

Avaliação de pacientes com dor crônica



O tratamento bem-sucedido de pacientes com dor crônica só pode ser realizado se os esforços de avaliação se concentrarem no paciente como um todo, não apenas na sua patologia orgânica. Neste artigo, de autoria de pesquisadores de renome no campo da dor, foi possível destacar os componentes dessa avaliação.

Autores: **E.J. Dansie e D.C. Turk**

RESUMO

A dor crônica é uma preocupação de saúde pública que afeta 20-30% da população dos países ocidentais. Embora tenha havido muitos avanços científicos na compreensão da neurofisiologia da dor, avaliar e diagnosticar com precisão o problema de dor crônica do paciente não é simples nem bem definido. Como a dor crônica é conceituada, influencia a maneira como a dor é avaliada e os fatores considerados quando se faz um diagnóstico de dor crônica. Não existe uma relação um-para-um entre a quantidade ou o tipo de patologia orgânica e a intensidade da dor, mas a experiência da dor crônica é moldada por uma miríade de biomédicas, psicossociais (por exemplo, crenças, expectativas e humor dos pacientes), fatores comportamentais (por exemplo, contexto, respostas de parceiros/as). A avaliação de cada um desses três domínios por meio de uma avaliação abrangente da pessoa com dor crônica é essencial para as decisões de tratamento e para

facilitar os resultados ideais. Essa avaliação deve incluir um histórico completo do paciente, avaliação médica e uma breve entrevista de triagem, onde o comportamento do paciente possa ser observado. Uma avaliação adicional para tratar de questões identificadas durante a avaliação inicial orientará as decisões sobre quais avaliações adicionais, se houver, podem ser apropriadas. Instrumentos de autorrelato padronizados para avaliar a intensidade da dor, as habilidades funcionais, crenças e expectativas, e o sofrimento emocional do paciente estão disponíveis, e podem ser administrados pelo médico, ou um encaminhamento para uma avaliação em profundidade pode ser feito para auxiliar no planejamento do tratamento.

Pontos-chave do editor

- O primeiro passo para o sucesso do manejo da dor é uma avaliação biopsicossocial abrangente.
- A extensão da patologia orgânica pode não ser refletida com precisão na experiência da dor.
- A avaliação inicial pode ser usada para identificar áreas que exigem uma avaliação mais aprofundada.
- Muitas ferramentas validadas de autorrelato estão disponíveis para avaliar o impacto da dor crônica.

A dor é um sintoma extremamente prevalente. Estima-se que apenas a dor crônica afete 30% da população adulta dos EUA, para mais de 100 milhões de adultos.¹ Além de ser altamente prevalente, a dor é extremamente custosa para o indivíduo com dor crônica, seus parceiros significativos e a sociedade. As despesas com a dor crônica envolvem não apenas os cuidados de saúde tradicionais, mas também os custos indiretos, como perda de produtividade no trabalho, perda de receita tributária, serviços jurídicos e compensação por invalidez. As estimativas dos custos anuais totais da dor crônica (incluindo tratamento, dias perdidos, pagamentos por invalidez e honorários advocatícios) nos EUA variam de US \$ 550 a 625 bilhões por ano.²

Apesar do alto custo do tratamento de pessoas com dor crônica, o alívio para muitos permanece evasivo e a completa eliminação da dor é rara. Embora tenha havido avanços substanciais no conhecimento da neurofisiologia da dor, juntamente com o desenvolvimento de medicamentos analgésicos potentes e outras intervenções médicas e cirúrgicas inovadoras, em média a quantidade de redução da dor pelos procedimentos disponíveis é de 30 a 40% e isso ocorre em menos de metade dos pacientes tratados. Assim, a maioria das pessoas com condições dolorosas continua a experimentar dor significativa que prejudica sua qualidade de vida, causando significativa incapacidade física e sofrimento emocional.

Como pensamos sobre a dor influencia a maneira como avaliamos os pacientes. Muitos clínicos e o público leigo assumem que alguma patologia subjacente é uma causa necessária e suficiente dos sintomas experimentados. Conseqüentemente, a avaliação geralmente começa com um histórico completo e exame físico, seguido, quando considerado apropriado, por exames laboratoriais e procedimentos de diagnóstico por imagem, na tentativa de identificar ou confirmar a presença de qualquer patologia subjacente que cause o sintoma - o chamado gerador de dor. Na ausência de patologia orgânica identificável, o profissional de saúde pode assumir que o relato dos sintomas

decorre de fatores psicológicos e pode solicitar uma avaliação psicológica para detectar os fatores emocionais subjacentes ao relato do paciente. Assim, existe uma dualidade onde o relatório de sintomas é atribuído a quaisquer mecanismos somáticos ou psicogênicos. Essa visão dicotômica tem sido o modelo predominante que tem servido de base para a prática médica, que remonta pelo menos a Descartes em 1644. É, no entanto, incompleta e não é apoiada pela pesquisa disponível ou pela compreensão atual da dor crônica.³ Embora a abordagem biomédica tradicional possa ser apropriada para avaliar a dor aguda, e mesmo aqui os fatores psicológicos devem ser considerados, várias observações intrigantes desafiam o isomorfismo presumido entre a dor e a etiologia orgânica. Por exemplo, as bases orgânicas para alguns dos problemas mais comuns e recorrentes de dor aguda (por exemplo, dor de cabeça)⁴ e crônica [por exemplo, dor nas costas, fibromialgia (FM)] são amplamente desconhecidas^{5,6}, enquanto que indivíduos assintomáticos podem ter anormalidades estruturais, como hérnia de disco, que explicariam a dor se ela estivesse presente.^{7,8} Assim, não temos explicações adequadas para pacientes sem patologia orgânica identificada que relatam dor intensa e indivíduos sem dor com patologia significativa e objetiva.

A dor crônica afeta mais do que apenas o paciente individual, mas também seus parceiros, parentes, empregadores e colegas de trabalho e amigos, tornando essencial um tratamento apropriado. O tratamento satisfatório só pode vir de uma avaliação abrangente da etiologia biológica da dor em conjunto com a apresentação psicossocial e comportamental específica do paciente, incluindo seu estado emocional (por exemplo, ansiedade, depressão e raiva), percepção e compreensão dos sintomas e reações a esses sintomas por parte de parceiros/as.^{9,10} Uma premissa chave é que múltiplos fatores influenciam os sintomas e limitações funcionais de indivíduos com dor crônica. Assim, é necessária uma avaliação abrangente que aborde os domínios biomédico, psicossocial e comportamental, pois cada um contribui para a dor crônica e a incapacidade relacionada.^{11,12}

Avaliação abrangente da pessoa com dor crônica

Turk e Meichenbaum¹³ sugeriram que três questões centrais deveriam orientar a avaliação das pessoas que relatam dor:

1. Qual é a extensão da doença ou lesão do paciente (deficiência física)?
2. Qual é a magnitude da doença? Ou seja, até que ponto o paciente está sofrendo, incapacitado e incapaz de desfrutar de atividades habituais?
3. O comportamento do indivíduo parece apropriado à doença ou lesão, ou há alguma evidência de amplificação dos sintomas por qualquer uma de uma variedade de razões psicológicas ou sociais (por exemplo, benefícios como atenção positiva, medicamentos que alteram o humor, compensação financeira)?

Para responder a essas perguntas, as informações devem ser coletadas do paciente por meio da história e do exame físico, em combinação com uma entrevista clínica e por meio de instrumentos

de avaliação padronizados. Os profissionais de saúde precisam buscar qualquer causa de dor por meio de exame físico e testes diagnósticos enquanto avaliam concomitantemente o humor, medos, expectativas, esforços de enfrentamento, recursos, respostas de parceiros/as e o impacto da dor na vida dos pacientes.¹⁴ Em suma, o profissional de saúde deve avaliar a “pessoa inteira” e não apenas a dor.

Como não existe um ‘termômetro de dor’ que possa fornecer uma quantificação objetiva da extensão ou gravidade da dor experimentada pelo paciente, ela só pode ser avaliada indiretamente com base na comunicação aberta do paciente, verbal e não verbal. Independentemente de ser possível determinar uma base biológica para a dor, ou se os problemas psicossociais foram causados ou resultaram da dor, o processo de avaliação pode ser útil para identificar como os fatores biomédicos, psicossociais e comportamentais interagem para influenciar a natureza, a gravidade e a persistência de dor e incapacidade em resposta ao tratamento. É importante notar que nossa discussão abaixo é destinada ao adulto com dor crônica; um procedimento de avaliação modificado pode ser necessário ao avaliar as crianças¹⁵ ou indivíduos mais velhos que podem exigir medidas e métodos específicos.¹⁶

História e exame médico

Os objetivos gerais da história e avaliação médica são: (i) determinar a necessidade de testes diagnósticos adicionais; (ii) determinar se os dados médicos podem explicar os sintomas do paciente, gravidade dos sintomas e limitações funcionais; (iii) fazer um diagnóstico médico; (iv) avaliar a disponibilidade de tratamento adequado; (v) estabelecer os objetivos do tratamento; e (vi) determinar o curso apropriado para o manejo de sintomas, se a cura completa não for possível.

Confiar exclusivamente em um exame médico para diagnosticar um distúrbio de dor crônica pode ser arriscado. Embora o julgamento clínico seja frequentemente utilizado durante a avaliação clínica de rotina de pacientes com dor crônica, a concordância entre os médicos é surpreendentemente baixa, mesmo quando se usa dispositivos mecânicos padrão.¹⁷¹⁸ Uma complexidade adicional é que os relatos dos pacientes sobre a intensidade da dor geralmente demonstram associações modestas com achados físicos e laboratoriais objetivos: não há relação linear direta entre a quantidade de patologia física detectável e a intensidade da dor relatada. Números significativos de pacientes que relatam dor crônica não demonstram patologia física usando radiografias simples, tomografia axial computadorizada ou eletromiografia (há extensa literatura disponível sobre avaliação física, procedimentos de avaliação radiográfica e laboratorial para determinar a base física da dor)¹⁹, fazendo com que um diagnóstico patológico preciso seja difícil ou impossível. Apesar dessas limitações, a história e o exame físico do paciente continuam a ser a base do diagnóstico médico, podem fornecer uma proteção contra os achados de interpretação exagerados baseados em diagnósticos por imagem que são fundamentalmente confirmativos, e podem ser usados para guiar a direção de outros esforços de avaliação.

Entrevista

Além dessa abordagem de avaliação médica padrão, uma avaliação adequada do paciente requer uma avaliação da miríade de fatores psicossociais e comportamentais que influenciam o relatório subjetivo das características da dor, o que pode ser feito por meio de entrevistas. A Tabela 1

resume essas questões importantes com a sigla ACT-UP (*Atividade, Coping, Think, Upset, People's responses*) que pode ser usada como um guia para uma breve entrevista de triagem para médicos. Dependendo do resultado desta entrevista de triagem, os pacientes podem ser encaminhados para uma entrevista psicológica mais extensa. Ao realizar uma triagem ou entrevistas mais detalhadas, além de coletar informações factuais, o profissional de saúde deve observar o comportamento do paciente enquanto atende aos pensamentos e sentimentos do paciente e de seus parceiros.²⁰ Especificamente, a medida em que um paciente adere à sua intervenção terapêutica pode depender de seu estado emocional, crenças sobre a causa de sua dor e o caminho para o tratamento. Um padrão habitual de pensamentos desadaptativos pode contribuir para uma sensação de desesperança, disforia e falta de vontade de se engajar em atividades por medo de amplificar a dor e causar dano tecidual adicional. Isso pode ser especialmente problemático se o paciente erroneamente acreditar que a dor pode ser (deve ser) completamente eliminada. Assim, o entrevistador deve determinar tanto a expectativa do paciente quanto, quando possível, as expectativas e metas significativas dos parceiros/as sobre o tratamento, e estar ciente de qualquer dissonância entre esses fatores. Atender à associação temporal desses eventos cognitivos, afetivos e comportamentais, sua especificidade vs. a generalidade entre as situações e a frequência de sua ocorrência em relação à experiência da dor ajudará a fornecer contexto às circunstâncias do paciente e pode identificar eventos desencadeantes ou moderadores de dor.

Tabela 1

Triagem psicossocial breve: ACT-UP

1. Atividade: como a sua dor está afetando sua vida (ou seja, o sono, o apetite, atividades físicas e relacionamentos)?
2. Enfrentamento: como você lida com a sua dor (o que o torna melhor/pior)?
3. Pense: você acha que sua dor nunca vai ficar melhor?
4. Chateado: você está se sentindo preocupado (ansioso) / deprimido (triste)?
5. Pessoas: como é que as pessoas reagem quando você tem dor?

Além disso, pacientes com problemas de dor crônica geralmente consomem uma variedade de medicamentos.²¹ É importante discutir os medicamentos atuais de um paciente durante a entrevista, uma vez que muitos medicamentos para a dor estão associados a efeitos colaterais que podem causar ou mimetizar o sofrimento emocional.²² Os profissionais de saúde não devem estar apenas familiarizados com medicamentos usados para dor crônica, mas também com os efeitos colaterais desses medicamentos que resultam em fadiga, dificuldades de sono e alterações de humor para evitar erros no diagnóstico da depressão.

Avaliação padronizada da dor

A informação obtida a partir da entrevista pode ser um meio inestimável para determinar quais, se houver, outras avaliações devem ser administradas que são de particular relevância para o paciente específico. Além da entrevista, as medidas de autorrelato tornaram-se o padrão ouro para a avaliação de pacientes que relatam dor, incluindo fatores contribuintes relevantes. Diversos

instrumentos de avaliação foram desenvolvidos e publicados para avaliar as atitudes, crenças, sintomas, emoções, qualidade de vida e expectativas dos pacientes sobre si mesmos e sobre o sistema de saúde. Há inúmeras vantagens em instrumentos padronizados para realizar entrevistas: eles são fáceis e baratos de administrar, avaliam rapidamente uma ampla gama de comportamentos, obtém informações sobre comportamentos que os pacientes podem sentir-se desconfortáveis em revelar (relações sexuais) ou que são inobserváveis (pensamentos, excitação emocional) e, mais importante, sua confiabilidade e validade podem ser avaliadas. Em vez de substituir as entrevistas, os instrumentos padronizados devem complementar as entrevistas, pois os resultados podem sugerir questões a serem abordadas em maior detalhe durante uma entrevista subsequente ou investigadas com outras medidas (Tabela 2 fornece uma amostra de ferramentas de avaliação padronizadas que podem ser utilizadas para uma avaliação abrangente da dor).

Tabela 2

Amostra de ferramentas padronizadas para avaliação da dor crônica

Medidas de dor unidimensional

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Escala Numérica de Avaliação (NRS) ²³	1	Intensidade da dor usando uma escala numerada (por exemplo, 0-10, 0-100)
Escala de Avaliação Verbal (VRS) ²⁴	1	Intensidade da dor usando descritores verbais (por exemplo, leve, moderada, grave)
Escala Visual Analógica (VAS) ²⁵	1	Intensidade da dor com linha de 10 ou 100 mm, ancorada sem dor e com a pior dor possível
Escala de Dor Facial (FPS) ²⁶	1	Intensidade da dor usando uma variedade de expressões faciais
Termômetro de dor ²⁷	1	Intensidade da dor usando um termômetro representado para avaliar a dor

Qualidade e localização da dor

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Questionário de Dor McGill (MPQ) ²⁸	20	Qualidade da dor, localização, exacerbação e fatores de melhora
Questionário de Dor de Forma Curta-McGill-2 (SF-MPQ-2) ²⁹	22	Qualidade da dor, localização, exacerbação e fatores de melhora
Escala de Dor Neuropática (NPS) ³⁰	10	Qualidades de dor neuropática

Escala Regional de Dor (RPS) ³¹	19 sites	Extensão da dor no corpo
--	----------	--------------------------

Interferência da dor e função: geral

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Índice de Incapacidade da Dor (PDI) ³²	7	Incapacidade de dor e interferência da dor nos domínios funcional, familiar e social
Inventário Breve de Dor (BPI) ³³	32	Intensidade da dor e interferência da dor com atividades funcionais
PROMIS interferência da dor e comportamentos de dor bancos de itens ³⁴³⁵	Banco de Interferência = 41; Banco de Comportamentos = 39	Interferência da dor e comportamentos relacionados ao impacto da dor
Medida de Independência Funcional ³⁶	18	Capacidade física e cognitiva, carga de cuidado

Interferência e função da dor: doença específica

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Índice de Osteoartrite de Western Ontario MacMaster (WOMAC) ³⁷	24	Dor e função em pessoas com osteoartrite
Questionário de impacto da fibromialgia (FIQ) ³⁸	20	Estado de saúde para pessoas com fibromialgia
Questionário de Incapacidade de Roland-Morris (RDQ) ³⁹	24	Dor e incapacidade para pessoas com dor nas costas

QVRS

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Estudo de Saúde de Curta Duração do Estudo de Resultados Médicos (SF-36) ⁴⁰	36	Saúde mental e física
Inventário de Dor Multidimensional West Haven-Yale (MPI) ⁴¹	60	Severidade da dor, interferência, humor, atividades, senso de controle, suporte, qualidade de vida
EuroQOL (EQ-5D) ⁴²	5	Estado de saúde, dor e humor
Perfil de Impacto da Doença (SIP) ⁴³	136	Disfunção física e psicossocial

Medidas psicossociais

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Inventário de Depressão de Beck (BDI) ⁴⁴	21	Humor depressivo
Perfil dos Estados do Humor (POMS) ⁴⁵	65	Humor e funcionamento emocional
Lista de verificação de sintomas-90 revisada (SCL-90R) ⁴⁶	90	Múltiplos domínios do funcionamento psicológico
Escala de Catastrofização da Dor (PCS) ⁴⁷	13	Pensamentos catastróficos relacionados à dor
Questionário de Estratégias de Enfrentamento (CSQ) ⁴⁸	10	Estratégias de enfrentamento da dor crônica

Avaliação da dor observacional

A medida	Nº de itens	Domínio avaliado
Checklist do Comportamento da Dor (PBC) ⁴⁹	16 Categorias	Medida observacional para avaliar os comportamentos de dor do paciente
Avaliação em tempo real do comportamento da dor ⁵⁰	5 Categorias	Avaliação em tempo real dos comportamentos de dor integrados com uma avaliação padronizada

Intensidade da dor

Com tempo limitado para avaliar a dor, medidas de autorrelato unidimensionais são frequentemente administradas pedindo aos pacientes para quantificar a intensidade da dor, numa classificação única e geral. Entre as mais comumente usadas estão as escalas numéricas de avaliação (ENA) que pedem aos pacientes: "Classifique sua dor típica em uma escala de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 é a pior dor que você pode imaginar"⁵¹ e escalas de avaliação verbal (EAV) que em vez disso, usam descritores verbais e pedem ao paciente para relatar se: "Seu nível habitual de dor é" leve ", " moderado "ou" grave "?"⁵²

Tanto a ENA quanto a EAV parecem suficientemente confiáveis e válidas; nenhum método demonstra consistentemente maior capacidade de resposta na detecção de melhorias associadas ao tratamento da dor.⁵³ No entanto, existem diferenças importantes entre as medidas de intensidade da dor ENA e EAV em relação a dados ausentes, incluindo falha em completar a medida, preferência do paciente, facilidade de registro de dados e capacidade de administrar a medida por telefone ou com diários eletrônicos.⁵⁴ Os pacientes que não conseguem completar as classificações de ENA podem ser capazes de concluir as avaliações de dor de EAV com mais facilidade, mas as medidas de EAV são difíceis de preencher em caso de indivíduos com dificuldades de linguagem.

Um fator complicador para classificações unidimensionais da intensidade da dor é que o tipo de informação obtida pode variar muito dependendo dos detalhes contextuais da questão. Especificamente, deve ser dada consideração ao nível de intensidade da dor que os pacientes são convidados a avaliar (por exemplo, menos dor, dor, em média, e dor mais grave), a área da dor (por exemplo, dor em um local específico vs dor no corpo todo), as circunstâncias (dor em repouso vs movimento) e o período de tempo em que os pacientes são solicitados a relatar sua dor (por exemplo, dor atual vs dor na última semana versus dor no último mês).

Acredita-se que o uso de diários seja mais preciso, já que eles são baseados em tempo real e não em lembranças. Os pacientes podem ser solicitados a manter diários regulares de intensidade da dor com avaliações registradas várias vezes ao dia (por exemplo, refeições e hora de dormir) por vários dias ou semanas e as médias aritméticas de várias avaliações de dor podem ser calculadas ao longo do tempo. Um problema observado com o uso de diários feitos com papel e lápis é que os pacientes podem não seguir as instruções para fornecer classificações em intervalos previamente especificados. Em vez disso, os pacientes podem completar os diários com antecedência (“encher antecipadamente”) ou pouco antes de ver um médico (“encher posteriormente”),⁵⁶ minando a validade putativa dos diários. Os diários eletrônicos ganharam aceitação em alguns estudos de pesquisa para evitar esses problemas.

Qualidade da dor e localização da dor

Além da intensidade, sabe-se que a dor tem diferentes qualidades sensoriais e afetivas. Entender a qualidade da dor de um paciente através da avaliação pode identificar tratamentos que são eficazes para certos tipos de dor, independentemente da intensidade da dor. As características da dor (por exemplo, dor tipo facada) também são importantes, pois podem auxiliar na seleção do tratamento. Além disso, a avaliação pode ser melhorada através do uso de diagramas de dor simples que solicitam aos pacientes que indiquem, em um desenho do corpo humano, a localização de sua dor.⁵⁷ Por exemplo, o McGill Pain Questionnaire (MPQ)⁵⁸ avalia três categorias de descritores de palavras de qualidades de dor (sensorial, afetiva e avaliativa) e inclui um diagrama de corpo para pacientes para identificar a área de sua dor. Uma versão revisada e ampliada desta escala [Short-Form McGill Pain Questionnaire revisado (SF-MPQ-2)]⁵⁹ também foi desenvolvida e é uma das medidas mais utilizadas para avaliar as características da dor.⁶⁰

Interferência da dor na função e qualidade de vida

O impacto da dor crônica na função pode ser subdividido em capacidades físicas dos pacientes, a capacidade dos pacientes de realizar atividades da vida diária e sua capacidade de funcionar em papéis adultos, como o emprego. Grupos de foco de pessoas com dor persistente indicam que seu funcionamento físico geral foi degradado por causa de sua dor, apoiando a recomendação de que a avaliação do funcionamento físico geral deve ser parte integrante da avaliação da dor.⁶¹⁶²

A capacidade (ou incapacidade) de executar funções necessárias e desejadas, por sua vez, pode afetar significativamente a qualidade de vida. A baixa confiabilidade e a validade questionável das medidas de exame físico levaram ao desenvolvimento de medidas de autoavaliação do estado funcional para quantificar sintomas, função e comportamento diretamente, e a gravidade da dor ao

realizar atividades específicas (por exemplo, subir escadas ou levantar pesos, sentado por períodos específicos de tempo) associados a diferentes tipos de condições dolorosas (por exemplo, osteoartrite, dor lombar). Pesquisas demonstraram a importância de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com dor crônica além da função.⁶³ Existem várias medidas de HRQOL bem estabelecidas e apoiadas psicometricamente [Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)],⁶⁵ medidas gerais de funcionamento físico [ex.: exemplo, Índice de Incapacidade de Dor (PDI)],⁶⁶ e medidas específicas de doença [ex.: Índice de Osteoartrite MacMaster de Western Ontario (WOMAC);⁶⁷ Roland-Morris Back Pain Deficiência Questionário (RDQ)]⁶⁸ para avaliar a função e qualidade de vida. Medidas para doenças específicas são desenhadas para avaliar o impacto de uma condição específica (por exemplo, dor e rigidez em pessoas com osteoartrite), enquanto medidas genéricas tornam possível comparar o funcionamento físico associado a um determinado transtorno e seu tratamento com o de várias outras condições. Os efeitos específicos de um distúrbio podem não ser detectados quando se usa uma medida genérica; portanto, medidas para doenças específicas têm maior probabilidade de revelar uma melhora ou deterioro clinicamente importante em funções específicas como resultado do tratamento. Medidas gerais de funcionamento podem ser úteis para comparar pacientes com uma diversidade de condições dolorosas. O uso combinado de medidas genéricas e específicas de doenças facilita o alcance de ambos os objetivos.

Sofrimento emocional e enfrentamento

Os resultados de numerosos estudos sugerem que a dor crônica está frequentemente associada a sofrimento emocional, particularmente depressão, ansiedade, raiva e irritabilidade.⁶⁹ A presença de sofrimento emocional em pessoas com dor crônica apresenta um desafio ao avaliar sintomas como fadiga, redução do nível de atividade, diminuição da libido, alteração do apetite, distúrbios do sono, ganho ou perda de peso e déficits de memória e concentração, pois esses sintomas pode ser o resultado de dor, sofrimento emocional ou medicamentos prescritos para controlar a dor. Instrumentos foram desenvolvidos especificamente para pacientes com dor para avaliar o sofrimento psicológico, o impacto da dor na vida dos pacientes, o sentimento de controle, os comportamentos de enfrentamento e as atitudes em relação à doença, a dor e os profissionais de saúde.⁷¹ Por exemplo, o Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁷² e o Perfil de Estados de Humor (POMS)⁷³ são psicometricamente válidos para avaliar sintomas de humor deprimido, sofrimento emocional e perturbação do humor, e foram recomendados para serem usados em todos os ensaios clínicos de dor crônica;⁷⁴ entretanto, as pontuações devem ser interpretadas com cautela e os critérios para os níveis de sofrimento emocional podem precisar ser modificados para evitar falsos positivos.⁷⁵

Expressões manifestas de dor

Os pacientes expressam a dor verbalmente por meio de autorrelato e de forma não verbal ao exibir comportamentos de dor, que são as ações controláveis e incontroláveis e as expressões faciais que transmitem a experiência de dor, angústia e sofrimento.⁷⁶ Esses comportamentos são importantes, pois têm uma função comunicativa e são capazes de extrair respostas de outras pessoas importantes (incluindo profissionais de saúde). Além disso, eles podem contribuir para a

manutenção de comportamentos quando recebem atenção e são reforçados de outras maneiras (por exemplo, pistas para tomar medicação e evitar atividade). Assim como as avaliações padronizadas de autorrelato, procedimentos padronizados de observação foram desenvolvidos para quantificar os comportamentos de dor [por exemplo, Checklist de Comportamento da Dor (PBC)]⁷⁸ mas são mais frequentemente utilizados em ambientes de pesquisa clínica. A observação geral dos comportamentos de dor, e como eles são respondidos por parceiros/as, pode ser feita em muitos contextos, como uma sala de espera ou durante a entrevista; não obstante, o contexto no qual o paciente é observado deve ser considerado, pois pode influenciar o seu comportamento (por exemplo, os comportamentos de dor podem diferir se o/a parceiro/a estiver presente). Além disso, a investigação dos padrões de saúde e o uso de medicação do paciente pode ser usada para avaliar os comportamentos de dor, onde os diários podem ser preenchidos para rastrear a frequência e quantidade de medicamentos e eventos antecedentes e consequentes do uso de medicação (por exemplo, estresse e atividade) que podem estar associados a outros fatores além da dor.

Conclusão

Dada a natureza multidimensional da dor crônica, uma avaliação eficaz e o tratamento requerem uma abordagem abrangente e multiaxial. As abordagens biomédicas tradicionais podem ser eficazes apenas como ponto de partida para a avaliação e devem ser acompanhadas por ferramentas de avaliação padronizadas e de entrevistas para descobrir os possíveis fatores sociais, emocionais, cognitivos, ambientais e comportamentais que moldam a experiência da dor crônica. O tratamento bem-sucedido de pacientes com dor crônica só pode ser realizado se nossos esforços de avaliação se concentrarem na pessoa como um todo, não apenas na sua patologia orgânica. Neste artigo, foi possível destacar apenas os componentes dessa avaliação; mais detalhes estão disponíveis em um volume recente.⁷⁹

Artigo original pode ser visto nesse link.