

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7º. Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EFICÁCIA DA MUSICOTERAPIA NA PESSOA COM DOR CRÓNICA

Joana Filipa da Silva Barradas

Leiria, novembro 2020

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

7º. Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EFICÁCIA DA MUSICOTERAPIA NA PESSOA COM DOR CRÓNICA

Joana Filipa da Silva Barradas – 5180028

Unidade Curricular: Dissertação

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, novembro 2020

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pela sua dedicação, disponibilidade e toda a ajuda neste processo, muitas vezes abdicando do seu tempo pessoal. Obrigado também por aceitar colaborar em outros projetos ao longo deste mestrado.

À Sociedade Artística Musical dos Pousos e à Musicoterapeuta e Investigadora Joana Pinto, o meu muito obrigado pela criação do projeto “Dói Menor” e por me permitirem desenvolver este trabalho de investigação, no âmbito do vosso projeto.

Ao Centro Hospitalar de Leiria, ao Conselho de Administração e em especial, ao Serviço de Anestesiologia e à Unidade de Dor, por autorizarem e apoiarem projetos inovadores que possibilitam cuidar melhor as pessoas com dor crónica.

Aos utentes com dor crónica por terem aceite fazer parte deste projeto de forma voluntária, por terem respondido aos questionários e partilharem a sua experiência. Com esta atitude permitem que mais ajuda chegue a mais pessoas.

Aos musicoterapeutas da Sociedade Artística Musical dos Pousos pela aplicação prática do programa.

A todos os profissionais de saúde envolvidos neste projeto, por colherem os dados.

Aos meus pais, por todo o apoio, motivação e palavras de orgulho. São quem me dá força para sonhar alto e ir sempre mais além.

Ao Tó, por todo o amor, carinho e compreensão nos meus momentos de ausência.

À Dona Lídia, por ser uma segunda mãe e me compreender tão bem, apesar das gerações que nos separam.

Aos meus colegas de mestrado, pela boa disposição, pelo espírito de equipa e por termos seguido sempre unidos. É reconfortante saber que existem tão bons Enfermeiros a cuidar de quem mais precisa.

Um agradecimento muito especial à Diana Gomes, por nos momentos de maior aflição ser a minha confidente e ter uma atitude tão positiva perante a vida. Obrigado por toda a amizade, todas as partilhas e todas as risadas. Estou muito grata por termos feito este percurso sempre juntas.

Um obrigado à Nadine Almeida por me transmitir tanta tranquilidade e calma.

Um obrigado à Marta Gama e à Lara Lee pela amizade de anos, porque mesmo nesta roda viva nunca se esquecem de mim.

A todos, o meu muito OBRIGADO!

RESUMO

Introdução: A dor crónica tornou-se um problema *major* nos cuidados de saúde, pelo sofrimento que causa e pelas implicações ao nível socioeconómico. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos utentes. A musicoterapia é um método não farmacológico de alívio da dor e do sofrimento. Esta investigação procura avaliar a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica, nomeadamente, estudar o impacto da musicoterapia: na severidade da dor experienciada pela pessoa com dor crónica; na interferência da dor no desempenho de atividades específicas; nas formas de lidar com a dor (*coping*); e na auto-estima da pessoa com dor crónica. Por último, identificar os benefícios e vantagens apontados pelos participantes na musicoterapia.

Metodologia: Este trabalho desenvolveu-se no âmbito do projeto “Dói Menor” da Sociedade Artística Musical dos Pousos em parceria com o Politécnico de Leiria. Foi realizado um estudo de investigação quasi experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo. Os dados foram colhidos em quatro momentos distintos por profissionais de saúde. As intervenções de musicoterapia foram realizadas por musicoterapeutas da Sociedade Artística Musical dos Pousos.

A amostra do estudo tem idade compreendida entre os 37 e os 73 anos, com uma média de $56,2 \pm 7,3$ anos de idade, sendo constituída por 41 mulheres (83,7%) e 8 homens (16,3%).

O número de participantes presente nos quatro momentos de colheita de dados foi distinto, tendo sido apontadas as seguintes razões para que os participantes faltassem a algumas destas sessões: a indisponibilidade para participar em todas as sessões semanalmente; não ter transporte ou não ter acompanhante para se deslocar até ao hospital; não ter conseguido sair do trabalho para participar; sentir-se pior e por esse motivo ficar em casa.

Para o tratamento de dados foi utilizado o teste emparelhado não paramétrico de Friedman e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Resultados: 77,6% da amostra são casados, 16,3% são separados ou divorciados, 4,1% são solteiros e 2% são viúvos, sendo que 85,7% dos participantes habitam com familiares e 14,3% da amostra habitam sós.

Quanto à situação laboral, cerca de 61,2% está reformada, 14,3% encontram-se de baixa médica, 8,2% está empregada e em exercício das suas funções, 4,1% realiza trabalho doméstico e 12,2% encontram-se em situação de desemprego.

Relativamente aos diagnósticos clínicos, estes foram agrupados por grupos de diagnóstico homogéneo, de acordo com a Classificação Internacional para Doenças-11 (Organização Mundial da Saúde, 2020). A amostra apontou ter sido diagnosticada com vários diagnósticos clínicos, oscilando entre 1 a 7, sendo a média de $2,4 \pm 1,5$ de diagnósticos por pessoa.

As “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” foram apontadas como as mais frequentes (53%), seguido dos “sintomas, sinais ou achados clínicos anormais, não classificados noutra categoria”, que neste estudo diz respeito ao diagnóstico clínico de fibromialgia ou dor neuropática (38,8%) e em terceiro lugar, as “lesões, envenenamentos e outras consequências de causa externa”, que neste estudo diz respeito às hérnias disciais cervicais ou lombares (32,7%).

O tempo de diagnóstico clínico da amostra ($N = 49$) foi bastante variável, entre 2 meses a 35 anos, com uma média de $9,0 \pm 8,2$ anos.

O sintoma mais frequente, que a totalidade da amostra referiu experienciar, foi a dor (100%), seguido de cansaço (18,4%), parestesias (12,2%), parésia (6,1%), ansiedade (4,1%), humor deprimido (4,1%), mal-estar geral (2%) e plégia (2%).

A musicoterapia diminuiu o impacto na interferência da dor na relação com os outros e na alegria de viver, assim como na interferência global da dor no desempenho de atividades específicas, com significado estatístico ($p < 0,05$). A musicoterapia teve impacto nas formas de lidar com a dor (*coping*), a nível cognitivo-comportamental ($p < 0,05$). A terapia através da música contribuiu ainda para o desenvolvimento de métodos próprios de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável ($p < 0,05$). Os efeitos produzidos tiveram maior expressão, entre o primeiro e o terceiro tempo de estudo.

Várias foram as vantagens apontadas pelos participantes relativamente à participação neste estudo e quanto à musicoterapia, nomeadamente: o convívio; relaxamento; sensação de bem-estar; alívio da dor; novas aprendizagens; e a interpretação da dor de outra forma.

Conclusão: A musicoterapia parece ter alguns efeitos na pessoa com dor crónica. É necessário estudar os efeitos da musicoterapia na pessoa com dor crónica em Portugal, em larga escala, a curto, médio e longo prazo para que sejam conhecidos os reais efeitos desta terapia.

PALAVRAS-CHAVE: “Musicoterapia”, “Pacientes”, “Dor crónica” e “Eficácia”

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain has become a major concern in Healthcare due to the suffering it causes and its socioeconomic implications. Effective pain management is a healthcare professional's duty and a patient's right. Music therapy is a non-pharmacological method of relieving pain and suffering. This research aims to evaluate music therapy's effectiveness in chronic pain patients, including, its impact in: pain severity; pain interference in daily activities; patients' ability to cope with pain; and patients' self-esteem. Lastly, to understand the benefits and advantages found in music therapy by users.

Methodology: This research is part of the "Dói Menor" project, from the Musical Artistic Society of Pousos in partnership with the Polytechnic of Leiria. A quasi experimental investigation was carried out, pretest-posttest design, without control group. The data was collected in four separate occasions, by healthcare professionals. Music therapy sessions were delivered by music therapists from the Musical Artistic Society of Pousos.

The sample included people aged between 37 and 73 years old, averaging $56,2 \pm 7,3$ years old, among which, 41 participants are women (83,7%) and 8 are men (16,3%).

The number of participants at the four data collection moments was different, having been pointed out as reasons for not attending: the unavailability to participate in all weekly sessions; not having transportation to travel to hospital nor having a relative to accompany them to hospital; not being able to leave work; feeling worse and staying home instead.

For data analysis, Friedman's non-parametric paired test and Wilcoxon's test for paired samples were used.

Results: 77,6% of the individuals are married, 16,3% are separated or divorced, 4,1% are single and 2% are widowed. 85,7% of the participants live with relatives and 14,3% live on their own.

Regarding the work status, 61,2% are retired, 14,3% are on sick leave, 8,2% are employed and working, 4,1% are stay-at-home workers and 12,2% are unemployed.

Regarding the clinical diagnosis, the participants' answers have been arranged by diagnostic group, according to the Internacional Classification of Diseases-11 (World Health Organization, 2020). The participants reported having been diagnosed with 1 to 7 clinical diagnosis, on average $2,4 \pm 1,5$ diagnosis per person.

The “diseases of the musculoskeletal system or connective tissue” are more frequent among the study sample (53%), followed by the “symptoms, signs or clinical findings, not elsewhere classified”, in this study relating to fibromyalgia or neuropathic pain (38,8%), followed by the “injury, poisoning or certain other consequences of external causes”, in this study regarding herniated cervical disk or lumbar disk (32,7%).

The time of diagnosis was variable, between 2 months and 35 years, averaging $9,0 \pm 8,2$ years.

The most commonly experienced symptom was pain (100%), followed by tiredness (18,4%), paresthesia (12,2%), paresis (6,1%), anxiety (4,1%), depressed mood (4,1%), general malaise (2%) and plegia (2%).

Music therapy reduces chronic pain interference in personal relationships with others and in the joy of living, as well as the global interference of pain in daily activities, with statistical significance ($p < 0,05$). Music therapy had an impact in patients’ ability to cope with chronic pain, on a cognitive-behavioral level ($p < 0,05$). Music therapy contributed in the development of patients’ own ways to relief pain or make it more bearable ($p < 0,05$). The greatest expression of effects were found between the first and the third time of the study.

The benefits pointed out by participants about participating in the study and in music therapy were: conviviality; relaxation; wellbeing; pain relief; learning something new; and interpreting pain differently.

Conclusion: Music therapy seems to produce some effects in chronic pain patients. It is still necessary to study further, on a short, medium and long-term scale, to deeper understand the real effects of music therapy in Portugal.

KEY-WORDS: “Music Therapy”, “Patients”, “Chronic Pain” e “Efficacy”

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

% – Por Cento

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BPI – *Brief Pain Inventory*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CID-11 – Classificação Internacional para Doenças-11

COVID-19 – Coronavírus

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

ESSLEI – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GM – Grupo Medicamentoso

H – Hipóteses de Investigação

HDC – Hérnias Discas Cervicais

HDL – Hérnias Discas Lombares

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

N – Amostra

N.º – Número

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCI – *Pain Coping Inventory*

PDI – *Pain Disability Index*

RSES – *Rosenberg Self-Esteem Scale*

SAMP – Sociedade Artística Musical dos Pousos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

T1 – Primeiro Tempo

T2 – Segundo Tempo

T3 – Terceiro Tempo

T4 – Quarto Tempo

vs – *Versus*

χ^2 – Teste de Friedman

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	15
1.1. DOR.....	15
1.2. DOR AGUDA vs DOR CRÓNICA	18
1.3. CONSEQUÊNCIAS DA DOR CRÓNICA	22
1.4. MUSICOTERAPIA.....	26
2. METODOLOGIA	30
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	30
2.2. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	31
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
2.4. INSTRUMENTOS	32
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	37
2.6. TRATAMENTO DE DADOS	38
3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
3.1. NOTAS DE CAMPO.....	39
CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	
ANEXO I – Questionário pré-teste	
ANEXO II – Questionário pós-teste	
ANEXO III – Pedido de Autorização para a Realização do Estudo	
ANEXO IV – Autorização para a Realização do Estudo	
ANEXO V – Consentimento Informado e Esclarecido Para a Participação no Estudo	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto aos diagnósticos clínicos.....	41
Tabela 2 – Distribuição das respostas da amostra quanto à medicação realizada.....	43
Tabela 3 – Distribuição das respostas da amostra quanto às áreas de dor e áreas de dor mais intensa identificadas, ao longo dos quatro tempos do estudo.....	45
Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto à severidade da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI).....	47
Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto à eficácia dos tratamentos e medicamentos no alívio da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI).....	48
Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto à interferência da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI).....	49
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto à interferência da dor no comportamento sexual e na relação com a família, ao longo dos quatro tempos do estudo (PDI).....	52
Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto às formas de lidar com a dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (PCI).....	54
Tabela 9 – Caracterização da amostra quanto às formas de lidar com a dor na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI).....	56
Tabela 10 – Caracterização da amostra quanto aos itens excluídos da escala de formas de lidar com dor (versão portuguesa), longo dos quatro tempos do estudo (PCI).....	57
Tabela 11 – Caracterização da amostra quanto ao modo próprio de fazer diminuir a dor ou torna-la mais tolerável, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI).....	58
Tabela 12 – Caracterização da amostra quanto ao modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI).....	58
Tabela 13 – Distribuição das respostas da amostra sobre os métodos adotados para fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI).....	59
Tabela 14 – Caracterização da amostra quanto ao controlo sobre a dor e capacidade de fazer diminuir a dor, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI).....	60
Tabela 15 – Caracterização da amostra quanto ao controlo sobre a dor e a capacidade de fazer diminuir a dor na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI).....	60
Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto à auto-estima, ao longo dos quatro tempos do estudo (RSES).....	61

Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto à auto-estima na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (RSES).....	61
Tabela 18 – Distribuição das respostas da amostra quanto às vantagens e benefícios encontrados na musicoterapia, ao longo dos três tempos do estudo.....	62

INTRODUÇÃO

A dor crónica tornou-se um problema *major* nos cuidados de saúde, sendo considerada um grave problema de saúde pública, pelo sofrimento que causa e pelas implicações ao nível socioeconómico, com elevados custos directos e indirectos (Frießem, Willweber-Strumpf & Zenz, 2009). A dor crónica interfere diretamente com a vida pessoal, profissional, familiar, cultural e social. As alterações que a dor crónica provoca em todas estas esferas são extremamente relevantes para a compreensão de todo o processo doloroso (Frutuoso & Cruz, 2004).

Estima-se que a dor crónica afete cerca de 19-38% da população mundial (Jaén et al., 2019) e em Portugal, cerca de 36,7% dos Portugueses (Azevedo, Costa-Pereira & Mendonça, 2012).

O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos utentes. É um passo fundamental para uma efetiva humanização dos cuidados de saúde e para o cumprimento dos padrões de qualidade de uma prática especializada, pela promoção da satisfação do doente (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2003). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ser capaz de otimizar o ambiente e os processos terapêuticos, intervindo na gestão da dor aguda e crónica. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve ter conhecimentos e habilidades acerca de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018), para a prestação de cuidados especializados de qualidade, através da gestão diferenciada e eficaz da dor, com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e protocolos terapêuticos (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017) alerta para a importância de uma abordagem baseada na evidência científica, para o controlo da dor, melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional da pessoa com dor.

A musicoterapia é um método não farmacológico de alívio da dor e do sofrimento, que tem despertado o interesse dos profissionais de saúde. O envolvimento ativo nesta terapia facilita a expressão cognitiva e emocional, essenciais para a gestão da dor (Bailey, 1986).

Este projeto de investigação desenvolveu-se no âmbito do projeto “Dói Menor”, projeto da Sociedade Artística Musical dos Pousos (SAMP) em parceria com o Politécnico de Leiria e tem como investigadora responsável a musicoterapeuta Joana Pinto. O projeto “Dói Menor” conta

com a colaboração da Unidade de Dor do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), o Serviço de Anestesiologia do CHL, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLEI) e da Fundação Caixa Agrícola de Leiria. É um projeto financiado pela *Fundación Bancaria Caixa D'Estalvis i Pensions de Barcelona* e pelo Banco Português de Investimento, tendo recebido o prémio BPI La Caixa Solidário 2019.

Este projeto de investigação tem como objetivo geral avaliar a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica, e como objetivos específicos: conhecer as características sociodemográficas, profissionais, familiares e clínicas do utente com dor crónica; conhecer a severidade da dor e em que medida a dor interfere no desempenho de atividades; de que forma os utentes lidam com a dor (*coping*); o nível de auto-estima dos utentes com dor crónica; identificar o impacto da musicoterapia na severidade e no nível da interferência da dor para o desempenho de atividades específicas, na pessoa com dor crónica; identificar o impacto da musicoterapia nas formas de lidar com a dor (*coping*), pelos utentes com dor crónica; identificar o impacto da musicoterapia na auto-estima dos utentes que sofrem de dor crónica; e identificar os benefícios e vantagens da musicoterapia, encontrados pelos utentes com dor crónica.

A questão de investigação que norteia o estudo é: qual é a eficácia da musicoterapia na severidade e interferência da dor para o desempenho de atividades específicas, nas formas de lidar com a dor (*coping*) e na auto-estima dos utentes que sofrem de dor crónica?

Dada a natureza da problemática em estudo, foi desenvolvido um estudo de investigação quasi experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo. Os dados foram colhidos em quatro momentos distintos por profissionais de saúde (estariam previstos cinco momentos), sendo o primeiro momento de colheita de dados, anterior ao início das intervenções de musicoterapia, e os restantes, no decorrer da participação nas sessões de musicoterapia, sempre imediatamente antes da próxima intervenção pelos musicoterapeutas da SAMP.

Participaram no estudo, utentes diagnosticados com dor crónica, que frequentavam a consulta da dor de um Hospital Distrital.

O estudo foi interrompido pela situação de pandemia por coronavírus (COVID-19). Apesar de ter sido possível implementar as quatro intervenções de musicoterapia, não foi possível colher os dados relativos à última intervenção.

Acreditamos que este trabalho tem um carácter inovador, uma vez que existem poucos estudos sobre a eficácia da musicoterapia como terapia complementar no alívio da dor crónica, principalmente em Portugal.

Com a crescente prevalência da dor crónica em Portugal, pelas consequências conhecidas associadas à dor crónica, por o tratamento da dor ser um direito do utente e um dever do profissional de saúde, importa estudar de que forma as terapias complementares, como por exemplo a musicoterapia, poderão ser uma ajuda, quando o tratamento farmacológico é insuficiente.

As conclusões obtidas neste trabalho de investigação ajudarão a perceber a realidade portuguesa e em que medida a musicoterapia é vista como um real complemento para o tratamento da dor crónica.

Queremos contribuir, através da investigação, para a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde, através do estudo da eficácia de uma terapia complementar ao tratamento farmacológico da dor crónica e perceber se poderá ser uma alternativa a sugerir aos utentes, quando outras terapias parecem produzir poucos efeitos.

O presente trabalho de investigação encontra-se estruturado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento da problemática, através da revisão crítica da literatura nacional e internacional, onde se encontram descritos: a natureza da dor, prevalência em Portugal e no estrangeiro e descritas as principais implicações na pessoa, família e economia; as principais diferenças entre dor aguda e dor crónica; o significado e consequências da dor crónica, com apresentação de dados estatísticos; a musicoterapia e a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica.

No segundo capítulo encontrar-se descrita a metodologia do trabalho de investigação. Neste capítulo estão incluídos: a concetualização do estudo e objetivos; a questão de investigação e hipóteses; população e amostra; instrumentos; procedimentos formais e éticos; e o tratamento de dados.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo e feita a análise e discussão dos resultados, de acordo com os resultados encontrados na literatura.

Por último, no quarto capítulo está apresentada a conclusão, na qual será feita uma síntese das ideias mais relevantes do estudo, fazendo uma análise crítica ao cumprimento dos objetivos, dificuldades e limitações do presente estudo.

1. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

As revisões críticas da literatura são caracterizadas pela análise e síntese de informação publicada em estudos sobre determinado tema, de forma a resumir o corpo de conhecimento existente, relevante para a temática em estudo e concluir acerca de assuntos do tema em estudo (Mancini & Sampaio, 2006).

Este capítulo aborda a temática da dor, dor aguda versus (*vs*) dor crónica, significado e consequências da dor crónica, musicoterapia e a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica.

1.1. DOR

Uma das mais importantes definições científicas de dor surge por Merskey et al. (1979), que classificaram a dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um real ou potencial dano nos tecidos.

A introdução desta definição foi o grande motor para a investigação científica e para a melhoria da formação dos profissionais de saúde na área da dor, com consequente melhoria dos cuidados de saúde (Williams & Craig, 2016). A definição de Merskey et al. (1979) possibilitou a identificação de um real problema de saúde, que é, hoje em dia, o motivo de 80 por cento (%) da procura de cuidados de saúde em todo o mundo (Voscopoulos & Lema, 2010), trazendo ainda, a validação necessária para as pessoas que sofrem de dor crónica, por admitir que a dor possa ser multifatorial e idiopática (Williams & Craig, 2016). O interesse pelo estudo da dor aguda e da dor crónica possibilitou avanços significativos relativos à compreensão da dor, natureza, correta avaliação e tratamento. A dor passou a ser abordada de forma multidisciplinar, numa perspetiva biopsicossocial e levou à criação de modelos de intervenção na doença crónica (Williams & Craig, 2016).

Para Bouckenaere (2007) a dor caracteriza-se pela transmissão da informação de dor por várias vias de mensagem, nas dimensões sensoriais, emocionais e cognitivas. A dimensão sensório-discriminativa representa a transmissão da informação ao indivíduo, correspondente à intensidade de dor e localização, a dimensão afetiva tem como objetivo a produção de uma resposta emocional afetiva desencadeada pela dor, por exemplo, uma sensação desagradável, e a dimensão cognitiva é representativa de experiências passadas e projeções futuras acerca da dor.

Para Williams e Craig (2016) a dor, para além da dimensão sensorial, emocional e cognitiva, está igualmente associada a componentes sociais, características estas que são habitualmente consideradas num contexto de dor crónica, mas não num contexto de dor aguda. Os mesmos autores (2016) referem que o termo *desagradável*, utilizado na definição de dor de Merskey et al. (1979), tende a desvalorizar e a trivializar a dor severa, pelo que defendem uma definição de dor, que englobe estes aspetos: a dor é uma experiência angustiante, associada a um potencial ou real dano tecidual, com implicações sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais.

A *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)* (2020) classifica a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada, ou semelhante à experiência associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos. A IASP defende que a dor é sempre uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. É também um conceito que é aprendido individualmente, com as experiências vivenciadas ao longo da vida. A dor é subjetiva e por isso, na ausência de dano físico ou de uma causa fisiopatológica comprovada, poderá estar associada a causas psicológicas, no entanto, o relato de dor deve sempre ser respeitado. A dor tem em si, uma natureza multidimensional e envolve aspetos sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais. Independentemente da causa, é necessário implementar intervenções para o alívio da dor, porque embora a dor tenha um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. A incapacidade de uma pessoa comunicar verbalmente a dor, não significa que o indivíduo não tenha dor e que não necessite de terapêutica. A dor e a nociceção são fenómenos distintos, pelo que a dor não poderá ser inferida apenas pela atividade em neurónios sensoriais (IASP, 2017; IASP, 2020).

Segundo Almeida, Junior e Doca (2010), o processo de vivência da dor caracteriza-se pela presença de quatro fenómenos interligados entre si, que são responsáveis pela vivência de uma situação dolorosa, são eles: a dor, a nociceção, o sofrimento e o comportamento doloroso.

A dor tem sido objeto de investigação em Portugal, tendo sido estudada em larga escala em 2014, com o Inquérito Nacional de Saúde, onde participaram 8,9 milhões de pessoas, com idade igual ou superior a 15 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2016).

No que se refere à dor, 32,9% dos participantes referiram sofrer de lombalgias agudas ou crónicas e 24,1% da amostra referiu ter cervicalgias agudas ou crónicas. Cerca de 4,8 milhões de pessoas referiram ter sentido dor física nas 4 semanas anteriores à colheita de dados (53,8%), e destes, 3,2 milhões referiram que a dor sentida interferiu na realização das tarefas habituais (66,7%). A dor física foi sentida de forma muito ligeira a ligeira, por 2,1 milhões de pessoas

(43,8%), com intensidade moderada por cerca de 1,3 milhões de pessoas (27,1%) e de forma intensa a muito intensa por 1,4 milhões de pessoas (29,2%) (INE, 2016).

À medida que a idade aumenta, a dor também aumenta, sendo experienciada por 50% dos inquiridos a partir dos 45 anos e por cerca de 80% das pessoas com 85 e mais anos. A intensidade da dor parece agravar à medida que o estado geral de saúde é percecionado como mau ou muito mau, com queixas de dor intensa e muito intensa em cerca de 49,8% da população com mau-estado geral de saúde. O mesmo se aplica às pessoas com limitação de longa duração para a realização das atividades habituais, que referem dor intensa e muito intensa, sendo que a intensidade de dor piora, à medida que a limitação é mais expressiva (INE, 2016).

A dor física foi experienciada com maior frequência nas mulheres (62,5% da amostra) e com maior severidade também nas mulheres, tendo sido descrita como uma dor moderada por 815 mil mulheres (27,2%) e intensa a muito intensa por 964 mil mulheres (32,1%). A interferência da dor física em tarefas habituais atinge o dobro das mulheres, em comparação com os homens, e aumenta à medida que a idade aumenta (INE, 2016).

Nos Estados Unidos da América, a dor é a principal causa de procura de cuidados de saúde no país. Estima-se que a dor seja responsável por custos indiretos de cerca de 100 biliões de dólares, anualmente, provocados pelo absentismo e pela reduzida produtividade no trabalho (McCarberg & Billington, 2006).

A dor, tal como foi mencionado, constitui um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde pela população em geral. Para além do sofrimento que causa, tem um impacto muito significativo na qualidade de vida da pessoa, contribuí para o aparecimento de comorbilidades e provoca alterações orgânicas e psicológicas, que podem ser extensíveis no tempo (DGS, s.d.).

Desde os finais dos anos 90 que a DGS reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal (DGS, 2017), e por isso, com a contribuição da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) desenvolveu o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001), constituído por um modelo organizacional, a ser desenvolvido pelos serviços de saúde, e orientações técnicas na promoção de boas práticas profissionais na abordagem da dor. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001) esteve em vigor até 2008, altura em que foi substituído pelo Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008), cujo principal objetivo seria o de normalizar uma abordagem abrangente dos serviços de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou crónica, promovendo o adequado diagnóstico e tratamento. Em 2012 surge o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2012), com vista

à introdução e reforço da capacidade organizacional e de modelos de boas práticas na abordagem da dor. Desde 2017 encontra-se em vigor o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017), que pretende dar continuidade à visão e missão dos planos e programas que o antecederam. Para além destes programas a DGS desenvolveu circulares normativas e informativas, que visam melhorar a abordagem dos profissionais de saúde à pessoa com dor aguda e crónica e melhoria dos cuidados de saúde à população. As circulares publicadas são dirigidas ao registo sistemático da dor por meio de escalas adaptadas à população-alvo, abordagem diagnóstica, tratamento direcionado à etiologia, abordagem farmacológica e orientações sobre a utilização de medicamento opióides.

1.2. DOR AGUDA vs DOR CRÓNICA

A dor crónica distingue-se da dor aguda, por ser uma dor persistente. A dor crónica pode ser provocada inicialmente por uma lesão, de natureza traumática ou infecciosa, ou pode ser idiopática, sem causa aparente e identificável (Gouveia & Augusto, 2011).

A dor aguda surge como um sintoma de aviso, essencial à sobrevivência e proteção contra a ameaça à integridade física, que permite ao indivíduo responder à agressão, defendendo-se. A dor aguda geralmente desaparece, após a eliminação do agente causal e à medida que o dano tecidual é reparado (Dias, 2007; Lavand'homme, 2011). Em condições normais, o estímulo doloroso desencadeia uma resposta nociceptiva e os recetores químicos, mecânicos e térmicos, juntamente com os leucócitos e macrófagos, determinam a intensidade, localização e duração da dor. O estímulo nociceptivo diminui à medida que o processo de recuperação decorre e a sensação de dor diminui até ser mínima ou não ser detetável (Voscopoulos & Lema, 2010). Lavand'homme (2011) considera que a dor aguda é a mais frequente, no entanto, a dor pode persistir por um período de tempo longo, tornando-se dor crónica.

As doenças crónicas são caracterizadas como lesões que afetam o indivíduo por um período de tempo longo e contínuo ou recorrente, apresentando oscilações no tempo, como períodos de melhoria e agravamento da sintomatologia de base (Casado, Vianna & Thuler, 2009).

Treede et al. (2015) definem a dor crónica como a dor persistente ou recorrente, com duração superior a 3 meses, podendo considerar-se até aos 6 meses para um diagnóstico definitivo, momento em que ocorrem alterações neuroplásticas periféricas e alterações pato-fisiológicas e histológicas ao nível do sistema nervoso central, na transição de dor aguda para dor crónica (Voscopoulos & Lema, 2010; Williams & Craig, 2016). A dor persistente intensa, ativa

mecanismos secundários ao nível do sistema nervoso central e do sistema nervoso periférico, desencadeando fenómenos de alodinia (dor presente perante um estímulo não doloroso), hiperalgesia (resposta de excessiva sensibilidade a um estímulo doloroso) e hiperpatia (resposta a um estímulo doloroso, que permanece mesmo após a interrupção do estímulo), que afetam a capacidade funcional do indivíduo. Numa situação de dor crónica, qualquer estímulo (mesmo que não doloroso), é capaz de desencadear uma resposta nociceptiva, em que recetores e os mecanismos de defesa periféricos interagem de forma similar a uma situação de dor aguda, mas produzem uma resposta exagerada perante qualquer estímulo inicial (mesmo que este seja não doloroso), permanecendo a sensação de dor mesmo com interrupção do estímulo (Voscopoulos & Lema, 2010).

Uma dor que persiste para além do tempo de recuperação da lesão, deixa de ter uma função de proteção, motivo pela qual a dor crónica deixa de ser considerada um sintoma, para ser considerada uma doença (Ritto et al., 2017). A dor crónica é um fenómeno complexo, que engloba as vertentes físicas, psíquicas, sociais e comportamentais, motivo pelo qual deve ser estudada e entendida em todas as suas dimensões. A dor crónica é uma doença que, quando não tratada, pode evoluir para total incapacidade (Dias, 2007).

A dor crónica é o motivo para 15-20% da procura de cuidados de saúde (Treede et al., 2015), o que está a fazer com que a cronicidade da dor se esteja a tornar um grande problema de saúde pública, com elevados custos diretos ou indiretos na saúde e para os indivíduos (Jaén et al., 2019).

Frießem et al. (2009), realizaram um estudo na Alemanha, com uma amostra de 1201 indivíduos, com o objetivo de identificar as principais razões da procura de cuidados de saúde. O estudo foi realizado em seis instituições de saúde e averiguadas as queixas que motivavam a procura de consultas de medicina geral e familiar, medicina interna, cirurgia, neurologia, oncologia e ortopedia. Verificaram que 42,5% dos utentes, procuravam cuidados de saúde por dor, dentro dos quais, 40% com queixas álgicas recorrentes ou constantes, há mais de 6 meses.

O aumento do número de indivíduos que sofrem de dor crónica parece estar diretamente relacionado com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, uma vez que a prevalência de doenças e comorbilidades aumenta com a idade. É expectável que em 2050, o número de pessoas que sofre de dor crónica duplique para indivíduos com mais de 65 anos, e triplique para indivíduos com mais de 80 anos. Como resultado desta crescente preocupação, nas últimas décadas tem havido um investimento na melhoria do tratamento da

dor, no entanto, estudos sobre a efetividade das intervenções (tratamento farmacológico, reabilitação física, terapia psicológica, entre outras), mostram-se insuficiente (Jaén et al., 2019).

A definição temporal da dor crónica traz vantagens na operacionalização e clarificação do conceito. O diagnóstico de dor crónica deve acompanhar a evidência de fatores psicossociais e a severidade da dor, com base na intensidade, o sofrimento causado pela dor e de que forma compromete a capacidade funcional do indivíduo (Treede et al.,2015; Jaén et al., 2019).

A dor crónica necessita de ser uma prioridade na saúde, uma vez que o alívio da dor é um direito humano e um dever do sistema de saúde (Treede et al.,2015). O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos utentes. O controlo da dor é um passo fundamental para uma efetiva humanização dos cuidados de saúde e para o cumprimento dos padrões de qualidade de uma prática especializada (DGS, 2003).

Com vista ao estudo epidemiológico da dor crónica e ao cruzamento de dados entre os países, em 2015, a IASP, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi responsável pela criação do novo sistema de classificação da dor crónica, a ser utilizado nos cuidados de saúde primários e nas consultas da dor (Treede et al.,2015). A IASP acreditava que redefinir as codificações para os diferentes tipos de dor crónica, seria um passo importante na abordagem global à dor crónica. Treede et al. (2015) acreditam que um novo sistema de classificação poderá não ser a solução ideal para a representação da dor crónica, no entanto, é a primeira abordagem para uma classificação sistematizada.

As codificações existentes até então, publicadas pela *Internacional Classification of Diseases* da OMS, provavam-se insuficientes para refletir a epidemiologia da dor crónica, não estando devidamente categorizadas e sistematizadas, o que não permitia o cruzamento de dados entre países, não permitindo, assim, o cálculo adequado da despesa em saúde relacionado com o tratamento da dor crónica, não permitindo a partilha de novas terapias, não sendo, por isso, promotor de progressos no tratamento adequado da dor (Treede et al.,2015).

Assim, a dor crónica passou a ser classificada como: dor crónica primária; dor crónica secundária a patologia oncológica; dor crónica pós-cirúrgica ou pós-traumática; dor crónica neuropática; dor crónica secundária a cefaleias e dor orofacial recorrente; dor crónica visceral; e dor crónica músculo-esquelética (Treede et al.,2015).

A dor crónica afeta cerca de 20% da população mundial globalmente (Treede et al.,2015). Estudos mais recentes apontam para 19-38% globalmente (Jaén et al., 2019).

Estima-se que nos Estados Unidos cerca de 50 milhões de pessoas sofram de dor crónica, dentro os quais 26 milhões de americanos (52%) com dor severa, sendo a principal causa de incapacidade no país (McCarberg & Billington, 2006).

Em Portugal, estima-se que cerca de 36,7% dos Portugueses sofram de dor crónica. Em 85% dos utentes diagnosticados com dor crónica, verificou-se que a dor é recorrente ou contínua e de intensidade moderada a severa (Azevedo et al., 2012).

De acordo com Kislaya e Neto (2014) e Ritto et al. (2017), a dor crónica afeta mais as pessoas entre os 60-65 anos, com menor nível socioeconómico, pessoas com excesso de peso ou obesidade, e pessoas com história de trauma físico.

Sá, Baptista e Matos (2009), concluíram no seu estudo, que várias variáveis sociodemográficas se relacionam diretamente com a dor crónica, entre as quais, a idade, cultura, escolaridade, sexo e estado civil, assim como determinadas variáveis psicossociais estão relacionados com a presença de dor crónica, como os hábitos de saúde pouco saudáveis, o consumo de álcool em excesso e o tabaco.

A dor crónica afeta mais as mulheres, que os homens, sendo que a dor é habitualmente de origem musculoesquelética (Harstall & Ospina, 2003). Num estudo realizado por Forni et al. (2012), com o objetivo de perceber o perfil da pessoa com dor crónica referenciada para as consultas de dor, em Unidades de Dor, perceberam que, numa amostra de 128 indivíduos, a dor é mais prevalente nas mulheres (58,5%), existindo uma relação positiva entre a intensidade de dor e o sexo feminino. Bachmann et al. (2009), estudaram a lombalgia crónica, na Suíça, por ser a mais prevalente no país, na população em idade ativa. Esta, contrariamente ao que foi apontado por Harstall e Ospina (2003), afeta mais os homens que as mulheres, afetando 13% e 8%, respetivamente.

A dor crónica em Portugal afeta mais mulheres que homens, principalmente os grupos mais vulneráveis, sendo mais prevalente em pessoas idosas, sem atividade profissional (reformados ou desempregados) e em pessoas com nível de escolaridade menor (Azevedo et al., 2012).

No estudo realizado por Azevedo et al. (2012), a região da coluna lombar é a região anatómica onde a dor crónica é mais prevalente (42%), seguida dos membros inferiores (27%), joelhos (24%), região cervical (17%), membros superiores (15%), ancas (13%), cabeça, ombros e região da coluna dorsal (12%).

No entanto, dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, apontam que a lombalgia é a doença crónica mais prevalente em Portugal, afetando 2,9 milhões de pessoas, o que representa 32,9% do total das doenças crónicas. A segunda doença crónica que mais afeta a população portuguesa é a hipertensão arterial, representando 28,5% do total das doenças crónicas e a cervicalgia crónica ocupa o terceiro lugar das doenças crónicas mais prevalentes, afetando 2,1 milhões de pessoas, o que representa 24,1% do total das doenças crónicas (INE, 2016).

As mulheres são as principais afetadas pelas dores crónicas, sendo que 1,9 milhões referiram dor crónica lombar e 1,5 milhões referiram dor crónica cervical, o que corresponde a um total de 39,7% e 31,6% do total de doenças crónicas que afetam as mulheres. A dor crónica lombar é a doença crónica mais prevalente entre as mulheres, seguida da artrose e da dor crónica cervical. A principal doença crónica que afeta os homens é a lombalgia crónica (25,2%), seguida da hipertensão arterial (21,6%) e da cervicalgia crónica (15,5%) (INE, 2016).

A dor lombar crónica afeta sobretudo o grupo etário dos 55-64 anos, residentes na região Centro e Alentejo (INE, 2016).

Cerca de 40,6% da população que sofre de dores crónicas lombares e cerca de 43,9% da população que sofre de dores crónicas cervicais é reformada (INE, 2016).

1.3. CONSEQUÊNCIAS DA DOR CRÓNICA

A dor crónica interfere diretamente com a vida pessoal, profissional/laboral, familiar, cultural e social. As alterações que a dor crónica provoca em todas estas esferas são extremamente relevantes para a compreensão de todo o processo doloroso (Frutuoso & Cruz, 2004).

A dor crónica é uma doença causadora de um grande sofrimento a nível pessoal, mas também social, pelo impacto que tem nas relações com os outros (Azevedo et al., 2012; Ritto et al., 2017). Afeta não só a própria pessoa, como aqueles à sua volta (familiares, cuidadores e amigos) (DGS, 2017). A dor crónica tem um impacto significativo na qualidade de vida dos utentes e das famílias, por passar a ser o centro das vivências, limitando assim comportamentos e decisões próprias e no seio familiar (Ritto et al., 2017).

No estudo de Frießem et al. (2009), os autores verificaram que, numa amostra de 1201 utentes com dor crónica, cerca de 88,3% indivíduos reportaram que a dor crónica tinha um impacto negativo na sua vida diária e 88,1% referiram que a dor crónica tinha um impacto no trabalho.

Azevedo et al. (2012), num estudo randomizado, realizado em Portugal, com uma amostra de 5094 indivíduos, concluíram que a dor crónica afeta particularmente o desempenho do papel familiar e o cumprimento das tarefas domiciliárias, a participação em atividades de lazer e recreativas, o desempenho de atividades ocupacionais, o sono e repouso.

Cerca de 49% dos portugueses referem que a dor crónica afeta o desempenho da atividade profissional (Azevedo et al., 2012), por interferir na capacidade produtiva da pessoa, sendo frequente o absentismo ao trabalho, trazendo elevados custos aos sistemas de saúde (Gouveia & Augusto, 2011; Ritto et al., 2017).

As principais consequências da dor crónica são a incapacidade física e funcional, diminuição da mobilidade, a dependência de outros, o afastamento social, alterações de libido e implicações na vida sexual, alterações da dinâmica familiar, instabilidade económica e desesperança (Castro et al., 2011; Ritto et al., 2017).

Num estudo de Matos (2012), com uma amostra de 70 indivíduos diagnosticados com dor crónica, a autora verificou que a escala de severidade de dor tinha um valor médio de 7, considerado moderado, e que a escala de interferência de dor apresentava valores elevados, sendo que a dor crónica tinha maior interferência nas atividades em geral, no trabalho e alegria de viver.

McCarberg e Billington (2006) referem que a qualidade de vida dos doentes que sofrem de dor crónica é inferior. Capela et al. (2009) realizaram estudo com o objetivo de comparar a qualidade de vida em três grupos distintos (indivíduos com dor crónica difusa, indivíduos com dor aguda regional e indivíduos com dor aguda esporádica). Verificaram que o grupo de indivíduos com dor crónica difusa apresentam pior qualidade de vida. Num estudo realizado por Silva (2010), com uma amostra de 34 pessoas com diagnósticos de dor lombar crónica, concluiu uma relação positiva entre o nível de incapacidade e a diminuição da qualidade de vida.

Na área da saúde mental, a dor crónica tem um impacto muito significativo na mesma, pelo que a pessoa com dor crónica necessita de acompanhamento para situações frequentes como a insónia, ansiedade, depressão e ideação suicida (APED, s.d.). A dor crónica leva a insónia inicial e intermédia, não cumprindo o padrão de sono e repouso a dor tende a exacerbar. A privação de sono está associada a ansiedade e depressão, onde as mesmas podem agravar as dificuldades de descanso (McCarberg & Billington, 2006). A dor crónica tem um efeito significativo no estado de humor dos indivíduos, sendo potenciadora de sintomas depressivos,

distúrbios de ansiedade, insónia e problemas de sono, agressividade e consequente diminuição da qualidade de vida (Dias & Brito, 2002).

No estudo de Capela et al. (2009), os autores comparam a presença de sintomatologia depressiva em três grupos distintos (indivíduos com dor crónica difusa, indivíduos com dor aguda regional e indivíduos com dor aguda esporádica). Verificaram que o grupo de indivíduos com dor crónica difusa apresentam mais sintomatologia depressiva, em relação aos restantes grupos.

Castro et al. (2011), realizaram um estudo com 400 indivíduos diagnosticados com dor crónica, com o intuito de perceber se existia sintomatologia depressiva e ansiosa associada. Verificaram que cerca de 70% da amostra evidenciava sintomatologia depressiva e 60% apresentava sintomatologia ansiosa. Num estudo de Matos (2012), com uma amostra de 70 indivíduos diagnosticados com dor crónica, a autora verificou que 34,2% da amostra apresentava sintomatologia depressiva e 51,4% da amostra apresentava sintomatologia ansiosa.

Cerca das 13% dos utentes que sofrem de dor crónica, foram clinicamente diagnosticados com depressão (Azevedo et al., 2012). A dor crónica está muitas vezes associada a fadiga, anorexia, obstipação, náuseas e dificuldade de concentração (Ritto et al., 2017).

A dor crónica, tem impacto muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida (DGS, 2017). Kreling, Cruz e Pimenta (2006), alertam que a dor crónica tem um impacto negativo na auto-estima da pessoa com dor crónica e na ocorrência de pensamentos negativos.

De acordo com Capela e Loura (2008), a dor crónica pode desencadear a perturbação de dor, que se caracteriza por ser uma perturbação psiquiátrica que é diagnosticada quando a dor se transforma no foco predominante da clínica do utente, associado a um sofrimento ou deterioração significativas. Ao contrário da dor aguda, cujo objetivo primário é o alívio da dor, a dor crónica geralmente requer a associação de psicoterapia com medicação. Os mesmos autores (2008), referem que na dor crónica é igualmente importante reconhecer e tratar a depressão, uma vez que na dor crónica existe uma relação recíproca com o estado afetivo. Ao implementar a psicoterapia no tratamento da dor crónica, esta terapia visa dotar o doente de mecanismos para controlar e saber viver com a dor, e não aspirar a eliminá-la completamente.

Kreling et al. (2006), nos seus estudos verificam que os valores, crenças, atitudes e consciencialização do desenvolvimento de um processo de dor, interferem diretamente com a

forma como o indivíduo se vê, reflete, julga e assimila a informação sobre a sua dor, sendo por isso, potenciais fatores dificultadores na intervenção farmacológica e psicoterapêutica. Assim, associada à dor crónica, é fundamental a avaliação de forma rigorosa de todas as variáveis psicológicas que poderão interferir no alívio da dor e o tratamento de possíveis perturbações associadas, tal como alertam Capela e Loura (2008), como distorções cognitivas e pensamentos catastróficos que segundo Kreling et al. (2006), parecem gerar maior interferência de dor para as atividades.

Para Dias (2007), na dor crónica existe uma relação entre reações fisiológicas e interpretações sensoriais, que provocam reações ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. Os doentes que sofrem de dor crónica apresentam comorbilidades, com elevada prevalência de depressão, ansiedade, transtornos do sono, de sexualidade, com recurso e abuso de substâncias, isolamento social e problemas no estabelecimento de relações interpessoais. A dor crónica afeta ainda o sistema imunitário da pessoa, pela diminuição da capacidade protetora, tornando assim a pessoa mais suscetível a infeções (APED, s.d.).

Como foi referido, a dor crónica pode levar à incapacidade crónica e é uma doença com repercussões a nível familiar, social e financeiro, produzindo sofrimento prolongado e interferindo com a reabilitação de muitos doentes. A dor crónica provoca alterações somáticas e psicossociais, entre as quais: a imobilização, enfraquecimento muscular e articular; compromisso do sistema imunitário e maior suscetibilidade de contrair doenças; distúrbios de sono; nutrição inadequada e anorexia; dependência medicamentosa; perda de autonomia e dependência exagerada na família e profissionais de saúde; recurso exagerado e inadequado ao sistema de saúde; menor capacidade para produzir trabalho e realizar atividades; invalidez; isolamento social e familiar; ansiedade, medo, frustração, depressão e ideação suicida. A qualidade de vida das pessoas afetadas fica direta ou indiretamente afetada e diminuída (Dias, 2007).

Segundo Dias (2007), também os familiares dos doentes com dor crónica são afetados pela patologia, estando sujeitos a problemas da natureza psicossocial, como: despesas acrescidas com serviços de saúde e medicação; ausência e perda de horas do local de trabalho para acompanhamento do familiar; redução de vencimento; falta de produtividade; sobrecarga financeira, suportada pela família e entidade patronal; custos de compensação dos assalariados, pagos pela Segurança Social.

De acordo com Azevedo, Costa-Pereira e Mendonça (2016), o custo anual da dor crónica na população portuguesa é de cerca de 4 610 milhões de euros, o que corresponde a 2,7% do Produto Interno Bruto. As repercussões socioeconómicas da dor crónica são significativas, pelos custos envolvidos com o recurso frequente aos serviços de saúde e as despesas com a terapêutica medicamentosa e outras terapias. Os custos indiretos são também muito elevados, designadamente devido à perda de produtividade pelo absentismo, atribuição de compensações e subsídios pela Segurança Social (DGS, 2017).

Bachmann et al. (2009), num estudo acerca dos custos indiretos associados ao tratamento de doentes com lombalgia crónica, na Suíça, verificaram que a dor crónica pode atingir os 4 000 milhões de Euros ao ano, o que corresponde a 7,9% da despesa total em saúde. Em Portugal, Gouveia e Augusto (2011), compararam os custos indiretos e estima-se que em Portugal Continental, os custos indiretos associados à lombalgia crónica sejam de 738,35 milhões de Euros anuais, sendo 280,95 milhões de Euros associados ao absentismo que a incapacidade temporária causa e 458,90 milhões de Euros por reformas antecipadas e de outras formas de não participação no mercado de trabalho.

1.4. MUSICOTERAPIA

Quando a dor crónica não melhora através dos métodos da medicina tradicional, é importante ter ao dispor uma equipa multidisciplinar que atue nas diferentes vertentes e o acesso a especialistas que possibilitem outras formas de tratamento, numa visão integrada da dor crónica. Idealmente, a equipa multidisciplinar que acompanha o utente deverá ser constituída por médico anestesiologista, enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social. O trabalho conjunto dos diferentes profissionais promove uma reativação física, a reabilitação, o condicionamento para o trabalho, os tratamentos farmacológicos, acompanhamento psicológico e educação para a saúde da família e utente (Dias, 2007).

A musicoterapia é um método não farmacológico de alívio da dor e do sofrimento, que tem despertado o interesse dos profissionais de saúde. O envolvimento ativo nesta terapia facilita a expressão cognitiva e emocional, essenciais para a gestão da dor (Bailey, 1986).

A musicoterapia contribuí para a desenvolvimento de estratégias efetivas de *coping* da dor por duas vias: o desvio da atenção do foco de sofrimento (causado pela dor) pela distração, e a dimensão afetiva. A sequência de sons, silêncios e a ritmos distraem o indivíduo da realidade e

afastam-no das suas preocupações, fazendo com que se “perca” na música. A sensação de dor pode ou não diminuir, mas o sofrimento que a dor acarreta diminui. A dimensão afetiva resulta da evocação de experiências emocionais anteriores, com o objetivo de facilitar a comunicação de sentimentos e emoções (Brown, Chen & Dworkin, 1989).

Relativamente à eficácia da musicoterapia na dor crónica Dias, Ribeiro e Souza (2003) realizaram num estudo com o objetivo de verificar a eficácia de um programa de atividades hidroterapêuticas em grupo, na qualidade de vida de uma amostra de 10 utentes diagnosticados com fibromialgia. As atividades de grupo consistiam em alongamentos, exercícios de resistência, coordenação e relaxamento globalizado, associado a musicoterapia e exercícios de respiração. Verificou-se que a qualidade de vida da amostra aumentou, pois para além de manter o nível de atividade física, a musicoterapia também é promotora de convívio social (Dias et al., 2003; Leão & Silva, 2004).

Do ponto de vista físico, a musicoterapia produz alterações fisiológicas, entre as quais, a diminuição da pressão arterial, reversão de quadros de polipneia, diminuição da fadiga física e do *stress*, melhorando o padrão de sono e repouso (Leão, 2002).

Numa meta-análise de Lee (2016), o autor estudou 97 trabalhos, publicados entre 1995 e 2014, com o intuito de perceber os benefícios da musicoterapia no tratamento da dor crónica. Os estudos indicam, com diferenças estatisticamente significativas, que a musicoterapia revelou efeitos na diminuição: da dor; do uso de medicação anestésica; do uso de opióides; e do uso de outros fármacos prescritos para o alívio da dor.

YousefinejadOstadkelayeh et al. (2005), realizaram um estudo quasi-experimental, do tipo pré-teste e pós-teste. Implementaram sessões de musicoterapia a uma amostra de 40 pessoas com dor crónica oncológica. Verificaram que a intensidade de dor diminuiu após a participação nas sessões de musicoterapia. Franco e Rodrigues (2009), realizaram um estudo semelhante, com uma amostra de 10 utentes com dor crónica de origem oncológica e verificaram que a intensidade de dor melhorou após a participação da amostra em algumas sessões de musicoterapia.

A nível psicológico, a musicoterapia melhora o estado de ansiedade e depressão em pessoas com dor crónica. A intervenção pela música ajuda na afirmação do autoconceito, melhora o estado de ânimo, promove as recordações agradáveis e significativas do passado, estimula a imaginação e a fantasia (Leão, 2002). É um excelente método de combate à ansiedade e no controlo emocional. Produz uma sensação de relaxamento e conforto, distração, promover o

bom-humor e redução de agressividade, por meio de libertação de endorfinas (Leão & Silva, 2004; Vale, 2006).

Horne-Thompson e Grocke (2008) realizaram um estudo comparativo, com grupo de controlo. Comprovaram que após uma única sessão de musicoterapia, houve redução significativa da ansiedade, da intensidade de dor, do cansaço e da sonolência do grupo que recebeu a terapia.

Num estudo de Hanser et al. (2006), com uma amostra de 70 mulheres mastectomizadas, foram comparados os resultados a curto e a longo prazo dos efeitos da musicoterapia na qualidade de vida e *stress* das participantes. Após 3 sessões de musicoterapia o grupo participante teve melhorias ao nível do conforto, felicidade, relaxamento e uma melhoria global da qualidade de vida. No entanto, a longo prazo, não se verificavam diferenças significativas entre este grupo e o grupo de controlo.

Num estudo comparativo de Luz (2015), com uma amostra de 48 idosos, com grupo de controlo, verificou-se que o grupo participante nas sessões de musicoterapia melhorou a qualidade de vida, nomeadamente no domínio físico e contribuiu para a redução da sintomatologia depressiva. No grupo de controlo verificou-se uma degradação significativa da cognição, podendo concluir que a musicoterapia reduz a probabilidade de declínio cognitivo em idosos.

Bradt, Norris e Shim (2016), realizaram um estudo com uma amostra de 55 indivíduos diagnosticados com dor crónica, que aceitaram participar num programa de 8 semanas de musicoterapia. O objetivo do estudo era perceber a eficácia da musicoterapia na gestão da dor crónica. Os autores concluíram no seu estudo que a musicoterapia é uma terapia eficiente para a construção de sólidas bases fundamentais a uma eficiente gestão da dor crónica, nomeadamente a auto-eficácia, motivação, *empowerment* e a interação social.

Segundo Nemes e Souza (2018), com o uso complementar da musicoterapia no alívio da dor crónica, é possível a redução do consumo de ansiolíticos.

A nível social, combate o isolamento social, promove a participação ativa em atividades de grupo, o entretenimento, a diversão, facilita e encoraja a expressão de sentimentos, proporcional conforto espiritual, cria um ambiente seguro para a expressão de dúvidas e questões acerca do significado da vida (Leão, 2002).

Low, Lacson e Zhang (2020), realizaram um estudo do tipo pré-teste e pós-teste, com uma amostra de 43 utentes com dor crónica, de duração média de 10 anos. A amostra participou

num programa de musicoterapia durante 12 semanas. Os autores verificaram que a musicoterapia tem efeitos muito significativos ao nível da auto-eficácia, depressão e na participação em atividades sociais. Produziu efeitos medianos na intensidade de dor, ansiedade e bem-estar. Revelou poucos efeitos ao nível da interferência da dor e da satisfação com o papel social. Os autores sugerem que a musicoterapia resulta numa melhor auto-gestão da dor crónica, melhora o bem-estar psicológico, melhora as relações sociais e espirituais.

De acordo com Finnerty (2018), a participação ativa em sessões de musicoterapia, melhora a cooperação, atenção e possibilita o desenvolvimento de papéis de liderança. Permite à pessoa tomar decisões e com isto, melhorar a motivação e a auto-confiança. Verifica-se ainda, uma melhoria do bem-estar e da auto-estima da pessoa com dor crónica.

2. METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo ajudar a compreender o processo de investigação. Nele será apresentada a conceptualização do estudo abordando os objetivos gerais e específicos do trabalho de investigação, as questões e hipóteses de investigação, apresentação da população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o método de tratamento dos dados.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este trabalho de investigação tem como objetivo geral perceber a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica, e como objetivos específicos:

- conhecer as características sociodemográficas, profissionais, familiares e clínicas do utente com dor crónica;
- conhecer a severidade da dor, em que medida a dor interfere no desempenho de atividades, de que forma os utentes lidam com a dor (*coping*) e o nível de auto-estima dos utentes com dor crónica;
- identificar o impacto da musicoterapia na severidade da dor experienciada pela pessoa com dor crónica;
- identificar o impacto da musicoterapia no nível da interferência da dor para o desempenho de atividades específicas, na pessoa com dor crónica;
- identificar o impacto da musicoterapia nas formas de lidar com a dor (*coping*), pelos doentes com dor crónica;
- identificar o impacto da musicoterapia na auto-estima dos utentes que sofrem de dor crónica;
- identificar os benefícios e vantagens da musicoterapia, encontrados pelos utentes que sofrem de dor crónica.

Este estudo quasi experimental, do tipo pré-teste e pós-teste, sem grupo de controlo, teve duração superior a 1 ano, tendo sido desenvolvido em 4 fases:

- Fase 1: Desenvolvimento de questionário de investigação, com base na revisão da literatura (pela SAMP e a ESSLEI);

- Fase 2: Colheita de dados inicial, por profissionais de saúde (Outubro de 2019) e início das sessões semanais de musicoterapia por duplas de musicoterapeutas da SAMP, numa abordagem em co-terapia (Outubro de 2019);
- Fase 3: Colheita de dados no decorrer das sessões de musicoterapia, por profissionais de saúde, em três momentos distintos, antes das próximas intervenções de musicoterapia (Dezembro de 2019, Janeiro de 2020 e Março de 2020);
 - O último momento de colheita de dados não foi possível realizar, por situação de pandemia por COVID-19.
- Fase 4: Avaliação da eficácia da musicoterapia na severidade e interferência da dor para o desempenho de atividades, nas formas de lidar com a dor (*coping*) e auto-estima dos utentes com dor crónica.

2.2. QUESTÕES E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação que norteia o estudo é: qual a eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica?

Desta questão de investigação levantam-se outras questões:

- Quais são as características sociodemográficas, profissionais, familiares e clínicas do utente com dor crónica, que são acompanhados pela Unidade de Dor de um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS)?
- Qual é o impacto da musicoterapia na severidade da dor e interferência da dor no desempenho de atividades específicas, na pessoa com dor crónica?
- Qual é o impacto da musicoterapia nas formas de lidar com a dor (*coping*), pelos doentes com dor crónica?
- Qual é o impacto da musicoterapia na auto-estima dos utentes que sofrem de dor crónica?
- Quais são os benefícios e vantagens da musicoterapia, identificados pelos utentes que sofrem de dor crónica?

Perante os objetivos do estudo e com base na revisão da literatura, definiram-se três hipóteses de investigação (H):

H1 – A musicoterapia melhorou a severidade de dor e diminuiu o nível de interferência da dor, no desempenho de atividades específicas, na pessoa com dor crónica.

H2 – A musicoterapia melhorou as formas de lidar com a dor (*coping*), na pessoa com dor crónica.

H3 – A musicoterapia melhorou a auto-estima, na pessoa com dor crónica.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para este trabalho de investigação, foram incluídos no estudo pessoas que: tinham idade igual ou superior a 18 anos; utentes seguidos em consulta da dor agregada a instituição pública de saúde; sido diagnosticados com dor crónica, independentemente da sua etiologia; utentes que deram o duplo consentimento aos profissionais de saúde da consulta da dor, para participação nas sessões de musicoterapia e que aceitaram participar, formalmente, na investigação.

Foram excluídos do estudo utentes: inconscientes; tenham sido diagnosticados com demência, ou que apresentavam períodos de confusão (identificados pelo médico assistente na Unidade de Dor), mesmo que transitórios (para garantir que as experiências eram recordadas no seu todo e que não houvesse enviesamento de resultados); e utentes que não deram o consentimento para participação nas sessões de musicoterapia ou no estudo.

A amostragem foi não probabilística, intencional.

O número da amostra que aceitou participar no estudo foi de 49 pessoas no primeiro momento de colheita de dados (primeiro tempo (T1)), 27 pessoas no segundo momento de colheita de dados (segundo tempo (T2)), 20 pessoas no terceiro momento de colheita de dados (terceiro tempo (T3)) e 22 pessoas no quarto momento de colheita de dados (quarto tempo (T4)). 16 pessoas participaram em todos os momentos de colheita de dados, preenchendo de forma completa o questionário.

2.4. INSTRUMENTOS

As variáveis primárias desta investigação são: a presença de dor, a localização da dor, a severidade de dor, a interferência da dor no desempenho de atividades, as formas de lidar com a dor (*coping*), a auto-estima dos utentes com dor crónica e os benefícios da musicoterapia, identificados pelos utentes.

As variáveis secundárias são: as sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, coabitação com outros, nível de escolaridade, situação laboral e frequência de faltas ao trabalho), as clínicas

(diagnóstico clínico, tempo de diagnóstico, sintomatologia, causa da dor, medicação e outras terapêuticas).

Para a colheita inicial de dados foi utilizado um questionário de hétero-preenchimento (entrevista) pré-teste (Anexo I), elaborado pela SAMP em parceria com a ESSLEI, exclusivamente para este trabalho de investigação, onde as variáveis primárias e secundárias, acima mencionadas, foram selecionadas com base na pesquisa bibliográfica e em aspetos que sabemos estar relacionados com a dor crónica, como acima mencionado pelos autores.

O questionário é constituído por 4 grupos.

O grupo I é constituído por questões relacionadas com características sociodemográficas, profissionais, familiares e clínicas.

O grupo II é constituído pelo *Brief Pain Inventory (BPI) – Short Form* (Cleeland & Ryan, 1994), versão portuguesa do BPI de Azevedo et al. (2007), que avalia duas dimensões: severidade e interferência da dor. Este inventário é composto por quinze itens que avaliam: a existência, intensidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor (Azevedo et al., 2007).

Os quatro itens que compõem a escala de severidade de dor avaliam a intensidade da dor experimentada nas 24 horas anteriores no seu máximo, mínimo, em média e no momento atual, numa escala de tipo *Likert* de 11 pontos, em que 0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “pior dor que se pode imaginar” (Cleeland, 2009; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2012). A dor é então classificada segundo a classificação de Serlin, Mendoza e Nakamura (1995) como ligeira (1-4 pontos), moderada (5-6 pontos) ou severa (7-10 pontos).

A escala de interferência da dor é composta por sete itens que avaliam a interferência da dor em sete atividades do quotidiano: atividade geral, disposição, capacidade para andar a pé, trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa), relações com as outras pessoas, sono, prazer de viver (Azevedo et al., 2007). A interferência da dor nas atividades quotidianas é avaliada através de uma escala de *Likert* de 11 pontos, em que 0 significa “não interfere” e 10 significa “interfere completamente” (Cleeland, 2009; Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2009).

A pontuação compósita de ambas as dimensões (severidade e interferência da dor) é achada por meio do cálculo da média das pontuações reportadas nos quatro e sete itens que as compõem.

Quanto mais altas as pontuações, mais alta será a severidade e interferência da dor na vida do indivíduo (Ferreira-Valente et al., 2012).

Relativamente à dimensão da interferência da dor em atividades do quotidiano, os autores do questionário acrescentaram mais dois itens a ser estudados: comportamento sexual e relação com a família, com base noutra instrumento, a *Pain Disability Index* (PDI), de Pollard (1984), na versão portuguesa de Azevedo et al. (2007), Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor. O PDI estuda a incapacidade e interferência funcional da dor e é avaliado por meio de sete itens de atividade, à semelhança do BPI, através de uma escala de *Likert* de 11 pontos, em que 0 significa “não interfere” e 10 significa “interfere completamente” (Azevedo et al., 2007).

O grupo III é constituído pelo questionário de Formas de Lidar com a Dor (Oliveira & Costa, 2012), que consiste na versão adaptada para língua portuguesa do *Pain Coping Inventory* (PCI) de Kraairmaat e Evers (2003). Trata-se de um questionário de auto-relato que avalia estratégias de *coping* para lidar com a dor crónica. A pontuação de cada item varia entre 1 (quase nunca) e 4 (quase sempre), sendo que os resultados superiores indicam uma maior frequência da utilização da estratégia de *coping* em causa.

Na sua versão original este questionário foi construído com trinta e três itens. Após a aplicação na população portuguesa e análise das qualidades psicométricas por Oliveira e Costa (2012), optaram pela remoção dos itens 9, 14, 23, 28 e 30, da versão portuguesa do questionário e reagrupamento de alguns itens ficando o questionário com um total de 28 itens. No seu estudo, os autores (2012) acrescentaram ainda um item final: “Tenho um modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável. Qual é esse modo?”. Para efeitos deste trabalho aplicou-se o questionário de 34 itens, semelhante ao utilizado por Oliveira e Costa (2012), tendo-se trabalhado posteriormente apenas os dados referentes aos 28 itens, de acordo com as indicações dos autores.

Assim, na versão portuguesa (Oliveira & Costa, 2012), os itens estão distribuídos por cinco sub-escalas de natureza cognitiva e comportamental, que passamos a descrever:

- *Transformação da dor* (sub-escala cognitiva composta pelos itens 15, 16, 18): avalia a modificação imagética das sensações de dor, como por exemplo, imaginar que a dor é menos violenta do que é na realidade (Oliveira & Costa, 2012);
- *Distração* (sub-escala cognitivo-comportamental composta pelos itens 19, 20, 21, 22): avalia dimensões de natureza cognitiva e comportamentais utilizadas com a finalidade de

desviar o foco de atenção da experiência da dor, como por exemplo, pensar em acontecimentos agradáveis, ler ou ouvir música (Oliveira & Costa, 2012);

- *Redução do nível de atividade* (sub-escala cognitivo-comportamental composta pelos itens 2, 3, 4, 5): inclui itens que avaliam a continuação da realização das atividades habituais, mas num ritmo, exatidão e esforço inferiores (Oliveira & Costa, 2012);

- *Preocupação* (sub-escala cognitiva composta pelos itens 17, 24, 25, 26, 27, 29, 31): avalia a tendência para apresentar pensamentos desadaptativos relativamente à interpretação da dor e permanecer vigilante face a potenciais estímulos dolorosos, de modo a evitá-los (Oliveira & Costa, 2012);

- *Distanciamento* (sub-escala comportamental composta pelos itens 1, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 32, 33): caracteriza-se pela utilização de estratégias em que há um evitamento/anulação de estímulos associados à vivência da dor (Oliveira & Costa, 2012).

De realçar que quatro dos fatores se aproximam conceptualmente das propostas dos autores originais (2003) (Transformação da Dor, Distração, Redução do Nível de Atividade, Afastamento, Preocupação e Repouso) (Oliveira & Costa, 2012).

Em relação ao fator que Oliveira e Costa (2012) designaram por Distanciamento, este engloba itens, que na escala original, constituem as dimensões do Afastamento e Repouso, caracterizados pela utilização de estratégias em que há um evitamento e anulação de estímulos associados à vivência da dor.

A fim de permitir a comparação entre as várias estratégias, optou-se por determinar o *score* médio das sub-escalas.

Para além destes itens a PCI apresenta duas perguntas de resposta fechada onde se pretende avaliar o quanto a pessoa com fibromialgia consegue controlar a dor (1 - não tenho nenhum controlo sobre a dor; 2 - tenho pouco controlo sobre a dor; 3 - tenho algum controlo sobre a dor; e 4 - tenho um total controlo sobre a dor) e o quanto consegue fazer diminuir a dor (1 - não sou capaz de fazer diminuir em nada a dor; 2 - sou capaz de fazer diminuir um pouco a dor; 3 - sou capaz de fazer diminuir bastante a dor; e 4 - sou capaz de fazer diminuir totalmente a dor).

O grupo IV é ainda constituído pela Escala de Auto-estima (Santos & Maia, 2003), que consiste na versão adaptada para língua portuguesa da *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSES) de Rosenberg (1965). A RSES é um instrumento de auto-avaliação da auto-estima global. Foi

originalmente construída como uma escala de tipo *Guttman* embora, na maioria dos casos, os investigadores optem por um formato tipo *Likert* (Santos & Maia, 2003).

O questionário, na versão portuguesa (Santos & Maia, 2003), é constituído por 10 itens, com um formato de resposta tipo *Likert* de quatro pontos (1 - Concordo bastante; 2 - Concordo; 3 - Discordo; 4 - Discordo bastante), com cinco questões de orientação positiva e cinco questões de orientação negativa. A medida permite um resultado total, que varia de 10 a 40, crescendo em função do nível de auto-estima (Santos & Maia, 2003).

No questionário pós-teste (Anexo II), para além do hétero-preenchimento dos grupos II, III e IV, foi pedido aos participantes que indicassem, em forma de resposta aberta, os benefícios e vantagens encontradas nas sessões de musicoterapia, com a pergunta “Refira três vantagens/ganhos que teve ao participar nesta intervenção”.

No que se refere às variáveis secundárias, quanto à idade foi operacionalizada através da redação de número de anos completos. Quanto ao género foi operacionalizada através de 2 opções de resposta: masculino; ou feminino. Quanto ao estado civil foi operacionalizado através de 4 opções de resposta: solteiro; casado; viúvo; e separado/divorciado. Quanto à coabitação com outros, foi operacionalizada através de 4 opções de resposta: só; com família; com amigos; e outros. Quanto ao nível de escolaridade foi operacionalizado através de 7 opções de resposta: Não frequentou a escola; 4.º ano; 6.º ano; 9.º ano; 12.º ano; bacharel/licenciatura; e outra. Quanto à situação laboral foi operacionalizado através de 6 opções de resposta: empregado; desempregado; estudante; doméstico; reformado; e baixa médica. Quanto à frequência de faltas ao trabalho, diagnóstico clínico, tempo de diagnóstico, sintomas que apresentam, medicação, outras terapêuticas complementares à medicação para o alívio da dor, foi pedido aos utentes que respondessem aos mesmos, em perguntas de resposta aberta.

No que se refere às questões relacionadas com o tempo, estas serão todas convertidas na mesma unidade de tempo, no caso das faltas ao trabalho em números completos de dias/por mês, no caso do tempo de diagnóstico, será convertido em anos.

As restantes respostas serão agrupadas conforme similaridade (intencionalidade de expressar o mesmo, por palavras diferentes) e a medicação quando se encontrar escrita com o nome comercial, será redigida de acordo com o princípio ativo do medicamento.

O instrumento de hétero-preenchimento (entrevista) foi aplicado antes do início das sessões de musicoterapia e em três momentos após o início das sessões de musicoterapia (antes das

intervenções), para perceber a evolução: da dor crónica (severidade e interferência); das formas de lidar com a dor (*coping*); e da auto-estima da pessoa com dor crónica. O questionário pretende ainda, averiguar os benefícios e vantagens da musicoterapia, identificadas ao longo do tempo. A colheita de dados foi realizada por profissionais de saúde, enquanto que as sessões de musicoterapia foram administradas por duplas de musicoterapeutas da SAMP (num modelo de co-terapia), onde foram implementados vários modelos de musicoterapia, cruzados com o modelo da SAMP.

A equipa da Unidade de Dor do hospital do SNS identificou os utentes que poderiam participar do estudo, tendo em conta os critérios de admissão e exclusão acima descritos e pediram o duplo consentimento para participação no estudo. Após ser dado o duplo consentimento por parte do utente, os profissionais de aplicaram o questionário, os terapeutas instituíram as sessões semanais de musicoterapia e as investigadoras procederam à investigação, após o consentimento escrito por parte do utente.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste para identificar possíveis falhas na construção das questões, testar o tempo de resposta ao questionário para garantir que não era demasiado extensivo e analisar o comportamento das variáveis. O pré-teste é importante para corrigir potenciais falhas e melhorar o instrumento.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O pedido de autorização à instituição pública de saúde foi realizado, tendo em conta as normas estabelecidas no Decreto-Lei Número (N.º) 80/2018 (2018), seguindo as indicações da DGS (2015) e cumprindo as diretrizes do União Europeia (2016) (Anexo III). O pedido foi aprovado pelo Conselho de Administração do hospital do SNS (Anexo IV).

Para obtenção dos consentimentos de participação no estudo, os profissionais de saúde questionaram os utentes com dor crónica, que frequentam as consultas da dor, se estes tinham interesse em participar das sessões de musicoterapia e no estudo. A equipa de saúde obteve o consentimento e autorização por parte dos utentes para estes serem identificados como utentes com dor crónica e obtiveram o consentimento de participação no estudo, que foi devidamente datado e assinado.

Estando assegurado o duplo consentimento, o questionário foi aplicado. Este duplo consentimento assenta nos pressupostos do respeito pela pessoa, do respeito pela sua dignidade, autonomia, voluntariedade, confidencialidade, anonimato, beneficência, não maleficência,

justiça, veracidade e fidelidade. O consentimento foi dado de forma informada, livre e esclarecida.

No consentimento constam os dados relativos à pesquisa, os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, a população-alvo, a identificação e contactos dos investigadores (Anexo V). Após os devidos esclarecimentos e a formal aceitação de participação no estudo através da assinatura do documento, os participantes ficaram com uma cópia do consentimento e aos investigadores é-lhes devolvido o consentimento original, assinado. É assegurado o anonimato, em todas as fases da investigação, e o direito de desistir de participar no estudo, em qualquer momento, sem que haja prejuízo ou sanção.

2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados foi realizado através de estatística descritiva. A análise estatística (codificação e informatização) foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Science*.

Para organizar e destacar a informação fornecida pelos dados, recorreremos a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação).

Para avaliar o impacto da musicoterapia na pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra (N) de participantes que participaram nos quatro tempos do estudo (N = 16), para analisar o comportamento das escalas em estudo. Pelo facto de a distribuição da amostra não ser normal, e o tamanho da amostra ser inferior a 30 pessoas (não permitido aplicar o teorema do limite central), foi utilizado o teste emparelhado não paramétrico de teste de Friedman (χ^2) e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, visto que analisámos os resultados da mesma amostra em quatro momentos distintos, antes e após as intervenções.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com vista a alcançar os objetivos traçados, são apresentados e analisados neste capítulo os resultados do estudo. A análise das características da amostra será efetuada tendo por base a amostra inicial (T1).

3.1. NOTAS DE CAMPO

Tal como poderemos verificar ao longo das sessões o tamanho da amostra foi alterado de acordo com as presenças dos participantes no mesmo. Verifica-se uma taxa de adesão de 32,7% e uma taxa de mortalidade da amostra de 67,3%. As razões apontadas que justificam estes números foram: a indisponibilidade para participar em todas as sessões semanalmente; não ter transporte ou não ter acompanhante para se deslocar até ao hospital; não ter conseguido sair do trabalho para participar; sentir-se pior e por esse motivo ficar em casa.

a) **Características sociodemográficas e clínicas da amostra (T1)**

A amostra do estudo tem idade compreendida entre os 37 e os 73 anos, com uma média (M) de $56,2 \pm 7,3$ anos de idade, sendo constituída por 41 mulheres (83,7%) e 8 homens (16,3%).

De acordo com Kislaya e Neto (2014) e Ritto et al. (2017), a dor crónica afeta mais os indivíduos entre os 60-65 anos. A média de idades da amostra em estudo é semelhante aos estudos dos autores. O facto de ser ligeiramente inferior (56,2 anos) pode ser justificado pela presença de indivíduos jovens no estudo e pelo tamanho da amostra ($N = 49$), em que a idade dos participantes mais novos tem grande expressividade na média de idades da amostra.

Tal como referem Azevedo et al. (2012), Harstall e Ospina (2003) e o INE (2016), a dor crónica afeta mais mulheres que homens, o que é possível comprovar neste estudo. Forni et al. (2012) referem que são as mulheres que mais recorrem às consultas da dor nas Unidades de Dor, o que se confirma igualmente no estudo, uma vez que a amostra em estudo é acompanhada em consultas de dor, na Unidade de Dor, e é maioritariamente feminina.

77,6% (38) da amostra são casados, 16,3% (8) são separados ou divorciados, 4,1% (2) são solteiros e 2% (1) são viúvos. Segundo Azevedo et al. (2012), no seu estudo acerca da epidemiologia da dor crónica em Portugal, o estado civil não é um fator sociodemográfico com significância estatística, não sendo por isso considerado fator de risco para a presença de dor crónica.

85,7% (42) dos participantes habitam com familiares e 14,3% (7) da amostra habitam sós.

Em relação ao nível de escolaridade, verificamos que 89,8% (44) frequentou o ensino e 10,2% (5) não frequentou, tendo a maioria (38,8%; 19) completado o 4.º ano, 18,4% (9) completou o 6.º ano, 14,3% (7) completou o 9.º ano, 16,3% (8) completou o 12.º ano e apenas 2% (1) completou o ensino superior.

Tal como no estudo de Azevedo et al. (2012), a dor crónica é mais prevalente em pessoas com menor nível de escolaridade, especialmente para aqueles que não frequentaram o ensino escolar. A relação entre a dor crónica e a escolaridade é justificada pelo facto de, a educação, estar fortemente associada ao nível socioeconómico. Neste estudo, 49% (24) da amostra não frequentou o ensino ou completou o 4.º ano, o que é considerado um nível de escolaridade baixo.

Quanto à situação laboral, cerca de 61,2% (30) está reformada, 14,3% (7) encontram-se de baixa médica, 8,2% (4) está empregada e em exercício das suas funções, 4,1% (2) realiza trabalho doméstico e 12,2% (6) encontram-se em situação de desemprego.

De acordo com Azevedo et al. (2012), a dor crónica é mais prevalente em indivíduos sem atividade profissional (reformados ou desempregados), o que é semelhante neste estudo, em que 73,5% (36) da amostra se encontra numa destas situações. Segundo Azevedo et al. (2012), este fenómeno pode ser explicado pelas alterações sociais e psicológicas associadas ao processo de transição para uma situação de reforma ou desemprego. No caso do desemprego, esta associação torna-se mais complexa, uma vez que o desemprego pode aumentar o risco de dor crónica, mas a presença de dor crónica pode contribuir para o desemprego.

Da porção da amostra que se encontra empregada (8,2%; 4), foi questionada com que frequência mensal faltam ao trabalho. Dos 4 participantes que se encontram empregados, apenas 3 responderam, 1 participante referiu que falta cerca de “3 a 4 vezes por mês” e os restantes 2 responderam que “evito faltar” e “nunca”.

No estudo de Azevedo et al. (2012), os autores verificaram que a pessoa com dor crónica falta em média 4,36 dias, o que é semelhante à resposta de um dos participantes, e em 10% dos casos, mais de 10 dias seguidos. Os autores (2012) verificaram ainda que, a pessoa com dor crónica, com atividade profissional é frequentemente afetada por situações de desemprego, retirada de responsabilidades profissionais e mudança de posto de trabalho, o que pode justificar as respostas dadas por 2 participantes “evito faltar” e “nunca”.

Quanto aos diagnósticos clínicos, estes foram agrupados por grupos de diagnóstico homogéneo (GDH), de acordo com a Classificação Internacional para Doenças-11 (CID-11) (OMS, 2020). A amostra apontou ter sido diagnosticada com 1 a 7 diagnósticos clínicos, sendo a média de $2,4 \pm 1,5$. Siedliecki e Good (2006), relatam no seu estudo ser frequente a presença de mais do que um diagnóstico justificativo da dor, o que se verifica neste estudo.

As “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” foram apontadas como as mais frequentes (53%; 26), seguido dos “sintomas, sinais ou achados clínicos anormais, não classificados noutra categoria”, que neste estudo diz respeito a diagnóstico clínico de fibromialgia ou dor neuropática (38,8%; 19) e em terceiro lugar, as “lesões, envenenamentos e outras consequências de causa externa”, que neste estudo diz respeito às hérnias discais cervicais (HDC) ou lombares (HDL) (32,7%; 16). Os dados são apresentados na tabela 1.

Estes resultados são semelhantes ao estudo de Azevedo et al. (2012), onde os autores verificaram que 47% da amostra refere a osteoartrite/osteoartrose (que se inclui nas “doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo”) como diagnóstico clínico principal causador da dor crónica. Em segundo lugar as doenças dos discos intervertebrais (como por exemplo as HDC e HDL), em 21% da amostra. No entanto, a fibromialgia parece afetar apenas 1% da amostra, no estudo dos autores (2012).

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto aos diagnósticos clínicos

GDH, segundo CID-11	N.º de diagnósticos incluídos no GDH	T1 (49) N.º	%
Neoplasia % GDH – 12,2	1	6	12,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas % GDH – 12,2	1	6	12,2
Transtornos mentais e comportamentais % GDH – 14,3	1	7	14,3
Doenças do aparelho ocular e anexos % GDH – 2,0	1	1	2,0
Doenças do aparelho circulatório % GDH – 10,2	1	5	10,2
Doenças do aparelho respiratório % GDH – 2,0	1	1	2,0
Doenças do aparelho digestivo % GDH – 8,1	1 4	3 1	6,1 2,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo % GDH – 53,0	1 2 3 4	16 8 1 1	32,7 16,3 2,0 2,0
Doenças do sistema genito-urinário % GDH – 2,0	1	1	2,0
Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas % GDH – 2,0	1	1	2,0
Sintomas, sinais ou achados clínicos anormais, não classificados noutra categoria (Neste estudo: Fibromialgia; Dor neuropática) % GDH – 38,8	1	19	38,8
Lesões, envenenamentos e outras consequências de causa externa (Neste estudo: HDC; HDL) % GDH – 32,7	1 2	9 7	18,4 14,3

O tempo de diagnóstico clínico da amostra ($N = 49$) foi bastante variável, entre 2 meses a 35 anos, com uma média de $9,0 \pm 8,2$ anos. Este achado é semelhante ao estudo de Azevedo et al. (2012), que refere que a duração média da dor crónica da amostra por eles estudada é de 10 anos.

O sintoma mais frequente, que a totalidade da amostra referiu experienciar, foi a dor (100%; 49), seguido de cansaço (18,4%; 9), parestesias (12,2%; 6), parésia (6,1%; 3), ansiedade (4,1%; 2), humor deprimido (4,1%; 2), mal-estar geral (2%; 1) e plégia (2%; 1).

Castro et al. (2011) e Matos (2012) referem que as pessoas com dor crónica, para além da dor, apresentam sintomatologia depressiva (70% e 34,2%, respetivamente) e ansiosa (60% e 51,4%, respetivamente), no entanto estes sintomas não parecem ser reconhecidos pela amostra em estudo, no entanto parece ser uma observação válida, explorada mais à frente, quando abordarmos a terapêutica medicamentosa.

49% (24) da amostra refere que a causa da dor está relacionada com artrose e/ou osteoporose, 36,7% (18) atribuem como causa da dor a fibromialgia, 22,4% (11) referem que o motivo para a dor é a presença de HDC, 18,4% (9) apresentam dor pós-cirúrgica, causada por complicação cirúrgica, as quedas/acidentes traumáticos e as tendinites representam, cada uma, 10,2% (5) da causa de dor, a artrite reumatóide representa 8,2% (4) da causa de dor, a bursite, a neoplasia, e a espondilite anquilosante representam, cada uma, 4,1% (2) da causa da dor e a doença de Angle, o síndrome de Weber e a lesão do plexo braquial representam, cada uma, 2% (1) da causa de dor.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Azevedo et al. (2012), que 47% da amostra atribuí como causa da dor a osteoartrite/osteoartrose, seguido das doenças dos discos intervertebrais em 21% da amostra e em terceiro lugar, a osteoporose com 15% da amostra a referir como a causa da dor.

Quando questionados acerca da terapêutica medicamentosa, 5 participantes não responderam à questão ou responderam “não sei”, tendo sido feito o acerto estatístico para $N = 44$. Os medicamentos foram agrupados, por grupo medicamentoso (GM), conforme o Prontuário Terapêutico do Infarmed (2020). Verificou-se que a amostra que respondeu, está medicada com 1 a 11 fármacos diferentes, sendo a média de $5 \pm 2,1$ medicamentos por dia.

95,5% (42) da amostra está medicada com analgésicos, dos quais 84,1% estão medicados com analgésicos estupefacientes. Os anti-epiléticos e anti-convulsivantes são o segundo

medicamento mais utilizado pela amostra (61,3%; 27), maioritariamente usados com a função de estabilizadores de humor, ou como analgésicos no tratamento da dor neuropática, periférica ou central, de causa conhecida ou idiopática (Infarmed, 2020). O terceiro medicamento mais utilizado pela amostra são os anti-depressores (59,1%; 26). Os dados são apresentados na tabela 2.

De acordo com Azevedo et al. (2012), 13% dos utentes que sofrem de dor crónica, foram clinicamente diagnosticados com depressão. Castro et al. (2011) e Matos (2012) referem que as pessoas com dor crónica apresentam sintomatologia depressiva (70% e 34,2%, respetivamente) e ansiosa (60% e 51,4%, respetivamente). Os dados deste estudo parecem suportar as afirmações destes autores, uma vez que 59,1% da amostra tem prescritos anti-depressores e 38,6% da amostra tem prescritos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.

Tabela 2 – Distribuição das respostas da amostra quanto à medicação realizada

GM	N.º de medicamentos	T1 (44) N.º	%
Anti-bacterianos % GM – 4,5	1	2	4,5
Anti-hipertensores % GM - 25	1 2	10 1	22,7 2,3
Insulinas, Anti-diabéticos e glucagon % GM – 6,8	1	3	6,8
Anti-ácidos e anti-ulcerosos % GM – 31,8	1	14	31,8
Anti-espasmódicos % GM – 2,3	1	1	2,3
Anti-inflamatórios intestinais % GM – 6,8	1	3	6,8
Venotrópicos % GM – 4,5	1	4	9,1
Medicamentos usados no tratamento da gota % GM – 2,3	1	1	2,3
Anti-dislipidémicos % GM – 27,3	1	12	27,3
Vitaminas e sais minerais % GM – 20,5	1 3	8 1	18,2 2,3
Analgésicos e antipiréticos % GM – 11,4	1	5	11,4
Analgésicos estupefacientes % GM – 84,1	1 2	34 3	77,3 6,8
Anti-inflamatórios não esteróides % GM – 27,3	1 2	9 3	20,5 6,8
Relaxantes musculares % GM – 22,7	1	10	22,7
Anti-depressores % GM – 59,1	1 2 3	20 4 2	45,5 9,1 4,5
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos % GM – 38,6	1 2 3	14 2 1	31,8 4,5 2,3
Anti-psicóticos % GM – 4,5	1	2	4,5
Anti-epiléticos e anti-convulsivantes % GM – 61,3	1 2	25 2	56,8 4,5
Anti-parkinsonicos % GM – 2,3	1	1	2,3

Da totalidade da amostra (N = 49), 47,1% (21) indicou, para além da terapêutica medicamentosa, ter experimentado outras terapêuticas complementares. Dos 21 participantes que responderam afirmativamente à questão, 57,1% (12) já experimentou a acupuntura, 33,3% (7) já experimentou a hidroterapia e fisioterapia, respetivamente e 4,8% (1) experienciou mesoterapia, osteopatia e meditação, respetivamente.

b) Presença de dor ao longo dos quatro tempos do estudo (T1, T2, T3, T4)

À questão “Durante as últimas 24 horas teve dor?”, no primeiro tempo 98% da amostra respondeu afirmativamente, no segundo tempo 92,6% da amostra, no terceiro tempo 80% da amostra e no quarto tempo 90,9% da amostra.

c) Localização da dor ao longo dos quatro tempos do estudo (T1, T2, T3, T4)

A região anatómica foco de maiores queixas álgicas foram:

- no primeiro tempo de estudo (T1), a região dorsal e lombar, onde 79,6% da amostra referiu dor nesta região;
- no segundo tempo de estudo (T2), os membros superiores, onde 77,8% da amostra referiu dor na região;
- no terceiro tempo de estudo (T3), 70,0% da amostra referiu dor na região dorsal e lombar da coluna vertebral, sendo a região de maiores queixas álgicas;
- no quarto tempo de estudo (T4), 59,1% da amostra refere queixas álgicas nos membros superiores, bem como na região dorsal e lombar da coluna vertebral, sendo as duas regiões de maiores queixas álgicas.

Segundo Azevedo et al. (2012), a região da coluna lombar é a região anatómica onde a dor é mais frequente (42%). No Inquérito Nacional de Saúde 2014, a lombalgia foi a dor crónica mais prevalente em Portugal (INE, 2016). As conclusões destes estudos parecem ser semelhantes ao presente estudo, sendo que região dorsal e lombar foi o maior foco de queixas álgicas em três dos quatro tempos do estudo (T1, T3 e T4). No segundo tempo de estudo (T2), 77,8% da amostra assinalou a presença de dor nos membros superiores, o que contraria o estudo de Azevedo et al. (2012), onde apenas 15% da amostra refere dor nesta região anatómica.

As regiões onde a dor foi mais intensa foram a região dorsal e lombar da coluna vertebral, nos três primeiros tempos, com 59,2%, 48,1% e 45,0% da amostra, e no quarto tempo, foram os membros superiores a região de dor mais intensa, com 18,2% da amostra.

Siedliecki e Good (2006), referem que no seu estudo 90% da amostra identificou dois ou mais focos dolorosos, que podem ser de igual ou diferentes intensidades de dor. Também a amostra em estudo revelou sentir vários focos dolorosos, em uma ou mais regiões anatómicas. Os dados são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das respostas da amostra quanto às áreas de dor e áreas de dor mais intensa identificadas, ao longo dos quatro tempos do estudo

(continua)

Áreas de dor	N.º de focos dolorosos	T1 (49) N.º	%	T2 (27) N.º	%	T3 (20) N.º	%	T4 (22) N.º	%
Cabeça, Pescoço e Cervical	1	28	57,1	12	44,4	5	25,0	10	45,5
	2	7	14,3	2	7,4	1	5,0	1	4,5
	TOTAL	35	71,4	14	51,9	6	30,0	11	50,0
Tórax e Abdómen	1	2	4,1	2	7,4	3	15,0	2	9,1
	2	3	6,1	1	3,7				
	3	3	6,1						
TOTAL	8	16,3	3	11,1	3	15,0	2	9,1	
Membros superiores	1	4	8,2	7	25,9	5	25,0	6	27,3
	2	11	22,4	9	33,3	3	15,0	4	18,2
	3	7	14,3	1	3,7	2	10,0	2	9,1
	4	5	10,2	3	11,1	2	10,0		
	5	2	4,1					1	4,5
	6	2	4,1						
	7			1	3,7				
TOTAL	31	63,3	21	77,8	12	60,0	13	59,1	
Membros inferiores	1	2	4,1	8	29,6	5	25,0	3	13,6
	2	16	32,7	6	22,2	4	20,0	4	18,2
	3	10	20,4	1	3,7	1	5,0	1	4,5
	4	4	8,2	1	3,7	1	5,0		
	5	1	2,0						
	6	4	8,2			1	5,0		
	7			2	7,4				
	8	1	2,0						
TOTAL	38	77,6	18	66,7	12	60,0	8	36,4	
Região Dorsal e Lombar	1	23	46,9	14	51,9	9	45,0	11	50,0
	2	15	30,6	6	22,2	5	25,0	2	9,1
	3	1	2,0						
TOTAL	39	79,6	20	74,1	14	70,0	13	59,1	
Áreas de dor mais intensa	N.º de focos dolorosos	T1 (49) N.º	%	T2 (27) N.º	%	T3 (20) N.º	%	T4 (22) N.º	%
Cabeça, Pescoço e Cervical	1	22	44,9	6	22,2	2	10,0	1	4,5
	2	5	10,2	1	3,7				
TOTAL	27	55,1	7	25,9	2	10,0	1	4,5	
Tórax e Abdómen	1	1	2,0	1	3,7	1	5,0	1	4,5
	2	1	2,0						
	3	1	2,0						
TOTAL	3	6,1	1	3,7	1	5,0	1	4,5	
Membros superiores	1	7	14,3	4	14,8	3	15,0	3	13,6
	2	8	16,3	4	14,8	3	15,0		
	3	4	8,2	1	3,7				
	4	5	10,2	1	3,7	1	5,0		
	5	1	2,0					1	4,5
	6	1	2,0						
TOTAL	26	53,1	10	37,0	7	35,0	4	18,2	

(conclusão)

Membros inferiores	1	6	12,2	4	14,8	2	10,0	2	9,1
	2	7	14,3	4	14,8	1	5,0		
	3	7	14,3			2	10,0		
	4	5	10,2						
	6	3	6,1						
	TOTAL	28	57,1	8	29,6	5	25,0	2	9,1
Região Dorsal e Lombar	1	20	40,8	9	33,3	7	35,0	2	9,1
	2	8	16,3	4	14,8	2	10,0		
	3	1	2,0						
	TOTAL	29	59,2	13	48,1	9	45,0	2	9,1

d) Severidade da dor e relação com a musicoterapia

Para avaliar a severidade da dor na pessoa com dor crónica compararam-se as respostas dadas nos quatro tempos do estudo (tabela 4).

Apesar de N ser diferente nos quatros tempos do estudo, podemos referir que a “dor no seu máximo, nas últimas 24 horas” é mais elevada no segundo tempo do estudo (T2) e ligeiramente mais baixa no terceiro e quarto tempo do estudo (T3 e T4), mantendo-se num nível severo de dor. Semelhante ao estudo de Azevedo et al. (2012), em que a “dor no seu máximo, nas últimas 24 horas”, em média é considerada como uma dor severa. No estudo de Siedliecki e Good (2006), a dor no seu máximo é igualmente severa, com uma média de $9,32 \pm 0,962$.

Relativamente à “dor no seu mínimo, nas últimas 24 horas” e à “dor média, nas últimas 24 horas”, verifica-se que é mais elevada no primeiro tempo do estudo (T1) e ligeiramente mais baixa no último tempo do estudo (T4), tendo sido sempre uma dor ligeira e uma dor moderada, respetivamente, ao longo dos tempos de estudo. O mesmo se verificou no estudo de Azevedo et al. (2012), em que a “dor no seu mínimo, nas últimas 24 horas” e a “dor média, nas últimas 24 horas”, em média foram classificadas como uma dor ligeira e dor moderada, respetivamente. No estudo de Siedliecki e Good (2006), a dor média é igualmente moderada, com uma média de $5,91 \pm 2,81$.

A “dor neste preciso momento” é mais elevada no segundo tempo do estudo (T2) e mais baixa no quarto tempo do estudo (T4), tendo permanecido uma dor moderada ao longo dos tempos de estudo. Já no estudo de Azevedo et al. (2012), em que a “dor neste preciso momento”, em média foi classificada como uma dor ligeira.

Para a severidade global da dor verifica-se que no segundo tempo do estudo a dor é ligeiramente mais severa, comparativamente aos restantes grupos, e é menos severa no quarto tempo do estudo.

Num estudo de Matos (2012), a autora verificou que a escala de severidade de dor tinha um valor médio de 7, considerado severo, segundo a classificação de Serlin et al. (1995). Neste estudo verificamos que na amostra a severidade de dor é comparativamente menor, mantendo-se sempre num nível classificado como moderado. Também no estudo de Azevedo et al. (2012), a maioria da amostra (46%), classifica a sua dor como moderada.

Tabela 4 – Caracterização da amostra quanto à severidade da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI)

Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
	M	Desvio Padrão (DP)	M	DP	M	DP	M	DP
“dor no seu máximo, nas últimas 24 horas”	7,3	1,7	7,4	2,3	7,0	1,9	7,0	2,4
“dor no seu mínimo, nas últimas 24 horas”	4,5	2,1	4,4	2,4	4,1	1,9	3,9	1,9
“dor média, nas últimas 24 horas”	5,9	1,7	5,7	2,0	5,7	1,8	5,5	2,0
“dor neste preciso momento”	5,5	2,4	5,7	2,5	5,0	2,7	4,8	2,8
TOTAL	5,7	1,7	5,8	2,0	5,4	1,8	5,2	2,0

Para avaliar a influência da musicoterapia nos itens da escala de severidade da dor da pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16).

Na questão 3, quanto à “dor no seu máximo, nas últimas 24 horas”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto na diminuição da dor ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 1,839$; $p = 0,607$).

Na questão 4, quanto à “dor no seu mínimo, nas últimas 24 horas”, houve diminuição ligeira da dor do primeiro (T1) até ao terceiro tempo do estudo (T3), no entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 1,621$; $p = 0,655$).

Na questão 5, quanto à “dor média, nas últimas 24 horas”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto na diminuição da dor ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 1,173$; $p = 0,760$).

Na questão 6, quanto à “dor neste preciso momento”, houve diminuição da dor do primeiro (T1) até ao terceiro tempo do estudo (T3), no entanto não há diferenças estatisticamente significativas, entre as avaliações ($\chi^2 = 1,331$; $p = 0,722$).

Verificamos que houve uma diminuição da severidade global da dor desde o segundo (T2) para o quarto tempo do estudo (T4), no entanto não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 0,712$; $p = 0,870$).

YousefinejadOstadkelayeh et al. (2005), Horne-Thompson e Grocke (2008), Franco e Rodrigues (2009) e Lee (2016) comprovaram nos seus estudos que a intensidade da dor crónica diminuiu com a participação em sessões de musicoterapia, tanto no imediato, como a curto e a médio prazo, no entanto neste estudo, a terapia pela música não produziu efeitos na intensidade e severidade da dor. Hanser et al. (2006) verificaram no seu estudo que a musicoterapia apenas produz efeitos a curto prazo. A longo prazo não se verificavam diferenças significativas entre o grupo que participou nas sessões de musicoterapia e o grupo de controlo, que não participou na terapia. Low et al. (2020), revelam nos seus estudos que a musicoterapia produziu poucos efeitos na intensidade da dor, sendo este resultado semelhante ao presente estudo.

Quanto à “eficácia dos tratamentos e medicamentos no alívio da dor, nas últimas 24 horas”, foi no segundo tempo de estudo (T2) que os tratamentos e medicamentos foram mais eficazes no alívio da dor e foi no terceiro tempo de estudo que foi reportada a menor eficácia dos tratamentos e medicamentos no alívio da dor. Os dados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto à eficácia dos tratamentos e medicamentos no alívio da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI)

T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
49,2%	21,8%	53,3%	25,0%	45,5%	30,9%	51,8%	25,4%

Para avaliar a influência da musicoterapia na pessoa com dor crónica, no que respeito a “eficácia dos tratamentos e medicamentos no alívio da dor, nas últimas 24 horas”, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos 4 momentos (N = 16). Verificamos que a intervenção através da música não teve impacto no “alívio da dor nas últimas 24 horas através de tratamentos e medicamentos” ao longo dos quatro tempos do estudo, e não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 2,556$; $p = 0,465$).

Segundo Lee (2016), a musicoterapia tem efeitos significativos na diminuição do uso de medicação anestésica, do uso de opióides e do uso de outros fármacos prescritos para o alívio da dor. Isto pressupõe que com a musicoterapia, a eficácia dos “medicamentos no alívio da dor, nas últimas 24 horas” fosse significativa ao longo dos tempos de estudo, possibilitando a redução da utilização destes fármacos. No entanto, neste estudo não é possível comprovar as conclusões do autor, uma vez que a musicoterapia não produziu efeitos.

e) Interferência da dor e relação com a musicoterapia

Na tabela 6 são apresentados os dados relativos à interferência da dor no desempenho de atividades de vida diárias e na relação com familiares e amigos.

A dor interferiu mais nas “atividades de vida diárias”, no “estado de ânimo”, na “relação com as outras pessoas” e na “alegria de viver” no primeiro tempo de estudo (T1) e menos no quarto tempo de estudo (T4).

A dor interferiu mais na “capacidade de andar” no terceiro tempo de estudo (T3) e menos no segundo tempo de estudo (T2).

A dor interferiu mais no “trabalho normal (que inclui o trabalho doméstico e fora de casa)” e no “sono” no primeiro tempo do estudo (T1) e menos no segundo tempo do estudo (T2).

A interferência global da dor nos quatro tempos do estudo é menor nos segundo e quarto tempo.

Num estudo de Matos (2012), a autora verificou que a escala de interferência de dor apresentava valores elevados. Neste estudo verificamos que a interferência global da dor se mantém em valores moderados. A autora (2012) verificou que a dor crónica tinha maior interferência nas atividades em geral ($7,84 \pm 2,196$), no trabalho ($7,78 \pm 2,439$) e alegria de viver ($7,48 \pm 2,77$). Neste estudo verificamos que a maior interferência da dor é no trabalho normal, em todos os tempos de estudo (T1, T2, T3 e T4).

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto à interferência da dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (BPI)

Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“atividades de vida diárias”	4,7	3,1	3,8	3,2	4,3	2,8	3,7	3,1
“estado de ânimo”	6,3	2,9	5,3	3,1	5,1	3,3	4,2	3,6
“capacidade de andar”	6,0	2,9	5,2	2,9	6,2	2,2	5,7	3,1
“trabalho normal”	6,7	2,7	5,9	2,6	6,2	2,5	6,3	2,8
“relação com as outras pessoas”	4,6	3,5	3,9	3,3	3,7	3,1	3,6	3,2
“sono”	6,1	3,3	4,9	3,8	5,8	3,4	5,1	3,4
“alegria de viver”	5,7	3,5	4,7	3,3	4,5	3,1	4,1	3,5
TOTAL	5,7	1,8	4,7	2,4	5,0	2,2	4,6	2,3

Para avaliar a influência da musicoterapia nos itens da escala de interferência da dor da pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16).

Quanto à interferência da dor nas “atividades de vida diárias”, verificamos que houve uma ligeira diminuição ao longo dos tempos do estudo, no entanto não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 0,721$; $p = 0,868$).

Para Leão e Silva (2004), a musicoterapia ajuda a manter o nível de atividade física, fundamental para a realização das atividades de vida diárias. Também Luz (2015), verificou no seu estudo que o domínio físico melhora com a musicoterapia. No entanto, em relação à interferência da dor nas “atividades de vida diárias” não se verificam alterações ao longo dos tempos de estudo.

No “estado de ânimo”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 1,816$; $p = 0,612$).

Segundo Leão (2002), a intervenção pela música melhora o estado de ânimo, por promover recordações agradáveis e significativas do passado. É um excelente método na produção de bom-humor e redução de agressividade, por meio de libertação de endorfinas (Leão & Silva, 2004; Vale, 2006). Neste estudo a terapia pela música não teve impacto no estado de ânimo da pessoa com dor crónica.

Na “capacidade de andar”, verificamos que houve uma diminuição ligeira da interferência da dor, do primeiro (T1) para o último tempo do estudo (T4), no entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 5,55$; $p = 0,135$).

Do ponto de vista físico, a musicoterapia produz alterações fisiológicas, entre as quais, diminuição da fadiga física (Leão, 2002), o que nos levaria a crer que pudesse melhorar a capacidade de se mobilizar/movimentar. Tal como foi mencionado anteriormente, para Leão e Silva (2004), a musicoterapia ajuda a manter o nível de atividade física e para Luz (2015), a musicoterapia melhora o domínio físico. No presente estudo a musicoterapia não teve impacto nesta atividade.

No “trabalho normal”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 3,191$; $p = 0,363$).

Horne-Thompson e Grocke (2008) no seu estudo comparativo, com grupo de controlo, comprovaram que após uma única sessão de musicoterapia, houve redução significativa do cansaço e da sonolência do grupo que recebeu a terapia pela música. Poder-se-ia esperar que a

capacidade para a realização de trabalho normal (que inclui o trabalho doméstico e fora de casa) pudesse melhor, no entanto, neste estudo a musicoterapia não parece ter impacto neste item.

Na “relação com outras pessoas”, verificamos que houve uma diminuição da interferência da dor do primeiro (T1) para o último tempo do estudo (T4) e há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 8,109$; $p = 0,044$), tendo-se verificado um tamanho de efeito baixo (0,169). Ao realizarmos o Teste Wilcoxon entre todos os possíveis pares de momentos, verificamos que as diferenças são entre o T1 e T3 ($p < 0,05$).

Segundo Leão e Silva (2004), a musicoterapia é grande promotora de convívio social. A nível social, combate o isolamento social, promove a participação ativa em atividades de grupo, o entretenimento, a diversão, facilita e encoraja a expressão de sentimentos (Leão, 2002). Low et al. (2020), realizaram um estudo com a duração de 12 semanas, do tipo pré-teste e pós-teste, com uma amostra de 43 utentes com dor crónica, de duração média de 10 anos. Os autores verificaram que a musicoterapia tem efeitos muito significativos ao nível da participação em atividades sociais. Estes aspetos parecem contribuir para a melhoria da relação com os outros, por diminuição da interferência da dor, o que foi possível verificar no estudo, apesar do efeito baixo.

No “sono”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo entre as avaliações ($x^2 = 1,650$; $p = 0,648$).

Segundo Leão (2002), a musicoterapia permitiria que a dor tivesse menor interferência no sono, uma vez que por diminuição do *stress*, melhoraria o padrão de sono e repouso, no entanto isto não se verifica no estudo.

Na “alegria de viver”, verificamos que houve uma diminuição da interferência da dor do primeiro (T1) para o último tempo do estudo (T4) e há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 8,250$; $p = 0,041$), tendo-se verificado um tamanho de efeito baixo (0,172). Ao realizarmos o Teste Wilcoxon entre todos os possíveis pares de momentos, verificamos que as diferenças são entre o T1 e T3 ($p < 0,028$).

Segundo Leão (2002), a nível psicológico, a musicoterapia melhora o estado de ansiedade e depressão em pessoas com dor crónica. Contribui para a afirmação do autoconceito, para a promoção de recordações agradáveis e significativas do passado, e estimula a imaginação e a fantasia. Segundo a mesma autora (2002), é um excelente método de combate à ansiedade e no

controlo emocional. Produz uma sensação de relaxamento e promover o bom-humor (Leão & Silva, 2004; Vale, 2006). Segundo Hanser et al. (2006), após 3 sessões de musicoterapia verificam-se melhorias ao nível da felicidade e uma melhoria global da qualidade de vida. No entanto, a longo prazo, não se verificavam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que participou nas sessões de musicoterapia e o grupo de controlo. Todos os aspetos mencionados pelos autores parecem contribuir para a diminuição da interferência da dor na alegria de viver, o que foi possível verificar no estudo, apesar do efeito baixo.

Verificamos que houve uma diminuição da interferência global da dor do primeiro tempo (T1) para o último tempo do estudo (T4), com tendência para haver alterações com significado estatístico entre as avaliações ($\chi^2 = 7,633; p = 0,054$).

Segundo Low et al. (2020), a musicoterapia tem alguns efeitos na melhoria da interferência global da dor para o desempenho de atividades específicas, o mesmo se verifica no presente estudo.

Na tabela 7 são apresentados os dados relativos à interferência da dor em dois itens da PDI, o comportamento sexual e a relação com a família.

A dor interferiu mais no “comportamento sexual” no primeiro tempo de estudo (T1) e menos no segundo tempo de estudo (T2). Neste estudo a dor parece interferir mais no comportamento sexual da pessoa com dor crónica, comparativamente ao estudo de Azevedo et al. (2012), em que a interferência média da dor é de 2.

A dor interferiu mais na “relação com a família” no primeiro tempo de estudo (T1) e menos no terceiro tempo de estudo (T3), semelhante ao estudo de Azevedo et al. (2012), em que a interferência média da dor é de 4.

Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto à interferência da dor no comportamento sexual e na relação com a família, ao longo dos quatro tempos do estudo (PDI)

Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“comportamento sexual”	4,2	3,6	3,0	3,5	3,6	3,7	3,5	3,7
“relação com a família”	3,5	3,6	3,0	2,9	2,5	2,2	2,9	3,2

Para avaliar a influência da musicoterapia no “comportamento sexual” da pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16). Verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 2,439; p = 0,486$).

Na “relação com a família”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 0,422$; $p = 0,936$).

Low et al. (2020), realizaram um estudo do tipo pré-teste e pós-teste, com uma amostra de 43 utentes com dor crónica, de duração média de 10 anos. A amostra participou num programa de musicoterapia durante 12 semanas. Os autores verificaram que a musicoterapia tem poucos efeitos na satisfação com o papel social. No entanto os autores sugerem que a musicoterapia melhora o bem-estar psicológico e por isso melhora as relações sociais. Seria expectável que pudesse melhorar o papel familiar e a relação com a família, no entanto, neste estudo não se verificam resultados através da terapia pela música.

f) Formas de lidar com a dor e relação com a musicoterapia

Para avaliar as formas de lidar com a dor (*coping*) na pessoa com dor crónica, compararam-se as respostas dadas pelos participantes nos quatro tempos de avaliação, admitindo as respostas aos 28 itens da PCI versão portuguesa de Oliveira e Costa (2012), calculados os *scores* das sub-escalas e o *score* total da escala (tabela 8).

Na sub-escala “transformação da dor”, todas as questões são de orientação positiva. É possível averiguar que é no terceiro tempo do estudo (T3) que os participantes mais frequentemente imaginam a dor como sendo menos violenta do que é na realidade, e é no primeiro tempo do estudo (T1) que os participantes menos frequentemente recorrem a modificações imagética das sensações de dor.

Na sub-escala “distração”, todas as questões são de orientação positiva. Verifica-se que é no quarto tempo do estudo (T4) que os participantes mais frequentemente desviam o foco de atenção da experiência da dor, contrariamente aos restantes grupos (T1, T2, T3).

Na sub-escala “redução do nível de atividade”, todas as questões são de orientação positiva. Verifica-se que é no quarto tempo do estudo (T4) que os participantes mais frequentemente realizam as atividades habituais, mas num ritmo, exatidão e esforço inferiores, e é no terceiro tempo do estudo (T3) que os participantes menos recorrem à redução do nível de atividade na realização das atividades habituais.

Na sub-escala “preocupação”, todas as questões são de orientação negativa. Verifica-se que é no último tempo do estudo (T4) que os participantes menos frequentemente apresentam

pensamentos desadaptativos relativamente à interpretação da dor e estão menos vigilantes face a potenciais estímulos dolorosos, e é no primeiro tempo do estudo (T1) que os participantes mais se preocupam com aspetos ligados à dor.

Na sub-escala “distanciamento”, todas as questões são de orientação negativa. Verifica-se que é no último tempo do estudo (T4) que os participantes menos frequentemente utilizam estratégias em que há um evitamento/anulação de estímulos associados à vivência da dor e é no segundo tempo do estudo (T2) onde os participantes o fazem com mais frequência.

Tabela 8 – Caracterização da amostra quanto às formas de lidar com a dor, ao longo dos quatro tempos do estudo (PCI)

(continua)

Sub-escalas	Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Transformação da dor	“finjo que a dor não está presente”	2,5	1,0	2,9	0,9	3,1	0,8	2,6	1,1
	“finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo”	2,2	1,2	2,2	1,0	2,8	0,7	2,5	1,1
	“imagino que a dor é menos violenta que realmente é”	2,0	1,0	2,6	1,0	2,4	1,1	2,6	1,2
	TOTAL	6,7	2,4	7,6	2,2	8,2	1,9	7,7	2,9
Distração	“penso em coisas e acontecimentos agradáveis”	2,6	1,0	2,6	1,0	2,5	0,9	3,2	1,0
	“distraio-me a mim próprio ocupando-me com uma atividade física”	2,1	1,1	2,3	1,1	2,2	0,9	2,5	1,1
	“distraio-me a mim próprio a ver televisão, ler, ouvir música”	2,6	1,2	2,6	0,9	2,7	1,0	2,7	1,1
	“faço alguma coisa agradável”	2,6	1,0	2,4	0,9	2,6	0,9	2,6	1,2
	TOTAL	9,9	3,2	9,9	2,6	9,9	2,0	11,0	3,3
Redução do nível de atividade	“continuo as minhas atividades com menos esforço”	2,7	1,0	2,5	1,0	2,6	0,9	3,0	1,1
	“continuo as minhas atividades num ritmo mais lento”	3,0	0,9	3,2	0,8	3,1	0,8	3,2	1,1
	“continuo as minhas atividades com menos exatidão”	2,7	1,0	2,8	0,9	2,3	0,9	2,7	1,1
	“limito-me a realizar atividades simples”	2,8	1,0	2,9	1,1	2,9	1,0	2,8	1,1
	TOTAL	8,5	2,3	8,5	2,0	8,0	1,4	8,8	2,6
Preocupação	“concentro-me na dor durante todo o tempo”	2,1	1,0	1,7	0,8	1,9	1,1	2,0	1,1
	“penso nas coisas que ficam por fazer por causa da dor”	2,9	1,2	2,7	1,1	2,6	1,1	2,6	1,0
	“começo a ficar preocupado”	2,9	1,1	2,9	1,1	2,3	1,0	2,4	1,2
	“pergunto-me a mim mesmo qual será a causa da dor”	2,5	1,2	2,3	1,1	2,4	1,3	1,9	1,0
	“penso que a dor irá piorar”	2,7	1,1	2,2	1,1	2,3	1,1	2,0	0,9
	“penso que vou enlouquecer por causa da dor”	2,3	1,1	1,7	1,0	2,0	1,0	1,6	1,0
	“penso que os outros não compreendem o que é sentir uma dor como aquela que sinto”	3,1	1,0	2,9	1,0	3,1	1,0	2,8	0,9
	TOTAL	18,5	4,9	16,4	4,3	16,7	5,3	15,1	4,5
Distanciamento	“desisto das minhas atividades”	2,5	1,0	2,6	1,2	2,5	1,0	2,5	1,1
	“tomo cuidado para não me esforçar fisicamente”	3,1	0,9	3,1	0,9	3,1	0,8	3,4	1,0
	“sento-me ou deito-me a descansar”	2,8	1,1	2,9	0,9	2,7	1,0	3,1	1,2
	“assumo uma posição corporal agradável”	3,0	1,0	3,2	0,7	3,0	0,9	3,2	0,9
	“tomo precauções para não ser incomodado”	2,5	1,2	2,3	1,1	2,3	1,0	2,3	1,2

(conclusão)

“retiro-me para um ambiente sossegado”	2,7	1,1	2,6	1,2	2,5	1,1	2,6	1,3
“tomo cuidado para não ser incomodado com barulhos que me aborrecem”	2,6	1,1	2,8	1,1	2,6	1,0	2,9	1,2
“tomo cuidado para não ser incomodado com a luz”	2,5	1,1	2,6	1,3	2,4	1,0	2,5	1,3
“afasto-me de tudo à minha volta”	2,4	1,2	2,2	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0
“quando estou fora de casa procuro regressar o mais depressa possível”	3,0	1,0	2,8	1,1	2,5	1,2	2,6	1,2
TOTAL	29,6	7,5	29,9	7,1	28,2	6,5	26,9	6,6

Para avaliar a influência da musicoterapia nas formas de lidar com a dor (*coping*) da pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16) (tabela 9).

Na sub-escala “transformação da dor”, houve uma ligeira melhoria da modificação imagética das sensações de dor do primeiro (T1) para o terceiro tempo do estudo (T3), no entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 3,083$; $p = 0,379$).

Na sub-escala “distração”, houve uma ligeira melhoria do foco de atenção da experiência da dor do segundo (T2) para o último tempo do estudo (T4), no entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 5,742$; $p = 0,125$).

Na sub-escala “redução do nível da atividade”, houve uma diminuição da frequência com que se realiza as atividades habituais, num ritmo, exatidão e esforço inferiores do primeiro (T1) para o terceiro tempo do estudo (T3), com diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 14,413$; $p = 0,002$), tendo-se verificado um tamanho de efeito de 0,219. Ao realizarmos o Teste Wilcoxon entre todos os possíveis pares de momentos, verificamos que as diferenças com significado estatístico são entre o T1 e T3 ($p < 0,001$).

Na sub-escala “preocupação”, que é de orientação negativa, a musicoterapia não teve impacto nos pensamentos desadaptativos relativamente à interpretação da dor e vigilância face a potenciais estímulos dolorosos, de modo a evitá-los e não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 2,467$; $p = 0,481$).

Na sub-escala “distanciamento”, que é de orientação negativa, houve uma melhoria da utilização de estratégias para o evitamento/anulação de estímulos associados à vivência de dor ao longo dos tempos do estudo, no entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($x^2 = 5,134$; $p = 0,162$).

De acordo com Brown et al. (1989), a musicoterapia contribuí para a desenvolvimento de estratégias efetivas de *coping* da dor por duas vias: o desvio da atenção do foco de sofrimento

(causado pela dor) pela distração, e a dimensão afetiva. A distração faz com que o indivíduo se distancie da realidade e afastam-no das suas preocupações, fazendo com que se “perca” na música. A dimensão afetiva resulta da evocação de experiências emocionais anteriores, com o objetivo de facilitar a comunicação de sentimentos e emoções. A intervenção pela música as recordações agradáveis e significativas do passado, estimula a imaginação e a fantasia (Leão, 2002). Segundo estes autores, a musicoterapia é promotora de estratégias efetivas de *coping* para lidar com a dor crónica.

Verificamos neste estudo, que a terapia através da música apenas tem impacto sobre a sub-escala cognitivo-comportamental “redução do nível da atividade” da PCI de Kraairmaat e Evers (2003), na versão portuguesa de Oliveira e Costa (2012). No estudo de Bradt et al. (2016), os autores que a musicoterapia é uma terapia eficiente para a construção de sólidas bases fundamentais a uma eficiente gestão da dor crónica. A “redução do nível da atividade” parece ter sido a estratégia aprendida durante as sessões de musicoterapia como forma de gestão da dor crónica.

Tabela 9 – Caracterização da amostra quanto às formas de lidar com a dor na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI)

Sub-escalas	T1		T2		T3		T4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Transformação da dor	7,2	2,5	7,6	1,9	8,5	1,5	7,9	2,4
Distração	10,7	2,4	10,1	2,7	10,2	1,7	11,3	2,8
Redução do nível de atividade	9,7	1,5	8,0	2,4	7,9	1,6	9,3	2,1
Preocupação	17,4	6,1	15,9	4,1	17,0	5,2	15,4	4,6
Distanciamento	30,7	8,2	30,0	5,7	29,5	6,4	27,5	7,0

Apesar da versão portuguesa da PCI (Oliveira & Costa, 2012) ser construída com 28 itens, no questionário foram colocadas as 33 questões da versão original da PCI (Kraairmaat & Evers, 2003) e a questão 34, acrescentada por Oliveira e Costa (2012) na validação da versão portuguesa da PCI. Assim, as questões 9, 14, 23, 28 e 30 são estudadas individualmente, uma vez que não integram a escala de PCI portuguesa (tabela 10).

A questão 9 “quando estou com dor tomo um banho ou um duche”, a questão 14 “quando estou com dor tomo cuidado com aquilo que como e bebo”, a questão 23 “quando estou com dor recorro a estímulos físicos” e a questão 30 “quando estou com dor penso nas dificuldades que as outras pessoas passam” são todas questões de orientação positiva. Verifica-se que entre tempos do estudo (T1, T2, T3, T4) os resultados são muito semelhantes, tendo sido no primeiro tempo do estudo (T1) que os participantes mais recorrem a estas estratégias para lidar com a dor.

A questão 28 “quando estou com dor penso em momentos em que não tenho dor” é uma questão de orientação positiva. Apesar de, tal como nas questões anteriores, os resultados serem semelhantes entre os tempos do estudo, é no segundo tempo do estudo (T2) que os participantes mais frequentemente adotam esta estratégia.

Tabela 10 – Caracterização da amostra quanto aos itens excluídos da escala de formas de lidar com dor (versão portuguesa), longo dos quatro tempos do estudo (PCI)

Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“quando estou com dor tomo um banho ou um duche”	2,9	1,2	2,7	1,1	2,7	1,0	2,8	1,1
“quando estou com dor tomo cuidado com aquilo que como e bebo”	3,1	1,0	2,9	1,0	2,7	1,1	2,8	1,3
“quando estou com dor recorro a estímulos físicos”	3,0	0,9	2,9	0,8	2,9	1,1	2,9	1,1
“quando estou com dor penso em momentos em que não tenho dor”	2,0	1,0	2,4	0,8	2,2	0,9	2,2	1,1
“quando estou com dor penso nas dificuldades que as outras pessoas passam”	3,2	0,7	3,0	0,8	3,1	0,8	3,0	0,8

Para avaliar a influência da musicoterapia nestes 5 itens da versão original de PCI de Kraairmaat e Evers (2003) foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16).

Na questão “quando estou com dor tomo um banho ou um duche”, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 4,181; p = 0,243$).

Na questão “quando estou com dor tomo cuidado com aquilo que como e bebo”, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 4,595; p = 0,204$).

Na questão “quando estou com dor recorro a estímulos físicos”, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 2,806; p = 0,423$).

Na questão “quando estou com dor penso em momentos em que não tenho dor”, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 0,558; p = 0,906$).

Na questão “quando estou com dor penso nas dificuldades que as outras pessoas passam”, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 1,810; p = 0,613$).

De acordo com Brown et al. (1989), seria expectável que a musicoterapia promovesse o desenvolvimento de estratégias efetivas de *coping* da dor. A musicoterapia não teve impacto em nenhum destes fatores. Pode também ser justificado pelo facto de serem itens que não se aplicam à população portuguesa como formas de lidar com a dor, tendo por isso sido excluídos da versão portuguesa da PCI (Oliveira & Costa, 2012).

A questão 34 pretende saber se a pessoa com dor crónica tem “um modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável” (tabela 11). No primeiro tempo do estudo (T1), os participantes parecem ter algumas estratégias desenvolvidas para o alívio da dor ou de forma a tornar a dor mais suportável, apesar de serem estratégias adotadas poucas vezes. Por outro lado, no segundo tempo do estudo (T2) parece ser aquele em que os participantes adotam estratégias próprias com menos frequência.

Tabela 11 – Caracterização da amostra quanto ao modo próprio de fazer diminuir a dor ou torna-la mais tolerável, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI)

T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
2,7	1,1	1,9	0,9	2,2	1,1	2,6	1,0

Para avaliar a influência da musicoterapia no “modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável”, na pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16) (tabela 12). Após a aplicação do teste de Friedman, emparelhado, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo ($\chi^2 = 10,546$; $p = 0,014$), sendo o tamanho do efeito de 0,234. Ao realizarmos o Teste Wilcoxon entre todos os possíveis pares de momentos, verificamos que as diferenças são entre o T1 e T3 ($p < 0,05$).

De referir que o valor mais baixo foi no segundo tempo do estudo (T2) e o mais alto verificou-se no primeiro tempo do estudo (T1).

No estudo de Bradt et al. (2016), os autores verificaram que a musicoterapia é uma terapia eficiente para a construção de sólidas bases fundamentais a uma eficiente gestão da dor crónica, nomeadamente a auto-eficácia, motivação e o *empowerment*. O mesmo se verifica no presente estudo, em que podemos perceber que através da musicoterapia a pessoa com dor crónica desenvolve métodos próprios para a auto-gestão da dor. Segundo Bradt et al. (2016), a musicoterapia melhora a interação social, o que pode criar canais de comunicação entre as pessoas que sofrem de dor crónica, permitindo a partilha entre todos dos métodos que diminuem a dor ou a tornam mais tolerável.

Tabela 12 – Caracterização da amostra quanto ao modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI)

T1		T2		T3		T4	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
2,7	1,1	1,9	0,9	2,2	1,1	2,6	1,0

A questão 34 da PCI pede ao participante que indique os métodos adotados fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável. Nem todos os participantes responderam à questão pelo que N foi alterado de acordo com a ausência de resposta do participante e feito o acerto estatístico.

No primeiro tempo do estudo (T1), a caminhada parece ser a estratégia mais adotada pela amostra (24,3%; 9), seguido do calor local, massagem, repouso e distração ou entretenimento (21,6%; 8), respetivamente.

No segundo tempo do estudo (T2), a principal estratégia de alívio da dor é o duche, calor local, repouso, relaxamento e caminhar (21,4%; 3).

No terceiro tempo do estudo (T3), 50% (4) recorre à distração ou entretenimento e 37,5% (3) preferem caminhar.

No último tempo do estudo (T4), 33,3% (5) prefere o repouso como estratégia própria de alívio da dor e 26,7% (4) privilegiam a massagem.

Os dados são apresentados na tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição das respostas da amostra sobre os métodos adotados para fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI)

	T1 (37) N.º	%	T2 (14) N.º	%	T3 (8) N.º	%	T4 (15) N.º	%
Duche	4	10,8	3	21,4	1	12,5	1	6,7
Pomada Tópica	3	8,1			1	12,5	2	13,3
Calor local	8	21,6	3	21,4	1	12,5	2	13,3
Gelo local	2	5,4	2	14,3			1	6,7
Massagem	8	21,6	2	14,3	1	12,5	4	26,7
Repouso	8	21,6	3	21,4	1	12,5	5	33,3
Isolamento social	1	2,7						
Relaxamento	1	2,7	3	21,4				
Distração/Entretenimento	8	21,6	1	7,1	4	50	2	13,3
Caminhar	9	24,3	3	21,4	3	37,5		
Consumo de álcool			1	7,1				

Para além das questões anteriores, a PCI apresenta duas perguntas de resposta fechada onde se pretende avaliar o quanto a pessoa com fibromialgia sobre o “controlo que considera ter sobre a dor” e se “é capaz de fazer diminuir a dor”, aqui transponível para os restantes diagnósticos.

As respostas ao longo dos tempos do estudo (T1, T2, T3, T4) parecem ser similares, em ambas as questões (tabela 14), apesar de ser no quarto tempo do estudo (T4) que os participantes referem ter um pouco mais de controlo sobre a dor, comparativamente aos restantes tempos do estudo (T1, T2, T3), ainda assim, com “pouco controlo sobre a dor”. Relativamente à capacidade de fazer diminuir a dor, é no segundo tempo do estudo (T2) que os participantes

parecem ser mais capazes de fazer diminuir a dor, no entanto, apenas “capaz de fazer diminuir um pouco a dor”.

Tabela 14 – Caracterização da amostra quanto ao controlo sobre a dor e capacidade de fazer diminuir a dor, ao longo dos quatro momentos do estudo (PCI)

Itens	T1 (49)		T2 (27)		T3 (20)		T4 (22)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“controlo que considera ter sobre a dor”	2,5	0,8	2,6	0,6	2,6	0,6	2,7	0,7
“é capaz de fazer diminuir a dor”	2,0	0,7	2,2	0,8	2,1	0,6	2,1	0,7

Para avaliar a influência da musicoterapia no controlo sobre a dor e na capacidade de a pessoa com dor crónica fazer diminuir a dor, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16) (tabela 15).

Em relação ao “controlo que considera ter sobre a dor”, existe uma ligeira melhoria do primeiro (T1) para o último tempo (T4), no entanto não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 6,864$; $p = 0,076$).

Em relação a “é capaz de fazer diminuir a dor”, verificamos que a intervenção através da música não teve impacto neste item ao longo do tempo e não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 2,871$; $p = 0,412$).

No estudo de Bradt et al. (2016), os autores verificaram que a musicoterapia é uma terapia eficiente para a construção de sólidas bases fundamentais a uma eficiente gestão da dor crónica, nomeadamente a auto-eficácia, motivação e o *empowerment*. Apesar de no estudo a musicoterapia ter contribuído para o desenvolvimento de um modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável, pela pessoa com dor crónica, verificamos que não teve impacto no controlo sobre a dor ou na capacidade de fazer diminuir a intensidade de dor.

Tabela 15 – Caracterização da amostra quanto ao controlo sobre a dor e a capacidade de fazer diminuir a dor na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (PCI)

Itens	T1		T2		T3		T4	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“controlo que considera ter sobre a dor”	2,6	0,6	2,7	0,5	2,6	0,6	3,0	0,5
“é capaz de fazer diminuir a dor”	2,1	0,7	2,3	0,7	2,2	0,6	2,1	0,8

g) Auto-estima e a relação com a musicoterapia

A pontuação compósita da escala varia entre 10 a 40 pontos. Uma auto-estima superior, pressupõe pontuações mais elevadas. Uma pontuação igual a 25 é indicativo de uma auto-estima razoável. Verificamos que é no primeiro tempo do estudo (T1), o único momento que os participantes atingem uma pontuação superior a 25. Nos restantes tempos do estudo (T2, T3,

T4) os participantes têm uma auto-estima que se classifica como abaixo do razoável. Os dados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16 – Caracterização da amostra quanto à auto-estima, ao longo dos quatro tempos do estudo (RSES)

Itens	N (49)		N (27)		N (20)		N (22)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
“Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros”	1,7	0,7	1,6	0,7	1,6	0,6	1,7	0,6
“Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades”	3,5	0,5	3,4	0,7	3,5	0,5	3,4	0,6
“De tempo em tempo, estou inclinado/a a sentir que sou um fracasso”	3,2	0,8	2,8	1,0	3,0	0,8	1,8	0,7
“Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”	1,9	0,8	1,8	0,7	2,1	0,7	3,1	0,8
“Sinto que não tenho muito do que me orgulhar”	2,0	0,9	2,0	0,9	2,0	0,7	2,0	0,6
“Eu tomo uma atitude positiva para mim mesmo/a”	3,1	0,8	3,0	0,7	3,2	0,5	3,1	0,6
“No geral, estou satisfeito/a comigo”	2,1	0,9	2,0	0,6	2,0	0,6	2,0	0,6
“Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a”	2,7	1,0	2,4	0,8	2,5	0,7	2,5	0,8
“Eu certamente sinto-me inútil às vezes”	2,8	0,8	2,5	0,8	2,6	0,7	2,5	0,7
“Às vezes penso que não sou bom/boa em tudo”	2,3	0,8	2,0	0,2	2,2	0,6	2,1	0,6
SCORE TOTAL	25,1	2,0	23,7	1,8	24,5	2,1	24,1	2,1

Para avaliar a influência da musicoterapia na auto-estima da pessoa com dor crónica, foi utilizada a amostra de pessoas que estiveram presente nos quatro tempos do estudo (N = 16) (tabela 17).

Verifica-se que houve uma diminuição da auto-estima da amostra do primeiro (T1) para o segundo tempo do estudo (T2) e novamente, do terceiro (T3) para o quarto tempo do estudo (T4), no entanto, não há diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações ($\chi^2 = 6,256$; $p = 0,100$).

De acordo com Finnerty (2018), a participação ativa em sessões de musicoterapia, melhora a cooperação, atenção e possibilita o desenvolvimento de papéis de liderança. Permite à pessoa tomar decisões e com isto, melhorar a motivação e a auto-confiança. Verifica-se ainda, uma melhoria do bem-estar e da auto-estima da pessoa com dor crónica. No presente estudo a musicoterapia não teve impacto na auto-estima da pessoa com dor crónica, no entanto, Finnerty (2018), alerta para o facto de que a tomada de auto-consciência pela musicoterapia, irá aumentar a percepção acerca da dor, o que poderá piorar inicialmente a sintomatologia depressiva e por isso não ter efeitos imediatos na auto-estima da pessoa com dor crónica.

Tabela 17 – Caracterização da amostra quanto à auto-estima na amostra (N = 16), ao longo das avaliações (RSES)

T1		T2		T3		T4	
M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
24,5	1,7	23,7	1,7	24,6	2,4	24,2	2,2

No segundo, terceiro e quarto tempo do estudo (T2, T3, T4), foi pedido aos participantes que identificassem as vantagens ou benefícios encontrados com a musicoterapia, e de que forma consideraram que esta terapia os ajudou (tabela 18). Nem todos os participantes responderam à questão pelo que N foi alterado de acordo com a ausência de resposta do participante e feito o acerto estatístico.

No segundo tempo do estudo (T2), a principal vantagem encontrada na musicoterapia por 55,6% (15) foi o convívio seguido do relaxamento (37%; 10).

No terceiro tempo do estudo (T3), 79% (15) apontaram a sensação de bem-estar como a principal vantagem, seguido de alívio da dor e interpretação da dor de outra forma (36,8%; 7), respetivamente.

No último tempo do estudo (T4), 72,7% (16) apontaram a sensação de bem-estar como a principal vantagem, seguido do convívio (63,6%; 14).

As vantagens apontadas pelos participantes são muito semelhantes aos benefícios descritos pelos autores. Referem que a musicoterapia é promotora de convívio social (Leão & Silva, 2004), produz uma sensação de relaxamento e conforto, distração, promove o bem-estar (Leão & Silva, 2004; Vale, 2006), combate o isolamento social, melhora a comunicação com os outros e contribuí para o alívio da dor (Leão, 2002).

Tabela 18 – Distribuição das respostas da amostra quanto às vantagens e benefícios encontrados na musicoterapia, ao longo dos três tempos do estudo

	T2 (27) N.º	%	T3 (19) N.º	%	T4 (22) N.º	%
Relaxamento	10	37,0	4	21,1	6	27,3
Convívio	15	55,6	4	21,1	14	63,6
Distração	6	22,2	3	15,8	5	22,7
Interpreta a dor de outra forma	4	14,8	7	36,8	5	22,7
Sensação de bem-estar	9	33,3	15	79,0	16	72,7
Novas aprendizagens	8	29,6	4	21,1	7	31,8
Melhoria da comunicação com os outros	4	14,8	1	5,3	5	22,7
Alívio da dor			7	36,8		
Nenhuma	1	3,7			8	36,4

CONCLUSÃO

A dor crónica é um verdadeiro problema de saúde pública em Portugal, em que é expectável o seu agravamento, devido ao aumento da esperança média de vida e o aumento de comorbilidades. Com este trabalho de investigação percebeu-se as consequências provocadas pela dor crónica, com implicações sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais. É, por isso, importante investir em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e sofrimento da pessoa com dor crónica, principalmente quando as medidas farmacológicas são insuficientes.

Percebeu-se com este trabalho de investigação que a musicoterapia tem impacto na interferência da dor na relação com os outros e na interferência da dor na alegria de viver, bem como na interferência global da dor para o desempenho de atividades específicas. A musicoterapia produziu efeitos a nível cognitivo-comportamental, com a adoção de estratégias de *coping* para lidar com a dor, por diminuição da frequência com que se realiza as atividades habituais, num ritmo, exatidão e esforço inferiores. A terapia através da música contribuiu ainda para o desenvolvimento de métodos próprios de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável. Ao longo dos tempos de estudo verificámos que os efeitos produzidos tiveram maior expressão, entre o primeiro e o terceiro tempo de estudo.

Percebe-se a necessidade de estudar mais acerca dos efeitos da musicoterapia na pessoa com dor crónica em Portugal, em larga escala, a curto, médio e longo prazo para que sejam conhecidos os reais efeitos desta terapia. Seria importante, futuramente, estudar os efeitos da musicoterapia na depressão e ansiedade da pessoa com dor crónica, uma vez que, segundo a literatura, frequentemente tem sintomatologia depressiva e ansiosa associada. Seria também importante garantir as condições para os participantes do estudo poderem manter-se na amostra, nomeadamente assegurar transporte para que a taxa de mortalidade da amostra seja a mínima possível.

As principais dificuldades sentidas no decorrer da investigação prenderam-se com a baixa taxa de adesão ao estudo (32,7%), com elevada taxa de mortalidade da amostra (67,3%), o que influenciou o tamanho reduzido da amostra nos quatro tempos de estudo (N = 16).

Este estudo contribui para a investigação, por demonstrar que a musicoterapia tem algum impacto na pessoa com dor crónica, motivando a investigação a procurar saber mais acerca desta terapia, e produzir mais conhecimento acerca dos benefícios da musicoterapia em Portugal. Contribui para a formação dos profissionais de saúde, por retratar o sofrimento de quem vive com dor crónica, despertando para a necessidade de uma melhor formação acerca

das medidas não farmacológicas de alívio da dor. Contribui para a prática, por demonstrar aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com dor crónica, que a musicoterapia é uma terapia com alguns benefícios demonstrados, motivando a criação de programas de musicoterapia complementares às consultas de dor, em unidades de saúde, no sentido de ajudar a diminuir o sofrimento de quem vive com dor crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F., Junior, A., & Doca, F. (2010). Experiências de Dor e Variáveis Psicossociais: o Estado da Arte no Brasil. *Temas em Psicologia*, 18 (2), páginas 367-376. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a11.pdf>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (s.d.). Sobre a dor: definições. Retrieved from <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... & Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15 (4), páginas 6-56. Retrieved from https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_Questionarios_Dor-Rev_DOR_Volume15-n4-2007.pdf
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., & Mendonça, L. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), páginas 773-783. doi 10.1016/j.pain.2012.05.012
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., & Mendonça, L. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 17 (1), páginas 87-98. doi 10.1007/s10198-014-0659-4
- Bachmann, S., Wieser, S., Oesch, P., Schmidhauser, S., Knüsel, O., & Kool, J. (2009). Three-Year Cost Analysis of Function-Centred Versus Pain-Centred Inpatient Rehabilitation in Patients with Chronic Non-specific Low Back Pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41 (1), páginas 919-923. doi 10.2340/16501977-0449
- Bailey, L. (1986). Music therapy in pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1 (1), páginas 25-28. doi 10.1016/S0885-3924(86)80024-0
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 1 (28), páginas 167-183. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-167.htm#>
- Bradt, J., Norris, M., & Shim, M. (2016). Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study. *Journal of Music Therapy*, 53 (2), páginas 178-206. doi 10.1093/jmt/thw004
- Brown, C., Chen, A., & Dworkin, S. (1989). Music in the Control of Human Pain. *Music Therapy*, 8 (1), páginas 47-60. doi 10.1093/mt/8.1.47
- Capela, C., & Loura, R. (2008). Perturbações de Dor. *Psilogos*, 4 (2), páginas 30-45. Retrieved from <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/516/1/Capela%2030-45.pdf>
- Capela, C., Marques, A., & Assumpção, A. (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (3), páginas 263-268. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/fp/v16n3/13.pdf>
- Casado, L., Vianna, L., & Thuler, L. (2009). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55 (4), páginas 379-388. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/288630193_Fatores_de_risco_para_doencas_cronicas_nao_transmissiveis_no_Brasil_Uma_Revisao_sistemica
- Castro, M., Quarantini, L., & Daltro, C. (2011). Comorbilidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38 (4), páginas 126-129. doi 10.1590/S0101-60832011000400002
- Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory: User Guide. Retrieved from https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf
- Cleeland, C., & Ryan, K. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 23 (2), páginas 129-138. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8080219/>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à

- pessoa em situação crítica; na área de Enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- DECRETO-LEI N.º 80/2018 DE 15 DE OUTUBRO. Diário da República: I série, N.º 198 (2018). Acedido a 01 mai. 2020. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/116673880>
- Dias, A. (2007). Dor Crónica – Um Problema de Saúde Pública. *Psicologia.com.pt*. Retrieved from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0372.pdf>
- Dias, K., Ribeiro, D., & Souza, F. (2003). Melhora da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos tratados com hidroterapia. *Fisioterapia Brasil*, 4 (5), páginas 320-325. Retrieved from <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/viewFile/3045/4832>
- Dias, M., & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1 (10), páginas 91-105. Retrieved from http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6529/1/AP_20%281%29_91.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Saúde de A a Z: Dor. Retrieved from <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABABLSzU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a-z/dor>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Retrieved from https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bqBEdvs0tREJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx+&cd=3&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde N.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Retrieved from https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 015/2013. Atualização: 04/11/2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Retrieved from https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2009, Julho). Interferência da Dor na Vida Diária: Validação de uma versão Portuguesa da Escala de Interferência da Dor do Brief Pain Inventory. Paper presented at the V Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade, Viseu. Retrieved from <http://files.mafvalente.webnode.com.pt/200000068-73831747bb/Pain-related%20Interference%20in%20Daily%20Life.pdf>
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. (2012). Further Validation of a Portuguese Version of the Brief Pain Inventory Interference Scale. *Clínica y Salud*, 23 (1), páginas 89-96. doi 10.5093/cl2012a6
- Finnerty, R. (2018). Music Therapy as na Intervention for Pain Perception. Tese de Doutoramento. Anglia Ruskin University. doi 10.13140/RG.2.2.26573.95207
- Forni, J., Martins, M., Rocha, C., Foss, M., Dias, L., Junior, R., ... & Junior, S. (2012). Perfil sócio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma Clínica de Dor. *Revista da Dor*, 13 (2), páginas 147-151. doi 10.1590/S1806-00132012000200010
- Franco, M., & Rodrigues, A. (2009). Music therapy in relief of pain in oncology patients. *Einstein*, 7 (2), páginas 147-151. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/26627791_Music_therapy_in_relief_of_pain_in_oncology_patients

- Frießem, C., Willweber-Strumpf, A., & Zenz, M. (2009). Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health*, 9 (1), páginas 299-308. doi 10.1186/1471-2458-9-299
- Frutuoso, J., & Cruz, R. (2004). Relato Verbal na Avaliação Psicológica da Dor. *Avaliação Psicológica*, 3 (2), páginas 107-114. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v3n2/v3n2a05.pdf>
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), páginas 100-107. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200002
- Hanser, S., Bauer-Wu, S., & Kubicek, L. (2006). Effects of a Music Therapy Intervention on Quality of Life and Distress in Women with metastatic Breast Cancer. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 4 (3), páginas 116-124. doi 10.2310/7200.2006.014
- Harstall, C., & Ospina, M. (2003). How Prevalent is Chronic Pain?. *Pain: Clinical Updates*, 11 (2), páginas 1-4. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2136>
- Horne-Thompson, A., & Grocke, D. (2008). The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients who are Terminally Ill. *Journal of Palliative Medicine*, 11 (4), páginas 582-590. doi 10.1089/jpm.2007.0193
- Infarmed. (2020). *Prontuário Terapêutico*. Retrieved from <http://app10.infarmed.pt/prontuario/frameprimeiracapitulos.html>
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Retrieved from https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=263714302&att_display=n&att_download=y
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Terminology*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. Retrieved from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Jaén, I., Suso-Ribera, C., & Castilla, D. (2019). Improving chronic pain management with eHealth and mHealth: study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 9 (1), páginas 1-8. doi 10.1136/bmjopen-2019-033586
- Kislaya, I., & Neto, M. (2014). Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito nacional de saúde 2014. *Boletim Epidemiológico do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 8 (1), páginas 39-42. Retrieved from http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4766/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo8.pdf
- Kraairmaat, F., & Evers, A. (2003). Pain-Coping Strategies in Chronic Pain Patients: Psychometric Characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine*, 10 (4), páginas 343-363. doi 10.1207/s15327558ijbm1004_5
- Kreling, M., Cruz, D., & Pimenta, C. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), páginas 509-513. doi 10.1590/S0034-716720060000400007
- Lavand'homme, P. (2011). The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anesthesiology*, 24 (5), páginas 545-550. doi 10.1097/ACO.0b013e32834a4f74
- Leão, E. (2002). *Dor Oncológica: A Música Como Terapia Complementar*. Retrieved from <http://www.hospitalsamaritano.com.br/boletimcentroestudos/1/doroncologica.htm>
- Leão, E., & Silva, M. (2004). Música e Dor Crônica Músculoesquelética: o Potencial Evocativo de Imagens Mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (2), páginas 235-241. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a13.pdf>
- Lee, J. (2016). The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. *Journal of Music Therapy*, 53 (4), páginas 430-477. doi 10.1093/jmt/thw012
- Low, M., Lacson, C., & Zhang, F. (2020). Vocal Music Therapy for Chronic Pain: A Mixed Methods Feasibility Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26 (2), páginas 113-122. doi 10.1089/acm.2019.0249

- Luz, L. (2015). Musicoterapia na Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Retrieved from <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7550>
- Mancini, M., & Sampaio, R. (2006). Quando o Objeto de Estudo é a Literatura: Estudos de Revisão. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (4), páginas 361-472. doi 10.1590/S1413-35552006000400001
- Matos, A. (2012). Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Retrieved from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3360/3/DM_16676.pdf
- McCarberg, B., & Billington, R. (2006). Consequences of Neuropathic Pain: Quality-of-life Issues and Associated Costs. *The American Journal of Managed Care*, 12 (9), páginas 263-268. Retrieved from <https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/da6fc8d6790d525f3ed3b723fd323637e9eb054d.pdf>
- Merskey, H., Fessard, D., Bonica, J., Carmon, A., Dubner, R., Kerr, F., ... & Sunderland, S. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6 (3), páginas 249-252.
- Nemes, M., & Souza, L. (2018). Musicoterapia Receptiva no Tratamento da Dor Crónica. *Revista inCantare*, 9 (1), páginas 47-66. Retrieved from <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/download/2394/1605>
- Oliveira, P. & Costa, M. (2012). Validade e fiabilidade da versão portuguesa do Pain Coping Inventory. *Acta Reumatológica Portuguesa*, 37 (1), páginas 126-133. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66330/2/87559.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). ICD-11: Internacional Classification of Diseases 11th Revision. Retrieved from <https://icd.who.int/en>
- Pollard C. (1984). Preliminary Validity Study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59 (3), página 974. doi 10.2466/pms.1984.59.3.974
- REGULAMENTO N.º 429/2018 DE 16 DE JULHO. Diário da República: II série, N.º 135 (2018). Acedido a 01 nov. 2020. Disponível em www.dre.pt
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., ... Faustino, S. Manual de Dor Crónica. Lisboa. Fundação Grünenthal.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, 148 (3671), página 804. doi 10.1126/science.148.3671.804
- Sá, K., Baptista, A., & Matos, M. (2009). Prevalência de dor crónica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 43 (4), páginas 622-630. Retrieved from <https://www.scielo.org/article/rsp/2009.v43n4/622-630/>
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (1), páginas 253-268. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/40004224_Analise_factorial_confirmatoria_e_validacao_preliminar_de_uma_versao_portuguesa_da_escala_de_auto-estima_de_Rosenberg
- Serlin, R., Mendoza, T., & Nakamura, Y. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61 (2), páginas 277-284. doi 10.1016/0304-3959(94)00178-h
- Siedliecki, S., & Good, M. (2006). Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (5), páginas 553-562. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03860.x
- Silva, C. (2010). Dor Lombar Crónica e Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19930/1/Dor%20lombar%20cr%3bc3bnica%20e%20qualidade%20de%20vida.pdf>
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., Benoliel, R., ... & Wang, S. (2015). A classification of the chronic pain for ICD-11. *Pain Journal*, 156 (6), páginas 1003-1007. doi 10.1097/j.pain.000000000000160

- União Europeia. (2016). REGULAMENTO N.º 2016/679 DE 27 DE ABRIL DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. Jornal Oficial da União Europeia (2016). Acedido a 1 mai. 2020. Disponível em https://www.cncs.gov.pt/content/files/regulamento_ue_2016-679_-_protecao_de_dados.pdf
- Vale, N. (2006). Analgesia Adjuvante e Alternativa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (5), páginas 530-555. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rba/v56n5/12.pdf>
- Voscopoulos, C., & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic?. *British Journal of Anaesthesia*, 105 (1), páginas 69-85. doi 10.1093/bja/aeq323
- Williams, A., & Craig, K. (2016). Updating the definition of pain. *Pain Journal*, 157 (1), páginas 2420-2423. doi 10.1097/j.pain.0000000000000613
- YousefinejadOstadkelayeh, A., Madadi, A., Majedzadeh, S., Shabannia, R., Sadeghian, N., Zarinara, A., ... & Jaddian, A. (2005). The effect of music therapy on chronic pain in patients with cancer. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 34 (Spring 2005) páginas 39-42. Retrieved from <http://journal.qums.ac.ir/article-1-700-fa.pdf>

ANEXOS

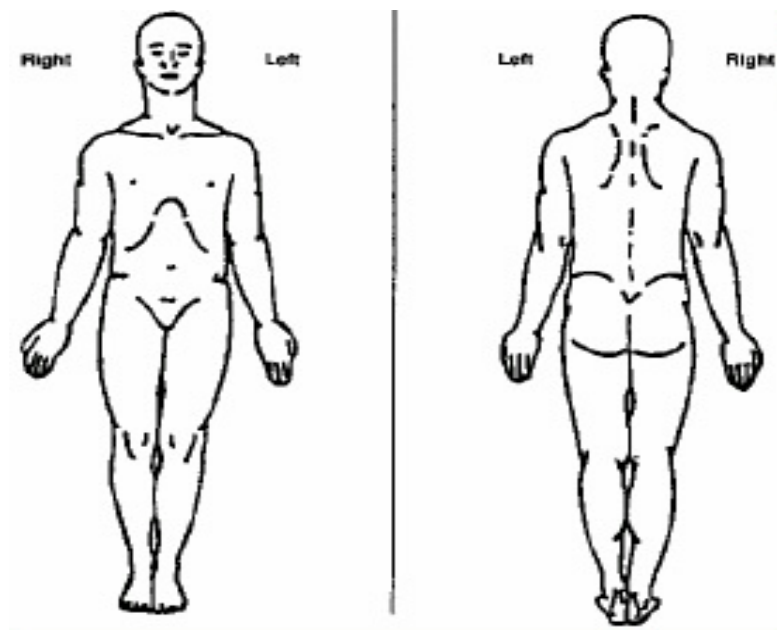
ANEXO I – Questionário pré-teste

Para além dos medicamentos que tipo de terapêuticas faz para a dor?

GRUPO II – Brief Pain Inventory (Short Form) – Inventário resumido da dor

1. Durante as últimas 24 horas teve dor? Sim Não

2. Nas figuras marque, assinalando com um ponto, as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que mais lhe dói



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo nas últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

GRUPO III – FORMAS DE LIDAR COM A DOR (PCI)

As pessoas que sofrem com dor desenvolvem várias formas para lidar com essa dor. Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações acerca de coisas que as pessoas fazem ou pensam **quando estão com dor**.

Por favor indique com que frequência você age ou pensa do modo que é descrito em cada uma das afirmações. Assinale através de um círculo a resposta que mais de adequa ao seu caso de entre as respostas possíveis.

QUANDO ESTOU COM DOR:

		Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1.	Desisto das minhas atividades.	1	2	3	4
2.	Continuo as minhas atividades com menos esforço.	1	2	3	4
3.	Continuo as minhas atividades num ritmo mais lento.	1	2	3	4
4.	Continuo as minhas atividades com menos exatidão.	1	2	3	4
5.	Limito-me a realizar atividades simples.	1	2	3	4
6.	Tomo cuidado para não me esforçar fisicamente.	1	2	3	4
7.	Sento-me ou deito-me a descansar.	1	2	3	4
8.	Assumo uma posição corporal agradável.	1	2	3	4
9.	Tomo um banho ou um duche.	1	2	3	4
10.	Tomo precauções para não ser incomodado(a).	1	2	3	4
11.	Retiro-me para um ambiente sossegado.	1	2	3	4
12.	Tomo cuidado para não ser incomodado(a) com barulhos que me aborreçam.	1	2	3	4
13.	Tomo cuidado para não ser incomodado(a) pela luz (exs.: coloco óculos de sol, corro os cortinados...)	1	2	3	4
14.	Tomo cuidado com aquilo que como e bebo.	1	2	3	4
15.	Finjo que a dor não está presente.	1	2	3	4
16.	Finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo.	1	2	3	4
17.	Concentro-me na dor durante todo o tempo.	1	2	3	4
18.	Imagino que a dor é menos violenta que realmente é.	1	2	3	4
19.	Penso em coisas e acontecimentos agradáveis.	1	2	3	4

20.	Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me com uma atividade física (exs.: caminhar, andar de bicicleta, nadar...).	1	2	3	4
21.	Distraio-me a mim próprio(a) a ver televisão, ler, ouvir música, etc.	1	2	3	4
22.	Faço alguma coisa agradável.	1	2	3	4
23.	Recorro a estímulos físicos (exs. aperto os punhos, toco em mim próprio(a), pressiono ou massajo o local da dor).	1	2	3	4
QUANDO ESTOU COM DOR:		Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
24.	Penso nas coisas que ficam por fazer por causa da dor.	1	2	3	4
25.	Começo a ficar preocupado(a).	1	2	3	4
26.	Pergunto-me a mim mesmo(a) qual será a causa da dor.	1	2	3	4
27.	Penso que a dor irá piorar.	1	2	3	4
28.	Penso em momentos em que não tenho dor.	1	2	3	4
29.	Penso que vou enlouquecer por causa da dor.	1	2	3	4
30.	Penso nas dificuldades que as outras pessoas passam.	1	2	3	4
31.	Penso que os outros não compreendem o que é sentir uma dor como aquela que sinto.	1	2	3	4
32.	Afasto-me de tudo à minha volta.	1	2	3	4
33.	Quando estou fora de casa procuro regressar o mais depressa possível.	1	2	3	4
34.	Tenho um modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável. Qual é esse modo? _____	1	2	3	4

Para responder às próximas duas questões tenha em consideração as respostas que acabou de dar relativas a tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor. Em cada uma das questões, assinale o número mais apropriado ao seu caso.

1. Com base em tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor, que controle considera ter sobre a dor?

1. Não tenho controlo nenhum sobre a dor	2. Tenho pouco controlo sobre a dor	3. Tenho algum controlo sobre a dor	4. Tenho um total controlo sobre a dor
--	-------------------------------------	-------------------------------------	--

2. Com base em tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor, sente que é capaz de fazer diminuir a dor?

1. Não sou capaz de fazer diminuir em nada a dor	2. Sou capaz de fazer diminuir um pouco a dor	3. Sou capaz de fazer diminuir bastante a dor	4. Sou capaz de fazer diminuir totalmente a dor
--	---	---	---

GRUPO IV – ESCALA DE AUTO-ESTIMA

A baixo está uma lista de demonstrações com sentimentos gerais sobre si próprio/a.

Se concordar bastante, faça um círculo em CB. Se concordar com a declaração, faça um círculo em C. Se discordar, faça um círculo em D. Se discordar bastante, faça um círculo em DB.

	CB	C	D	DB
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.				
Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades				
De tudo em tudo, estou inclinado/a a sentir que sou um fracasso.				
Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.				
Eu tomo uma atitude positiva para mim mesmo/a.				
No geral, estou satisfeito/a comigo.				
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a.				
Eu certamente sinto-me inútil às vezes.				
Às vezes penso que não sou bom/boa em tudo.				

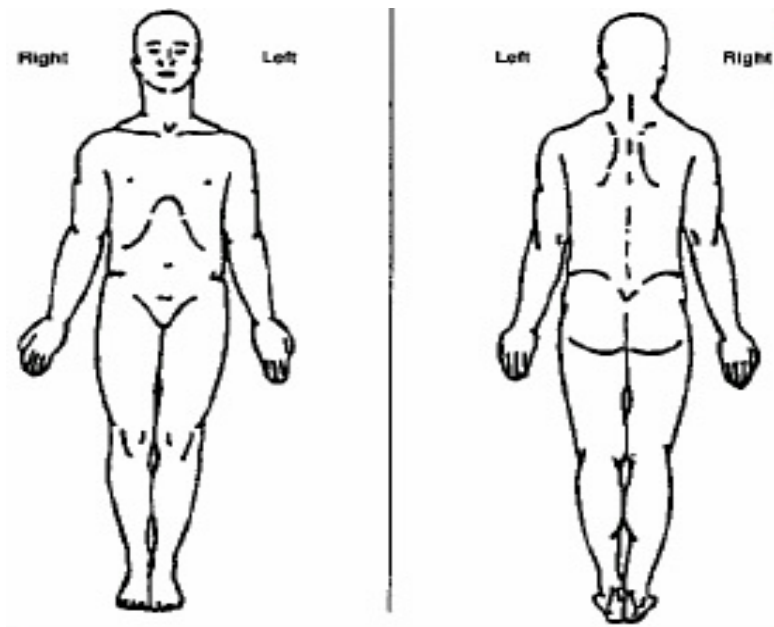
ANEXO II – Questionário pós-teste

Código: ano de nascimento_____ 2 últimos algarismos do telemóvel_____ número de filhos_____

GRUPO II – Brief Pain Inventory (Short Form) – Inventário resumido da dor

1. Durante as últimas 24 horas teve dor? Sim Não

2. Nas figuras marque, assinalando com um ponto, as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que mais lhe dói



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo nas últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo nas últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média nas últimas 24 horas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor neste preciso momento

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

a pior dor que pode imaginar

7. Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Nenhum alívio

Alívio completo

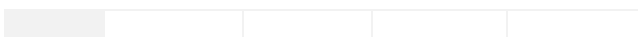
8. Faça uma cruz no quadrado que melhor descreve em que medida é que durante as últimas 24 horas a dor interferiu (0 - Não interferiu e 10 - interferiu completamente) nas seguintes atividades:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividade de vida diária (comer, tomar banho)											
Estado de ânimo											
Capacidade de andar											
Trabalho normal (inclui trabalho doméstico e fora de casa)											
Relação com as outras pessoas											
Sono											
Alegria de viver											
Comportamento sexual											
Relação com a família											

GRUPO III – FORMAS DE LIDAR COM A DOR (PCI)

As pessoas que sofrem com dor desenvolvem várias formas para lidar com essa dor. Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações acerca de coisas que as pessoas fazem ou pensam **quando estão com dor**.

Por favor indique com que frequência você age ou pensa do modo que é descrito em cada uma das afirmações. Assinale através de um círculo a resposta que mais de adequa ao seu caso de entre as respostas possíveis.



QUANDO ESTOU COM DOR:

		Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1.	Desisto das minhas atividades.	1	2	3	4
2.	Continuo as minhas atividades com menos esforço.	1	2	3	4
3.	Continuo as minhas atividades num ritmo mais lento.	1	2	3	4
4.	Continuo as minhas atividades com menos exatidão.	1	2	3	4
5.	Limito-me a realizar atividades simples.	1	2	3	4
6.	Tomo cuidado para não me esforçar fisicamente.	1	2	3	4
7.	Sento-me ou deito-me a descansar.	1	2	3	4
8.	Assumo uma posição corporal agradável.	1	2	3	4
9.	Tomo um banho ou um duche.	1	2	3	4
10.	Tomo precauções para não ser incomodado(a).	1	2	3	4
11.	Retiro-me para um ambiente sossegado.	1	2	3	4
12.	Tomo cuidado para não ser incomodado(a) com barulhos que me aborrecam.	1	2	3	4
13.	Tomo cuidado para não ser incomodado(a) pela luz (exs.: coloco óculos de sol, corro os cortinados...)	1	2	3	4
14.	Tomo cuidado com aquilo que como e bebo.	1	2	3	4
15.	Finjo que a dor não está presente.	1	2	3	4
16.	Finjo que a dor não diz respeito ao meu corpo.	1	2	3	4
17.	Concentro-me na dor durante todo o tempo.	1	2	3	4
18.	Imagino que a dor é menos violenta que realmente é.	1	2	3	4
19.	Penso em coisas e acontecimentos agradáveis.	1	2	3	4
20.	Distraio-me a mim próprio(a) ocupando-me com uma atividade física (exs.: caminhar, andar de bicicleta, nadar...).	1	2	3	4
21.	Distraio-me a mim próprio(a) a ver televisão, ler, ouvir música, etc.	1	2	3	4
22.	Faço alguma coisa agradável.	1	2	3	4
23.	Recorro a estímulos físicos (exs. aperto os punhos, toco em mim próprio(a), pressiono ou massajo o local da dor).	1	2	3	4

		Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
QUANDO ESTOU COM DOR:					
24.	Penso nas coisas que ficam por fazer por causa da dor.	1	2	3	4
25.	Começo a ficar preocupado(a).	1	2	3	4
26.	Pergunto-me a mim mesmo(a) qual será a causa da dor.	1	2	3	4
27.	Penso que a dor irá piorar.	1	2	3	4
28.	Penso em momentos em que não tenho dor.	1	2	3	4
29.	Penso que vou enlouquecer por causa da dor.	1	2	3	4
30.	Penso nas dificuldades que as outras pessoas passam.	1	2	3	4
31.	Penso que os outros não compreendem o que é sentir uma dor como aquela que sinto.	1	2	3	4
32.	Afasto-me de tudo à minha volta.	1	2	3	4
33.	Quando estou fora de casa procuro regressar o mais depressa possível.	1	2	3	4
34.	Tenho um modo próprio de fazer diminuir a dor ou torná-la mais tolerável. Qual é esse modo? _____	1	2	3	4

Para responder às próximas duas questões tenha em consideração as respostas que acabou de dar relativas a tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor. Em cada uma das questões, assinale o número mais apropriado ao seu caso.

1. Com base em tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor, que controle considera ter sobre a dor?

--	--	--	--

1. Não tenho controlo nenhum sobre a dor	2. Tenho pouco controlo sobre a dor	3. Tenho algum controlo sobre a dor	4. Tenho um total controlo sobre a dor
--	-------------------------------------	-------------------------------------	--

2. Com base em tudo aquilo que faz para lidar com a sua dor, sente que é capaz de fazer diminuir a dor?

1. Não sou capaz de fazer diminuir em nada a dor	2. Sou capaz de fazer diminuir um pouco a dor	3. Sou capaz de fazer diminuir bastante a dor	4. Sou capaz de fazer diminuir totalmente a dor
--	---	---	---

GRUPO IV – ESCALA DE AUTO-ESTIMA

A baixo está uma lista de demonstrações com sentimentos gerais sobre si próprio/a.

Se concordar bastante, faça um círculo em CB. Se concordar com a declaração, faça um círculo em C. Se discordar, faça um círculo em D. Se discordar bastante, faça um círculo em DB.

	CB	C	D	DB
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.				
Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades				
De tudo em tudo, estou inclinado/a a sentir que sou um fracasso.				
Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.				
Eu tomo uma atitude positiva para mim mesmo/a.				
No geral, estou satisfeito/a comigo.				
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a.				
Eu certamente sinto-me inútil às vezes.				
Às vezes penso que não sou bom/boa em tudo.				

Refira três vantagens/ganhos que teve ao participar nesta intervenção

ANEXO III – Pedido de Autorização para a Realização do Estudo

ANEXO IV – Autorização para a Realização do Estudo

De: Sónia Guerra <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>

Enviado: 13 de dezembro de 2019 09:56

Para: Maria Pedro Sucena Guarino <maria.guarino@joleiria.pt>

Cc: Elisabete Valente <Elisabete.Valente@chleiria.min-saude.pt>

Assunto: Autorização da adenda ao estudo "STOPain- Efetividade da musicoterapia na melhoria de indicadores clínicos e psicológicos na pessoa com dor crónica"

Boa dia Prof.ª Maria Guarino,

No seguimento do Vosso pedido, sobre a adenda ao estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2019.12.05, deliberou autorizar o mesmo conforme solicitado.**

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Mais se informa que é dado conhecimento desta informação à Diretora do Serviço de Anestesiologia/Unidade de Dor, Dra. Elisabete Valente.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra



Rua das Oihalvas, Pousos | 2410-197 Leiria | Portugal

Tel: +351 244 817 000 Ext: 4002

www.chleiria.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS+ Os primeiros passos do SNS do futuro
PROXIMIDADE www.sns.gov.pt



ANEXO V – Consentimento Informado e Esclarecido Para a Participação no Estudo