

DOR, DEPRESSÃO E CONCEITOS CULTURAIS

CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA*, MARIA SUMIE KOIZUMI**,
MANOEL JACOBSEN TEIXEIRA***

RESUMO - A influência de fatores pessoais, culturais e afetivos e das características das neoplasias na ocorrência e expressão do sintoma algíco de 92 doentes com doença oncológica avançada foi avaliada através de escalas e inventários adaptados para a língua portuguesa. Havia dor, em geral moderada ou intensa, durante a semana anterior à entrevista em 62,0% dos casos. A duração média do quadro algíco foi 10 meses. Havia maior proporção de doentes com neoplasia do segmento cabeça e pescoço no grupo com dor, do que sem dor. Concepções culturais errôneas sobre o controle da dor no câncer e de que doentes recebiam remédios em demasia se correlacionaram à dor de maior intensidade ($p<0,05$). Os indivíduos com dor apresentaram escores de depressão significativamente mais elevados ($p<0,05$). Doentes com mais altos escores de depressão tiveram experiência dor de maior intensidade ($p<0,05$).

PALAVRAS CHAVE: dor crônica, dor oncológica, depressão, aspectos culturais.

Depression and misconceptions: correlation with oncological pain expression

ABSTRACT - The influence of personal, cultural and affective factors and of the characteristics of the neoplastic diseases in the occurrence of pain and pain intensity in 92 patients presenting advanced cancer was evaluated. Pain usually moderate or severe during past week before the interview occurred in 62.0% of the patients. The duration of pain symptomatology lasted 10 months as an average. There was a higher proportion of patients with head and neck tumors in the group with pain than without pain. Cultural misconceptions about cancer pain control and the idea that doctors prescribe excessive amount of analgesics were correlated with higher intensities of pain ($p<0.05$). Patients with pain presented higher depression scores than patients without pain ($p<0.05$). Higher pain scores were correlated with higher depressive scores ($p<0.05$).

KEY WORDS: cancer pain, chronic pain, depression, misconceptions.

A dor ocorre em 50 a 70% dos doentes com câncer e em 70% a 90% dos indivíduos com doença oncológica avançada⁷. É fenômeno complexo, multidimensional e difícil de ser avaliado. Sabe-se que há íntima interação entre as diferentes qualidades sensoriais e a dolorosa e entre esta e os sistemas responsáveis pelos aspectos cognitivos e afetivos do indivíduo. Do interrelacionamento entre os aspectos sensitivos com os emocionais e culturais, resulta a vivência da experiência dolorosa²⁹. Esta concepção sugere que o controle e a expressão da dor podem sofrer interferências destes elementos²⁴. Especialistas da OMS elaboraram um roteiro sobre métodos para o controle do sintoma algíco, cuja eficácia foi comprovada por diversos estudos^{17,18}. Entretanto, o controle da dor oncológica é ainda inadequado mesmo em países desenvolvidos^{10,18}. Entre as causas do insuficiente alívio da dor citam-se: falhas na formação dos profissionais de saúde na área de analgesia; a apreciação

*Enfermeira, Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Coordenadora de Enfermagem da Liga de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP); **Enfermeira, Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da USP; ***Neurocirurgião, Professor Doutor do Departamento de Neurologia da FMUSP. Chefe do Ambulatório de Dor da Clínica Neurológica do HC/FMUSP. Aceite: 17-março-1997.

inadequada do problema da dor; o uso incorreto das terapias analgésicas; falhas no modelo teórico da dor oncológica e de seu tratamento; e fatores culturais, afetivos e cognitivos dos doentes relativos a conceitos errôneos sobre dor no câncer e analgésicos, que podem resultar em resistência a utilizá-los e contribuir para o inadequado alívio da dor^{7,16,20}.

Há, na bibliografia internacional e nacional, falta de estudos relativos ao controle da dor sob o prisma multifatorial, o que justifica um estudo sistematizado acerca do tema^{14,15}. Este estudo visa à busca de possíveis associações entre a ocorrência e expressão da dor e as variáveis sociodemográficas, atributos pessoais, culturais, depressão e características da doença neoplásica. Visa ainda à busca de correlações entre a intensidade da dor e a ciência do diagnóstico e as crenças dos doentes com doença neoplásica avançada.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Dentre 118 pacientes com doença neoplásica avançada e em tratamento no Ambulatório do Serviço de Radioterapia do HC/FMUSP, durante o período de outubro-1993 a fevereiro-1994, foram selecionados 92 que se adequavam aos critérios estabelecidos para o estudo: ocorrência de doença neoplásica avançada; idade mínima de 16 anos; condições físicas, capacidade de compreensão e verbalização adequadas para participar da entrevista. Considerou-se doença neoplásica avançada aquela com grande extensão loco-regional ou com metástases.

Os doentes foram avaliados por meio de instrumentos padronizados e os dados coletados através de entrevista individual, padronizada e única, realizada em ambiente privativo. Segundo a ocorrência ou não de dor durante na semana anterior à entrevista, os doentes foram divididos em 2 grupos: grupo 1, doentes que não sentiram dor na semana anterior à entrevista; e grupo 2, doentes que sentiram dor na semana anterior à entrevista. A população foi caracterizada quanto à idade, sexo, renda familiar e per capita, escolaridade, atividade ocupacional, quanto ao fato de o doente ter ou não ciência sobre o diagnóstico da neoplasia, ocorrência ou não de dor na última semana, duração do quadro algico, intensidade da dor, localização do tumor primário, existência e localização da doença metastática, de doença avançada loco-regionalmente ou de ambas, e se a dor, quando existisse, poderia ser atribuída ao tumor ou às metástases.

A intensidade da dor foi avaliada por meio de escala numérica de 0 a 10¹⁹ e classificada em leve (valor de 1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10). Para aferir o conhecimento e crenças do doente sobre dor no câncer e analgesia, utilizaram-se os elementos que exploram tais aspectos do inquérito elaborado, testado e validado por Ferrel^{14,15}, validado e traduzido para a língua portuguesa por um comitê de 5 especialistas em dor e modificado pela adoção de escalas visuais analógicas divididas em centímetros, elaboradas após pré-teste. Aos resultados foram atribuídos valores numéricos. O inventário de depressão de Beck¹, traduzido para a língua portuguesa⁴, foi o instrumento de auto-avaliação de estado depressivo utilizado.

Todas as provas estatísticas foram realizadas admitindo-se probabilidade de erro de primeira espécie (erro tipo I) de 5%. Foram seguidas as recomendações de Siegel²⁶ quanto à adequação e aproximações possíveis em cada teste.

RESULTADOS

Havia queixa algica em 62,0% dos indivíduos avaliados. Em 17,5% dos casos, a dor foi descrita como intensa (intensidade de 8 a 10). A média de intensidade da dor foi 5,6 e a mediana, 5. O período de tempo decorrido desde o início do quadro algico variou entre 12 dias e 60 meses (média de 10 meses e mediana de 5 meses). Relataram ter dor há mais de 6 meses 36 (63,2%) indivíduos e 12 (21,1%), há mais de 1 ano.

Houve predomínio dos indivíduos do sexo masculino (65,7%) no grupo 1 e distribuição equitativa dos sexos (49,1% de mulheres e 50,9% de homens) no grupo 2, diferenças estas não estatisticamente significantes (χ^2 observado = 1,39; crítico = 3,84). As idades variaram de 16 a 81 anos. A faixa etária dominante para ambos os grupos foi entre 55 e 81 anos (51,5% no grupo 1 e 43,8% no grupo 2). Para o grupo 1, a média de idade foi 52,7 anos e a mediana, 55. Para o grupo 2, a média foi 50,1 e a mediana, 52. Não houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência de dor, em relação idade (χ^2 observado = 0,52; crítico = 5,99). Na maioria dos doentes, a escolaridade foi até 4 anos (54,3% e 64,9% respectivamente). A média de escolaridade foi 6,1 anos para os

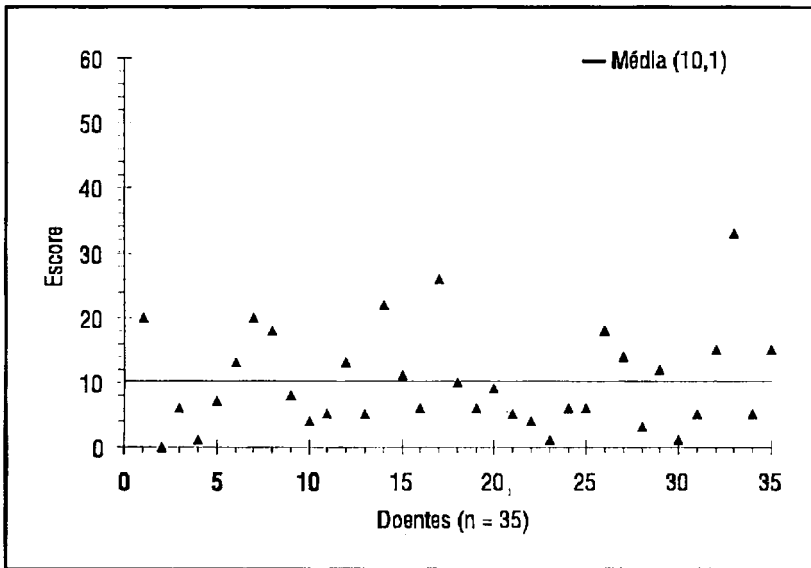


Fig 1. Distribuição dos escores de depressão apresentados pelos doentes do grupo 1 (sem dor).

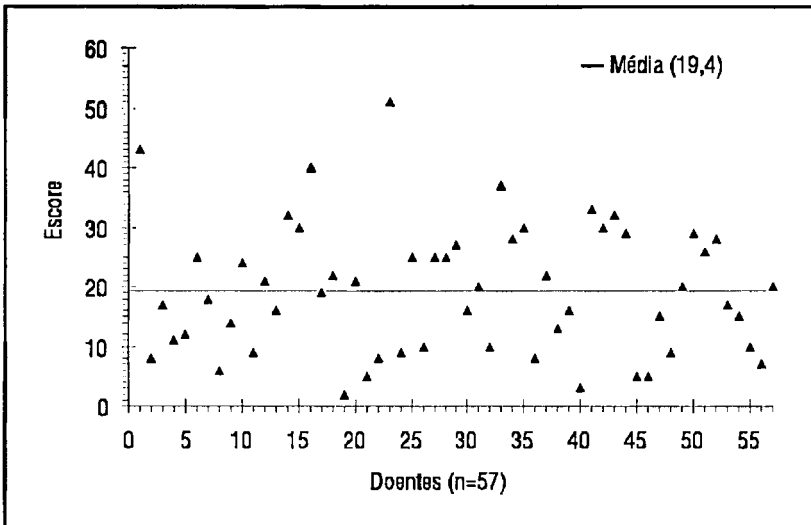


Fig 2. Distribuição dos escores de depressão apresentados pelos doentes do grupo 2 (com dor).

indivíduos do grupo 1 e de 4,9 anos para os do grupo 2. A mediana foi 4 anos para ambos os grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência de dor, de acordo com a escolaridade (χ^2 observado = 3,85; crítico = 5,99). Proporção similar dos doentes do grupo 1 (34,3%) e do grupo 2 (36,9%) não possuía atividade ocupacional remunerada; estava desempregada ou era composta por donas de casa ou estudantes; 31,4% dos doentes do grupo 1 e 28,0% do grupo 2 estavam aposentados; 20,0% dos doentes do grupo 1 mantinha atividade ocupacional remunerada e, no grupo 2, este percentual foi menor (10,5%); 14,3% dos doentes do grupo 1 e 24,6% do grupo 2 estavam em licença-saúde. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de dor e o desempenho de atividade

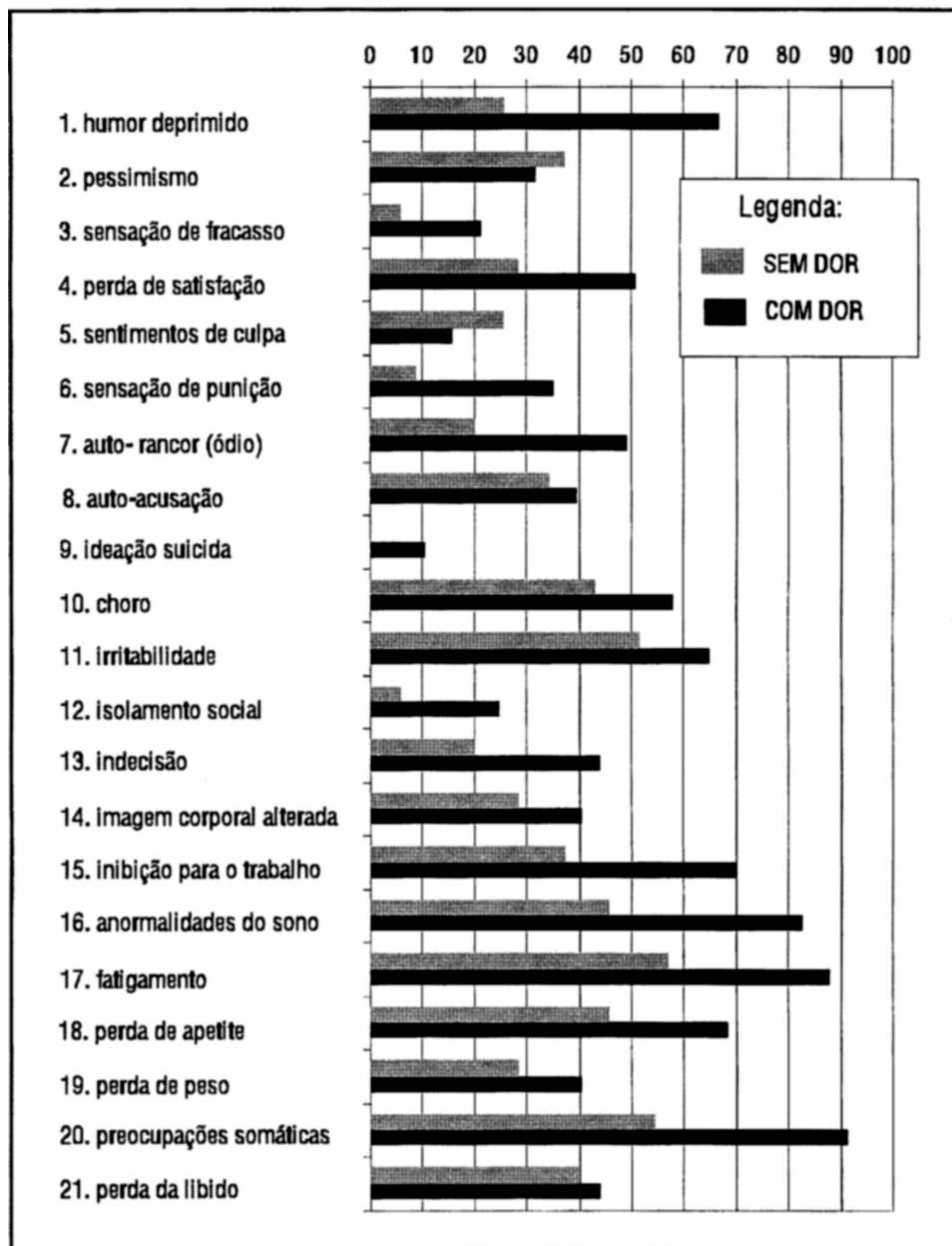


Fig 3. Frequência relativa (%) de escolha dos itens do inventário de depressão de Beck, nos doentes do grupo 1 (sem dor) e 2 (com dor).

ocupacional remunerada ($c2$ observado = 2,61; crítico = 7,82). A renda per capita calculada a partir da renda familiar total dividida pelo número de pessoas que vivia com ela, expressa em salários mínimos foi equitativa na faixa de até 1 salário mínimo inclusive (37,1%) nos doentes do grupo 1 e acima de 1 até 2 salários mínimos inclusive (37,1%), sendo a média de salários 1,8 e a mediana, 1,5. Na maioria dos doentes do grupo 2 (52,6%), a renda foi de até 1 salário mínimo inclusive, a média de salários

mínimos recebidos foi 1,4 e a mediana, 1. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de dor e a renda per capita (c_2 observado = 2,70; crítico = 5,99).

As localizações mais frequentes do tumor primário nos doentes do grupo 1 foram o aparelho digestivo (20,0%), o pulmão (17,1%) e a mama (14,3%). Nos doentes do grupo 2, a localização mais frequente do tumor primário foi o segmento crânio-cervical (33,4%), seguido do aparelho digestivo (17,5%) e da mama (12,3%). A ocorrência de tumores de cabeça e pescoço foi pequena no grupo 1 (8,6%) e expressiva no grupo 2 (33,4%). Esta diferença foi estatisticamente significativa, pelo teste de Fisher ($p = 0,0003$). Nas demais localizações, de forma geral, foi semelhante nos 2 grupos. Cerca de 40,0% dos doentes apresentava doença em atividade à distância. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de dor e o tipo de atividade da doença (c_2 observado = 0,81; crítico = 5,99). Os doentes do grupo 1 apresentaram, em média, 1,3 locais de metástases, sendo a localização nitidamente mais frequente a pulmonar (48,1%). Os do grupo 2 apresentaram média de 1,4 locais de metástases, sendo as localizações mais e igualmente frequentes os pulmões (28,3%) e os ossos (28,3%). Os 2 grupos foram semelhantes quanto ao número médio de locais de metástases.

Conheciam o diagnóstico da neoplasia 65,7% dos indivíduos sem dor e 68,4% dos doentes com dor. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre ocorrência de dor e estar ciente do diagnóstico de neoplasia (c^2 observado = 0,58; crítico = 5,99).

O escore médio individual do inventário de depressão de Beck, encontrado nos doentes sem dor foi 10,1 e a mediana, 7. Nos doentes com dor, o escore médio de depressão foi 19,4 e a mediana, 19. Os valores apresentados pelas mulheres foram superiores (média = 21,0 e mediana = 22,5) aos dos homens (média = 17,9 e mediana = 17) (Fig 1 e 2). A média obtida no grupo com dor (19,4) foi aproximadamente o dobro da média obtida no grupo sem dor (10,1). Esta diferença foi estatisticamente significativa, pela prova de Mann-Whitney (observado = 4,25; crítico = 1,64). Nenhuma das 21 questões do inventário de depressão de Beck esteve alterado em menos de 10,0% dos doentes estudados (Tabela 1 e Fig 3). As alterações depressivas foram em maior número, acometeram maior parcela e apresentaram-se de forma mais intensa nos doentes com dor. Sensação de fracasso, punição e isolamento social ocorreram em menos de 10,0% dos doentes sem dor. Nos doentes com dor, esta percentagem dobrou ou triplicou. Nos indivíduos com dor, a frequência de ocorrência das alterações foi superior à encontrada nos doentes sem dor, em quase todos os 21 itens.

A ocorrência de tumores de cabeça e pescoço foi maior no grupo com dor. Estas diferenças devem-se à ocorrência de dor e não à localização do tumor (prova de Kruskal Wallis e prova de Mann Whitney):

Prova de Kruskal Wallis (observado = 19,07; crítico = 7,81)

Grupos	Soma de postos	Média dos postos
cabeça sem dor	58,50	6,00
outros sem dor	1040,00	10,44
cabeça com dor	1110,50	20,79
outros com dor	2069,00	18,76

Prova Mann Whitney (crítico = 1,64)

Grupos comparados	Observado	Resultado
cabeça sem dor x outros sem dor	0,65	não significativo
cabeça com dor x outros com dor	0,51	não significativo
cabeça sem dor x cabeça com dor	2,58	significativo
outros sem dor x outros com dor	3,41	significativo

Tabela 1. Distribuição da frequência de escolha dos itens do inventário de depressão de Beck, pelos doentes do grupo 1 (sem dor) e 2 (com dor).

Itens	Grupo 1		Grupo 2	
	n	%	n	%
1. humor deprimido	9	25,7	38	66,7
2. pessimismo	13	37,1	18	31,6
3. sensação de fracasso	2	5,7	12	21,1
4. perda de satisfação	10	28,6	29	50,9
5. sentimentos de culpa	9	25,7	9	15,8
6. sensação de punição	3	8,6	20	35,1
7. auto-rancor (ódio, aversão)	7	20,0	28	49,1
8. auto-acusação	12	34,3	22	39,6
9. ideação suicida	-	-	6	10,5
10. choro	15	42,9	33	57,9
11. irritabilidade	18	51,4	37	64,9
12. isolamento social	2	5,7	14	24,6
13. indecisão	7	20,0	25	43,9
14. imagem corporal alterada	10	28,6	23	40,4
15. inibição para o trabalho	13	37,1	40	70,1
16. anormalidades do sono	16	45,7	47	82,5
17. fadigamento	20	57,1	50	87,7
18. perda de apetite	16	45,7	39	68,4
19. perda de peso	10	28,6	23	40,4
20. preocupações somáticas	19	54,3	52	91,2
21. perda da libido	14	40,0	25	43,9

Observou-se correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a intensidade da dor e os valores mais altos no inventário de depressão de Beck (Prova de Kendall Tau 125):

Prova de Kendall Tau valor crítico: 1,64 para as correlações positivas

Variável	Coefficiente	Observado	Resultado
escore depressivo	0,25	2,73	Significante

O aspecto cultural estudado nos doentes com dor foi o conhecimento sobre dor oncológica e analgesia. A nota máxima possível para cada assertiva do inventário de Ferrel^{14,15} é 10 e o total de pontos, 80. O conhecimento sobre dor oncológica e analgesia nos doentes com dor foi insatisfatório (média = 40,5 e mediana = 40,5), principalmente em relação às assertivas 2, 3, 4 e 7, em que as

Tabela 2. Médias e medianas obtidas pelos doentes do grupo 2 nas 8 assertivas relativas ao conhecimento sobre dor oncológica e analgesia.

Assertivas	Média	Mediana
1. A dor no câncer pode realmente ser controlada.	6,7	7,0
2. Remédios para dor devem ser tomados somente quando a dor é muito forte.	3,6	3,7
3. A maioria dos doentes com câncer que toma remédios para dor tornar-se-á viciada com o tempo.	4,8	4,5
4. É importante tomar a menor quantidade de remédios possível, para deixar altas doses para mais tarde, quando a dor piora.	2,5	1,5
5. É melhor tomar remédios para dor em horários fixos do que somente quando a dor aparece.	5,7	8,0
6. Outros tratamentos além de remédios (como massagem, calor, relaxamento), podem ajudar no controle da dor.	6,6	7,5
7. Remédios para dor podem ser perigosos e frequentemente interferem com a respiração.	3,7	3,0
8. Os doentes frequentemente recebem, exageradamente, remédios para dor.	6,9	8,0
Total	40,5	40,5

Tabela 3. Coeficientes de correlação obtidos na análise entre a intensidade da dor e as assertivas de conhecimento sobre dor oncológica e analgesia, pela prova de Kendall Tau.

Variável	Coefficiente	Observado	Resultado
Assertiva 1	-0,17	-1,90	significante
Assertiva 2	0,11	1,16	não significante
Assertiva 3	-0,04	-0,43	não significante
Assertiva 4	0,06	0,66	não significante
Assertiva 5	0,11	1,30	não significante
Assertiva 6	-0,01	-0,08	não significante
Assertiva 7	-0,04	-0,41	não significante
Assertiva 8	-0,21	-2,26	significante
Total	-0,08	-0,84	não significante

Valores críticos: 1,64 para as correlações positivas e -1,64 para as correlações negativas.

médias obtidas foram acentuadamente baixas (3,6; 4,9; 2,5 e 3,7 respectivamente) (Tabela 2). Houve correlação negativa, estatisticamente significativa (prova de Kendall Tau) entre a intensidade da dor e a opinião do doente de que a dor no câncer poderia, realmente, ser controlada (assertiva 1) e entre a intensidade da dor e a percepção do doente de que recebia analgésicos em demasia (assertiva 8). Estes resultados estão apresentados no Tabela 3.

DISCUSSÃO

Dor é sintoma frequente em doentes com câncer^{7,10,11}. No presente estudo, constatou-se frequência de ocorrência de dor em 62,0% de 92 doentes com câncer avançado. Tal achado está de acordo com os encontrados por Spiegel e Bloom²⁸, Bonica⁷ e Cleeland et al.¹⁰ e situam-se entre os de Bond e Pilowsky⁶, Daut e Cleeland¹¹, Portenoy et al.²⁵ e Ahles et al.¹. Os doentes avaliados na presente pesquisa possuíam doença oncológica avançada metastática ou loco-regional, e não foram considerados terminais. Entendeu-se por doente terminal "aquele que é incapaz de manter suas atividades físicas ou de manter vida de relação e cuja morte é esperada a curto prazo"²². Possivelmente, alguns estudos incluíram entre os doentes com doença neoplásica em fase avançada, doentes terminais, na definição operacional adotada no presente estudo^{6,7}, o que justifica algumas discrepâncias entre os resultados observados no presente estudo e os relatados por outros autores. Ressalta-se a alta ocorrência de dor nos doentes avaliados neste estudo, o que confirma o conceito de que a dor é frequente na doença oncológica, principalmente em fases avançadas⁷. Nos países em desenvolvimento onde se concentram grande número de doentes com câncer, frequentemente em estágios evolutivos em que a cura é impossível, o que torna o controle dos sintomas o objetivo da assistência²³, em ambiente onde os recursos financeiros são escassos e a disponibilidade de analgésicos potentes limitada²⁸.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes nos dados relativos ao sexo, idade, escolaridade, atividade ocupacional remunerada e renda per capita, entre os doentes com e sem dor. No que tange às características da neoplasia, os grupos apresentaram comportamento semelhante em relação às variáveis: tipo de evolução da doença, número médio de locais de metástases e ciência do diagnóstico de neoplasia. A frequência de ocorrência de tumores de cabeça e pescoço foi menor no grupo sem dor, diferença esta estatisticamente significativa.

Sabendo-se que a vivência dolorosa é resultante de fatores biológicos, emocionais e sociais e supondo-se que a ciência do diagnóstico acarreta sofrimento adicional, conceito generalizado em nosso meio, seria lógico admitir que o doente que sabe estar com neoplasia maligna seria mais susceptível a vivenciar dor. De fato, isto não ocorreu, pois entre os doentes cientes do diagnóstico não houve maior frequência dor. Não se encontrou estudo que tivesse analisado esta relação. Ahles et al.² observaram que doentes que julgavam que a presença de dor era sinal de avanço da doença oncológica, experienciaram dores mais intensas do que os que não faziam esta relação.

A dimensão emocional é outro componente da experiência dolorosa que, possivelmente, interfere na vivência e expressão da dor. Depressão é um quadro prevalente em 4% a 5% da população, sendo muito frequente em doentes com afecções médico-cirúrgicas²⁷. Queixas dolorosas persistentes ocorrem entre 30% e 100% dos doentes deprimidos³⁰. A prevalência da depressão nos doentes com dor crônica varia entre 22% e 78%³⁰. Dor pode advir como fenômeno resultante da depressão ou depressão como resultante da experiência dolorosa crônica³⁰. Diversas teorias tentam explicar porque dor e depressão coexistem. Algumas assumem haver relação de causa e efeito, outras não valorizam o fenômeno inicial e outras fundamentam-na em bases biológicas e psicossociais^{5,30}. Em doentes com dor crônica e em deprimidos, há evidências de que ocorram modificações da atividade de alguns neurotransmissores, incluindo a serotonina e a noradrenalina¹⁴. O modelo cognitivo comportamental admite que, devido à redução das atividades que acompanha os quadros algícos, sentimentos de perda de prestígio social e de controle da situação ocasionam depressão. Por outro lado, o indivíduo deprimido, centrado em si mesmo, afastado do convívio social e das atividades laborativas, está mais susceptível para perceber sensações dolorosas que em outras situações não seriam identificadas, ou o seriam com magnitudes diferentes³⁰.

Ocorreu diferença estatisticamente significativa nos escores de depressão do inventário de Beck apresentados pelos doentes sem (média 10,1) e com dor (média 19,4). Nos doentes sem dor, 3 itens estavam alterados em mais de 50% dos indivíduos: fadiga (57,1%), preocupações somáticas (54,3%) e irritabilidade (51,4%). Estes foram seguidos por anormalidades do sono (45,7%), perda do apetite (45,7%) e choro (42,9%). Sensação de fracasso, de punição e isolamento social foram

referidos por menos de 10% dos doentes. No grupo com dor, 9 aspectos encontravam-se alterados em mais de 50% dos doentes: preocupações somáticas (91,2%), fadiga (87,7%), anormalidades do sono (82,5%), inibição para o trabalho (70,1%), perda de apetite (68,4%), humor depressivo (66,7%), irritabilidade (64,9%), choro (57,9%) e perda de satisfação (50,9%). Observou-se também que, mesmo os sinais e sintomas somáticos, comuns à síndrome depressiva e ao câncer, como alterações do sono, anorexia, perda de peso, fadiga, preocupações somáticas, apresentaram-se mais frequentemente no grupo com dor. No grupo com dor, a ocorrência de tumores de cabeça e pescoço (33,4%) foi estatisticamente superior ao do grupo sem dor (8,6%). Entretanto, as provas estatísticas realizadas permitiram concluir que os escores depressivos não diferiram significativamente segundo a localização do tumor, mas sim e significativamente segundo a presença ou ausência de dor. Clark et al.⁹, estudando doentes com anormalidades orgânicas e psiquiátricas, concluíram que a presença concomitante de ideação suicida, sensação de fracasso, sensação de culpa, isolamento social, indecisão e perda de satisfação pode ser tida como critério para a determinação da intensidade da depressão e não é mascarada pela presença de doença física. Na presente pesquisa, a sensação de fracasso, o isolamento social, a indecisão e a perda da satisfação foram 2 a 3 vezes mais frequentes nos doentes com dor do que nos doentes sem dor. Ideação suicida, que não ocorreu nos doentes sem dor, foi referida por 6 (10,5%) dos doentes com dor. Em estudo envolvendo doentes terminais, observou-se que 20% verbalizou ideação suicida. Destes, 2 suicidaram-se¹⁷. Dor incontrolada é o maior fator para o suicídio relacionado ao câncer¹¹.

O ponto de corte, para definir depressão através do inventário de Beck, não foi ainda determinado para os doentes brasileiros. O valor utilizado por diversos autores é o escore igual ou superior a 14 pontos, considerado significativo para o rastreamento de doentes deprimidos^{8,9}. Segundo Del Porto¹², Beck recomenda escores mínimos de 13 pontos para detectar depressão entre doentes com afecções mentais e de 21 pontos para pesquisas clínicas sobre depressão. Quando se utilizou 14 como ponto de corte, 28,6% dos doentes sem dor foi considerado deprimido, o mesmo ocorrendo em 66,7% nos doentes com dor. Utilizando-se 21 como ponto de corte, no grupo sem dor, apenas 8,6% dos indivíduos foram classificados como deprimidos e, no grupo com dor, este percentual manteve-se elevado: 43,9%. Parece, portanto, indiscutível haver maior ocorrência de depressão nos doentes com dor. Sintomas depressivos intensos afetam cerca de 25% dos doentes com câncer e 77% daqueles com doença oncológica avançada⁸. Questiona-se se a depressão no doente oncológico com dor deve-se ao câncer em si ou se a dor tem papel significativo nesta relação³⁰. É possível que o doente emocionalmente comprometido responda menos favoravelmente à terapia antiálgica e que o impacto da dor em sua vida seja maior. Ahles et al.² observaram que os doentes oncológicos com dor apresentavam índices de depressão significativamente mais elevados e menor atividade física que os sem dor. Bond³ notou menor taxa de neurotização em doentes oncológicos que conseguiram melhor controle da dor. Buckerg et al.⁸ observaram haver depressão em 33% dos doentes oncológicos utilizando o inventário de Beck, com o ponto de corte em 14. Estudo multicêntrico, revelou que 13% dos doentes oncológicos que não apresentava incapacidade física importante apresentava depressão maior segundo o Sistema Diagnóstico DSM III da Associação Americana de Psiquiatria¹³. Na presente pesquisa, utilizando o inventário de Beck, com ponto de corte de 14, observou-se que dos 92 doentes avaliados, 52,2% apresentaram escore compatível com depressão. Com ponto de corte de 21, a porcentagem observada foi 30,4%. Uma possível explicação para estes valores mais elevados foi a ocorrência de dor na maioria dos casos, que é fator agravante nos quadros depressivos. Foi observada também existência de correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a intensidade da dor e os escores de depressão mais elevados. À dor mais intensa corresponderam escores mais elevados de depressão. Buckerg et al.⁸ observaram que a dor era mais intensa nos doentes oncológicos mais deprimidos, mas esta relação não foi estatisticamente significativa. Spiegel e Bloom²⁸ observaram haver correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a intensidade da dor e anormalidades do humor, a crença do doente de que a dor indicava piora da doença e maior uso de analgésicos em mulheres com neoplasia metastática de mama.

O inventário de depressão de Beck³ empregado no presente estudo é um instrumento de auto-avaliação de estado depressivo que permite discriminar doentes deprimidos dos não deprimidos em 82% a 88% das vezes^{8,9,30}. É uma medida de rastreamento e não diagnóstica³⁰. Escalas de auto-avaliação podem ser vulneráveis pela possibilidade de o doente, deliberadamente, negar ou exarcebar sintomas, enfatizar traços socialmente mais aceitos ou responder nos extremos da gama de respostas. Além disso, o nível cultural, a posição social e étnica podem interferir na compreensão e significado atribuído aos termos que o compõem. Podem também ser inadequadas para pacientes intensamente deprimidos, visto a limitação e ausência de motivação para respondê-las. Apresentam, como vantagens, a eliminação das diferenças na interpretação dada pelos avaliadores e o fato de serem instrumentos práticos e não necessitarem de profissionais especializados para aplicá-los¹².

Apesar de os escores de depressão serem significativamente mais elevados no grupo de doentes com dor e à dor de maior intensidade corresponderem escores mais elevados de depressão, a depressão, muitas vezes, não é identificada e valorizada. Os doentes e familiares tendem a não se queixar por considerarem que os sintomas depressivos são devidos à doença ou a defeito de caráter. Cleland et al.¹⁰ acreditam que as respostas inadequadas aos analgésicos podem, algumas vezes, ser atribuídas à depressão.

Admite-se que grande parte dos doentes possui lacunas de informação e crenças errôneas sobre dor no câncer e analgesia que podem interferir na vivência de dor e interferir desfavoravelmente na resposta aos regimes terapêuticos, mesmo que adequadamente propostos^{5,7,14,20}. Informações errôneas, medos infundados dos doentes sobre os efeitos colaterais dos analgésicos, medo do desenvolvimento de tolerância e de habituação ao fármaco e sobre crenças e inevitabilidade da dor oncológica, parecem ser frequentes entre os doentes com câncer e dor. O presente estudo revelou que o conhecimento sobre dor oncológica e analgesia foi muito baixo entre os doentes. Julgavam que os remédios utilizados para controlá-la eram muito fortes e perigosos (assertiva 7; média=3,7). Observou-se, também, o quanto é forte, entre os doentes, a concepção de que analgésico só se usa quando há dor intensa (assertiva 2; média= 3,6), deve-se tomar a menor quantidade possível de remédios para deixar altas doses para o futuro quando a dor é pior (assertiva 4; média=2,5). A crença de que os indivíduos com câncer que tomam remédios para dor ficam viciados foi também importante (assertiva 3; média= 4,8). Encontrou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre a crença de que a dor pode realmente ser controlada (assertiva 1) e a intensidade da dor e entre esta e a percepção de que os doentes tomam remédios em demasia (assertiva 8). Conceitos errôneos sobre dor na doença neoplásica parecem existir em todo o mundo, mas talvez sejam mais frequentes em nosso meio. Em inquérito populacional realizado em cidade da América do Norte, Levin et al.²¹ observaram que a dor oncológica foi imaginada como muito intensa ou extremamente dolorosa por 48% dos entrevistados e que mais de 50% da população demonstrou preocupação com a tolerância e dependência psicológica aos morfínicos. Jones et al.²⁰ observaram que 20% dos doentes oncológicos tinha preocupação, de moderada a elevada, com o desenvolvimento de dependência psicológica e que 23% apresentava preocupação com a tolerância medicamentosa e que havia correlação positiva entre a intensidade da dor e a preocupação com desenvolvimento de tolerância. Não encontraram correlação entre a intensidade da dor e o nível de instrução e a idade dos doentes, potência do analgésico prescrito e regime de uso. Estes resultados, excetuando-se quanto ao regime de uso dos medicamentos, assemelham-se aos observados nesta pesquisa, pois o uso regular de analgésicos correlacionou-se com menor intensidade de dor. Ferrell e Schneider¹⁶ observaram que, em 83% dos doentes com câncer em tratamento domiciliar, as medicações foram utilizadas menos frequentemente que o recomendado. Em doentes internados em hospitais, isto ocorreu em 60% dos casos. As razões apontadas para a baixa adesão ao tratamento foram: sensação de que a dor não poderia ser tratada, medo de viciar, ocorrência de tolerância e confusão com as doses. As atitudes dos familiares sobre dor e analgesia influem no manejo do quadro algíco. Foi observado que a família tem dúvidas sobre o conceito de administrar os remédios antes que a dor apareça, tem medo de que o doente fique viciado e sente que é sua obrigação evitar que isto aconteça. Assim, os familiares escondem os remédios e tentam

limitar a quantidade da medicação utilizada¹⁴. Levin et al.²¹ observaram que 58% dos indivíduos entrevistados disse temer os efeitos de confusão mental, 56% receava desenvolver tolerância e 45% preocupava-se em ficar dependente psicologicamente, caso tivesse que tomar morfínicos.

Estas crenças, possivelmente, estão vinculadas ao que foi o controle da dor neoplásica até poucas décadas atrás, quando não se dispunha de conhecimentos e métodos adequados para seu alívio e a morfina era vista como a última e terrível alternativa de que se podia fazer uso e simbolizava estar o doente moribundo. Possivelmente, ainda são estas as concepções vigentes na população e que foram compiladas no presente estudo. A confirmação da hipótese de que as opiniões e a percepção do doente sobre seu tratamento repercutem na vivência do quadro doloroso, é de extrema importância para subsidiar a atuação educativa, visando a melhorar o controle da dor. Dor é um fenômeno multidimensional. Sua avaliação e controle devem abranger esta multidimensionalidade. Na presente pesquisa, identificou-se que depressão e mitos culturais correlacionaram-se à dor de maior intensidade e que o estado depressivo correlacionou-se à maior frequência de ocorrência de dor.

REFERÊNCIAS

- Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard E.B. Cancer-related pain: prevalence in an out patient setting as a function of stage of disease and type of cancer. *J Psychosom Res* 1984;28:115-149.
- Ahles TA. The multidimension nature of cancer-related pain. *Pain* 1983;17:277-288.
- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- Beck AT. Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982:385-387.
- Bond MR. Cancer pain: psychological substrates and therapy. In Fields HL, Dubner R, Cervero F (eds). *Advances in pain research and therapy. Proceeding of the Fourth World Congress on Pain*. New York: Raven Press, 1985;9:559-567.
- Bond MR, Pilowsky I. Subjective assessment of pain and its relationship to the administration of analgesics in patients with advanced cancer. *J Psychosom Res* 1966;10:203-208.
- Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In Fields HL, Dubner R, Cervero F (eds). *Advances in pain research and therapy. Proceeding of the Fourth World Congress on Pain*. New York: Raven Press, 1985;9:589-615.
- Buckerg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984;46:199-212.
- Clark DC, Cavanaugh SA, Gibbons RD. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1983;171:705-713.
- Cleeland CS. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592-596.
- Daut RL, Cleeland CS The prevalence and severity of cancer pain. *Cancer* 1982;50:1913-1918.
- Del Porto JA. Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. 1989;93-105.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale MA, Henrichs M, Carnicke CLM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-757.
- Ferrell BR. Family factors influencing cancer pain management. *Postgrad Med J* 1991;67 (Suppl 2):564-569.
- Ferrell B, Rhiner R. Development and evaluation of the family pain questionnaire. *J Psychosoc Onc* 1993;10:21-35.
- Ferrell BR, Schneider C. Experience and management of cancer pain at home. *Cancer Nurs* 1988;11:84-90.
- Foley KM. Supportive care and the quality of life of cancer patient. In Devitta VT (ed). *Cancer: principles & practice of oncology*. Ed 4. Philadelphia: Lippincott, 1993:2417-2418.
- Hiraga K, Mizuguchi T, Takeda F. The incidence of cancer pain and improvement of pain management in Japan. *Postgrad Med* 1991;67(Suppl 2):14-25.
- Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-1131.
- Jones WL, Rimer BK, Levy MH, Kinman MA. Cancer patient knowledge, beliefs, and behavior regarding pain control regimens: implications for education programs. *Patient Counseling Health* 1984;5:159-164.
- Levin DN, Cleeland CS, Dar R. Public attitudes toward cancer pain. *Cancer* 1985;56:2337-2339.
- Marteleite M. O tratamento da dor no câncer. In Schwartzmann G (ed). *Oncologia clínica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991:488-493.
- Maurice, J. Cancer will 'overwhelm' the Third World. *New Scientist* 1991;132:139.
- Pimenta CAM, Teixeira MJ, Correa CF, Fukuda CL. Analgesia peridural: experiência do Ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Rev Bras Cancerol* 1993;39:191-196.
- Portenoy RK, Miranski J, Thaler HT, Hornung J, Bianchi CBA, Kong LC, Felhmer E, Lewis F, Matamoros I, Sugar MZ, Olivieri AP, Kemeny NE, Foley KM. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer: prevalence, characteristics, and effects. *Cancer* 1992;70:1616-1624.
- Siegel S. *Estatística não paramétrica*. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.
- Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. *Depressão em atenção primária: detecção, diagnóstico e tratamento*. Ribeirão Preto, 1994.
- Spiegel D, Bloom JR. Pain in metastatic breast cancer. *Cancer* 1983;52:341-345.
- Teixeira MJ. Tratamento neurocirúrgico da dor. In Raia AA, Zerbini EJ (eds). *Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto*. Ed 4. São Paulo: Sarvier, 1988;2:541-572.
- Ward NG. Pain and depression In Bonica JJ (ed) *The management of pain*. Ed 2. Philadelphia: Lea & Febeger, 1990:310-319.