, actividade ou situação específica, verificando-se que, nos indivíduos que sofrem recorrentemente de dor, o doente manifesta a sua fobia, por exemplo para o medo de não vir a andar ou de ficar incapacitado (Dias 2002).

Segundo Myers (1999), a ansiedade poderá também ficar focalizada em pensamentos sem sentido ou em comportamentos compulsivos e rígidos. O doente oncológico, dependendo das suas estratégias, conseguirá ultrapassar mais facilmente estas situações ou não. Segundo Twycross (2001), o indivíduo com dor continuada tende, quase sempre, a sentir medo intenso, a ter pensamentos desagradáveis, normalmente relacionados com a morte, perceber múltiplas alterações corporais e a repetir actos que se relacionam com a avaliação das suas capacidades. Alguns doentes com cancro na próstata, em particular, aumentam o número de relações sexuais para poderem avaliar a sua performance sexual e a sua capacidade de erecção (Gianini 2000).

É de salientar, nos resultados deste trabalho de pesquisa, uma relação significativa entre a dor na área 16 (região púbica) e a dimensão sintomatológica *obsessão-compulsão*, vindo de encontro ao que referi anteriormente, acerca das relações da dor nesta zona do corpo com representações do género culturalmente instituídas. Por outro lado, verifica-se ainda a relação significativa entre esta área dolorosa e a dimensão

sintomatológica apetite. Alguns destes doentes sentem um profundo desânimo com o futuro, insatisfação com a vida e isolam-se dos outros; têm dificuldade em fazer as tarefas que anteriormente desenvolviam, são incapazes de comer ou dormir normalmente e especulam, por vezes, se o melhor não seria morrer o mais depressa possível, terminando o sofrimento. A dor exacerba todas estas características e algumas vezes é difícil separar o que advém da dor física e o que se refere à dor mental e à depressão. (Augusto 1988).

Ainda relacionado com a sintomatologia da ansiedade e da depressão, o indivíduo tende a alterar os seus hábitos de vida e o seu quotidiano, nomeadamente, no que se refere às alterações do apetite ou do sono. A satisfação destas necessidades poderá ser posta em causa pela sintomatologia dolorosa ou pelas dimensões sintomatológicas da personalidade.

Para a área dolorosa 6 (braço direito), observou-se que os indivíduos que localizaram a sua dor nesta área apresentam maiores níveis de *somatização*, ou um sentido de incapacidade física. E, no caso das áreas 38 e 39 (região nadegueira), observou-se uma diferença estatística significativa. Os doentes com dor nesta zona do corpo mostram alterados os seus padrões de *sono* e de *alimentação*.

Segundo vários pesquisadores, os doentes com uma personalidade forte e sensibilidade interpessoal encaram a doença como um desafio. No entanto, quando o sofrimento do doente é prolongado ou a resposta ao diagnóstico é demorada poderemos evoluir para distúrbios psiquiátricos, comportamentos inadequados e risco de suicídio. As perturbações de somatização podem ser uma das dimensões encontradas nos doentes expostos a um grande sofrimento, com queixas como náuseas, distensão abdominal e menstruações irregulares. Nestes casos, o psicoticismo, segundo a aplicação da escala SCL-90, relaciona-se com a existência de indícios de perturbação esquizóide até os sintomas de comportamento psicótico. Na perturbação da personalidade esquizóide, tem lugar um distanciamento das relações sociais e uma restrita expressividade emocional em situações interpessoais. Os sinais de comportamento psicótico, por sua vez, relacionam-se com as perdas dos limites do Eu, comprometimento das funções mentais, traduzindo-se em alterações evidentes das capacidades de discernimento e de crítica objectivante, podendo ocorrer sintomatologia associada de delírios e alucinações.

A relação entre a área dolorosa 34 (zona dorsal) e a dimensão sintomatológica psicoticismo revela-se estatisticamente significativa. Os indivíduos com dor nesta região corporal apresentam maiores níveis desta dimensão sintomatológica da personalidade.

Vários estudos demonstram a grande incidência, entre doentes cancerosos, de perturbações psiquiátricas apresentadas definidas pela DSM III. A depressão e a ansiedade representam os principais sintomas, embora possam ir desde a ideação paranóide à obsessão-compulsão. A ideação paranóide no doente com dor oncológica caracteriza-se pela desconfiança em relação aos tratamentos e às informações que lhe são veiculadas, expressando, em geral, uma diminuição na confiança dos outros e dificuldades nas relações interpessoais.

No caso da relação entre o *início da dor* e as dimensões sintomatológicas da personalidade, verificou-se uma relação significativa. É possível concluir que, com a continuação da dor e sofrimento, os indivíduos tendem a desenvolver sintomatologias de *obsessão*, *ansiedade*, *ideação paranóide*, *depressão*, *agressividade* e *psicoticismo*. Assiste-se

a um aumento da sensibilidade interpessoal e a alterações no padrão de sono.

O mesmo se passa na relação entre as *manifestações da dor* e as dimensões sintomatológicas *ideação paranóide* e *morte*. O aumento da frequência da dor provoca maiores níveis de ideação paranóide e do medo da morte. Para Hacpille (1994), a doença cancerosa é acompanhada de uma perda de interesse por aquilo que antes dava prazer ao doente, uma vez que nada, nem ninguém lhe interessa, a não ser ele próprio, a doença, a dor e aquilo que o confina, cada vez mais, nessa experiência.

A própria palavra cancro desencadeia automaticamente no doente oncológico o 'medo de sofrer'. A doença, pela representação social que tem, carrega o estigma da patologia que mata aos poucos, onde o medo de sofrer é reforçado pelo facto das dores serem frequentemente acalmadas de forma insuficiente. É possível, porém, estabelecer diferenças estatísticas significativas, nos resultados desta investigação, entre a *intensidade da dor* e as dimensões sintomatológicas *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade*, *agressividade*, *morte* e *culpabilidade*. Assim, conforme a intensidade da dor vai aumentando, estas dimensões tendem a acentuar-se também, com um aumento dos níveis de ansiedade, depressão, agressividade, culpabilidade, sensibilidade interpessoal e pensamentos com a morte.

No que diz respeito à *satisfação de necessidades humanas básicas* (Escala comportamental da dor), a não satisfação dessas necessidades elementares conduz a dimensões sintomatológicas como a *depressão*, *ansiedade*, *agressividade*, *ideação paranóide*, *culpabilidade*, pensamentos com a *morte* e aumento da *sensibilidade interpessoal*.

Um argumento frequentemente repetido, por vários autores, é que, como todas as doenças graves, o cancro prejudica o papel social, nomeadamente, familiar e profissional. O doente com dor oncológica sente perda da sua autonomia e perda de poder sobre si mesmo e estas limitações fazem com que se sinta inútil. No entanto, nas últimas três décadas, a investigação no âmbito da psicologia do controlo e da psico-oncologia tem evoluído bastante, em particular os benefícios em ter um locus de controlo interno relacionado com os estados de ânimo e de saúde. Na verdade, um aspecto importante da personalidade é o senso de controlo pessoal, onde cada indivíduo tem a percepção do seu controlo. Se, por um lado, alguns indivíduos percebem que o acaso ou as forças externas determinam o seu destino, por outro lado, outros indivíduos consideram que as pessoas poderosas é que controlam a sua vida; finalmente, temos aqueles que acreditam que, até certo ponto, controlam o seu próprio destino. Segundo Myers (1998), os indivíduos com um locus de controlo interno agem com maior independência e sentem-se menos deprimidos do que os indivíduos com locus de controlo externo. Um locus de controlo interno tende ao desenvolvimento de boas e adequadas estratégias de coping, o que facilita o encarar situações de stress e de tensão, como é, precisamente, o caso da doença oncológica.

Segundo o modelo de stress de Vaz Serra, as situações de stress podem ser acontecimentos subjectivos (pensamentos com a morte, imagens assustadoras) ou objectivos (acontecimentos de vida importantes, como a doença oncológica, ou acontecimentos incomodativos do dia a dia, como a dor resultante dessa doença). Assim, para aquele autor, o indivíduo faz a avaliação dos acontecimentos e percebe se tem ou não recursos suficientes para lidar com a situação. Se não os tiver, o indivíduo sente que não tem capacidades de controlo e pode entrar em stress. No entanto, o stress poderá ser

atenuado, se o doente tiver uma boa estrutura de apoio social e um locus de controlo interno. (Vaz Serra, Firimino e Matos 1987).

O locus de controlo estabelece, por outro lado, relação com o auto-conceito que o indivíduo tem acerca de si mesmo. Assim, os sujeitos com um bom auto-conceito estão mais predispostos a desenvolver a crença de que os benefícios que obtêm numa situação é devido ao seu próprio esforço e não a factores externos. O mesmo não se passa, ao contrário, com os indivíduos com um locus de controlo externo. Vaz Serra *et al* (1987) sugerem, assim, que a internalidade está mais relacionada a uma satisfatória saúde mental do que a externalidade. Precisamente, vimos, na fundamentação teórica deste trabalho que o locus de controlo externo estabelecia relação com níveis elevados de ansiedade.

Esta investigação revela ainda uma diferença estatística significativa entre a localização da dor, na área respeitante à região superior anterior do tórax esquerda (área dolorosa 5), e um locus de controlo externo atribuído a pessoas poderosas. Verifica-se ainda, com correlações positivas, que os doentes com um locus de controlo externo, seja atribuído a pessoas poderosas ou ao acaso/sorte, tendem a maiores níveis de sensibilidade interpessoal. Já os indivíduos com um locus de controlo interno tendem a uma sensibilidade interpessoal menor.

Os doentes com dor oncológica que fizeram parte da amostra e que apresentam um locus de controlo externo estabelecem correlações positivas com as dimensões sintomatológicas de depressão, ansiedade, psicoticismo, morte, culpabilidade e apetite. Assim, os doentes que percebem que a sua vida é controlada por factores acidentais ou por pessoas poderosas têm maiores níveis das mesmas dimensões sintomatológicas.

Desta forma, o locus de controlo dos doentes é um importante factor a ter em conta, na forma como o doente lida com a doença e a dor. A dor oncológica afecta sujeitos com características, valores, formas de perceber o que lhes acontece e com uma determinada representação de si. É com base nessa representação das coisas e dos outros que o sujeito vai modular o seu sofrimento e a sua capacidade de o enfrentamento da situação.

É importante salientar que os resultados desta investigação poderão ser usados e comparados numa amostra maior, porque, possivelmente, teremos ainda um número maior de correlações positivas que não foram encontradas, em razão do número limitado de sujeitos em estudo.

### **Em Síntese**

Muito há a fazer na pesquisa sobre a dor oncológica. A natureza plurifactorial da dor torna necessária a elaboração de critérios próprios de avaliação e medida. Em Portugal, recentemente, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o 'Plano Nacional de Luta Contra a Dor', aprovado por despacho ministerial de 26 de Março de 2001. Todavia, ainda não temos a suficiente aplicação destas medidas, pelo menos nos locais onde foi recolhida a amostra para este trabalho. Como referi, autores como Paúl e Fonseca (2001) salientam a importância da equidade na distribuição de serviços e recursos. No entanto, as equipas de cuidados continuados multidisciplinares e com formação adequada ainda são uma miragem, na realidade dos cuidados de saúde oncológica em Portugal.

Assim, no quadro deste trabalho, defendo como estratégia a implementar nos cuidados de saúde primários:

- A constituição de equipas permanentes e multidisciplinares de cuidados continuados.
- Formação constante e adequada dessas equipas.
- A avaliação sistematizada da dor, com recurso a técnicas e a instrumentos já validados.
- Desenvolver relações interpessoais com os doentes e família e com eles definir e escolher o tratamento a desenvolver.
- Uso de tratamentos não farmacológicos e farmacológicos.
- Prescrever os fármacos, usando a escada analgésica, profilacticamente.
- O controlo sintomático da dor, visando a qualidade de vida do doente.
- Suporte psicológico ao doente e à família por profissionais especializados.
- A articulação de cuidados entre instituições diferenciadas, de forma contínua e coordenada.

## REFERÊNCIAS

- Andersen, P.  
1989 'Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the Quality of Life'. *Revista de Enfermermaria* 176. pp.42-4.
- Augusto, M. J.  
1988 *Ansiedade: Perspectivas Clínicas. Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baia, Conceição  
2002 'O Processo de Comunicação em Ambiente Oncológico'. Dissertação de Mestrado. ESAE/Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Bloom, J. R.; Kang L.; Romano, L.  
1991 *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies..* Nova Iorque: Wiley, John & Sons, Incorporated.
- Caplan, G.  
1980 *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Carvalho, Amâncio; Cardoso, António  
2001 'O Controlo da Dor e a Qualidade de Vida do Doente Oncológico'. *Enfermagem Oncológica* 158. pp.17-29.
- Coniam, S. W., Diamond, A. W.  
1999 *Controlo da Dor Crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Costa, Amaro da et al.  
1994 'A Dor no Doente Oncológico'. *Divulgação* 30. pp. 9-19.
- Dias, Maria do Rosário et al  
2002 *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Gianini, Marcelo  
2002 'Câncer e Género: Enfrentamento da Doença'. Dissertação de Doutoramento. Universidade Católica de São Paulo

- Hacpille, Lucie  
1994 *A Dor Cancerosa e o seu Tratamento: Abordagem Global em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hanson, S.; Body, S.  
1996 *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. Filadélfia: Davis Company.
- Lazarus, R.; Folkman, S.  
1984 *Stress, Appraisal and 'Coping'*. Nova Iorque : Springer.
- Marmot, M.  
2001 *A Social View of Health and Disease*. Londres: Grijalbo.
- Minuchin, S.; Fishman, C.  
1982 *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monteiro, Manuela ; Santos, Milice Ribeiro dos  
1996 *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, Isabel  
2001 *O Doente Terminal em Contexto Familiar*. Coimbra. Formasau.
- Myers, S.  
1998 *Introdução á Psicologia Geral*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.
- Neto, Isabel; Pechilga, Ermelinda  
1999 *Tratamento da Dor Oncológica*. Lisboa: Laboratório Janssen-Cilag.
- Northrup, C.  
2000 *Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher*. Lisboa. Sinais de Fogo.
- Paúl, Constança; Fonseca, António  
2001 *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: .
- Pereira, Maria da Graça et al  
2002 *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: .
- Schwartzmann, Gilberto et al  
1991 *Oncologia Clínica, Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Serra, A. Vaz, Firmino, H; Matos, A.  
1987 'Auto Conceito e Locus de Controlo'. *Psiquiatria Clínica* 9 (4). pp.301-16.
- Swenson, Carol  
2000 *Enfermagem Oncológica: Gestão da Dor*. Lisboa. Lusociência Editora.
- Twycross, Robert  
2001 *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Watson, W.  
1989 'Chronic Noncancer Pain and the Long Term Utility of Ppioids'. *PubMed*. 71. pp. 51-55.
- Wilkie, D.  
1997 'Coping' in the Patient with Chronic Pain'. In *Anais Simpósio Internacional de Dor* 3. pp.38-9.
- Worden, J. W.  
1991 *Grief Counseling and Grief in Adult Life*. Londres: Arnold.