

Angélica Maria Oliveira Andrade

**Aplicabilidade de diferentes metodologias de avaliação da dor
à clínica de Podologia**

Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte

Porto - 2006

**Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da
Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre**

**Orientadora: Prof. Doutora Maria Emília Torres Eckenroth
Guimarães Areias.**

Co-Orientadora: Mestre Maria dos Prazeres Gonçalves.

Agradecimentos

Durante todo o processo de desenvolvimento desta tese muitas foram as pessoas que contribuíram e me apoiaram para a sua realização.

Agradeço, assim, à minha orientadora, Professora Maria Emília Areias, todo o apoio humano e pedagógico que me forneceu assim como o tempo dedicado para a perfeita elaboração deste trabalho.

À minha co-orientadora, Mestre Maria dos Prazeres Gonçalves, pela ajuda e apoio importante na realização do trabalho de estatística.

À Professora Filomena Salazar, Administradora da Clínica de Podologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, por me ter concedido a oportunidade de realizar o meu estudo na clínica desta instituição.

Ao Dr. Domingos Gomes, Director do Curso de Podologia, pelo incentivo dado para a realização deste Mestrado.

À minha família, pais, irmãos e avós, que me foram sempre apoiando e encorajando na elaboração desta tese, principalmente nos momentos mais difíceis.

E, finalmente, aos meus amigos, Dr. Miguel Oliveira e Dr. Vítor Oliveira, por todas as atitudes de amizade e companheirismo que revelaram ao longo deste, que foi um ano de trabalho difícil para todos.

A todos o meu muito obrigado.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	I
ÍNDICE DE ANEXOS	V
ÍNDICE DE TABELAS	VI
RESUMO	VIII
ABSTRACT	X
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	12
I. INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO DO CONCEITO DE DOR	13
2. A DOR- DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO	14
2.1. <i>Anatomia e fisiologia da dor</i>	16
2.2. <i>Percepção da dor</i>	20
2.3. <i>Mecanismo endógeno de controle da dor/ sistema opióide endógeno</i>	20
2.4. <i>Manifestações clínicas da dor</i>	21
2.5. <i>A atitude clínica do profissional de saúde perante a dor</i>	24
3. AVALIAÇÃO DA DOR	27
4. A DOR NO ÂMBITO PODOLÓGICO	34
5. REVISÃO DO PAPEL DAS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NA PERCEPÇÃO DA DOR	38
6. REVISÃO DE CONCEITOS RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS E AOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS	40
6. 1. <i>Traços de Personalidade Prévia</i>	40
6. 2. <i>Ansiedade e Depressão</i>	43
CAPÍTULO II - OBJECTIVOS	46
II. OBJECTIVOS	47
CAPÍTULO III - MÉTODOS	48
III. MÉTODOS	49
1. PARTICIPANTES	49
2. DESENHO	49
3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	50
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	58
IV. RESULTADOS	59
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	59
2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA	59
3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE A “MEDIDAS BASE” PSICO-SOCIAIS. DISTINÇÃO ENTRE O GRUPO DAS MULHERES E DOS HOMENS.	59
4. INTENSIDADE DE DOR E SUA LOCALIZAÇÃO (MOMENTO 0)	61
5. ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO MOMENTO DA 1ªCONSULTA / ONDE SE LOCALIZA A SUA DOR.	62
6. RELAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM A INTENSIDADE DE DOR.	63
7. RELAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE DOR NO MOMENTO 0 E O ALÍVIO DE DOR UMA SEMANA E UM MÊS APÓS A PRIMEIRA CONSULTA (APÓS TRATAMENTO PODOLÓGICO).	65
8. ANÁLISE DESCRITIVA DAS DIFERENTES VARIÁVEIS PSICO-SOCIAIS E INTENSIDADE E ALÍVIO DE DOR.	66
9. TESTES DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA	68
9.1. <i>Verificação da relação de intensidade da dor e localização da dor</i>	68
9.2. <i>Verificação da relação entre a intensidade de dor e o género do indivíduo</i>	69

9.3. <i>Relação entre a ansiedade e depressão na 1ª consulta e intensidade de dor</i>	70
9.4. <i>Verificação da relação entre o alívio de dor e a ansiedade e depressão, um mês após a primeira consulta (momento 2)</i>	71
10. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE ÀS MEDIDAS PSICO-SOCIAIS E LOCALIZAÇÃO DA DOR (INTERNA, EXTERNA OU INTERNA E EXTERNA).....	71
11. NÍVEL DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PSICO-SOCIAIS E A ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE INTENSIDADE E ALÍVIO DE DOR.....	73
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO	75
V. DISCUSSÃO	76
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES	79
VI. CONCLUSÕES	80
CAPÍTULO VII - BIBLIOGRAFIA	82
VII. BIBLIOGRAFIA	83
CAPÍTULO VIII - ANEXOS	90

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A	91
ANEXO B	93
ANEXO C	98
ANEXO D	103
ANEXO F	110

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra relativamente às variáveis psico-sociais e diferenças entre mulheres e homens.....	60
Tabela 2 – Relação da intensidade de dor no momento 0 com a sua localização.....	61
Tabela 3 – Relação entre ansiedade no momento da 1ª consulta e localização da dor.....	62
Tabela 4 – Relação entre depressão no momento da 1ª consulta e localização da dor.....	63
Tabela 5 – Relação entre ansiedade na 1ª consulta e a intensidade de dor no momento 0.....	64
Tabela 6 – Relação entre a depressão no momento da 1ª consulta e a intensidade da dor no momento 0.....	65
Tabela 7 – Intensidade de dor no momento 0, de acordo com a escala visual analógica.....	65
Tabela 8 – Alívio da dor uma semana após a 1ª consulta, de acordo com a escala visual analógica.....	66
Tabela 9 – Alívio da dor um mês após a 1ª consulta, de acordo com a escala visual analógica de dor.....	66
Tabela 10 - Médias nas diferentes variáveis psico-sociais, intensidade e alívio de dor.....	67
Tabela 11 – Teste Qui-Quadrado (Intensidade de dor / Localização da dor).....	68
Tabela 12 – Medidas de associação baseadas no Qui-Quadrado.....	69
Tabela 13 – Teste de Mann-Whitney (Intensidade de dor no momento 0 / Género do indivíduo).....	69
Tabela 14 – Coeficiente de correlação de Spearman (Ansiedade no momento da 1ª consulta / Intensidade de dor no momento 0).....	70
Tabela 15 – Coeficiente de correlação de Spearman (Depressão no momento da 1ª consulta / Intensidade de dor no momento 0).....	70
Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Spearman (Alívio de dor um mês após a 1ª consulta / Ansiedade e Depressão um mês após a 1ª consulta).....	71
Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto às variáveis psico-sociais e a localização da dor.....	72

Tabela 18 – Associação entre as variáveis psico-sociais e as escalas de intensidade e alívio de dor.....	74
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Resumo

A dor apresenta-se sob a forma de sinais e sintomas diversificados que pelo carácter subjectivo e idiossincrático de que se revestem, dificultam a caracterização verbal por parte do doente, o diagnóstico e a escolha do tratamento a seguir pelo profissional de saúde. Torna-se por isso necessário progredir nos métodos de quantificação e qualificação da dor pelo paciente melhorando a qualidade do apoio clínico prestado.

No âmbito da podologia, a dor na maior parte das vezes não é registada de forma sistemática, tornando-se mais difícil a sua caracterização. Neste domínio, os doentes recorrem aos clínicos com graus de dor variáveis, mas que, nalguns casos, se podem tornar incapacitantes.

Este estudo foi planificado e desenvolvido com o objectivo principal de permitir responder a várias das questões que se colocam aos clínicos relativas à validade e aplicabilidade de alguns instrumentos de avaliação da dor, e à sua utilidade no âmbito da Podologia. Uma segunda questão que pretendemos colocar é a do papel de algumas variáveis psico-sociais na percepção da dor, como sejam, os traços de personalidade prévia e os níveis de ansiedade e depressão.

Os participantes deste estudo foram dezoito pacientes seleccionados na Consulta da Clínica de Podologia do Vale do Sousa, que tinham idades compreendidas entre os 19 e os 68 anos. A avaliação foi efectuada em três momentos: O momento 0 que correspondia à primeira consulta de podologia, o momento 1 que decorria uma semana mais tarde e o momento 2, que definia a avaliação realizada um mês após a 1ª consulta. No momento 0, realizamos uma avaliação podológica com os itens necessários para chegar ao diagnóstico clínico, tendo sido adicionalmente aplicados o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o Questionário de Dor de McGill (MPQ), O Eysenck Personality Inventory (EPI) e a Escala Visual Analógica (EVA) de Intensidade da Dor. No momento 1, procedeu-se à avaliação do alívio de dor, após uma semana de tratamento podológico, tendo-se para tal recorrido à Escala Visual Analógica de Alívio da Dor. Na última avaliação, correspondente a um mês de tratamento podológico, o momento 2, voltou-se a aplicar a Escala Visual Analógica de Alívio da Dor, o HADS e o Questionário de McGill. Optamos por realizar avaliações nestes momentos para, de uma forma controlada, podermos verificar a eficácia do tratamento efectuado para

aliviar a dor e analisar a associação da dor com algumas variáveis psicossociais seleccionadas.

Embora a pequena dimensão da nossa amostra não nos permitisse extrair dados estatísticos muito claros e significativos, e realizar inferências seguras sobre a associação da percepção de dor com algumas variáveis psicossociais, possibilitou-nos uma análise descritiva e exploratória de resultados que deverão ser aprofundados em estudos posteriores com amostras maiores. Desses dados, salientamos os seguintes:

- Em termos de caracterização da dor nos doentes podológicos, verificamos que, na nossa amostra, uma maior percentagem referia um tipo de dor moderada com localização interna, existindo aqui uma associação significativa entre a intensidade de dor e sua localização.

- Pudemos também, verificar que os tratamentos podológicos eram eficazes para aliviar a dor, o que se constatava uma semana mais tarde e se mantinha no *follow-up* realizado um mês mais tarde (diminuição das cotações de dor apresentadas pelo paciente).

- Dos indivíduos inquiridos, a maioria (respectivamente, 55.6% e 83.3%) não apresenta nem depressão nem ansiedade com significado clínico, de acordo com os *cut-off point* estabelecidos no HADS (> 10). Constatamos, no entanto, que existe uma associação dos sintomas de depressão com nocicepção, sendo que a maior cotação nesta escala corresponde a uma intensificação da percepção de dor. Em relação aos sintomas de ansiedade e dor, não foi encontrada nenhuma relação com significado estatístico.

- No que concerne a neuroticismo e extroversão, pudemos constatar que, quanto mais extrovertidos são os indivíduos, mais manifestam percepção de dor.

- Com a realização deste estudo, pudemos ainda concluir que é útil aplicar escalas de avaliação da intensidade de dor aos pacientes podológicos, porque permite ao clínico identificar e quantificar a dor do seu doente, orientar e adequar de forma mais específica o tratamento.

Abstract

Pain may be considered a complex and multidimensional construct, which includes various symptoms of a diversified nature. By its subjective and idiographic character, sometimes it remains difficult for patients to translate pain into words, and for clinicians to achieve a diagnosis or to make options for a treatment strategy.

Therefore, the issue of accuracy in assessment and measurement remains crucial and plays an important role in the improvement of health care.

In podiatric care, systematic registers of pain are not performed usually and therefore the characterization of pain may be difficult. In the realm of podiatric treatment, patients seek professional help, with mild-to-severe intensities of pain, sometimes reaching disabling levels of discomfort.

The main purpose of this study was to test the applicability of some assessment instruments of pain to podiatric patients. A second question we rose in this study is concerned with the role played by some psychosocial variables in pain perception, such as, personality traits and emotional states of anxiety and depression.

Hence, the subjects of this study are eighteen patients, recruited in the Clinic of Podiatry of Vale de Sousa, ages ranging nineteen to sixty-eight years old. The study is prospective and the assessment of subjects is performed in three moments: at the first consultation, one week and one month later. Pain is measured by two different methods, the McGill Pain Questionnaire, and the Visual Analogue Rating Scale (pain and relief of pain versions). We used the Eysenck Personality Questionnaire to assess personality traits, the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess symptoms of anxiety and depression, and a general inquiry to characterize socio-demographic and clinical status of the patients.

Although the size of our population is small, and clear statistical inferences are sometimes difficult, we may stress, as main result trends of our study, the following:

- The majority of the subjects referred a moderate and internal kind of pain.
- The podiatric treatment was efficient to relief pain.
- The majority of patients didn't exhibit anxiety and/ or depression with clinical meaning.
- Symptoms of depression correlated with intensification of pain, but the same was not found for symptoms of anxiety.

- Subjects extraverted expressed more pain than did the introvert.
- Evaluating pain in an accurate way may be an important tool to guide an adequate therapy or intervention.

Capítulo I – Introdução

I. Introdução

1. Enquadramento do conceito de dor

A dor pode, sem dúvida, ser considerada o mal de todos os males. É uma fonte importante de sofrimento e constitui o primeiro sinal de deterioração do estado físico ou mental do indivíduo. É a dor que, a maior parte das vezes, conduz o doente aos diferentes profissionais de saúde. E é no intuito de a compreender e explicar que, cada vez, surgem mais estudos neste domínio, na tentativa de dar resposta a questões como: “O que é a dor?”. “Como é a dor?”. “Como é sentida?”.

A dor é um mecanismo complexo, porquanto é simultaneamente percepção e motivação. É subjectiva, não sendo susceptível de ser visualizada mas apenas de ser sentida. Pelo seu largo impacto em termos de saúde pública e de qualidade de vida das populações, é relevante que os diferentes profissionais de saúde possuam conhecimentos sobre os mecanismos subjacentes à dor e sobre os métodos de a avaliar, para poderem prestar uma melhor assistência aos seus pacientes.

Existem, no presente, diversos instrumentos (escalas/questionários) validados internacionalmente para avaliar as características da dor - a sua intensidade e tipo, e a interferência que tem no quotidiano dos indivíduos que padecem.

A mensuração da dor é de extrema importância em qualquer área da saúde, permitindo identificar uma origem etiológica e caracterizar o fenómeno sob o ponto de vista de severidade de extensão e duração, etc. Não menos importante é ter em consideração as variáveis psico-sociais que têm impacto sobre a percepção de dor, o alívio que pode ocorrer com a terapêutica e a cronicidade da situação.

É, hoje em dia, facto incontestável do conhecimento científico que o estado de humor e outros aspectos psicológicos interferem na percepção da dor, quer intensificando quer minorando o desconforto que dela resulta.

Iremos, ao longo deste trabalho, tentar descrever as características dos vários instrumentos de avaliação de dor de que os investigadores e os clínicos dispõem na actualidade. Alguns, consideram a dor como sendo constituída por uma única dimensão e são denominadas de unidimensionais. Outros, conceptualizam-na como um composto de várias dimensões e são chamadas, por isso, de multidimensionais.

2. A dor- definição e contextualização

“ A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão actual ou potencial dos tecidos e que se descreve como ocasionada pela dita lesão” (International Association for the Study of Pain, 1979)

A dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve factores emocionais, sociais, culturais, ambientais e cognitivos.

A dor varia de indivíduo para indivíduo sendo influenciada pela cultura, pelo significado atribuído a experiências anteriormente vividas bem como pela capacidade de compreender as suas causas e consequências.

A dor invoca emoções e fantasias que traduzem o sofrimento, a incerteza, o medo da incapacidade, da desfiguração e da morte, a preocupação com perdas materiais e sociais – essas são, assim, algumas das componentes que ajudam a caracterizar a relação do doente com a sua dor.

Qualquer tipo de incapacidade crónica pode fazer realçar diferentes aspectos, dependendo da gravidade e prognóstico. Pode, por exemplo, originar uma regressão emocional e afectiva, que se reflecte em maior necessidade de segurança e protecção, acrescida de grande ansiedade.

É importante compreender que a perda de determinadas capacidades leva a alterações significativas nos relacionamentos interpessoais. Segundo Langer (1994) (citado *in* Oliveira, 2002), uma doença, por insignificante que seja em termos clínicos, mesmo que sem repercussões, e mesmo que tenha bom prognóstico, pode originar um grande sofrimento, e este não se confina a uma dor física decorrente da violação da integridade da pessoa como um todo. Na verdade, são vários os aspectos de uma doença que originam sofrimento, desde a perda da funcionalidade ao tratamento instituído.

Inicialmente, quando há consciencialização das incapacidades funcionais e das desvantagens que daí advêm, há a possibilidade de haver alteração das relações entre o corpo, o ego e os outros. Podem surgir alterações psicológicas associadas, que desencadeiam situações catastróficas.

“A dor no contexto médico, pode ser definida como um conceito abstracto referente à sensação pessoal, privada, de um sentimento de mal estar perante um estímulo nocivo que desencadeia uma reacção fisiológica, com um padrão de resposta destinada a proteger o organismo contra uma possível agressão”. (Aragão Oliveira, 2002).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor, reformulou a definição anteriormente proposta por Merskey e Spear em 1967 (citado *in* Melzack, 1982) e estabeleceu que a dor é uma sensação desagradável ou uma experiência emocional que é associada a uma reacção do tecido nervoso, sendo descrita em termos dessa mesma reacção.

No entanto, quando se conceptualiza a dor, pressupõe-se, a maior parte das vezes, que a relação entre a dor e a lesão é evidente, clara e fidedigna, de tal forma que normalmente se acredita que só há dor se existir dano físico e que a sua intensidade é proporcional à extensão e severidade da lesão.

Mas, ao contrário do que decorreria desta relação linear que é assumida, torna-se muitas vezes impossível traçar uma conexão constante entre a dor e a lesão orgânica. Assim, existem situações em que não há qualquer relação entre a intensidade da dor e a gravidade de uma lesão, outras em que a lesão pode ocorrer sem dor, ou ainda outras em que a dor ocorre sem lesão orgânica aparente (Melzack, 1982; 1999).

Quando existe dor, várias questões se colocam: “*Onde dói?*”, a resposta a esta pergunta pode orientar o profissional de saúde para a região ou sistema funcional de onde tem origem a dor, “*O que dói?*” ou “*o que aconteceu?*”, permite revelar a existência de um outro sofrimento.

Vários estudos psicológicos e antropológicos têm demonstrado que a sensação de dor não depende só da lesão orgânica como também do meio cultural. A cultura é de extrema importância no modo como são apreendidos os fenómenos dolorosos. O significado da dor depende de uma construção em que são intervenientes a língua e as lógicas do próprio grupo cultural a que pertence a pessoa. Há situações em que mesmo em estado de vigília, pessoas de distintas culturas sentem de forma diferente a dor perante um estímulo agressivo. Em certos casos, constatou-se a ausência da percepção de dor não havendo transmissão de estímulos até ao cérebro, como no caso de Victor de Aveyron (também conhecido como o “menino selvagem” pelo facto de ter sido criado longe da civilização por lobos). Pessoas envolvidas em vários rituais característicos das suas culturas, são capazes de suportarem agressões orgânicas sem esboçarem sensação de dor, podemos citar o exemplo de certas tribos africanas nas quais a circuncisão marca a passagem dos adolescentes para o estado adulto que é suportada pelos jovens sem gritar. As variações da experiência dolorosa entre pessoas devem-se ao limiar da dor de cada indivíduo. Este limiar da dor pode ser alterado de acordo com o ambiente social e história cultural do indivíduo assim como pelo sentimento de poder controlar a dor. A atenção, a ansiedade e a distração, são factores que influenciam a percepção da dor.

Assim, concentrar a atenção numa situação potencialmente dolorosa gera uma tendência à exacerbação da percepção de dor, enquanto distrair tende a diminuir ou aniquilá-la. No entanto, as dores súbitas e intensas não são muito influenciadas por este factor psicológico.

Na dor aguda, associada geralmente a lesão tecidual, a percepção da dor actua como um sinal que induz o indivíduo a adoptar comportamentos que afastam, reduzem ou eliminam a causa da dor. Estas reacções são significativamente influenciadas pelo contexto sócio-cultural no qual ocorreu a lesão e a dor, pelo estado psicológico do indivíduo no início da dor e pelo tipo de personalidade pré-mórbida do mesmo. As reacções afectivas mais tipicamente associadas à dor aguda são a ansiedade e o stress com as manifestações de hiperactividade simpática concomitantes.

Os doentes com dor crónica exibem geralmente sintomas neurovegetativos como alterações do sono, apetite, peso e libido associados à irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração e restrições nas actividades familiares, profissionais e sociais.

Hoje em dia, considera-se que a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural e de todos os significados atribuídos às diferentes situações. É então necessário proceder à adjectivação qualificativa da dor. As referências à dor sem nome, dor orgânica, psicogénica, física e mental, dor específica, localizada no corpo, resultante de uma ocorrência, servem para apaziguar qualquer angústia ou medo da dor. A dor origina vários desafios: para o doente que deve aprender a viver com a sua dor e para o profissional de saúde que deve procurar a melhor forma e meios necessários para aliviar o sofrimento do doente.

2.1. Anatomia e fisiologia da dor

A dor é um mecanismo protector para o organismo, o sintoma mais frequente da doença; é uma resposta que resulta da integração central de impulsos dos nervos periféricos que são activados por estímulos locais. Existem vários tipos de estímulos que podem permitir a geração de potenciais de acção nos axónios dos nervos periféricos (Adams, Victor, & Ropper, 1998).

Esses estímulos são:

- Eléctricos.
- Factores químicos libertados na área da terminação nervosa.

- Variações mecânicas ou térmicas que vão activar directamente as terminações nervosas ou receptores.

Estes estímulos vão provocar a libertação de agentes/sinais químicos que estimulam os receptores (terminações nervosas puras desembainhadas). Exemplos destes agentes químicos são a bradicina, histamina, prostaglandinas, ácidos, excesso de potássio, serotonina e enzimas proteolíticas.

A sensação de dor tem origem na activação das terminações periféricas ou nociceptivas dos neurónios aferentes primários que são capazes de distinguir entre um estímulo nocivo e um inócuo. Quando o estímulo ultrapassa o limiar de excitação dos nociceptores, a sensação de dor é conduzida através das fibras nervosas. As fibras A-delta mielinizadas, conduzem a dor aguda, localizada, enquanto que as fibras C ou polimodais são activadas através de estímulos eléctricos, mecânicos, térmicos ou químicos e conduzem a dor de tipo mais difuso, contínua e mal localizada.

Existem duas teorias principais sobre a sensação de dor:

- A teoria da especificidade, desenvolvida por Von Frey (1895) (citado *in* Adams, Victor, & Ropper, 1998), que postulava que a dor, assim como outras sensações (o tacto, o calor e o frio) têm um órgão terminal distinto na pele, que funcionava com estímulos específicos, e que tinha uma via específica de conexão ao cérebro.

- A outra teoria, defendida, entre outros, por Goldscheider (1920) (citado *in* Adams, Victor, & Ropper, 1998), afirmava que qualquer tipo de estímulo suficientemente intenso, pode provocar dor. De acordo com esta teoria, não existem receptores específicos para a dor, e esta sensação resulta da intensidade do somatório de impulsos oriundos dos estímulos térmicos ou da pressão aplicada na pele.

Denominava-se, primariamente, de teoria da intensividade e tornou-se mais tarde, conhecida por teoria do padrão ou somatório.

Pesquisas mais recentes sobre a anatomia e fisiologia da dor acabaram por agrupar alguns dados das duas teorias. Assim, Yaksh e Hammond (citado *in* Adams, Victor, & Ropper, 1998), reconciliaram essas duas abordagens, considerando que existiam de três tipos de receptores: os mecanoreceptores, os termoreceptores e os receptores polimodais; que abordaremos, em detalhe, mais tarde.

No que diz respeito aos mecanismos periféricos da dor, existe um alto grau de especificidade. A sensação de dor inicia-se pela activação das terminações nociceptivas ou periféricas dos neurónios primários aferentes que têm a capacidade de distinguir os estímulos nocivos dos inócuos. Estes nociceptores localizam-se nas estruturas

superficiais (cutâneos, subcutâneos, articulares) ou profundas (musculares e viscerais). Existem assim dois tipos de fibras aferentes, fibra C e fibra A-delta, que respondem maximamente aos estímulos nociceptores (estímulos estes que causam danos teciduais). As fibras C, são muito finas, não mielinizadas e são de condução lenta tendo de 0.4µm a 1.1µm de diâmetro. As fibras A-delta, são mielinizadas e de condução mais rápida tendo um diâmetro de 1.0µm a 5.0µm. As terminações periféricas destes aferentes primários ou receptores de dor, são terminações nervosas livres muito ramificadas na pele e noutros órgãos, sendo recobertas por células de Schwann e que contêm pouca ou nenhuma mielina. Estas terminações livremente ramificadas e não encapsuladas, têm um certo grau de subespecialização sendo desta forma identificados três tipos: nociceptores mecanossensíveis, termoreceptivos e polimodais. Cada uma destas terminações nervosas transduz a energia dos estímulos num potencial de acção nas membranas nervosas. Os mecanoreceptores e os termoreceptores são activados, respectivamente, quando existe uma pressão ou uma estimulação térmica potencialmente prejudicial ao tecido; os efeitos mecânicos são transmitidos pelas fibras A-delta e fibras C e os efeitos térmicos, apenas pelas fibras C. Os receptores polimodais não são mielinizados e respondem aos estímulos mecânicos e térmicos assim como a mediadores químicos, como os que estão associados à inflamação. Estes receptores têm assim, apenas fibras C, mas para além de discriminarem a intensidade de estimulação são também capazes de dar informação relativa à localização espacial do estímulo. Determinadas fibras A-delta, respondem à temperatura, ao tacto leve e à pressão, assim como a estímulos dolorosos, tendo a capacidade de emitir descargas proporcionais à intensidade do estímulo (Adams, Victor, & Ropper, 1998).

Os estímulos que activam os receptores da dor, variam conforme o tecido. Assim, um estímulo adequado à pele é aquele que origina dano, isto é, cortar, picar, esmagar, queimar e congelar. Estes estímulos tornam-se ineficazes quando aplicados ao intestino e ao estômago, nos quais a dor é provocada por ingurgitação ou inflamação da mucosa, por exemplo. Na musculatura esquelética a dor pode ser provocada por isquemia, entre outros. Nas articulações, a dor é provocada, por exemplo, por uma inflamação das bainhas sinoviais.

Com a lesão tecidual, há a libertação de enzimas proteolíticas que actuam localmente nas proteínas teciduais, libertando uma substância que excita os nociceptores periféricos, podendo estas substâncias produtoras de dor ser a histamina, as prostaglandinas, a serotonina e os polipeptídeos similares (Rico & Barbosa, 1995).

Existem dois sistemas nociceptores, um constituído por neurónios pequenos mielinizados (fibras A- delta, de condução rápida), via esta que produz a sensação de dor aguda, bem localizada e penetrante denominada de via ou tracto neoespinalâmico; e outro sistema constituído por neurónios pouco ou nada mielinizados (fibras C, de condução lenta) que produz dor difusa, contínua e mal localizada, a dor crónica e relacionado com aspectos afectivo/emocionais, denominado de via ou tracto paleoespinalâmico (Melzack & Wall, 1982).

O neurotransmissor secretado pelas fibras aferentes primárias responsáveis pela dor forte é a substância P e o neurotransmissor secretado pelas fibras aferentes primárias responsáveis pela dor fraca é o glutamato.

Assim, havendo lesão há estimulação dos receptores originando-se um potencial de acção que sobe pelas vias aferentes de transmissão periférica e central até ao córtex, onde se dá a interpretação final da dor.

Em 1965, Melzack e Wall propuseram uma teoria explicativa do mecanismo da dor, partindo da constatação de que a estimulação periférica de grandes fibras mielinizadas produzia um potencial de acção negativo na raiz dorsal e que a estimulação das pequenas fibras C originava um potencial positivo na raiz dorsal. Na sequência dessa observação, verificaram que as fibras de grande diâmetro excitavam os neurónios transmissores secundários (células T) que iam provocar a inibição pré-sináptica das células T e que as fibras de pequeno diâmetro inibiam as células I (células inibidoras), deixando as células T em estado excitatório. Assim, os autores colocaram a hipótese do “portão da dor” que postula que um estímulo na pele vai activar os dois tipos de fibras, de grande e pequeno diâmetro: se o estímulo for leve, predomina o aporte de informação das fibras de maior diâmetro, o interneurónio inibidor (I) é excitado e a célula transmissora não descarrega - não há transmissão, logo não há dor. Se o estímulo for intenso, predomina o aporte de informação das fibras de pequeno diâmetro, o interneurónio inibidor é bloqueado e a célula transmissora activada – há transmissão, logo há dor.

Esta teoria explica de uma forma mais abrangente e adaptada os mecanismos subjacentes à dor, colocando as duas anteriores num plano de inadequação epistemológica.

2.2. Percepção da dor

O estímulo de menor intensidade reconhecido como dor, denominado de limiar para a percepção da dor, é aproximadamente o mesmo em todos os indivíduos. O limiar da dor baixa pela existência de inflamações e aumenta com anestésicos locais e analgésicos de acção central.

A distração, o desvio da atenção da zona dolorosa, reduzem a percepção e a resposta à dor. Determinadas emoções fortes tais como o medo e a raiva, suprimem a dor, possivelmente pela activação do sistema adrenérgico descendente. A experiência de dor parece ser mais baixa em estados maníacos e aumentar em casos de depressão. A intensidade de reacção emocional e da verbalização da queixa variam também tendo em conta a personalidade e carácter do indivíduo.

A percepção da dor e a consciência de que ela existe, ocorre quando os impulsos da dor atingem o nível tálamo-cortical. Durante anos, foi ensinado que o reconhecimento de um estímulo nocivo é uma função do tálamo e que a apreciação da intensidade e da sua localização, é uma função do córtex parietal. Esta separação da sensação, isto é, da consciência da dor e da percepção (consciência da natureza do estímulo doloroso) foi posteriormente abandonada em favor da noção de que a sensação, a percepção e as múltiplas respostas conscientes e inconscientes a um estímulo doloroso constituem um processo único e indivisível. No entanto, é o córtex cerebral que é responsável pela reacção do indivíduo à dor, podendo este suprimir ou modificar a percepção à dor (Melzack, 2001).

2.3. Mecanismo endógeno de controle da dor/ sistema opióide endógeno:

Um dos contributos mais notáveis para a compreensão da dor foi o de Reynolds (1969) que descobriu a existência de um sistema de analgesia neuronal que pode ser activado pela administração de opiáceos ou por substâncias cerebrais de origem natural, que têm as propriedades farmacológicas dos opiáceos.

Estes sistemas endógenos inibidores da transmissão da dor têm grande interesse do ponto de vista terapêutico visto que, com a sua activação, obter-se-à uma analgesia eficaz. Os sistemas moduladores inibidores encontram-se nos três níveis de integração (periférico, espinal e supraespinal) e activam-se quando se originam estímulos nocivos ou lesões periféricas. Alguns dos sistemas anti-nociceptivos que têm sido mais estudados são o opióide, o noradrenérgico, o serotoninérgico, o GABAérgico e o colinérgico. Se se aumentar a libertação e/ou a activação dos receptores mediante

substâncias agonistas origina-se analgesia visto se mimetizar a acção fisiológica dos sistemas anti-nociceptivos endógenos (Adams, Victor, & Ropper, 1998).

De todos os sistemas anti-nociceptivos endógenos, o opióide é o mais conhecido. Após a descoberta dos receptores opiáceos específicos no sistema nervoso central, foram identificados peptídeos de origem natural, com grande efeito analgésico e que se ligam de forma específica aos receptores opiáceos (Hughes *et al*, 1975). Estas substâncias endógenas similares à morfina, sintetizadas pelas células nervosas, são referidas como endorfinas (“morfina internas”). Este sistema anti-nociceptivo opióide é formado por transmissores, os péptidos opióides endógenos e pelos receptores opióides. Quando se administram opiáceos, por exemplo, a morfina, unem-se aos receptores opióides e mimetizam a acção do sistema opióide endógeno. Foram descritas três famílias de peptídeos opióides endógenos, geneticamente independentes: a da encefalina, da betaendorfina e da dinorfina, que incluem mais de vinte péptidos com actividade opióide. Estes péptidos têm uma vida curta por serem inactivados pela acção das enzimas (Ex: encefalinase) (Pliszka, 2004).

Quanto aos receptores, existem três tipos: os receptores μ , delta e kapa. Estes receptores distinguem-se pela sua configuração, pela sua distribuição no organismo, pela afinidade para vários ligandos e pelo tipo de dor que podem aliviar, no entanto, todos originam e provocam anti-nocicepção.

2.4. Manifestações clínicas da dor

Como foi anteriormente referido, as terminações nervosas em cada tecido, são activadas por diferentes mecanismos e a dor resultante apresenta diferentes características que se definem pela sua localização, tipo e demarcação temporal. Podemos, assim, classificar a dor, quanto à sua localização, como cutânea e profunda, podendo ainda subdividir-se a primeira em dois subtipos, a de tipo agulhada, que ocorre imediatamente a seguir à penetração na pele da ponta de uma agulha e a dor de tipo ardente, que surge uns segundos após. Ambos os tipos são de fácil localização. Estes dois tipos de dor, juntas, constituem a “resposta dupla” de Lewis.

A dor profunda que provém das estruturas viscerais e músculo-esqueléticas é contínua; sendo intensa, pode ser aguda e penetrante, podendo também ser, em certos casos, ardente. Aqui, não ocorre a resposta dupla que caracteriza a dor cutânea; esta dor é difusa, mal localizada e não existe um delineamento bem definido das margens da zona dolorosa. Embora este tipo de dor não tenha limites bem definidos, a sua localização

tem sempre uma relação fixa com a estrutura músculo-esquelética ou visceral envolvida. Esta dor tende a ser referida à pele enervada pelo mesmo segmento ou segmentos da espinal medula e não à pele sobrejacente à víscera. Este tipo de dor, projectada para um determinado lugar fixo a uma certa distância da fonte, é denominada de dor referida.

Existem vários termos relacionados com a experiência de sensações alteradas e de dor, cada um com um significado específico, mas utilizados de forma intercambiável. Por exemplo, hiperestesia é o termo geral que indica sensibilidade cutânea exacerbada. Hiperalgesia refere-se a uma maior sensibilidade e uma diminuição do limiar para os estímulos dolorosos. O termo hipoalgesia consiste no termo oposto, este significa uma sensibilidade reduzida e um limiar aumentado aos estímulos dolorosos (Caillet, 1999).

A dor também pode ser classificada, temporalmente, como aguda e crónica. A dor aguda é súbita e pode ser de distintas intensidades; vai desde uma pequena picada de um alfinete até à amputação traumática de uma extremidade. Este tipo de dor diminui à medida que se origina a cura, tem assim um final previsível, tendo apenas repercussões psicológicas. É um sinal biológico de alarme que avisa que existe um dano corporal fazendo com que o paciente solicite ajuda médica (Ferrer, Gonzalez & Manassero, 1994).

A dor crónica, ao contrário da dor aguda, mantém-se apesar da causa ter desaparecido. Outras vezes surge por causas incuráveis, mas em todos os casos a manutenção da dor e o sofrimento que a acompanha, convertem-se numa doença auto-destrutiva independentemente da etiologia. É uma doença da pessoa num todo, estando associadas alterações psicológicas como a ansiedade, angústia e depressão, que complicam o processo doloroso. Este tipo de dor consiste na causa mais frequente de incapacidade; a sua avaliação e tratamento tornam-se complexos, visto se tratar de uma dor onde intervêm factores ambientais e psicológicos que se associam ao processo orgânico (Ferrer, Gonzalez, & Manassero, 1994).

Os indivíduos que sofrem de dor crónica, são pessoas muito afectadas e a vários níveis podendo-se estabelecer um diagnóstico de Síndrome de dor crónica. Para se chegar a este diagnóstico, devem existir pelos menos quatro dos oito parâmetros (os 8 D) que se seguem (Vielva, 2001):

- Duração:
 - É muito variável.
 - É uma dor com duração de 6 meses; podendo-se apresentar com uma duração de 2-4 semanas.

- Dramatização:
 - O paciente apresenta uma conduta verbal e não verbal com uma grande e exagerada componente emocional.
- Dilema diagnóstico:
 - O paciente costuma trazer uma grande quantidade de provas complementares de diagnóstico, sem muitas vezes ter informação concreta sobre a origem da dor.
- Drogas:
 - Com frequência, o paciente consome grande quantidade de fármacos.
- Dependência:
 - O paciente é muito dependente dos diferentes profissionais de saúde, exigindo muita atenção e de forma contínua e exagerada.
- Depressão:
 - O indivíduo mostra ter uma conduta depressiva, ansiedade, histeria, hipocondria.
- Desuso:
 - Pela inactividade física, surgem associados, síndromes dolorosas musculares e ósseos.
- Disfunção:
 - O paciente retrai-se e/ou afasta-se do meio social, abandonando determinadas tarefas, obrigações e actividades recreativas.

Karoly e Jensen (1987) classificam a dor segundo critérios temporais em:

- Aguda.
- Aguda recorrente (intermitente)
- Aguda progressiva.
- Pré-crónica.
- Crónica benigna (persistente)
- Síndrome de dor crónica benigna intratável.

Aguda: Tem poucos dias de duração, pode ser de intensidade leve ou forte, as causas podem ou não ser conhecidas e existe um possível estímulo nociceptivo. Aqui o paciente espera melhoras com a intervenção médica; não se consideram necessárias

estratégias de afrontamento. O profissional de saúde espera que as queixas de dor desapareçam com a cura dos tecidos afectados (p.e., queimadura solar, dor pós-parto).

Aguda recorrente: O paciente vive intervalos variáveis da sua dor, poderão existir estímulos nociceptivos de algum processo patológico, tais como enxaquecas, artrite, dor miofacial, entre outros. Aqui o profissional de saúde espera solucionar o problema, graças a esforços terapêuticos contínuos que são realizados.

Aguda progressiva: Existe um estímulo nocivo contínuo (p.e., dor cancerígena). O profissional de saúde está, neste caso, disposto a utilizar narcóticos potentes. O paciente, progressivamente sente preocupação pelos efeitos analgésicos na quimioterapia. Este tipo de dor é tratada como uma dor aguda.

Pré-crónica: Dor que dura de uns dias a uns meses, é semelhante à dor aguda no entanto não é considerada como uma emergência e existe uma patologia conhecida. O processo prolongado de cura, acaba por ser stressante para o paciente e alguns encontram-se em risco de desenvolver problemas de dor crónica.

Crónica benigna: Tem uma duração de 6 meses sendo desconhecida a patologia orgânica ou o estímulo nociceptivo. Aparentemente, o paciente tem estratégias de afrontamento adequadas não fazendo da dor o centro da sua vida. Aqui o profissional de saúde sente que pode estabelecer uma relação de trabalho adequado a estes pacientes.

Síndrome de dor crónica intratável: Tem a duração de 1 ou mais anos. Estes doentes mostram um grande detioramento físico (associado geralmente à inactividade), passividade psicológica (depressão) e uma preocupação excessiva pela dor. Para o profissional de saúde, estes são os casos mais difíceis de tratar, havendo o frequente recurso a consultas psiquiátricas.

2.5. A atitude clínica do profissional de saúde perante a dor

Qualquer que seja o acto médico, este intervém na construção da realidade e do sentido por parte do doente. Do ponto de vista daqueles que tratam, a queixa dolorosa constitui uma razão para se investigar a causa. O procedimento clínico perante uma queixa dolorosa ou qualquer outro sintoma, consiste em determinar a sua origem fisiológica de

forma a poder tratar a patologia subjacente à sintomatologia clínica, recorrendo a terapêutica para o alívio da dor, enquanto a causa não é encontrada.

Do ponto de vista do paciente, a partir de um determinado limite, que varia de indivíduo para indivíduo, a dor é o sinal clínico que o obriga a recorrer a um profissional de saúde. O profissional de saúde necessita estar preparado para a tarefa que tem de enfrentar quando está perante pacientes com experiências dolorosas. A alteração do paciente tem de ser reconhecida quando ainda existem apenas sintomas de desconforto antes que outros sinais e sintomas surjam. Os pacientes mais problemáticos são os que procuram tratamento para uma dor que parece não existir na realidade; o medo da doença grave, preocupação ou a depressão podem agravar alguma dor, mesmo que ela seja mínima.

A dupla natureza da dor é responsável pela grande dificuldade em compreendê-la.

É notável a existência de uma grande componente emocional em qualquer dor realmente significativa, o que, para pesar do doente e frustração do profissional de saúde, permanece oculta.

A essência do exame clínico, do diagnóstico e do tratamento, é a relação e a comunicação entre o profissional de saúde e o seu paciente. Ouvir a queixa do paciente e interpretá-la adequadamente é a base do diagnóstico e conseqüentemente o caminho para um correcto e efectivo tratamento. O profissional de saúde deve saber que, em muitas das queixas de dor, existe uma componente psicológica associada.

É fundamental a utilização de uma linguagem compreensível, afável e até mesmo “amiga” para a explicação das causas e efeitos da dor do paciente. Para o profissional de saúde, é muito importante a clara compreensão, por parte do paciente, da sua alteração, para que possa ter a total colaboração deste e assim conseguir em conjunto uma melhor eficácia de tratamento. Torna-se importante mostrar ao paciente a presença da componente psicológica como causa ou como agravamento para que possa maximizar a sua aceitação da dor. Esta explicação e a posterior aceitação pelo paciente, são o primeiro passo para o início do alívio ou até mesmo do desaparecimento da dor.

Não existe dor sem uma ruptura da relação normal do Homem, em todo o seu ser, com o Mundo. Qualquer dor dá origem a repercussões morais, entendidas como sofrimento. A dor não só abate o corpo como também a pessoa em si. Altera o desenrolar normal da vida diária e a própria relação com os outros. Impede a relação do ser humano com o meio que o rodeia e é também, por isso, que surge o sofrimento. O indivíduo torna-se indiferente aos acontecimentos que o envolvem, aniquilando “ *o gosto por tudo*”, a

força e a vontade de viver, eliminando todo e qualquer objectivo de vida. A dor, na verdade, não consiste apenas num facto fisiológico mas sim existencial.

As condições sociais também influenciam a relação do indivíduo com a sua dor.

Por exemplo, para as pessoas “sem-abrigo”, a perda total de recursos, a ausência de um domicílio onde reconstruir a sua identidade, o sentimento de rejeição e de abandono, levam ao desprezo pelo próprio corpo. Todas as alterações que causam dor têm de ser suportadas já que a dor é só mais um ponto a acrescentar a toda a derrota pessoal (Metzger *et al.*, 2002).

Nos meios sociais mais desprotegidos e carenciados, o sentimento de impotência e incapacidade perante uma sociedade onde o indivíduo não se consegue encaixar e encontrar um lugar próprio, é substituído por uma espécie de vingança a que submetem o próprio corpo como elemento de superioridade pessoal, “*dói, mas vai-se aguentando*”. É necessário que a intensidade da dor perturbe fortemente a vida quotidiana, para merecer a devida atenção.

Segundo Metzger *et al* (2002), nos meios operários, a dor é “escondida” e aguentada para não perder um dia de trabalho e consultar o médico; esta apenas se torna relevante e merecedora de aconselhamento e tratamento por um profissional de saúde quando constitui um impedimento real para as actividades profissionais e pessoais.

Nos meios rurais, a resistência à dor e à doença baseia-se na condição financeira e na exigente organização da faina diária.

Nas camadas sociais médias, especialmente, nas mais privilegiadas, não existe uma distinção tão acentuada entre a saúde e doença. O corpo merece muita atenção, baseada nos conselhos dos diversos profissionais de saúde e qualquer sinal ou sintoma anormal leva à adopção imediata de medidas preventivas.

O papel dos profissionais de saúde consiste essencialmente em encontrar resposta para as queixas dos seus pacientes sem fazer juízos sobre a sua intensidade e sem transmitir qualquer tipo de opinião própria ao avaliar a atitude dos doentes. Geralmente, os prestadores de cuidados subvalorizam a dor, isto porque uma pessoa activa e saudável não se encontra na melhor posição para poder avaliar o sofrimento dos outros.

O significado atribuído pela pessoa que sofre à experiência pela qual está a passar, determina a maneira como suporta a dor. A dor proveniente de uma alteração orgânica, real ou potencial, origina uma vida com limitações, sobre a qual o indivíduo perdeu totalmente o controlo. As várias representações que o indivíduo vai tendo de si, as diferentes horas do dia e as notícias que vai recebendo quanto ao seu estado de saúde,

influenciam o modo como sofre, como vê o amanhã. Geralmente, à noite, aumenta a sensibilidade e a angústia, tudo se vê mais colorido pela solidão, o futuro vê-se mais negro e sem esperança. Assim, o apoio de alguém faz diminuir consideravelmente a dor sentida, muitas vezes mais que um tratamento farmacológico (analgésico). As capacidades de imaginação e de entretenimento, assim como o carácter do indivíduo, são factores que contribuem para a variação da intensidade da dor.

3. Avaliação da dor

O desejo de controlar a dor continua a fornecer motivo para muita pesquisa; mas apesar de já terem surgido grandes avanços e descobertas no que diz respeito à compreensão dos mecanismos que cronificam a dor, ainda muito há por explicar.

Em muitas áreas clínicas, nomeadamente a podologia, não existem, no nosso país, registos standarizados e sistemáticos da dor dos pacientes. Tenta-se controlar a dor através das diferentes abordagens terapêuticas e procura-se dar alívio ao doente através da atribuição de várias formas de encorajamento verbal, como, por exemplo, *“tudo irá correr bem”*, *“a sua dor vai aliviar, mas preciso da sua ajuda”*, *“não se preocupe... não é grave”*, frases que acabam por dar um pouco de ânimo e força para viver com a dor e para conseguir controlá-la. Mas, é imprescindível fazer uma avaliação da dor correcta, adequada e pormenorizada, para analisar a eficácia do tratamento aplicado.

Como anteriormente já foi referido, a IASP define a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual ou potencial. Melzack e Casey (1968) (citado *in* Monsalve, Soriano, & Ibáñez, 2001), descreveram a experiência dolorosa como sendo tridimensional, abrangendo as seguintes dimensões:

- Sensorial-discriminativa – diz respeito à intensidade, duração e qualidade da dor.
- Afectiva-emocional – caracteriza a dor como desagradável e/ou adversa, e descreve-a com respeito às reacções emocionais que ela provoca como medo, ansiedade e depressão, motivando um comportamento de evitamento e/ou fuga do estímulo nocivo.
- Cognitiva-avaliativa – enquadra a dor em função das experiências anteriores do indivíduo, do contexto sócio-ambiental em que se origina, dos valores culturais e das crenças, dos benefícios secundários e dos tipos de pensamento.

Assim sendo, a dor não consiste apenas numa simples sensação mas sim em algo que se encontra modificado em cada pessoa tendo em conta as experiências prévias, o

ambiente social envolvente, a etnia, a cultura, as crenças religiosas, etc. (Rojas, 2001). O carácter experimental e subjectivo da dor, confere complexidade na avaliação desta. Torna-se importante e pertinente a avaliação dos aspectos sensoriais, afectivos e evolutivos do paciente e para tal, métodos subjectivos que possuam boas características psicométricas. Devemos obter informação subjectiva do paciente, observar a sua conduta e utilizar instrumentos que permitam o registo da resposta autónoma.

A avaliação da dor assenta nas queixas do doente, nos relatos dos familiares e na intuição do profissional de saúde. Muitas vezes, uma dor que é referida como muito intensa por quem a sente, pode não ser imediatamente entendida pelos outros. Quem sofre, vive o drama de verificar que a sua dor não é reconhecida ou que é posta em causa a sua intensidade (Metzger *et al.*, 2002).

A dor não se prova, mas sente-se; é uma experiência muito pessoal que não pode ser visualizada nem medida por outra pessoa que não seja a que a está a sentir (como se faz com a temperatura, por exemplo), visto só ela conhecer a natureza dessa dor. Quando alguém fala sobre a intensidade da sua dor, tem conhecimento de que ela não pode ser sentida ou partilhada por mais ninguém. Não existem sequer palavras para descrever a realidade da dor. Isto tem representado um grande obstáculo para o estudo e valorização da dor.

A avaliação da dor tem sido objecto de muita atenção em várias áreas da saúde e têm sido propostos vários modelos e teorias (Ribeiro, 1998).

A avaliação é muito importante para haver uma melhor compreensão do quadro clínico do paciente, para a implementação de medidas terapêuticas analgésicas e também para verificar a eficácia dos tratamentos aplicados.

A avaliação da dor do doente deverá compreender um exame clínico, onde se documenta todo o historial clínico geral e anterior do doente, exames laboratoriais e imagiológicos e uma avaliação física pormenorizada do paciente, afim de reconhecer a etiologia da dor referida. É necessário, posteriormente, caracterizar a dor e avaliar a sua relação e interferência com a vida quotidiana do doente, identificando todos os elementos psicológicos, sociais e de personalidade significativos para a realidade da dor e o seu aumento ou diminuição (Ribeiro, 1998).

Em podologia, a avaliação clínica do paciente consiste numa anamnese, no exame clínico propriamente dito e no desenho e aplicação do tratamento.

Na anamnese, são retirados dados acerca do enquadramento social do indivíduo, do motivo que o trouxe à consulta de podologia e assim sendo da sua queixa e de todos os seus antecedentes médicos e familiares.

No que diz respeito ao exame clínico, é feita uma palpação das estruturas anatómicas ósseas e tecidos moles do pé e membro inferior, afim de ser identificada algum tipo de dor; é realizada uma avaliação muscular e articular da coluna, membro inferior e pé, identificando pontos dolorosos que possam coincidir com contracturas musculares e /ou alterações osteo-articulares e de movimento e é realizada uma avaliação neurológica profunda e superficial assim como uma avaliação da sensibilidade. Neste parâmetro, é também feita uma inspecção pormenorizada de forma a identificar alterações dérmicas passíveis de causar dor.

Por fim, é identificada a causa da sintomatologia apresentada (diagnóstico) e referido o tratamento a aplicar.

Existem várias dificuldades associadas à avaliação da dor; muitas vezes o doente quer ser um “bom paciente” e para não incomodar constantemente o profissional de saúde evita recorrer a pedidos repetidos de alívio de dor. Em determinados tratamentos podológicos, nomeadamente o tratamento quiropodológico, pode-se verificar que o profissional de podologia induz dor no seu procedimento terapêutico, no entanto nem todos os pacientes manifestam verbalmente a dor sentida sendo muitas vezes o podologista a identificar sinais faciais de expressão dolorosa.

Surgem situações em que o paciente sente incómodo em falar da sua dor, isto também torna difícil a correcta avaliação da dor porque o paciente pode não estar à vontade mesmo perante determinados acompanhantes familiares.

A dor, em certas situações, torna-se esgotante, principalmente quando dura horas, dias ou meses. Nestes casos, é possível verificar um alívio da dor por se verificar que o paciente adormece, no entanto, não se pode avaliar exactamente a intensidade de dor sentida, mas apenas avaliar o cansaço do paciente. Em podologia, é frequente o suspiro profundo do paciente, que significa que a dor desapareceu e a alteração da posição adoptada na cadeira de quiropodologia, para uma muito mais relaxada.

A distração permite uma maior tolerância da dor que o doente sente, mas não o seu desaparecimento (Rojas, 2001). Na consulta de podologia, é utilizada a técnica de distração através do diálogo permitindo melhorar o procedimento terapêutico do podologista já que assim se aumenta a tolerância à dor por parte do doente.

Qualquer que seja o método de avaliar a dor, deverá possuir duas características (White, 1998):

- Fiabilidade: menor probabilidade de cometer erros de medida ao utilizar determinado instrumento.
- Validade: capacidade que um instrumento de avaliação tem de conseguir medir o que pretende medir.

Segundo Metzger *et al* (2002), os critérios de escolha dos instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa da dor, devem representar o menor transtorno possível para o paciente, ser compreensíveis, mostrar validade, fidelidade e sensibilidade às intervenções e dispor de normas estandardizadas.

Para o processo de valorização da dor, são reunidos dados subjectivos e objectivos; informação física, psicológica e social do paciente, de forma a compreender a sua experiência e afectos sobre a sua vida. A informação obtida, é um guia para a planificação e avaliação das estratégias de tratamento a implementar.

Na dor crónica, a valorização torna-se um procedimento complexo e longo.

Existem várias escalas que servem de instrumento para avaliar a intensidade da dor e as suas repercussões psicológicas e compará-la em sucessivas medições. Estas escalas podem-se classificar tendo em conta a sua complexidade e os parâmetros que avaliam. Assim, existem escalas unidimensionais e multidimensionais, há também avaliações de tipo comportamental e fisiológico.

Tendo em conta a Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003 da Direcção Geral da Saúde, subordinada ao tema: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, verifica-se que na I-Norma, a alínea f), refere que: A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. A Direcção-Geral da Saúde, instituiu, através da Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003, a “Dor como o 5º sinal vital” e nestes termos considera também como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1.O registo sistemático da dor.

2.A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “ Escala Visual Analógica” (convertida em escala

numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

3.A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor. Sendo a dor uma experiência subjectiva, não pode ser determinada de forma objectiva por instrumentos físicos como os que são utilizados para medir o peso corporal, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. Não existem portanto instrumentos específicos que permitem que um observador externo possa objectivamente medir esta experiência sensorial tão complexa. Para tal avaliação complexa, o profissional de saúde tem à sua disposição um processo de avaliação quantitativa e qualitativa da dor que se baseia na aplicação de vários tipos de técnicas e instrumentos de avaliação tais como: as entrevistas, as escalas/questionários, os autoregistros/diários e a observação directa.

Assim, dos diferentes instrumentos que existem, alguns são unidimensionais e outros multidimensionais, sendo que estes últimos contemplam várias dimensões comportamentais, fisiológicas e psicológicas da dor.

As escalas unidimensionais medem apenas a intensidade de dor, são de fácil aplicação e têm como objectivo traduzir a intensidade subjectiva de dor que o indivíduo sente, para uma quantificação mais objectiva, através de números ou palavras. (Sousa, 2002)

Nas escalas unidimensionais, que nos permitem avaliar a intensidade de dor, existem escalas numéricas, escalas categóricas e escalas visuais analógicas. Podem-se utilizar várias escalas numéricas, do zero ao cinco, do zero ao dez ou do zero ao cem; em que o zero indica ausência de dor e o número mais elevado, indica a dor mais intensa. Neste estudo, como anteriormente foi referenciado, utilizamos uma escala numérica do zero ao dez (Ripol & Canudas, 2002).

Uma das vantagens de usar a escala numérica é o consenso na interpretação e comunicação entre os membros de uma equipa multidisciplinar da área da saúde. Permite uma melhor compreensão da experiência do indivíduo, em relação a uma frase descritiva sobre a dor como é exemplo: “a dor é muito forte”. Por outro lado, este tipo de frase mais coloquial traz vantagens ao nível da compreensão do inquirido por parte do paciente e por isso existe outro tipo de escala de dor – escala categórica – que utiliza palavras que caracterizam a dor tais como: sem dor, dor ligeira, dor moderada, dor intensa e dor máxima (Ripol & Canudas, 2002). São exemplos destas; a escala categórica de Seymour (1982), a de Gracely *et al.* (1978) e a grafo-figurativa.

A escala categórica de Seymour (1982) é constituída por quatro itens que classifica a dor como: nenhuma dor, um pouco, bastante e muita. A escala categórica de Gracely *et al.* (1978) é constituída por quinze itens que classificam a dor como: extremamente fraca, muito fraca, fraca, muito suave, suave, muito moderada, ligeiramente moderada, moderada, levemente forte, ligeiramente intensa, forte, intensa, muito forte, muito intensa e extremamente intensa.

As escalas categóricas grafo-figurativas são mais utilizadas para crianças. Neste tipo de escalas, faz-se recurso a figuras e desenhos para a avaliação da dor.

Mas de todas as escalas existentes, o tipo mais utilizado é o da escala visual analógica (EVA) baseada numa linha de 10cm, em que o zero corresponde à ausência de dor e o dez à máxima dor imaginável. Aqui o paciente assinala um ponto que corresponda à intensidade da dor que sente.

A escala visual analógica é considerada um método sensível e fidedigno para a medição da intensidade da dor. Esta escala também varia segundo a posição vertical ou horizontal. Uma progressão vertical, por exemplo, de baixo para cima pode-se tornar num conceito mais familiar para o indivíduo e, por isso, mais fácil de aplicar para o estudo e valorização da intensidade de dor. É assim importante saber qual a melhor escala a utilizar para classificar a intensidade de dor (Wood, 2004), em cada situação. Na escolha, devemos ter em consideração os seguintes aspectos:

- Devemos utilizar aquela que seja mais adequada para um paciente em particular e aquela que ele entenda melhor.
- Utilizar sempre a mesma escala para o mesmo paciente.
- Especificar os parâmetros que se tenham utilizado (se é uma escala de zero a cinco ou de zero a dez) para que o significado de classificação seja bem claro e concreto.

As escalas multidimensionais diferem das unidimensionais, sendo que as últimas avaliam apenas uma vertente da dor - só é possível medir a intensidade da dor (Wall & Melzack, 1999). No entanto, existem outros parâmetros que merecem ser avaliados, como a duração da dor, o grau de incapacidade associada e as alterações psicológicas resultantes, entre outros. Para uma avaliação mais complexa, existem escalas/questionários de avaliação da dor que recolhem um grande número de informações sobre as várias dimensões da dor. (Sousa, 2002)

Pode ser considerada uma tarefa difícil a de interrogar os pacientes sobre as suas dores. Alguns doentes referem mesmo que elas são indescritíveis. As perguntas sobre se a dor altera com a mudança de actividade, se melhora ou piora em determinados momentos

do dia ou da noite, e se mudou de intensidade e qualidade desde a primeira vez que a sentiram, seguem-se dificuldades dos pacientes em caracterizá-la e descrevê-la de forma simples e objectiva. Este tipo de escalas avalia três componentes – a sensorial, a afectiva e a avaliativa – fornecendo uma pontuação global e um índice de intensidade (Vielva, 2001)

O Questionário de Dor de McGill (MPQ) é um dos mais conhecidos. Embora seja um pouco complexo e longo (mais apropriado para investigação) é útil para determinar a origem da dor e pôr em prática medidas efectivas. Este questionário é constituído por setenta e oito termos (20 grupos de adjectivos) relativos à experiência dolorosa, divididos em quatro classes: sensorial, afectiva, avaliativa e mista ou miscelânea, como referido anteriormente.

Os instrumentos que avaliam as variáveis comportamentais da dor permitem recolher informação acerca do comportamento do indivíduo perante a sua dor. Queixas, gemidos, posições antiálgicas, expressões faciais e a solicitação de analgésicos, são atitudes posturais e conductuais que a caracterizam e/ou a identificam. Estes parâmetros são muitas vezes a única informação para valorizar a dor de que dispõem os profissionais de saúde. Vários são os autores que classificaram as condutas de dor.

Segundo Fordyce, 1976, a valorização é feita mediante a observação de atitudes não verbais: gemidos, suspiros, contracções, adopção de posturas compensatórias e movimentos cautelosos; verbais: descrição da intensidade, qualidade, tempo e localização; solicitação de ajuda: pedido de fármacos, de ajuda para tarefas ou de assistência, incluído a ajuda médica e limitação ou restrição de movimentos relacionada com a dor: repouso e interrupção da actividade habitual.

Esta classificação segundo Keefe e Block, 1976, consiste na valorização dos movimentos de protecção: movimentos rígidos ou interrompidos ao mudar de posição; no apoiar: posição estática mantida por três segundos ou mais, em que uma distribuição mais anormal do peso se apoia num membro estendido; no friccionar: esfregar a área dorida por três segundos ou mais; em esgares e trejeitos: expressões faciais da dor e no suspirar.

A classificação segundo a University of Alabama – Birmingham Pain Behavior Scale (UAB-PBS), é constituída por dez ítems: queixas verbais, queixas não verbais, esgares, postura adoptada, mobilidade, linguagem corporal, utilização de apoios, movimentos estacionários, medicação, tempo deitado na véspera. Esta classificação é efectuada com os seguintes adjectivos: nunca, ocasional, frequente. Estes ítems são avaliados

diariamente durante cinco segundos, pedindo-se ao paciente para se sentar, se levantar, estar em bipedestação e caminhar.

Os métodos de avaliar as variáveis fisiológicas associadas à dor estão relacionados com todos os sinais e sintomas clínicos que o indivíduo apresenta juntamente com o tipo de dor. (Vielva, 2001)

Assim, na dor aguda, o organismo, para além da possível lesão aparente, mostra uma série de respostas fisiológicas associadas que são objectivas. Exemplos são a possível alteração da frequência cardíaca, do ritmo respiratório e da tensão arterial, entre outros. Na dor crónica, existem com frequência alterações do sistema nervoso vegetativo possíveis de serem detectados por termografia (Miró, 2003).

Os instrumentos que avaliam as outras variáveis psicológicas associadas à dor permitem detectar possíveis transtornos da personalidade, assim como alterações depressivas que se manifestem como dor somática, quando na realidade a sua origem é psicológica. Isto acontece especialmente em indivíduos com dor crónica. Tornam-se assim de grande utilidade alguns instrumentos que avaliam diferentes dimensões psicológicas, nomeadamente os estados de depressão e ansiedade, ou os traços de personalidade.

Após a descrição que fizemos de alguns instrumentos de avaliação da dor e das componentes que avaliam, é importante referir que, para além da utilização destes instrumentos, a recolha dos dados clínicos é fundamental e de grande valor, porque fornece informação útil para a planificação e avaliação das estratégias de tratamento. A dor não é estática, por isso, deverá ser seguida uma metodologia de avaliação contínua que inclui história clínica, com anamnese pormenorizada e exame clínico/ físico específico.

4. A dor no âmbito podológico

Em Portugal, não existem estudos específicos sobre a avaliação da dor nos pacientes com sofrimento podológico; no entanto, a nível internacional, existe uma investigação prolixa sobre a avaliação da dor e aplicabilidade de diferentes metodologias para a avaliação e mensuração da dor nos pacientes podológicos.

Assim, Bennet, Patterson e Dunn em 2001 desenvolveram um estudo prospectivo, ao longo de um período de seis meses, em cento e quarenta pacientes com alterações ortopédicas, neurológicas ou membranares que se submeteram a cirurgia podológica, os

questionários Foot Health Status Questionnaire (FHSQ) e o Short Form-36 (SF-36) health survey questionnaire para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde do pé, após cirurgia podológica. Os autores concluíram que os pacientes tiveram melhorias significativas no pós-operatório, tendo referido uma diminuição da dor no pé, um aumento do nível de funcionalidade, melhoria geral do estado de saúde do pé e melhoramento da qualidade de vida no que diz respeito ao uso de calçado. O estudo permitiu concluir que existem vantagens na avaliação da qualidade de vida referente ao estado de saúde do indivíduo e à sua satisfação.

O Foot Health Status Questionnaire (FHSQ) é um questionário constituído por quarenta e dois ítems que informa sobre a saúde do pé e sua interferência na qualidade de vida. Este questionário, foi desenvolvido por uma equipa de investigadores da Universidade de Queensland (Bennet *et al.*, 1998) com o objectivo de permitir que os podologistas e outros profissionais de saúde tenham acesso a parâmetros rigorosos de avaliação sobre o estado de saúde do pé e sua interferência na qualidade de vida. O FHSQ é de fácil aplicação ao paciente e tem sido muito utilizado em ensaios controlados da efectividade de ortóteses plantares, no estudo do pé da criança e de adultos com síndrome de Down, entre outros domínios de aplicação; tem sido utilizado em meio hospitalar, em vários estabelecimentos de cuidados de saúde e em universidades.

O questionário SF-36 (Short Form-36) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA), onde foi testado um questionário mais longo, pelas autoridades federais de saúde. Quando este questionário foi reduzido para trinta e seis perguntas – continuando a ter resultados fiáveis – tornou-se conhecido por “short form-36 (SF-36)”, que o identifica como sendo uma forma mais reduzida do questionário e ser constituído por trinta e seis perguntas. Este questionário é o mais conhecido pelos vários peritos que investigam na área da avaliação do estado de saúde, isto porque foi cuidadosamente desenvolvido, originando resultados estatisticamente fiáveis e válidos (The British United Provident Association Limited, 1996-2005).

Brazier *et al* (1992) realizaram um estudo a 1980 pacientes com idades compreendidas entre os 16 e os 74 anos, para testar a aceitação, validação e fiabilidade do questionário SF-36. Para este estudo foram enviados pelo correio questionários que foram preenchidos por pacientes de Sheffield. Os resultados mostraram que o SF-36, é um instrumento útil para medir a percepção da dor na população em geral; é de fácil utilização, é aceite pelos pacientes e preenche os critérios de fiabilidade e validade.

O FHSQ também foi utilizado num estudo desenvolvido por Rome *et al* (2004), para avaliar a eficácia de tratamento com ortóteses plantares para a dor no calcanhar e a relação entre o custo-eficácia, relativamente a dois tipos de ortóteses: uma do tipo funcional e outra do tipo compensatório ou de acomodação. Para este estudo, foram escolhidos aleatoriamente quarenta e oito pacientes para um tratamento com um dos dois tipos de ortóteses. Para além do FHSQ, foi utilizado um questionário económico de recolha de dados sobre preços; preços do serviço nacional de saúde para a podologia, preços de outros serviços de saúde e os gastos do paciente. Como conclusão deste estudo, os resultados mostraram uma diminuição da dor no pé e melhoria da sua funcionalidade com o uso das ortóteses plantares funcionais, após oito semanas de utilização, e uma diminuição da dor do pé, passadas quatro semanas, com a utilização da ortótese plantar de acomodação. Neste estudo, foi também verificado que embora mais caras, as ortóteses plantares funcionais melhoram significativamente a qualidade de vida (Rome *et al*, 2004).

Também Robinson *et al* (2001) desenvolveram um novo questionário que seria um instrumento para servir de índice para a severidade da tendinopatia do Aquiles, o Victorian Institute of Sport Assessment – Achilles questionnaire (VISA-A) que se propunha a avaliar a severidade da tendinopatia do Aquiles, tendo procedido ao estudo de validação do mesmo. Na versão final do referido questionário, foram incluídas oito perguntas que têm o objectivo de medir a dor, a funcionalidade no dia-a-dia e durante a actividade desportiva, e que abordam aspectos de geração, de redução e de escala, incluindo um pré-teste. Os resultados do questionário podem oscilar entre zero e cem, sendo que o resultado perfeito (de ausência de dor e de excelente funcionalidade) é representado pelo valor 100. A validade e fiabilidade deste questionário foram testadas numa população de quarenta e cinco pacientes, com tendinopatia do Aquiles, não submetidos a cirurgia, catorze, com a mesma patologia, que foram submetidos a cirurgia, em fase pré-cirúrgica, e duas populações normais de controlo (total n=87) dos quais faziam parte um grupo de estudantes universitários (n=63) que representavam uma amostra de jovens com uma actividade normal e um grupo de atletas de corrida (n=24) que representavam um grupo de pessoas activas mas sem lesões e com idades coincidentes aos pacientes estudados (n=45). Os autores concluíram que o questionário VISA-A tem fiabilidade e validade, permitindo distinguir graus de severidade de tendinopatia aquiliana, bem como, destringir entre ausência e presença da patologia.

Concluíram ainda que, apesar de este questionário não dever servir de diagnóstico; é adequado para aplicações clínicas e para investigação.

Budiman-Mak, Conrad e Roach (1991) desenvolveram um questionário de auto-resposta, o Foot Function Index (FFI), para medir o impacto da patologia podológica funcional tendo em conta a dor, a disfunção e a restrição da actividade; constituído por vinte e três ítems, divididos em três subescalas, permitindo obter cotação total e cotações parcelares. O FFI foi examinado pelo método de teste-reteste, bem como, relativamente a fiabilidade, a consistência interna e validação de construção. Este estudo foi desenvolvido em oitenta e sete pacientes com artrite reumatóide, tendo sido concluído que o FFI mostra ser fiável, válido e útil para a prática clínica e para a investigação.

No que diz respeito ao membro inferior, Cooper, Hofman e Burge (2003) realizaram um estudo com o objectivo de avaliar o nível de dor em pacientes com úlceras na perna. As úlceras na perna são um problema de saúde comum; todas são dolorosas, qualquer que seja a etiologia, incluindo as de origem venosa. Até há pouco tempo, contudo, os profissionais de saúde não tinham conseguido identificar e avaliar este tipo de dor. Tornou-se assim importante clarificar o tipo, a severidade e a frequência da dor e preveni-la no momento do curativo. Neste estudo, foram utilizadas, para a avaliação da intensidade de dor uma escala verbal (em que os doentes descreviam através de frases a dor), uma escala visual analógica e o McGill Pain Questionnaire; também foi administrado um questionário para avaliar a qualidade de vida. Os autores concluíram que esta metodologia fornece uma maior possibilidade para prevenir a dor, essencialmente no momento curativo.

Também Nikolopoulos, em 1999, utilizou os questionários FFI e o FHSQ para a avaliação da funcionalidade do pé de crianças e adultos com síndrome de Down. Nesse estudo, foram avaliados quarenta indivíduos, vinte com síndrome de Down (adultos e crianças) e vinte sem síndrome de Down (que constituíram o grupo de controlo), tendo sido, depois, subdivididos em dois grupos de acordo com a faixa etária (crianças e adultos). Foram administrados a todos os indivíduos os questionários FFI e FHSQ. O autor conclui que os indivíduos com síndrome de Down têm um FFI mais elevado; isto é, que existe maior incapacidade funcional, que os do grupo de controlo, e também que os adultos têm um FFI mais elevado do que as crianças, qualquer que seja o grupo. Não existiram grandes diferenças no FFI entre adultos e crianças com síndrome de Down, no entanto, as escalas do FHSQ relativas a saúde geral do pé e calçado, apresentaram

diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos dois grupos e entre eles e o grupo de controlo. Não foram detectadas grandes diferenças entre crianças e adultos com síndrome de Down e respectivo grupo de controlo, no que concerne às subescalas de dor e funcionalidade do pé, no mesmo questionário. As descobertas deste estudo indicam que, como resultado da crescente incidência de patologia no pé, os indivíduos com síndrome de Down têm um baixo nível de funcionalidade e de saúde do pé.

Crews *et al*, em 2004, realizaram um estudo com o objectivo de determinar a prevalência de problemas podológicos e os seus efeitos no estado de saúde de pacientes com doença mental severa. Uma amostra de pacientes externos de psiquiatria (n=309) foram submetidos a uma entrevista de avaliação do estado de saúde através do questionário SF-36. A saúde podológica foi avaliada utilizando nove ítems do National Health Interview Survey (NHIS). Os resultados indicaram que 80% dos pacientes sofriam de pelo menos uma alteração podológica, sendo que os problemas mais comuns eram a dor no pé (48%), os transtornos ungueais (35%) e as queratopatias (28%). Concluiu-se ainda que as pessoas com doença mental severa e crónica têm um número elevado de problemas podológicos quando comparadas com a população em geral (quatro a onze vezes mais, num estudo efectuado em 1990 à população em geral, através do NHIS).

Bennet *et al* (1998), realizaram um estudo cujo objectivo consistiu em aplicar os princípios de conteúdo, critério e de construção da validação, a um novo questionário específico para o estado de saúde do pé. Cento e onze sujeitos preencheram dois questionários diferentes com o objectivo de medir a saúde do pé (O FHSQ e o FFI), tendo também sido submetidos a um exame clínico. Nesta avaliação foi incluída uma avaliação psicométrica com treze ítems para avaliar a dor do pé, a funcionalidade do pé e a saúde deste. O instrumento mostrou um elevado grau de validação e fiabilidade.

5. Revisão do papel das variáveis psicossociais na percepção da dor

Na nossa pesquisa bibliográfica, encontramos também referência a estudos sobre a dor associada a alteração mental.

Existem alterações físicas que podem não ter como base uma desordem orgânica. Muitas destas condições são causadas por patologia mental. Algumas alterações emocionais podem também intensificar a percepção da dor por parte do paciente; entre

elas, as mais frequentemente estudadas são a ansiedade e a depressão. Estes factos são relevantes e devem ser considerados no âmbito da consulta podológica; isto é, até que ponto a dor no pé e tornozelo sinalizada por um doente é originada ou exacerbada pelo seu estado de depressão ou ansiedade? O podologista deverá, por isso, ser capaz de efectuar uma avaliação de primeira linha ao doente, devendo estar preparado para saber remeter, em tempo oportuno, o seu paciente a um profissional de saúde mental (Udell & Weiss, 1998).

Foram encontrados também vários estudos que relacionam a personalidade do indivíduo com a percepção de dor e a forma como lida com ela.

Costa e McRae (1980), realizaram estudos para avaliar a relação entre a personalidade do indivíduo e a felicidade ou bem-estar deste e verificaram que os afectos positivos eram vistos como componentes da extroversão e afectos negativos ou insatisfação estavam associados ao neuroticismo.

Harkins, Price e Braith, (1989), desenvolveram um estudo sobre a extroversão e o neuroticismo num grupo de indivíduos com dor miofascial verificando que os extrovertidos expressam mais a sensação de dor em relação aos introvertidos. Os resultados mostraram que as componentes extroversão e neuroticismo afectam o mecanismo nociceptor.

Russo, *et al* (1997), efectuaram um estudo em pacientes com depressão (n=217) para determinar se as diferentes características da personalidade influenciavam na saúde. Foram utilizadas onze variáveis para criar três grupos relacionados com a disfunção (ex: faltas no emprego), a somatização (ex: sintomas inexplicáveis) e a dor (ex: interferência e intensidade). Os resultados mostraram que a depressão e o neuroticismo estão relacionados com a disfunção e a maior intensidade de dor sentida. Verificaram também que no paciente neurótico existia uma grande relação entre a depressão e o seu estado de saúde ao contrário do que acontecia nos doentes sem neuroticismo, em que a relação entre depressão e doença era mínima. O neuroticismo pode assim explicar o porquê de pessoas com problema de saúde similares, apresentarem diferentes níveis de dor.

Através destes estudos é possível verificar que tanto a ansiedade como a depressão e o tipo de personalidade do indivíduo interferem na percepção de dor, tornando-se, também a nível podológico, importante a sua valorização.

Ao realizar esta revisão bibliográfica, foi-nos possível reconhecer a existência de inúmeros estudos sobre a dor do membro inferior e pé, e as suas associações com qualidade de vida e o estado psicológico dos indivíduos.

Como é facilmente compreensível, é importante para os diferentes profissionais de saúde identificar e caracterizar rigorosamente a dor, mas, não menos relevante, é compreender qual o impacto e/ou associação com o estado geral de saúde física e psicológica dos indivíduos.

6. Revisão de conceitos relativos às variáveis psicossociais estudadas e aos métodos de avaliação utilizados

6. 1. Traços de Personalidade Prévia

Um dos modelos mais importantes de conceptualização da personalidade é o de Eysenck que propõe uma metodologia descritiva ou taxonómica para a aplicação de unidades que resumem as formas em que os indivíduos diferem; um segundo aspecto tem a ver com os elementos causais. Este autor reconhece o papel crítico que é desempenhado pela aprendizagem e pelas forças ambientais, mas afirma que também é necessário explicar o facto de que o efeito de uma determinada situação varia para diferentes indivíduos. O comportamento é, assim, fruto de uma interacção das tendências do indivíduo e dos factores ambientais (Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Eysenck (1950), ao desenvolver o seu modelo para a descrição da organização da personalidade, teve como base procedimentos estatísticos e distinguiu dois termos: o traço e o tipo. O traço consiste num conjunto de componentes que ocorrem juntos repetitivamente e variam entre si. Um indivíduo com um traço de sociabilidade, vai a festas, conversa com amigos e gosta de passar tempo com pessoas. O tipo é um constructo de ordem superior compreendendo um conjunto de traços correlacionados. Um extrovertido, por exemplo, é sociável e aventureiro. Assim, foi a partir destes elementos que este autor definiu personalidade como *“a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo que permite o seu ajustamento único ao ambiente que o rodeia”* (Eysenck, 1970).

Uma das definições actuais de personalidade refere-se a padrões de pensamento característicos que persistem através do tempo e das várias situações e que distinguem assim um indivíduo do outro (Feldman, 2001).

Segundo Samulski (1992; 2002, citado *in* Paim, 2002), Eysenck, para melhor estudar o indivíduo, baseou-se nos traços e tipos de personalidade a partir dos quais acredita prever o comportamento numa série de variáveis individuais e sociais. Assim, Eysenck (1968) considerou no seu modelo da personalidade três dimensões:

introversão/extroversão, neuroticismo (instabilidade emocional) /estabilidade e psicoticismo/controlo dos impulsos. Eysenck conclui que os seus três factores surgem de estudos factoriais analíticos de questionários de personalidade. Estas dimensões permitem uma descrição do comportamento das pessoas, sendo a extroversão e o neuroticismo, considerados por Eysenck, como sendo as mais básicas dimensões.

Este autor propõe que o psicoticismo, a extroversão e o neuroticismo formam as diferenças individuais de temperamento ou o domínio não-cognitivo da personalidade. Torna-se importante referir que Eysenck não afirma que os três factores descrevem pormenorizadamente a personalidade do indivíduo ou que são a base para predizer comportamentos específicos: *“para pintar o quadro descritivo do temperamento de uma pessoa, sempre serão necessários alguns traços primários além dos superfactores ou dimensões importantes da personalidade”* (Eysenck & Eysenck; 1985, p.185 citado in Hall, Lindzey & Campbell, 2000).

Eysenck (1989, citado in Martins, 2004), refere que a dimensão neuroticismo/estabilidade, está associada a um sistema que é estabelecido entre o sistema límbico e o sistema reticular activador do sistema nervoso autónomo, sendo o responsável pela maior ou menor estabilidade emocional. Para além disso, traduz a instabilidade emocional visto o neuroticismo constituir uma tendência inata de certas pessoas para responder com o seu sistema nervoso autónomo mais rápida e intensamente, em relação a outros, a estímulos súbitos, fortes e dolorosos que incidem sobre os órgãos dos sentidos. Segundo este mesmo autor, a dimensão extroversão/introversão, encontra-se relacionada com outro sistema reticular activador e o córtex cerebral, sendo responsável pela regulação da activação cortical e dos processos de informação.

Tendo isto em consideração, Eysenck refere ainda que o tipo extrovertido é uma pessoa sociável e que gosta de ter amigos com quem conversar; não gosta muito de actividades solitárias e monótonas preferindo actividades inovadoras. É um tipo de pessoa que gosta de mudar de ambiente e geralmente actua de forma impulsiva, descontrolando-se facilmente.

Pelo contrário, o tipo introvertido, é uma pessoa introspectiva, reservada, que prefere ocupar-se das suas tarefas, não gosta de contactos sociais, não é impulsivo e escolhe situações que conhece e que mais facilmente pode suportar. É um indivíduo que opta por uma vida ordenada, não gosta de excitações e mantém o controlo sobre os seus

sentimentos, é um pouco pessimista mas é uma pessoa de confiança e que confere um grande valor aos padrões éticos.

Foram desenvolvidos vários estudos acerca das dimensões da personalidade, sendo para tal, utilizadas escalas desenvolvidas por Eysenck e Eysenck (1964, 1969), o Maudsley Personality Inventory (M.P.I.) e o Eysenck Personality Inventory (E.P.I.) respectivamente, sendo esta última escala, uma forma de aperfeiçoamento do primeiro questionário (Vaz Serra *et al.*, 1980).

O Eysenck Personality Inventory (E.P.I.) é semelhante ao Maudsley Personality Inventory (M.P.I.), estando diferenciado em determinados aspectos para se tornar mais eficiente.

Segundo Vaz Serra *et al.* (1980), existem algumas vantagens do E.P.I em relação ao M.P.I., que passam a ser descritas:

- As perguntas são apresentadas de forma clara, tornando-se assim de fácil compreensão mesmo para pessoas mais instruídas.
- Não possui perguntas na negativa.
- As dimensões, neuroticismo e extroversão, não se correlacionam.
- Apresenta uma escala de insinceridade/mentira, o que permite identificar e eliminar indivíduos que procuram responder de forma desejável.

Para entender e proceder a uma correcta avaliação dos dados fornecidos pelo E.P.I. neste estudo, torna-se necessário compreender de forma clara, o conceito das duas principais dimensões que este questionário mede. Assim sendo passa-se a descrever de forma mais pormenorizada os termos neuroticismo e extroversão, mencionando para tal, vários autores.

O neuroticismo ou a vulnerabilidade para a neurose, tem sido mencionado por vários autores que o definem como uma tendência para sentir emoções negativas perturbadoras, mostrarem uma baixa tolerância a situações dolorosas físicas e psicológicas que têm a ver com situações de frustração ou de conflito (Gleytman, 2002). Segundo alguns autores, o neuroticismo deve ser diferenciado de situações de ansiedade que se relacionem com o stress, visto esta dimensão da personalidade estar relacionada com uma condição crónica de irritabilidade e uma tendência para o distress, independentes das situações objectivas; sendo o neuroticismo considerado como uma dimensão que está relacionada com as emoções mais negativas e um menor bem-estar psicológico (Costa & McCrae, 1980; Costa, 1987; Costa & McCrae, 1987).

Os autores supracitados, mencionam também que, ao contrário do neuroticismo, a extroversão está relacionada com o bem-estar subjectivo.

Para Sarason *et al.* (1985), as pessoas que se consideram socialmente pouco apoiadas, apresentam níveis mais elevados de hostilidade e neuroticismo e conseqüentemente, níveis de extroversão mais baixos.

Assim, segundo Eysenck, os indivíduos que apresentam, valores elevados na dimensão neuroticismo, indicam instabilidade emocional, reaccionando de forma intensa e exagerada e tendo dificuldade em regressar ao seu estado normal.

Um estudo desenvolvido por Heady e Wearing (1989), mostra que a extroversão é um factor predictor de situações positivas, principalmente no círculo das amizades e do trabalho; o neuroticismo, por outro lado, é um factor predisponente para episódios negativos, essencialmente em ambiente laboral. Thorne (1987) realizou um estudo cujo objectivo consistiu em avaliar as interacções entre os introvertidos e os extrovertidos e as repercussões na saúde e na qualidade de vida. Com esta investigação verificou-se que os indivíduos extrovertidos gostam de dialogar sobre acontecimentos agradáveis e actividades de lazer, têm tendência a maior condescendência e compreensão com os outros e não costumam falar dos seus problemas.

Assim sendo, as pessoas extrovertidas foram avaliadas como sendo mais alegres, entusiastas, abertas e sociáveis, ao contrário das introvertidas que foram avaliadas como tímidas, reservadas e sérias (Thorne, 1987)

Segundo Argyle *et al.* (1989), as pessoas extrovertidas participam num maior número de actividades sociais em relação às introvertidas.

Tendo em consideração, toda a investigação efectuada pelos vários autores supracitados e os resultados a que chegaram, pode-se concluir que o indivíduo introvertido reage de forma mais negativa às situações que o rodeiam, interiorizando-as e originando desta forma, um mal-estar geral que se reflecte psicológica e socialmente. É assim uma pessoa que tem tendência a isolar-se.

O indivíduo extrovertido é capaz de contornar os problemas pela forma alegre e feliz com que vai vivendo o seu dia-a-dia.

6. 2. Ansiedade e Depressão

Ansiedade é a perturbação que envolve sentimentos fortes de medo, apreensão ou preocupação, geralmente associados a situações, eventos ou objectos específicos. Os sintomas que muitas vezes acompanham a ansiedade são: palpitações, dor no peito e/ou

falta de ar, tremor, boca seca, náuseas, diarreia e vertigens. A ansiedade pode existir como sendo uma alteração primária ou estar associada a outros problemas médicos tais como alterações psicológicas.

Depressão é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos e que afecta a forma como a pessoa come e dorme, o que sente acerca de si própria e o que pensa sobre a realidade. A depressão não é apenas uma extrema tristeza, é uma alteração que afecta o cérebro e o corpo, a percepção, o sistema imunitário e o sistema nervoso periférico. Cientificamente, a depressão consiste num estado de humor com presença de sentimentos de desânimo ou desespero. Um episódio depressivo é definido pelos critérios diagnósticos de algumas das classificações nosológicas mais em voga, como um período de pelo menos duas semanas em que a pessoa tem um humor depressivo ou incapacidade para ter prazer, acompanhado de pelo menos cinco dos sintomas abaixo descritos:

- Problemas em dormir.
- Perda do interesse.
- Sentimento de culpa.
- Perda de energia.
- Perda da capacidade de concentração.
- Perda do apetite.
- Diminuição dos reflexos e movimentos.
- Pensamentos suicidas.

Existem várias formas de depressão e esta pode manifestar-se em vários graus de intensidade. É, contudo, uma emoção que é experimentada universalmente pelo menos uma vez na vida, podendo ser uma reacção emocional normal nas diferentes etapas da vida de um indivíduo (Isometsä, 1999; Stahl, 2001). Pode também manifestar-se como um sintoma especial numa alteração mental ou somática (Aalto-Setälä *et al.*, 2002). Como doença, implica uma atitude de debilidade social e inclui um conjunto de sintomas (vegetativos, cognitivos, de conduta e físicos assim como a diminuição do controlo do impulso na conduta), em que apenas um destes sintomas é uma alteração do estado de humor (Stahl, 2001).

Na depressão, o indivíduo perde o controlo do seu humor e afectos. Pacientes que sofrem de depressão têm falta de energia e perdem o interesse, têm sentimentos de culpa e dificuldade em concentrar-se. Podem também ter perda do apetite, insónias e

pensamentos suicidas e em certas formas de depressão (com características psicóticas), os pacientes chegam a ter alucinações (Kaplan & Lester, 1994).

Estas variáveis (ansiedade e depressão) são, sem dúvida, de mensuração complexa. Existem vários métodos para as avaliar. O Hospital Anxiety and Depression Scale é um questionário de auto-resposta que avalia os sintomas de ansiedade e de depressão; é de administração breve, o que facilita a sua aplicação em rastreios de larga escala para esses estados emocionais; tem sido amplamente utilizado em populações de diferentes países, sendo considerado um instrumento fiável e sensível.

Capítulo II - Objetivos

II. OBJECTIVOS

Os principais objectivos deste estudo foram:

- Avaliar a adaptabilidade de vários instrumentos de avaliação de dor, à clínica de podologia.
- Comparar metodologias de avaliação de dor e sua aplicabilidade na clínica podológica.
- Analisar a associação de variáveis psicossociais seleccionadas, com a percepção de dor e percepção de alívio (ex: depressão, ansiedade, traços de personalidade, características sócio-demográficas)

As hipóteses que pretendemos verificar e confirmar no decorrer da pesquisa foram:

- Hipótese 1: Os níveis altos de ansiedade e depressão influenciam a percepção de dor podológica, intensificando-a. Os traços de personalidade neuroticismo e introversão aumentam a percepção de dor.
- Hipótese 2: O tratamento podológico produz alívio de dor e conseqüentemente diminuição dos níveis de ansiedade e depressão.

Capítulo III - Métodos

III. MÉTODOS

1. Participantes

Os participantes deste estudo foram dezoito pacientes que recorreram à consulta de podologia na clínica de podologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, com sintomatologia dolorosa no membro inferior e/ou pé.

Utilizamos os seguintes critérios para a selecção da nossa amostra:

- Pacientes da consulta de podologia (com alterações no membro inferior e pé).
- Pacientes adultos, cujas idades se situaram entre os 19 e 68 anos, com uma média de 35,44 anos (desvio padrão = 14,817).
- Pacientes com patologias que produziam dor óssea, dor musculo-ligamentar e dor dérmica, no membro inferior e pé.
- Pacientes com características de dor crónica.

2. Desenho

Utilizamos um desenho longitudinal, seguindo prospectivamente os participantes num período temporal de um mês, nos seguintes momentos de avaliação:

- Momento 0, ou seja, a primeira consulta de podologia na qual se obtinha o diagnóstico do paciente. É denominado de “0” por se situar antes da intervenção terapêutica.
- Momento 1, que correspondia à avaliação realizada uma semana mais tarde.
- Momento 2, que correspondia à avaliação realizada um mês mais tarde.

3. Instrumentos de avaliação

Antes de iniciar a primeira avaliação, informamos os doentes acerca dos objectivos e metodologias do estudo, assegurando-lhes que seria dado um tratamento anónimo e confidencial aos dados recolhidos, e inquirindo depois acerca do seu desejo de participar. Após se sentirem totalmente esclarecidos, os participantes assinaram um termo de consentimento informado (Anexo A).

Para a recolha de dados sócio-demográficos, para efectuar a anamnese (motivo da consulta, antecedentes médicos, medicação actual e tratamentos podálicos), e para retirar dados para avaliação podológica, recorreremos à utilização de uma ficha clínica, que foi preenchida na primeira consulta do paciente (Anexo B).

Para proceder à recolha de dados sobre a dor, utilizamos os instrumentos de avaliação Escala Visual Analógica e McGill Pain Questionnaire.

Num primeiro tempo (denominado momento zero por referência ao facto de se colocar temporalmente antes da intervenção terapêutica), em que é efectuada a primeira consulta de podologia pelo paciente e após ter sido efectuada a anamnese, utilizaram-se os seguintes instrumentos para avaliar as diferentes variáveis que foram seleccionadas:

- a. Para a avaliação de dor, administrou-se o McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975), a Escala Visual Analógica (Jamison, 1996) de intensidade e alívio de dor e a observação clínica de itens de dor.
- b. Para a avaliação de traços de personalidade prévios, administrou-se o Eysenck Personality Inventory (Eysenck & Eysenck, 1964).
- c. Para a avaliação da existência e intensidade de depressão e ansiedade, utilizou-se o questionário de auto-resposta Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983).

Passamos a seguir a descrever os diferentes instrumentos de avaliação anteriormente referidos:

- Para a avaliação de dor:

- O McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) foi administrado para a mensuração da qualidade da dor. Neste questionário estão incluídas quatro perguntas principais: “Onde se localiza a dor do paciente?” “Como é a dor do paciente?” “Como é que a dor varia ao longo do tempo?” “Que intensidade tem a dor?”

Este instrumento de avaliação de dor é constituído por quatro dimensões: afectiva, sensorial, avaliativa e miscelânea. Inclui uma primeira parte na qual existe o desenho do corpo humano para localização espacial da dor (adicionado por Melzack 1975), possui uma segunda parte com vinte grupos de adjectivos organizados nas quatro dimensões, isto é, setenta e oito termos (20 grupos de adjectivos) relativos à experiência dolorosa, divididos em quatro classes: sensorial (1-10), afectiva (11-15), avaliativa (16) e mista ou miscelânea (17-20), tendo o paciente que escolher um adjectivo por grupo; um grupo de palavras que descrevem de forma temporal a experiência de dor e uma escala numérico-verbal de intensidade de dor. É um questionário administrado oralmente no qual o paciente escolhe um adjectivo por grupo.

Dentro de cada grupo, os adjectivos estão organizados por intensidade, cotando-se de 1 a “N”. Daí, derivam dois índices:

- Pain Rating Index (PRI) que consiste no somatório do valor ordinal dos adjectivos seleccionados.
- Present Pain Intensity (PPI) que corresponde ao item escolhido pelo paciente na escala numérico-verbal incluída.

Este questionário representa um instrumento útil para a avaliação das dimensões da dor visto permitir obter informação quantitativa passível de ser tratada estatisticamente, ser suficientemente sensível para detectar diferenças perante os diferentes métodos de alívio da dor e permitir obter informação sobre os efeitos da manipulação das dimensões sensorial, afectiva e avaliativa da dor. (Melzack, 1975).

Sendo este estudo realizado com população portuguesa, utilizou-se uma tradução do McGill Pain Questionnaire: Adaptação portuguesa do questionário de Melzack para a dor (Anexo C).

Este questionário foi entregue ao paciente na primeira consulta de podologia, tendo sido previamente explicada a forma de preenchimento de cada grupo que constitui o questionário.

Na primeira parte do McGill Pain Questionnaire, o paciente assinala no desenho do corpo humano, a região de incidência da sua dor, identificando-a como interna (I), externa (E) ou interna e externa (IE).

Na segunda parte do questionário, o paciente escolhe o(s) adjectivo(s) que melhor descreve(em) a sua dor, podendo deixar sem preencher algum grupo que não tenha qualquer tipo de adjectivo que caracterize a sua dor.

Na terceira parte deste questionário, o paciente escolhe o grupo de palavras que melhor classificam a sua dor em termos de duração.

Na quarta parte deste questionário, o paciente escolhe um número ou palavra que melhor descreva a sua dor em variados momentos e situações.

- A Escala Visual Analógica (Jamison, 1996) de intensidade de dor e de alívio de dor (Anexo D) foi administrada para uma rápida mensuração da intensidade de dor no momento da queixa e posteriormente ao tratamento efectuado.

Consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 cm de comprimento, cujas extremidades são classificadas com os termos “sem dor” e “dor máxima” no caso da escala visual analógica de intensidade de dor, e “sem alívio da dor” e “alívio completo da dor”, na escala visual analógica de alívio de dor. Nestas escalas, o paciente assinala com uma cruz ou traço perpendicular no ponto que representa a intensidade e alívio de dor por ele sentida. (*Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º9/DGCG de 14/6/2003*). É de fácil administração, podendo ser aplicada várias vezes e não requer uma linguagem complexa.

Administrou-se ao paciente podológico a escala visual analógica de intensidade de dor, tendo sido previamente explicada a forma de utilização. Nesta escala, o paciente assinalou a intensidade de dor sentida no momento.

Nesta primeira consulta de podologia entregou-se ao paciente uma escala visual analógica de alívio de dor a preencher após uma semana.

- Para a avaliação de traços de personalidade prévios

Foi administrado o questionário de auto-resposta de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1964). Este questionário (Anexo E) mede duas dimensões independentes da personalidade, a extroversão/introversão e o neuroticismo/estabilidade. Este questionário foi administrado tendo sido previamente explicada o tipo de avaliação efectuada pelo questionário e a sua forma de preenchimento. Este questionário é constituído por cinquenta e sete questões que avaliam o neuroticismo e extroversão, apresentando uma escala de insinceridade que permite identificar indivíduos que tentam responder da forma mais desejável. Neste questionário solicitou-se ao paciente que assinalasse com uma cruz as respostas sim/não, nas respectivas colunas.

- Para a avaliação da existência e intensidade de depressão e ansiedade

Foi administrado o Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo F). Consiste numa escala com catorze itens subdivididos em duas subescalas de sete itens cada. Cada um dos itens avalia os níveis de ansiedade e de depressão, respectivamente. É um instrumento de avaliação de dor auto-administrado com uma escala de resposta de 0 a 3 pontos. Obtém-se uma pontuação independente para cada subescala, sendo que uma maior pontuação indica maiores níveis de ansiedade ou de depressão. Uma análise das cotações nas duas subescalas de uma amostra, no mesmo meio clínico, permite obter informação de que um valor de 0 a 7 para ambas as subescalas pode ser considerado como normal; um valor de 11 ou superior, indica a provável presença de uma alteração do humor e um valor de 8 a 10, é somente sugestivo da presença do respectivo estado. Uma posterior experiência levou a ser considerada uma divisão de cada estado de humor em quatro níveis – normal, médio, moderado e severo – sendo nesta forma que o HADS é publicado pelos seus autores nos casos de analfabetismo ou dificuldade em ver; as frases de cada item e as possíveis respostas podem ser lidas para o inquirido. (Zigmond & Snaith, 1983)

Consiste numa escala auto-administrada, desenvolvida para ser um instrumento capaz de detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes da consulta externa hospitalar. As subescalas de ansiedade e depressão também são instrumentos válidos para a mensuração da severidade da desordem emocional. É sugerido que a introdução de escalas na prática hospitalar, facilita a grande tarefa de detecção e avaliação de alterações emocionais em pacientes sob investigação e tratamento em departamentos médicos e cirúrgicos. Este questionário tem sido traduzido em várias línguas e utilizado numa variada população clínica. (Zigmond & Snaith, 1983)

Esta medida de catorze itens tem sido assunto de dois estudos sobre um grande número de aspectos psicométricos que possui. Um achado relativamente consistente de anteriores estudos sobre este instrumento, é o facto de ser fiável e ser uma escala válida, de duas dimensões independentes e separáveis – a ansiedade e a depressão. Na realidade, este aspecto é crucial para a validade desta medida, na prática clínica. (Zigmond & Snaith, 1983; Martin, 2005).

Um estudo sugere que a assumida bidimensionalidade do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), é de facto, inexacta. Os dados de um estudo recente, sugerem que o HADS está sob a influência de uma estrutura tridimensional que compreende as dimensões anedónia, afectividade negativa e estímulo autóptico.

Existe uma necessidade de avaliar as alterações do estado de espírito, especialmente a ansiedade e depressão, de forma a entender o sofrimento experimentado pelos doentes em diferentes formas de tratamento. A maioria dos profissionais de saúde têm conhecimento deste aspecto da doença nos seus pacientes, mas muitos sentem incapacidade de dar uma informação fiável ao paciente. (Zigmond & Snaith, 1983)

O HADS foi projectado para ser um instrumento fiável para utilizar na prática médica. O termo “Hospital” sugere que foi concebido para ser aplicado em situações hospitalares, embora muitos estudos em todo o mundo confirmem a sua validade quando usado nas comunidades e nos cuidados de saúde primários. (Zigmond & Snaith, 1983)

Uma dor proveniente de qualquer alteração pode ser, num certo momento, perfeitamente tolerável, e tornar-se intolerável por coexistir com um estado depressivo. Num estudo realizado com pacientes submetidos a tratamento por cancro maxilo-facial, e com ansiedade e sintomas somáticos, pode constatar-se que se conseguia reduzir a dor, em cada um em três doentes, debatendo com os doentes em que consistia a ansiedade e quais as suas possíveis manifestações. (Zigmond & Snaith, 1983)

Há alguns aspectos que dificultam a detecção de alterações emocionais, nomeadamente, os de falta de confidencialidade mantida pelo profissional de saúde no procedimento da detecção. A criação de métodos simples para o reconhecimento das alterações emocionais, é, portanto, uma importante ajuda para o profissional de saúde. Esta informação pode ser recolhida através do preenchimento de questionários pelo paciente antes da sua avaliação clínica. (Zigmond & Snaith, 1983)

Os pontos de vista dos pacientes nem sempre são tomados em consideração. No entanto, Fallowfield considera que os pacientes são quem melhor julga o estado em que se encontram. Existem, no entanto, situações em que os pacientes tentam deliberadamente enganar os clínicos, exagerando acerca do conteúdo emocional das suas doenças; mas isso não é comum, normalmente o aspecto emocional até é suprimido se isso direccionar para um diagnóstico de doença psiquiátrica. (Zigmond & Snaith, 1983)

O estudo para a construção do HADS foi conduzido em meio hospitalar com doentes externos. Estes pacientes completaram um questionário composto por declarações aplicadas a ambos os termos, ansiedade e depressão; sete ítems traduzem a ansiedade e outros sete a depressão (destes últimos, cinco reflectem aspectos de redução de prazer na resposta). São apenas necessários dois a cinco minutos para preencher este questionário. Demonstrou ser aceite pela população para o objectivo pelo qual foi

concebido, no entanto, é necessário verificar se o paciente é instruído o suficiente para proceder ao preenchimento. (Snaith, 2003).

Uma vez que as instruções dadas para o preenchimento do questionário são de que os doentes considerem o que sentiram na última semana, não é razoável administrá-lo novamente com menos de uma semana de intervalo. (Snaith, 2003).

Uma revisão recente de 747 investigações que utilizaram o HADS permitiu concluir que este instrumento de avaliação constitui uma boa avaliação da severidade e etiologia das alterações da ansiedade e da depressão, em meios hospitalares, nos cuidados primários e na população em geral. Foi validado para uso com adultos, e também para utilização com adolescentes (Snaith, 2003).

- Para a avaliação podológica

Após a administração destes questionários e das escalas de avaliação da dor, procedeu-se à avaliação podológica propriamente dita que incluiu: avaliação em decúbito/sedestação e uma avaliação em bipedestação estática e dinâmica, dependendo do tipo de alteração que o paciente apresentava.

Inicialmente, com o paciente em decúbito ou sedestação, efectuou-se uma inspecção do pé e extremidade inferior, de forma a observar possíveis alterações tais como queratopatias, onicopatias e dermatopatias, que pudessem ser a causa da queixa de dor do paciente.

No exame clínico em decúbito/sedestação, foram avaliados os movimentos articulares das articulações coxo-femural, joelho, tornozelo e pé; verificando possíveis diminuições de amplitude de movimento e sintomatologia dolorosa coincidente com um determinado movimento articular e/ou sua limitação. Procedeu-se, de seguida, à avaliação muscular extrínseca do pé, avaliando situações de debilidades ou contracturas que favorecessem nalgum caso o sintoma de dor apresentado pelo paciente. Posteriormente efectuou-se uma palpação das estruturas anatómicas ósseas do pé (bordo lateral, bordo medial, face dorsal e plantar) e dos tecidos moles (como exemplo: o tendão de Aquiles e fáschia plantar). Por fim foi efectuada uma avaliação neurológica superficial e profunda (reflexo cutâneo-plantar, reflexo rotuliano e aquiliano) (Valmassy, 1996).

Na avaliação do paciente em bipedestação estática, o paciente foi colocado num podoscópio (aparelho que permite a avaliação do apoio plantar), tendo sido avaliados os respectivos parâmetros (Valmassy, 1996):

- Posição da cabeça (através da observação directa).

- Nivelamento da cintura escapular (através da observação directa).
- Nível das omoplatas (através da observação directa).
- Nível pélvico (através do pelvímetro).
- O trajecto da coluna vertebral (identificar possível escoliose, pela palpação, marcação das vértebras e utilização do fio de prumo).
- O nível das fossas poplíteas.
- O desvio do calcanhar em carga (através da régua de Perthes).
- Apoio plantar para posterior classificação morfológica (observação directa).

Na avaliação do paciente em dinâmica, foi efectuada uma observação global dos movimentos associados ao caminhar, tais como os movimentos escapulares e pélvicos. Foi também identificada a possível existência de uma marcha antiálgica (alteração da funcionalidade normal) associada ao problema doloroso pelo qual o paciente recorreu à consulta, através da análise dos diferentes tempos de apoio plantar (Valmassy, 1996).

Após se ter procedido a toda a análise que constitui a avaliação podológica, chegou-se ao diagnóstico referente ao paciente. Este diagnóstico foi devidamente explicado ao paciente, assim como o prognóstico da alteração em questão e o tipo de tratamento passível de ser efectuado.

Após consentimento do paciente para se proceder ao tratamento, foi encaminhado para o departamento de ortopodologia e/ou quiropodologia nos quais se efectuou o tratamento.

O segundo tempo de avaliação (para o nosso objectivo, denominado de momento 1, por ser o primeiro após a intervenção terapêutica) é referente a uma semana após a primeira consulta de podologia; isto é, uma semana após o paciente ter efectuado tratamento podológico. Foi, neste período, que os pacientes procederam ao preenchimento da escala visual analógica de alívio de dor, no domicílio. O paciente assinalou assim o alívio que teve relativamente à dor sentida uma semana antes, quando surgiu pela primeira vez na consulta de podologia.

O terceiro tempo (denominado como momento 2, por ser o segundo após a intervenção terapêutica), corresponde ao primeiro mês após a primeira consulta de podologia. Nesta consulta, fez-se uma análise global das melhorias a nível de funcionalidade e de dor, sendo administrados novamente a escala visual analógica de alívio de dor, o McGill Pain Questionnaire e o Hospital Anxiety and Depression Scale. Em síntese, as

metodologias de avaliação circunscreveram-se aos momentos temporais descritos da seguinte forma:

- O momento zero que corresponde à primeira consulta de podologia na qual se obtém um diagnóstico. Nesta primeira consulta, foram recolhidos dados essenciais para o enquadramento sócio-demográfico do paciente, dados sobre a idade do paciente e historial clínico (antecedentes médicos) que constituem, numa primeira fase, a anamnese do paciente podológico. Seguidamente foram aplicados vários instrumentos de avaliação de dor ao paciente: Eysenck Personality Inventory (Eysenck & Eysenck, 1964), Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) e a Escala Visual Analógica (Jamison, 1996) de intensidade de dor.

Posteriormente, foi efectuada uma avaliação observacional de ítems da dor através do exame clínico podológico.

Por último, foi direccionado o tipo de tratamento adequado ao paciente, tendo sido este quiropodológico ou ortopodológico.

- O momento 1 correspondeu à primeira semana após a primeira consulta, e nesse período o paciente preencheu, no domicílio, a escala visual analógica (Jamison, 1996) de alívio de dor, previamente entregue na primeira consulta.

- O momento 2 correspondeu ao primeiro mês após a consulta, em que voltamos a administrar ao paciente podológico os questionários de avaliação de dor: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) e Escala Visual Analógica (Jamison, 1996) de alívio de dor. Também foi efectuada uma avaliação de melhoria de dor e de funcionalidade.

Capítulo IV - Resultados

IV. Resultados

1. Características demográficas da amostra

A nossa amostra era constituída por nove mulheres e nove homens. A idade média era de 35,44 anos (min-max: 19-68 anos; desvio padrão: 14,817). Quanto às habilitações literárias desta, temos como escolaridade mínima o 1º ciclo e máxima o ensino superior (média: 3,22; desvio padrão: 1,353). Verificou-se que 50% da nossa amostra (9 indivíduos) apenas frequentaram o ensino secundário, 16,7% (3 indivíduos) o 1º ciclo, 16,7% (3 indivíduos) o 2º ciclo, 5,6% (1 indivíduo) o 3º ciclo e 11,1% (2 indivíduos) o ensino superior. Na altura em que deram início à sua participação no estudo os indivíduos estudados eram maioritariamente estudantes, sendo que os restantes indivíduos da nossa amostra não respondeu a este item.

2. Características clínicas da amostra

A amostra encontrava-se subdividida pelas seguintes patologias podológicas:

- Plantalgias
- Talalgias
- Metatarsalgias
- Dígito-algias

3. Caracterização da amostra relativamente a “medidas base” psico-sociais. Distinção entre o grupo das mulheres e dos homens.

Procuramos caracterizar a nossa amostra em função de determinadas medidas-base psico-sociais como o nível de neuroticismo e de extroversão, bem como os níveis de ansiedade e depressão anteriormente à aplicação de qualquer tipo de tratamento podológico.

Foram também avaliados os níveis de ansiedade e depressão um mês após tratamento podológico, tentando em simultâneo, analisar se existiam diferenças relevantes entre os indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino.

Conforme se pode visualizar na tabela 1, os dois sexos não apresentam diferenças estatisticamente significativas nas diferentes variáveis psico-sociais; contudo, os indivíduos do sexo masculino evidenciam médias ligeiramente superiores nas variáveis extroversão e ansiedade anteriormente ao tratamento podológico, bem como na ansiedade e depressão um mês após o tratamento podológico.

Tabela 1 – Caracterização da amostra relativamente às variáveis psico-sociais e diferenças entre mulheres e homens.

Variáveis	Homens	Mulheres	P
Extroversão	13,44 ± 5,077	13,11 ± 4,885	1,000*
Neuroticismo	11,89 ± 4,400	12,22 ± 5,310	0,863*
Ansiedade no momento 0	7,56 ± 2,833	7,11 ± 3,586	0,796*
Depressão no momento 0	3,89 ± 1,833	4,33 ± 3,536	0,931*
Ansiedade no momento 2	7,33 ± 3,775	6,22 ± 2,819	0,436*
Depressão no momento 2	4,11 ± 2,315	2,89 ± 1,965	0,258*

*p ≥ 0,05

4. Intensidade de dor e sua localização (momento 0).

Através da tabela abaixo representada é possível verificar que no momento 0 de avaliação (referente à primeira consulta), 61,1% da população estudada apresenta uma dor moderada, 27,8% apresenta uma dor intensa e 11,1% apresenta uma dor muito intensa.

Foi possível verificar que quanto à localização de dor, 44% dos indivíduos estudados apresenta uma dor interna, 33% apresenta uma dor externa e 22,2% apresenta uma dor interna e externa.

Verificamos que dos indivíduos que apresentam uma dor moderada (61,1%), 33,3% refere a existência de uma dor interna, 22,2% possui uma dor externa e 5,6% apresenta uma dor interna e externa. Verificamos também que do grupo de indivíduos que apresenta uma dor intensa (27,8%), 16,7% apresenta dor interna e externa, 11,1% apresenta dor interna, não existindo nenhum indivíduo que refira a existência de dor externa. Observamos que os indivíduos que referem uma dor muito intensa (11,1%) só apresentam dor externa (11,1%).

Podemos assim concluir que a intensidade de dor mais presente no paciente podológico é a presença de uma dor moderada (61,1%) sendo esta de localização interna (44%).

Tabela 2 – Relação da intensidade de dor no momento 0 com a sua localização

Escala de intensidade de dor (momento 0) / Localização da dor				
	Dor externa	Dor interna	Dor interna e externa	Total
Dor moderada (3-5)	22,2%	33,3%	5,6%	61,1%
Dor intensa (6-8)	0%	11,1%	16,7%	27,8%
Dor muito intensa (9-10)	11,1%	0%	0%	11,1%
Total	33%	44%	22,2%	100%

5. Ansiedade e depressão no momento da 1ª consulta / Onde se localiza a sua dor.

Ao observarmos as tabelas 3 e 4, podemos verificar que não existem casos de indivíduos com depressão relacionada com a localização da dor, no entanto existem 11,1% de indivíduos com ansiedade relacionada com a localização da dor. Também verificamos que tanto a ansiedade quanto os indícios de depressão se relacionam com uma localização da dor de tipo interna.

Tabela 3 – Relação entre ansiedade no momento da 1ª consulta e localização da dor

	Onde se localiza a sua dor			Total
	Externa	Interna	Interna e externa	
Sem ansiedade	22,2%	27,8%	5,6%	55,6%
Indícios de ansiedade	11,1%	5,6%	11,1%	27,8%
Ansiedade	0%	11,1%	5,6%	16,7%
Total	33,3%	44,4%	22,2%	100%

Tabela 4 – Relação entre depressão no momento da 1ª consulta e localização da dor

	Onde se localiza a sua dor			Total
	Externa	Interna	Interna e externa	
Sem depressão	33,3%	33,3%	16,7%	83,3%
Indícios de depressão	0%	11,1%	5,6%	16,7%
Total	33,3%	44,4%	22,2%	100%

6. Relação da ansiedade e depressão com a intensidade de dor.

No que diz respeito à ansiedade no momento da 1ª consulta e à escala de intensidade de dor no momento 0, verificamos que, dos indivíduos inquiridos, 55,6% não apresentam ansiedade, e que destes, 27,8% referem ter uma dor moderada, 16,7% uma dor intensa e 11,1% uma dor muito intensa.

Apresentam indícios de ansiedade 27,8% dos indivíduos da nossa amostra, e desses 22,2% apresentam uma dor moderada, 5,6% uma dor intensa e nenhum indivíduo apresenta dor muito intensa.

Verificamos também que, nos 16,7% de indivíduos que apresentam ansiedade, 11,1% referem uma dor moderada, 5,6% uma dor intensa e nenhum indivíduo refere uma dor muito intensa.

Na tabela 5 podemos analisar os valores acima referenciados e descritos, verificando que independentemente do indivíduo não ter ansiedade, ter indícios de ansiedade ou ter ansiedade, o tipo de dor mais presente é a dor moderada. Isto permite-nos concluir que a ansiedade não afecta a percepção de dor.

Tabela 5 – Relação entre ansiedade na 1ª consulta e a intensidade de dor no momento 0.

	Dor moderada	Dor intensa	Dor muito intensa	Total
Sem ansiedade	27,8%	16,7%	11,1%	55,6%
Indícios de ansiedade	22,2%	5,6%	0%	27,8%
Ansiedade	11,1%	5,6%	0%	16,7%
Total	61,1%	27,8%	11,1%	100%

Pela análise efectuada relativamente à depressão no momento da 1ª consulta e à escala de intensidade de dor no momento 0, verificamos que 83,3% dos indivíduos inquiridos não apresentam depressão e de entre esses, 55,6% manifestam dor moderada, 16,7% dor intensa e apenas 11,1% dor muito intensa.

Com indícios de depressão, temos 16,7%, sendo que 11,1% apresentam dor intensa, 5,6% dor moderada, e nenhum indivíduo manifestou dor muito intensa.

Através da observação das tabelas 6 e 7 verificamos que a intensidade de dor que se manifesta em maior percentagem é a dor moderada com 61,1%, seguindo-se a dor intensa com 27,8% e por fim a dor muito intensa com 11,1%.

Verificamos assim que, nos indivíduos sem depressão (83,3%), o tipo de dor mais presente é a de tipo moderado (55,6%), ao contrário do que acontece com os indivíduos que apresentam indícios de depressão (16,7%), cujo tipo de dor mais presente é a dor intensa (11,1%). Podemos assim concluir que os indícios de depressão influenciam a percepção de dor, aumentando-a.

Tabela 6 – Relação entre a depressão no momento da 1ª consulta e a intensidade da dor no momento 0.

	Dor moderada	Dor intensa	Dor muito intensa	Total
Sem depressão	27,8%	16,7%	11,1%	55,6%
Indícios de Depressão	22,2%	5,6%	0%	27,8%
Total	61,1%	27,8%	11,1%	100%

7. Relação entre a intensidade de dor no momento 0 e o alívio de dor uma semana e um mês após a primeira consulta (após tratamento podológico).

Pela análise dos dados, verificamos que, após uma semana de tratamento, e independentemente do tipo ser quiropodológico ou ortopodológico, houve uma redução da intensidade da dor, deixando de existir indivíduos que manifestem dor muito intensa, contrariamente ao momento 0, em que 11,1% apresentavam esse tipo de dor. Verificamos igualmente uma redução percentual na dor intensa que passou de 27,8% para 16,7%. Houve, no entanto, manutenção da dor moderada (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 – Intensidade de dor no momento 0, de acordo com a escala visual analógica

Escala visual analógica de intensidade de dor no momento 0	
Dor moderada	61,1%
Dor intensa	27,8%
Dor muito intensa	11,1%

Tabela 8 – Alívio da dor uma semana após a 1ª consulta, de acordo com a escala visual analógica

Escala visual analógica de alívio de dor uma semana após a 1ª consulta	
Dor fraca	22,2%
Dor moderada	61,1%
Dor intensa	16,7%

Conforme se pode constatar na tabela 9, um mês após a 1ª consulta, 61,1% dos indivíduos apresentava dor fraca e 33,3% dor moderada.

Verificamos assim que, um mês após a 1ª consulta, ou seja, com um mês de tratamento, a intensidade da dor reduziu ainda de forma mais significativa, deixando de existir indivíduos que manifestem dor muito intensa ou dor intensa, contrariamente ao momento 0 e ao momento 1, como se pode observar nas tabelas 7 e 8.

Tabela 9 – Alívio da dor um mês após a 1ª consulta, de acordo com a escala visual analógica de dor

Escala visual analógica de alívio de dor um mês após a 1ª consulta	
Dor fraca	61,1%
Dor moderada	33,3%

8. Análise descritiva das diferentes variáveis psico-sociais e intensidade e alívio de dor.

Analisamos as médias obtidas nas diferentes variáveis psico-sociais e efectuamos uma comparação com os respectivos *cutt-off points*, de modo a verificar se os mesmos possuíam significado clínico. Deste modo, constatamos que os valores médios de ansiedade no momento 0 ($M = 7,33$) e no momento 2 ($M = 6,78$) são inferiores ao *cutt-off point* considerado (10), o que nos leva a concluir que a variável ansiedade não possui significado clínico na nossa amostra. O mesmo se aplica à variável depressão.

Tabela 10 - Médias nas diferentes variáveis psico-sociais, intensidade e alívio de dor

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Cutt-off points
Escala de intensidade de dor (momento 0)	18	2	4	2,50	0,707	----
Escala de alívio de dor (momento 1)	18	1	3	1,94	0,639	----
Escala de alívio de dor (momento 2)	18	1	2	1,33	0,485	----
Extroversão	18	7	21	13,28	4,836	>12
Neuroticismo	18	4	20	12,06	4,734	>12
Ansiedade (momento 0)	18	3	13	7,33	3,144	>10
Depressão (momento 0)	18	0	10	4,11	2,742	>10
Ansiedade (momento 2)	18	0	12	6,78	3,282	>10
Depressão (momento2)	18	0	7	3,50	2,176	>10

9. Testes de significância estatística

9.1. Verificação da relação de intensidade da dor e localização da dor.

Utilizamos o teste qui-quadrado para verificar se existe ou não uma relação de dependência entre a intensidade da dor e a localização da mesma. Normalmente costuma-se utilizar o valor do qui-quadrado de Pearson, contudo este valor e o do Likelihood ratio são quase idênticos. A vantagem do Likelihood ratio é que é menos influenciado pelo tamanho da amostra, e, portanto no caso de amostras pequenas (por exemplo menos de 25 casos) é melhor usar a Likelihood ratio (Hill & Hill, 2005). Deste modo, no nosso estudo, optamos por utilizar o valor do Likelihood ratio. O valor obtido foi de 11,299 com $p = 0,023$ (valor inferior a 0,05), o que nos leva a concluir que existe uma relação de dependência entre a intensidade de dor e a localização da mesma, sendo essa relação significativa, como podemos verificar na tabela 11.

Tabela 11 – Teste Qui-Quadrado (Intensidade de dor / Localização da dor)

	Valor	Graus de liberdade	Significância bilateral
Likelihood Ratio	11,299	4	0,023*

* $p \leq 0,05$

Como o teste do Qui-Quadrado apenas nos informa sobre a independência ou não entre as variáveis, mas nada nos diz sobre o grau de associação existente, fomos verificar a existência ou não de associação com base nas medidas de associação baseadas no Qui-Quadrado (Phi, Cramer's V e o Contingency Coefficient).

Todos estes testes indicam que existe uma associação moderada ou forte entre as duas variáveis, sendo essa associação significativa ($p = 0,04 < 0,05$).

Tabela 12 – Medidas de associação baseadas no Qui-Quadrado.

	Valor	Significância
Phi	0,747	0,040*
Cramer's	0,528	0,040*
Coefficiente de contigência	0,598	0,040*

* $p \leq 0,05$

9.2. Verificação da relação entre a intensidade de dor e o gênero do indivíduo

Utilizamos o teste não paramétrico de Mann-Whitney para verificarmos se existiam diferenças significativas entre a intensidade de dor e o gênero do indivíduo. Obtivemos uma estatística $U = 36,5$ com $p = 0,684$, valor superior a $0,05$, o que nos leva a concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à intensidade de dor sentida entre os indivíduos do sexo masculino e os indivíduos de sexo feminino.

Tabela 13 – Teste de Mann-Whitney (Intensidade de dor no momento 0 / Gênero do indivíduo)

	Escala de Intensidade da dor (momento 0)
U de Mann-Whitney	36,5
Significância	0,684*

* $p \geq 0,05$

9.3. Relação entre a ansiedade e depressão na 1ª consulta e intensidade de dor

A ansiedade na 1ª consulta e a intensidade de dor nesse mesmo momento, evidenciam uma associação negativa fraca, mas não significativa como podemos visualizar no coeficiente de correlação de Spearman em que $r = -0,265$ ($p = 0,287$) (Tabela 14).

Estes resultados são corroborados pela análise do *crosstab* da ansiedade no momento da 1ª consulta com a escala de intensidade de dor (Tabela 5).

Pela análise do coeficiente de correlação de Spearman, podemos verificar que existe uma associação positiva fraca ($r = 0,182$) entre a depressão e a intensidade de dor. Contudo, esta associação não é significativa ($p = 0,469 > 0,05$) (Tabela 15). Estes resultados vão de encontro aos apresentados na tabela das percentagens de depressão e intensidade de dor (Tabela 6).

Tabela 14 – Coeficiente de correlação de Spearman (Ansiedade no momento da 1ª consulta / Intensidade de dor no momento 0).

Correlações		Escala de intensidade de dor no momento 0
Ansiedade no momento da 1ª consulta	R	- 0,265
	sig	0,287*

* $p \geq 0,05$

Tabela 15 – Coeficiente de correlação de Spearman (Depressão no momento da 1ª consulta / Intensidade de dor no momento 0).

Correlações		Escala de intensidade de dor no momento 0
Depressão no momento da 1ª consulta	R	0,182
	sig	0,469*

* $p \geq 0,05$

9.4. Verificação da relação entre o alívio de dor e a ansiedade e depressão, um mês após a primeira consulta (momento 2).

Pela análise através do coeficiente de correlação de Spearman, verificamos que à medida que há um aumento do alívio de dor, diminui a ansiedade ($r = -0,085$) e a depressão ($r = -0,185$) contudo esta associação é muito fraca e não é significativa ($p \geq 0,05$), como se pode observar na tabela 16.

Tabela 16 – Coeficiente de correlação de Spearman (Alívio de dor um mês após a 1ª consulta / Ansiedade e Depressão um mês após a 1ª consulta).

Correlações		Escala visual analógica um mês após a 1ª consulta
Ansiedade um mês após a 1ª consulta	R	- 0,085
	Sig	0,747*
Depressão um mês após a 1ª consulta	R	- 0,185
	Sig	0,478*

* $p \geq 0,05$

10. Caracterização da amostra relativamente às medidas psico-sociais e localização da dor (interna, externa ou interna e externa).

Dos dezoito indivíduos que constituem a nossa amostra, dez (55,6%), não evidenciam ansiedade, cinco (27,8%) apresentam indícios de ansiedade e apenas três (16,7%) apresentam ansiedade no momento da primeira consulta. No que diz respeito à depressão, 83,3% dos inquiridos não apresentam depressão e 16,7% indícios de depressão.

Na consulta efectuada após um mês de tratamento podológico, podemos inferir que os resultados nos níveis de ansiedade e depressão não sofreram alterações significativas.

Quando confrontamos estas variáveis psico-sociais com a localização da dor, através do teste de Kruskal-Wallis, verificamos que, embora sem significado estatístico, os resultados evidenciam que, em média, a ansiedade no momento da primeira consulta, é em geral mais elevada quando o indivíduo manifesta dor interna e externa, mantendo-se a mesma tendência um mês após a primeira consulta.

Quanto à depressão, os resultados no momento zero vão de encontro aos da ansiedade, contudo depois do tratamento podológico, os indivíduos apresentam em média valores mais elevados de depressão associados à dor externa.

Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto às variáveis psico-sociais e a localização da dor.

	Externa	Interna	Interna e externa	P
Ansiedade momento 0	6,67 ± 2,422	7,00 ± 3,586	9,00 ± 3,367	0,497*
Depressão momento 0	3,17 ± 1,722	4,50 ± 3,505	4,75 ± 2,500	0,576*
Ansiedade momento 2	6,17 ± 2,787	7,00 ± 3,162	7,25 ± 4,856	0,625*
Depressão momento 2	3,67 ± 1,366	3,50 ± 2,619	3,25 ± 2,754	0,942*

*p ≥ 0,05

11. Nível de associação entre as variáveis psico-sociais e a escala visual analógica de intensidade e alívio de dor.

Ao analisarmos o nível de associação existente entre as variáveis psico-sociais (ansiedade, depressão, neuroticismo e extroversão) com as escalas de intensidade de dor e de alívio da mesma, verificamos que independentemente de existir algum tipo de associação (positiva ou negativa) estas não têm significado em termos estatísticos. Dada esta ausência de associações estatísticas significativas.

Pela análise da tabela 18, verificamos que a extroversão se correlaciona positivamente quer com a intensidade de dor ($r = 0,142$), quer com o alívio de dor ($r = 0,215$; momento 1; $r = 0,172$, momento 2), o que significa que quanto mais extrovertida for a pessoa mais intensamente sente a dor e o alívio da mesma; embora esta associação seja fraca e não significativa (tal como referimos anteriormente).

Quanto ao neuroticismo, este associa-se negativamente quer com a escala de intensidade de dor, quer com o alívio da mesma ($r = - 0, 274$; $r = - 0,112$ e $r = - 0,172$); ou seja, quanto mais neurótica for a pessoa menos dor sente; por outro lado, quanto mais neurótica, menor o alívio de dor.

Tabela 18 – Associação entre as variáveis psico-sociais e as escalas de intensidade e alívio de dor.

	r	EVA de intensidade de dor	EVA de alívio de dor 1	EVA de alívio de dor 2
	P			
Extroversão	r	0,142	0,215	0,172
	P	0,574*	0,391	0,496
Neuroticismo	r	- 0,274	- 0,112	- 0,172
	P	0,271*	0,657	0,496
Ansiedade (momento 0)	r	- 0,264	0,376	- 0,172
	P	0,289*	0,125	0,495
Depressão (momento 0)	r	0,014	0,262	- 0,241
	P	0,957*	0,293	0,336
Ansiedade (momento 2)	r	- 0,374	0,071	0,046
	P	0,126*	0,781	0,856
Depressão (momento 2)	r	0,071	0,025	- 0,069
	P	0,778*	0,921	0,786

*p ≥ 0,05

Capítulo V – Discussão

V. Discussão

Pela dificuldade na obtenção de um número alargado de pacientes com as características desejadas para o presente estudo, deparamo-nos com uma amostra reduzida o que tornou impossível a realização de um estudo estatístico do tipo da regressão logística linear, para a escala MPQ, que nos permitiria inferir a aplicabilidade desta escala à clínica podológica, como um bom/mau instrumento de medição da dor.

No que diz respeito à verificação da eficácia do tratamento podológico, embora não se encontrem valores com grande significância, é de referir que verificamos uma diminuição percentual da dor após o tratamento. Isto verifica-se pela análise dos diferentes valores de intensidade de dor no momento 0 e no momento 1 de avaliação da intensidade de dor do paciente, em que, neste último momento, que corresponde a uma semana após a 1ª consulta (após se ter procedido a tratamento podológico), se verifica uma diminuição da dor referida. Esta análise vai de encontro aos resultados obtidos por Bennet, Patterson e Dunn (2001), que mostraram existir melhorias do estado de saúde do pé após tratamento podológico. Também, Rome *et al.* (2004), verificaram eficácia do tratamento podológico na diminuição da dor dos seus pacientes.

No nosso estudo, constatamos que a ansiedade não origina um aumento da percepção da dor; tal facto poder-se-á dever ao pequeno número de doentes que apresentaram sintomas com significado clínico. A depressão, pelo contrário, origina intensificação da dor, embora os valores não apresentem clara significância estatística. Ao confrontarmos os resultados que obtivemos no nosso estudo com os estudos referenciados na revisão bibliográfica, verificamos que os nossos resultados são contraditórios com os que foram obtidos por Udell e Weiss (1998), que verificaram que a ansiedade e a depressão intensificam a percepção da dor. No entanto, num segundo momento da nossa avaliação, verificamos que, embora de forma não significativa, à medida que existe alívio de dor, existe uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão. Podemos aqui pressupor que pela pequena dimensão da nossa amostra pode ocorrer uma sub-representação de depressão e ansiedade como é possível observar nas tabelas 3 e 4 que nos indicam que 55.6% dos indivíduos não apresentam ansiedade e 83.3% não apresentam depressão, não permitindo desta forma, que os nossos resultados corroborem os de vários outros autores que pesquisaram essa associação, ou confirmem de forma clara a hipótese que lançamos no início da nossa investigação.

Após termos procedido a uma revisão bibliográfica no que diz respeito à avaliação da dor no âmbito podológico, verificamos que muitos são os estudos efectuados em que vários autores utilizam instrumentos específicos e devidamente validados, para o estudo da saúde do pé e sua interferência na qualidade de vida assim como para a avaliação da eficácia de tratamentos podológicos e o impacto quanto à dor e restrição funcional da patologia podológica, como sendo o FFI, desenvolvido e validado por Budiman, Conrad e Roch (1991) e o SF-36 validado por Brazier *et al.* (1992). Também, Bennet *et al.* (1998) que desenvolveram o FSQH, verificaram que este questionário permite que podologistas e outros profissionais de saúde possam, através de parâmetros rigorosos, avaliar o estado de saúde do pé e sua interferência na vida do doente. Este mesmo questionário foi utilizado num estudo efectuado por Rome *et al.* (2004), que permitiu avaliar a eficácia do tratamento podológico; e por Nikolopoulos (1999), que, para além do FSQH, utilizou o FFI, na avaliação da funcionalidade do pé em pacientes com síndrome de Down.

Neste estudo, procuramos adaptar instrumentos de avaliação da intensidade, qualidade e localização da dor, à dor podológica. Assim, utilizamos a EVA e o questionário de McGill, no momento zero da nossa avaliação, que nos permitiu obter dados quantitativos, qualitativos e de localização da dor referida pelo paciente e assim adequar um melhor tratamento podológico e uma melhor eficácia deste. Assim, fomos de encontro aos resultados obtidos por Cooper, Hofman e Burge (2003) que mostraram ser possível, através da avaliação feita pelos instrumentos supracitados, prevenir a dor nos tratamentos podológicos que efectuavam, nomeadamente curativos.

No que diz respeito à personalidade do indivíduo e à forma como encara o seu estado de saúde, num estudo sobre a relação entre a personalidade do indivíduo e o seu bem-estar, Costa e McRae (1980) verificaram que os afectos positivos eram considerados componentes da extroversão e os negativos estavam associados ao neuroticismo. Também, Harkins, Price e Braith (1989), num estudo sobre a extroversão e o neuroticismo, verificaram que os indivíduos extrovertidos expressam mais a sensação de dor em relação aos introvertidos e que estas características afectam a nocicepção. Estes resultados vão de encontro ao nosso estudo, onde verificámos que pessoas com personalidade mais extrovertida exprimem mais intensamente a dor, bem como o alívio da mesma. Por outro lado, indivíduos de personalidade mais neurótica sentem menos intensamente a dor, bem como o seu alívio. Russo *et al.* (1997), mostraram que a depressão e o neuroticismo se relacionam com a disfunção e a maior intensidade de dor

sentida. Verificaram também que no paciente neurótico existe uma grande relação entre a depressão e o seu estado de saúde, ao contrário do que acontece no doente sem neuroticismo. Estes resultados não vão de encontro com os resultados obtidos no nosso estudo. Várias hipóteses interpretativas podem ser colocadas, mas aquela que nos parece mais plausível é a de que o pequeno número de pacientes que constituem a nossa amostra limitou, nesta variável, uma análise extensa e poderá ter introduzido algum viés de representação.

Capítulo VI – Conclusões

VI. Conclusões

Os resultados obtidos neste estudo permitiram-nos concluir que existem benefícios na administração de questionários de avaliação da dor, tanto para o paciente podológico como para o profissional de podologia, porque ao permitirem obter mais informações sobre a dor apresentada, possibilitam a planificação mais adequada do tratamento a seguir. Verificamos, assim, que este tipo de avaliação contribui para um conhecimento mais aprofundado e mais objectivo da dor e uma melhor eficácia dos tratamentos aplicados.

Concluimos também que a dor que o paciente podológico apresenta, é maioritariamente de localização interna e de intensidade moderada.

Os resultados que obtivemos revelaram que o paciente podológico não apresenta, na sua maioria, ansiedade ou depressão com significado clínico. Esse facto impediu-nos de estabelecer uma relação consistente entre estas variáveis e a dor podológica. Desta forma, concluimos que a ansiedade, ao contrário dos resultados obtidos noutros estudos, não aumenta a percepção de dor podológica; a depressão intensifica a percepção de dor, embora a associação não se revista de significado estatístico. No entanto, verificamos, que o neuroticismo e a extroversão, afectam a percepção da dor podológica, indo assim de encontro aos resultados obtidos noutros estudos.

Concluimos que a avaliação da dor podológica através de escalas específicas, assim como a avaliação da presença de ansiedade e depressão no doente podológico e dos traços de personalidade e sua relação com a dor através de questionários utilizados neste estudo, vêm enriquecer a avaliação clínica efectuada ao doente na consulta de podologia. Consideramos, assim, ser de suma importância a aplicação de instrumentos de avaliação para medir as diferentes variáveis psico-sociais e sua interferência com a dor e especialmente das escalas e questionários de avaliação da dor.

O podologista tem um contacto muito directo com o seu doente, desde a simples anamnese até à construção do tratamento. Assim, quanto mais objectivamente conseguirmos conhecer a dor do paciente e conhecer algumas das alterações psico-sociais e a forma como estas influenciam na percepção da dor, melhor será o atendimento clínico podológico.

Este estudo, por ser constituído por uma amostra muito pequena, teve uma sub-representação de algumas das categorias, e esse facto dificultou o estabelecimento de inferências claras, colocando-nos algumas limitações. Na recolha de dados, pudemos

notar alguma relutância por parte do paciente em preencher as escalas e os questionários que eram administrados, talvez por não estarem habituados a um tipo de avaliação tão específica na área da podologia. Este problema que, em nossa opinião, estará associado às expectativas dos doentes em consultas desta especialidade deverá ser contornado no futuro para que se possa tornar a avaliação mais completa e mais útil para o tratamento do doente.

Será também relevante que se realizem novos estudos neste domínio, com amostras de maior dimensão, para a obtenção de resultados mais significativos.

Capítulo VII - Bibliografía

VII. BIBLIOGRAFIA

- Aalto-Setälä, T.; Poikolainen, K.; Tuulio-Henriksson, A.; Marttunen, M. & Lonnqvist, J. (2002). Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nordic journal of psychiatry*. 56(2), 121-5.
- Adams, R.D; Victor, M. & Ropper, A.H. (1998). *Neurologia*. 6ª Edição. Rio de Janeiro. Mc Graw Hill.
- Argyle, M.; Martin, M. & Crosland, J. (1989). Happiness as function of personality and social encounters. In Forgas, J.P.; Innes, J.M. (ed) – Recent advances in social psychology: an international perspective. North Holland: Elsevier.
- Bennet, J.P.; Patterson, C.; Wearing, S. & Baglioni, T. (1998). Development and validation of a questionnaire designed to measure foot-health status. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 88(9), 419-28. School of Public Health, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia.
- Bennet, J.P.; Patterson, C. & Dunn, M.P. (2001). Health-Related Quality of Life Following Podiatric Surgery. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 91(4), 164-173.
- Brazier, J.E.; Harper, R.; Jones, N.M.; O’Cathain A.; Thomas K.J.; Usherwood, T. & Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health questionnaires: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*. 305(6846), 160-4. Medical Care Research Unit, University of Sheffield Medical School.
- Budiman-Mak, E.; Conrad, K.J. & Roach, K.E. (1991). The Foot Function Index: a measure of foot pain and disability. *Journal of Clinical Epidemiology*. 44(6), 561-70.
- Caillet, R (1999). *Dor: mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Cooper, S.M.; Hofman, D. & Burge, S.M. (2003). Leg ulcers and pain: a review. *Lower Extremity Wounds*. 2(4), 189-197. Department of Dermatology, Churchill Hospital, Oxford, UK.

- Costa & McCrae (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*. 38(4), 668-78.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*. 38(4), 668-78.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism: a longitudinal analysis. *Journal of behavioural medicine*. 3(3), 245-57.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of personality*. 55(2), 299-316.
- Costa, P.T. (1987). Influence of the normal personality dimension of neuroticism on chest pain symptoms and coronary artery disease. *The American journal of cardiology*. 60(18), 20j-26j.
- Crews, C.K.; Davidson, A.J.; Crane, L.A.; Melher, P.S. & Steiner, J.F. (2004). Podiatric problems are associated with worse health status in persons with severe mental illness. Division of General Internal Medicine, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO, USA. *Gen Hosp Psychiatry*. 26(3), 226-32.
- Eysenck H.J. & Eysenck SGB (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H.J. (1950). Les dimensions de la personnalité. Paris. *Press Universitaires de France*.
- Eysenck, H.J. (1968). Genetics and personality. *Eugenics society symposia*. 4,163-79.
- Eysenck, S.B. & Eysenck, H.J. (1968). The measurement of psychoticism: a study of factor stability and reliability. *The british journal of social and clinical psychology*. 7(4), 286-94.
- Eysenck, S.B. & Eysenck, H.J. (1969). Scores on three personality variables as a function of age, sex of social class. *The british journal of social and clinical psychology*. 8(1), 69-76.
- Eysenck, H.J. (1970). The structure of human personality. London: Methuen

- Feldman, R.S. (2001). *Compreender a psicologia*. 5ª edição. Lisboa. Mc Graw Hill.
- Ferrer Pérez, V.A.; Gonzalez Barrón, R. & Manassero Mas, M.A. (1994). El dolor y su Clasificación: Revisión de algunas propuestas. *Revista de Psicología de la salud*, 6(1).
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. St.Louis. Mosby. Year Boock.
- Gleytman, H. (2002). *Psicologia*. 5ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gracely, R. H.; McGrath, F. & Dubner, R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain*. 5(1), 5-18.
- Gracely, R. H.; McGrath, F. & Dubner, R. (1978). Validity and sensitivity of ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors: manipulation of affect by diazepam. *Pain*. 5, 19-29.
- Hall, C.S.; Lindzey, G. & Campbell, J.B. (2000). *Teorias da Personalidade*. 4ª Edição. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Harkins, S.W; Price, D.D. & Braith, J. (1989). Effect of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain and illness behaviour. *Pain*. 36(2), 209-18.
- Heady, B. & Wearing, A. (1989). Personality life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of personality and social psychology*. 57(4), 731-739.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo.
- Hughes, J.; Smith, T.W.; Kosterlitz, H.W.; et al. (1975). Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature*. 258, 577.
- IASP (International Association for the Study of Pain). (1979). Pain: Pain terms. A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain*. 6(3), 249.
- Isometsä, E.T. (1999). Hypomanias and depressions-type II bipolar disorders. *Duodecim*. 115(17), 1897-1902.

- Jamison, R.N. (1996). Comprehensive pre-treatment and outcome assessment for chronic opioid therapy in non-malignant pain. *Journal of pain and symptom management*. 11(4), 231-41.
- Jamison, R.N. (1996). Psychological factors in chronic pain assessment and treatment issues. *Journal of back & musculoskeletal rehabilitation*. 7, 79-95.
- Kaplan, S. & Lester, D. (1994). Depression, mania and suicidal preoccupation. *Psychological Reports*. 74(3), 974.
- Karoly, P. & Jensen, M. (1987). *Multimethod assessment of chronic pain*. New York. Pergamon Press.
- Keefe, F.J. & Block, A.R. (1982). Development of an observation method for assessing pain behaviour in chronic low back pain patients. *Behaviour Therapy*. 13, 363-375.
- Kerns R, Turk D, Rudy T (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Martin, C.R. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry settings? *Current Psychiatry Review*, Volume 1, Number 1, pp. 69-73(5). Bentham Science Publishers.
- Martins, M.C.A. (2004). Acção da personalidade na saúde. Contributos para a qualidade de vida. *Milenium. Revista do ISPV*. N°30, 202-208.
- Melzack R. & Wall, P.D. (1965). Pain Mechanism: a new theory. *Science*. 150 (699), 971-9.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melzack, R. (1982). Recent concepts of pain. *Journal of Medicine*. 13(3), 147-60.
- Melzack, R. (1999). Pain - an overview. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. 43(9), 880-4.
- Melzack, R. (2001). Pain and neuromatrix in the brain. *Journal of dental education*. 65(12), 1378-82.
- Metzger, C.; Muller, A.; Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures. Lusociência.

- Miró, J.(2003). *Dolor Crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Monsalve, V.; Soriano, J & Ibáñez, E. (2001). Fiabilidad y estructura factorial de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología, No.72*, 7-21.
- Nikolopoulos, N. (1999). Foot Function in children and adults with Down Síndrome. Department of Podiatry – La Trobe University.
- Oliveira, R.A. (2002). Para pensar...a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica. 3 (XX)*, 471-478.
- Paim, M.C.C. (2002). Peculiaridades tipológicas do sistema nervoso e traços de personalidade. *Revista Digital – Buenos Aires – Año 8 – N°53*.
- Pain Associates International Network. *Consensus de Berlim-Quality Improvement in Pain Managment*. Berlin,26th-27th January 2002. Retirado em 24 de Outubro 2004 de <http://www.pain-workshop.com>
- Pereira Miguel, J - Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 da Direcção Geral da Saúde.
- Pliszka, R.S. (2004). *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Porto Alegre. Artmed.
- Reynolds, D.V. (1969). Surgery in the rat during electrical analgesia induced by focal brain stimulation. *Science*. 164, 444.
- Ribeiro Pais, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa. ISPA.
- Rico, T. & Barbosa, A. (1995). *Dor: do neurónio à pessoa*. Departamento de Educação Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer Portugal.
- Ripol, P.M. & Canudas, M.V.R. (2002). La medición del dolor. Barcelona. *Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears*. Capítulo VIII. 81-86.
- Robinson, J.M.; Cook, J.L.; Purdam, C.; Visentini, P.J.; Ross, J.; Maffulli, N.; Taunton, J.E. & Khan, K.M. (2001). The VISA-A questionnaire: a valid and reliable index of the clinical severity of Achilles tendinopathy. *The British Journal of Sports Medecine*.35, 335-341.
- Rojas, L.T. (2001). Funciones de enfermería en los cuidados y tratamientos del dolor. Evaluación y control del dolor. Escalas de valoración. *Interpsiquis*.(2)

- Rome, K.; Gray, J.; Stewart, F.; Hannant, S.C.; Callaghan D. & Hubble, J. (2004). Evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of foot orthoses in the treatment of plantar heel pain: a feasibility study. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 94(3), 229-38. School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough, England.
- Russo, J.; Katon, W.; Lin, E.; Von Korff, M.; Bush, T.; Simon, G. & Walker, E. (1997). Neuroticism and extraversion as predictors of health outcomes in depressed primary care patients. *Psychosomatics*. 38(4), 339-48.
- Sarason, I.G.; Sarason, B.R.; Potter, E.H. & Antoni, M.I. (1985). Life events, social support and illness. *Psychosomatic medicine*. 47(2), 156-63.
- Seymour, A. (1982). Possible hazards with an anesthetic gas scavenging system. *Anaesthesia*. 37(12), 1218-20.
- Seymour, A. (1982). The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post-operative dental pain. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 23, 441-444.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and quality of Life Outcomes*. 1,29.
- Sousa, F.A.E.F. (2002). *Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-am Enfermagem*. 10(3), 446-7.
- Stahl, S.M. (1999). Natural estrogen as an antidepressant for women. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 62(6), 404-409.
- Thorne, B.M.; Fyle, J.H. & Carskadon, T.G. (1987). The Myers-Briggs type indicator and coronary heart disease. *Journal of personality assessment*. 51(4), 545-47.
- Udell, E.T. & Weiss, K.J. (1998). Anxiety, depression and diseases of the lower extremities. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. 15(4), 619-28.
- Valmassy, R.L. (1996). *Clinical biomechanics of the lower extremities*. St.Louis, Missouri. Mosby.
- Vaz Serra, A; Poncino, E. & Fidalgo Freitas, J. (1980). Resultado da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra da população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*. 1(2), 127-132.
- Vielva, M.S.P. (2001) Valoración del dolor. *Enfermería en anestesia-reanimación y terapia del dolor*, 9.

- Wall, D.P. & Melzack, R. (1999). *Textbook of Pain*. Fourth Edition. Churchill Livingstone.
- White, A. (1998). Measuring pain. *Acupuncture in Medicine*. 16(2).
- Wood, S. (2004). Factors influencing the selection of appropriate pain assessment tools. *Nurse times*. 100(35),42-7
- Zigmond AS. & Snaith RP (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67, 361-70.

Capítulo VIII - Anexos

Anexo A

Termo de Consentimento informado

Prezada participante,

Eu, Angélica Maria Oliveira Andrade, mestranda em Psicologia da Dor no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, pretendo realizar um estudo sobre a aplicabilidade de diferentes metodologias de avaliação da dor à clínica de Podologia sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Emília Areias, para obtenção do grau de Mestre.

Este estudo tem como objectivos permitir recolher um maior número de dados para um melhor conhecimento sobre a dor referida pelo paciente e ter conhecimento sobre a eficácia dos tratamentos podológicos através do preenchimento de questionários aplicados durante a consulta de podologia e no domicílio por parte do paciente.

Na primeira consulta ser-lhe-à solicitado o preenchimento de quatro questionários. Será também solicitada a sua colaboração para o preenchimento de um questionário uma semana após a primeira consulta.

Na consulta das três semanas seguintes à primeira consulta ser-lhe solicitado o preenchimento de três questionários, sendo efectuada uma avaliação da melhoria da dor e da funcionalidade.

Finalmente, nos dois meses seguintes à primeira consulta, ser-lhe-à novamente solicitado o preenchimento de três questionários, terminando desta forma o estudo.

A sua participação é voluntária podendo interrompê-la a qualquer momento sem que haja qualquer tipo de prejuízo no procedimento da consulta podológica.

Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Consentimento:

Eu, _____, após ter tomado conhecimento do procedimento relacionado com estudo acima descrito, concordo em participar voluntariamente.

Data: -----/-----/-----

(O mestrando)

(O participante)

Anexo B

Código do Doente:

Data: ----/----/----

Nome: _____

Morada: _____

C.P: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Pratica algum desporto? Sim Não

Se sim, qual e com que frequência? _____

Interrompeu o desporto devido ao problema de que se queixa? _____

Habilitações Literárias: _____

Telf. /Telm. _____

▪ Motivo da Consulta:

▪ Antecedentes Médicos:

Diabetes HTA Normotensão Hipotensão

DIF Outros: _____

▪ Outras doenças:

▪ Medicação Actual:

▪ Tratamentos podálicos:

Diagnóstico

Tratamiento podológico

Avaliação clínica podológica sucessiva

DATA	DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO E DO TRATAMENTO

Anexo C

Adaptação portuguesa do questionário de Melzack para a dor
MPQ

Código do doente:

Código de avaliação:

Data: ----/----/----

Este questionário serve para obtermos um melhor conhecimento acerca da sua dor.

As quatro questões principais são:

- Onde se localiza a dor?
- Como é a sua dor?
- Como é que ela varia ao longo do tempo?
- Que intensidade tem?

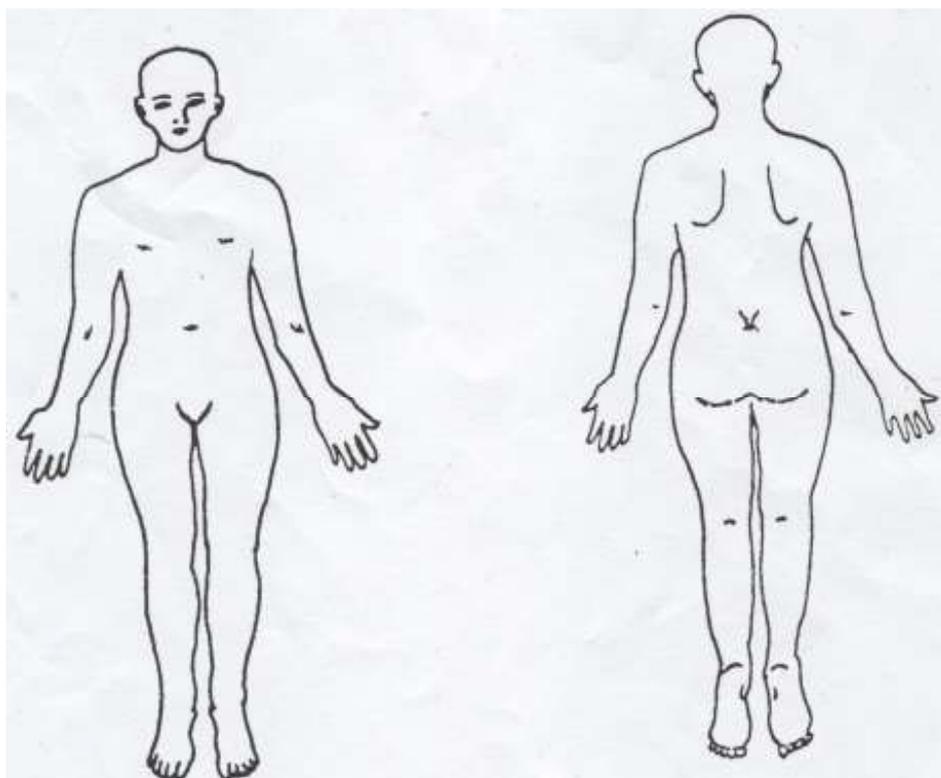
É importante que nos diga como é a sua dor neste momento.

Por favor siga as instruções do começo de cada página e não hesite em colocar alguma dúvida que lhe possa ocorrer.

I Parte

Onde se localiza a sua dor?

Por favor marque no desenho as áreas do corpo onde sente dor. Coloque um “E” se for Externa e um “I” se for Interna. Se for Interna e Externa coloque “IE”.



Alguns destes termos descrevem a sua dor actual. Sublinhe as palavras que melhor a descrevem. Deixe algum grupo que não corresponda à sua dor. Em cada grupo escolha uma só palavra, a que melhor corresponda à sua dor.

1	2	3	4	5
1. Percussão 2. Oscilante 3. Palpitante 4. Pulsátil 5. Latejante 6. Martelamento	1. Repentina 2. Impetuosa 3. Brusca	1. Picadela 2. Ferroada 3. Perfurante 4. Punhalada 5. Lancinante	1. Fina 2. Cortante 3. Lacerante	1. Beliscosa 2. Pressão 3. Caímbra 4. Triturante 5. Corrosiva
6	7	8	9	10
1. Puxão 2. Torcedura 3. Arrancamento	1. Quente 2. Ardente 3. Abrasadora 4. Queimante	1. Coceira 2. Formigueiro 3. Ardor	1. Moinha 2. Irritante 3. Pesada 4. Contínua 5. Prolongada	1. Tensa 2. Áspera 3. Maçadora 4. Terrível
11	12	13	14	15
1. Cansativa 2. Esgotante	1. Estonteante 2. Sufocante	1. Assustadora 2. Mortificante 3. Pavorosa	1. Castigadora 2. Penosa 3. Ruim 4. Cruel 5. Torturante	1. Ofuscante 2. Arrasante
16	17	18	19	20
1. Aborrecida 2. Desoladora 3. Fastidiosa 4. Miserável 5. Insuportável	1. Irradiada 2. Disseminada 3. Trespasante 4. Penetrante	1. Entorpecida 2. Apertada 3. Fissurante 4. Estiramento 5. Dilacerante	1. Morna 2. Fria 3. Gelada	1. Fraca 2. Nauseante 3. Incómoda 4. Suicida 5. Angustiante 6. Atroz

III Parte

descreva a sua dor em termos de duração

Escolha um grupo de palavras que descrevam a sua dor.

	Contínua	Fixa	Constante
	Rítmica	Periódica	Intermitente
	Brusca	Momentânea	Transitória

IV Parte

Intensidade da dor

Os termos seguintes apresentam intensidades crescentes de dor

1	2	3	4	5
Ligeira	Incómoda	Angustiante	Horrível	Insuportável

Escolha o número ou palavra que melhor descreva:

	A sua dor neste momento
	A sua dor no pior período
	A sua dor no melhor período
	A pior dor de dentes que já tinha tido
	A pior dor de estômago que já tenha tido
	A pior dor de cabeça que já tenha tido

Anexo D

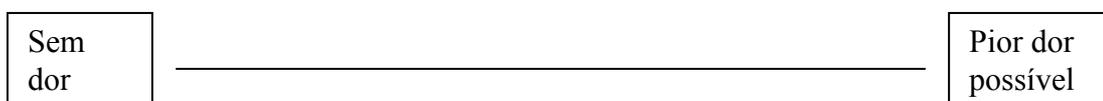
Código do doente:

Código de avaliação:

Data: ----/----/----

Escala Visual Analógica de intensidade de dor

Assinale a intensidade da sua dor na seguinte escala:



Código do doente:

Código de avaliação:

Data: ----/----/----

Escala Visual Analógica de alívio de dor

Faça a avaliação da intensidade da sua dor no dia ----/----/----, assinalando-a na seguinte escala:

Sem alívio da dor



Alívio completo da dor

Anexo E

Código do doente:

Código de avaliação:

Data: ----/----/----

Eysenck Personality Inventory

Eysenck H, Eysenck SGB. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press, 1964.

Apresentamos-lhe algumas perguntas sobre a maneira como reage, sente e actua. À frente de cada pergunta existe um espaço para a resposta “SIM” ou “NÃO”.

Tente decidir se “sim” ou “não” representam a sua maneira habitual de agir ou de sentir, então assinale com uma cruz o espaço correspondente ao “sim” ou “não”. Não pense muito. Responda depressa; desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de uma longa meditação sobre o assunto. Lembre-se que a resposta a todo o questionário não deverá durar mais do que alguns minutos. Assegure-se de que não se esqueceu de nenhuma pergunta. Comece o questionário, responda sem pensar muito, e a todas as perguntas. Não há perguntas certas ou erradas; isto não é um teste de inteligência ou aptidões; é sim uma medida da maneira como se comporta.

	Sim	Não
1. Sente frequentemente o desejo de experimentar emoções fortes?		
2. Tem muitas vezes necessidade de amigos compreensivos que o animem?		
3. É habitualmente uma pessoa despreocupada?		
4. Custa-lhe muito a aceitar uma resposta negativa?		
5. Procura reflectir antes de fazer qualquer coisa?		
6. Quando promete fazer uma coisa, cumpre sempre a sua promessa quais quer que sejam os inconvenientes que daí possam resultar?		
7. O seu humor é muito variável?		
8. Costuma fazer e dizer coisas com rapidez sem parar para pensar?		
9. Sente-se infeliz sem haver razões para isso?		
10. Faria o que quer que fosse para provar que não tem medo?		
11. Sente-se repentinamente tímido ao pretender falar com uma pessoa desconhecida que o atrai?		
12. De vez em quando perde a calma e zanga-se?		
13. Faz muitas vezes coisas levado por impulsos de momento?		
14. Fica frequentemente preocupado com coisas que não devia ter dito ou feito?		
15. Em geral, prefere a leitura ao convívio com outras pessoas?		
16. Sente-se ferido nos seus sentimentos com muita facilidade?		
17. Gosta de sair com frequência?		
18. Acontece-lhe por vezes ter pensamentos e ideias que não gostaria que as outras pessoas conhecessem?		
19. Umás vezes está cheio de energia e outras muito fatigado?		
20. Prefere ter poucos amigos mas bons?		
21. Sonha acordado muitas vezes?		
22. Quando alguém grita consigo, responde gritando também?		
23. Tem muitas vezes sentimentos de culpa?		
24. Todos os seus hábitos são bons e desejáveis?		
25. Consegue geralmente descontrair-se e divertir-se a valer numa festa animada?		
26. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?		
27. Os outros consideram-no uma pessoa “cheia de vida”?		

	Sim	Não
28. Depois de ter feito qualquer coisa de importante, fica muitas vezes com a impressão de que poderia ter feito melhor?		
29. Fica a maior parte do tempo calado, quando está com outras pessoas?		
30. Às vezes diz mal dos outros?		
31. Passam-lhe tantas ideias pela cabeça que não consegue dormir?		
32. Quando quer saber alguma coisa, prefere procurar num livro em vez de perguntar a alguém?		
33. Tem palpitações ou sente bater o coração com força?		
34. Gosta do género de trabalho que exige muita atenção?		
35. Tem acessos de agitação ou de tremuras?		
36. Declararia sempre tudo na alfândega, mesmo sabendo que a sua bagagem não seria vista?		
37. Detesta estar na companhia de pessoas que dizem piadas umas às outras?		
38. É uma pessoa irritável?		
39. Gosta de fazer coisas em que tenha de agir rapidamente?		
40. Preocupa-se com desgraças que possam vir a acontecer?		
41. É lento e calmo nos seus movimentos?		
42. Já alguma vez chegou tarde a um encontro ou ao trabalho?		
43. Tem muitos pesadelos?		
44. Gosta tanto de falar com as pessoas que nunca perde a oportunidade de conversar com um desconhecido?		
45. Costuma ter indisposições e dores?		
46. Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse ver muita gente durante a maior parte do tempo?		
47. Considera-se uma pessoa nervosa?		
48. De todas as pessoas que conhece, há algumas de quem francamente não gosta?		
49. Diria que tem uma razoável confiança em si mesmo?		
50. Fica facilmente magoado quando alguém lhe aponta defeitos a si ou ao seu trabalho?		
51. Acha difícil divertir-se realmente numa festa animada?		
52. Tem sentimentos de inferioridade?		
53. Consegue animar com facilidade uma festa aborrecida?		
54. Por vezes fala de coisas de que não sabe nada?		
55. Preocupa-se com a sua saúde?		
56. Gosta de fazer partidas às outras pessoas?		
57. Sofre de insónias?		

Anexo F

Código do doente:

Código de avaliação:

Data: ----/----/----

Hospital Anxiety and Depression Scale

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiat Scand 1983;67:361-70.

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente.

Leia cada pergunta e sublinhe a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido na última semana.

Não perca muito tempo com as respostas; a sua primeira reacção a cada pergunta talvez seja a mais exacta do que uma resposta muito pensada.

As informações que nos fornecer serão inteiramente confidenciais.

1. Sinto-me tenso ou apreensivo

A maior parte das vezes.
Muitas vezes.
De vez em quando.
Nunca.

2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas

Tanto como antes.
Não tanto como antes.
Só um pouco.
Quase nada.

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer

Nitidamente e muito forte.
Sim, mas não muito forte.
Um pouco, mas não me incomoda.
De modo algum.

4. Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas

Tanto como habitualmente.
Não tanto como habitualmente.
Sem dúvida que agora muito menos.
Nunca.

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

A maior parte das vezes.
Muitas vezes.
De vez em quando.
Raramente.

6. Sinto-me bem disposto

Nunca.
Poucas vezes.
Bastantes vezes.
Quase sempre.

7. Consigo estar à vontade e sentir-me descontraído

Sempre.
Habitualmente.
Algumas vezes.
Nunca.

8. Sinto-me lento

Quase sempre.
Muitas vezes.
Algumas vezes.
Nunca.

9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

Nunca.
De vez em quando.
Muitas vezes.
Quase sempre.

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

Completamente.
Não tenho tanto cuidado como devia.
Talvez menos interesse do que antes.
O mesmo interesse de sempre.

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

Muito.
Bastante.
Um pouco.
Nada.

12. Penso com prazer nas coisas futuras

Tanto como habitualmente.
Menos que anteriormente.
Bastante menos que antes.
Quase nunca.

13. Tenho sensações súbitas de pânico

- Muitas vezes.
- Bastantes vezes.
- Algumas vezes.
- Nunca.

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou de televisão

- Muitas vezes.
- Algumas vezes.
- Poucas vezes.
- Muito raramente.

Errata

Na página 35, por falta de referência bibliográfica onde se lê:

“A classificação segundo a University of Alabama – Birmingham Pain Behavior Scale (UAB-PBS), ...”

Deve ler-se:

“A classificação segundo a University of Alabama – Birmingham Pain Behaviour Scale (UAB-PBS) (Zwakhaleh, 2006),...”

Devido a um erro no preenchimento das percentagens da tabela 6 da página 73, onde se lê:

Tabela 6 – Relação entre a depressão no momento da 1ª consulta e a intensidade da dor no momento 0.

	Dor moderada	Dor intensa	Dor muito intensa	Total
Sem depressão	27,8%	16,7%	11,1%	55,6%
Indícios de Depressão	22,2%	5,6%	0%	27,8%
Total	61,1%	27,8%	11,1%	100%

Deve ler-se:

Tabela 6 – Relação entre a depressão no momento da 1ª consulta e a intensidade da dor no momento 0.

	Dor moderada	Dor intensa	Dor muito intensa	Total
Sem depressão	55,6%	16,7%	11,1%	83,3%
Indícios de Depressão	5,6%	11,1%	0%	16,7%
Total	61,1%	27,8%	11,1%	100%

Na página 101 por falta de referência bibliográfica, a última referência deve ser:

Zwakhaleh, S.; Hamers, J.; Abu-Saad, H. & Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BioMed Central* . 27(6), 3.