

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João Pedro Leite Guerra

**O PAPEL MODERADOR DA
AUTOCOMPAIXÃO NA RELAÇÃO
ENTRE DOR E DEPRESSÃO EM
DOENTES PALIATIVOS**

ARTIGO CIENTÍFICO

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos orientado pelo Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago e Mestre Diogo Rafael Veiga Carreiras apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Novembro de 2020

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O PAPEL MODERADOR DA AUTOCOMPAIXÃO NA RELAÇÃO ENTRE DOR E DEPRESSÃO EM DOENTES PALIATIVOS

João Pedro Leite Guerra

VOLUME 1

Dissertação de Mestrado na área científica de Cuidados Continuados e Paliativos orientada pelo Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago e Mestre Diogo Rafael Veiga Carreiras apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Novembro de 2020

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Santiago pelo empenho e orientação disponibilizados.

Ao Mestre Diogo Rafael Veiga Carreiras pela coorientação.

A todos os utentes que participaram neste estudo pela colaboração voluntária em responder aos questionários.

A todos os profissionais do IPO-C pela colaboração prestada.

Aos meus pais Pedro e Adília pelo apoio incondicional que me têm proporcionado até hoje.

Resumo

Introdução: Na área dos cuidados paliativos, a depressão e a dor são duas variáveis prevalentes sendo a sua relação de reciprocidade por vezes controversa. Sabe-se que a depressão é mais comum nos portadores de dor crónica. Nas últimas décadas, a autocompaixão tem sido apontada como um processo psicológico protetor para o afeto negativo.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar o papel moderador da autocompaixão na relação entre dor e depressão em doentes paliativos.

Métodos: Uma amostra de conveniência de doentes em Cuidados Paliativos preencheu questionários de autorrelato e os dados foram analisados usando SPSS.

Resultados: A amostra foi composta por 33 pacientes em cuidados paliativos, com média de idade de 74,12 anos (DP = 12,76). A partir da análise descritiva dos resultados da *Geriatric Depression Scale*, 22 pacientes encontravam-se deprimidos (66,6%), 9 destes em depressão severa (27,7%). A autocompaixão apresentou uma correlação negativa e moderada com a depressão. A depressão correlacionou-se de forma positiva com a dor. Foi realizada uma regressão hierárquica para prever a depressão. Inicialmente, a dor foi inserida como variável preditora com efeito significativo. Em segundo lugar, a autocompaixão foi inserida e o modelo foi incrementado significativamente, explicando 41% da depressão. Apenas a autocompaixão foi significativa neste modelo.

Conclusões: A associação entre dor e depressão em cuidados paliativos corrobora pesquisas anteriores. Os resultados parecem mostrar que a autocompaixão tem um efeito significativo na relação entre dor e depressão. O cultivo de um relacionamento de compaixão consigo mesmo pode ter um efeito importante na atenuação da ligação entre a dor e a depressão nos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Autocompaixão; Cuidados Paliativos; Depressão; Dor.

Abstract

Introduction: *In palliative care, depression and pain are prevalent variables with a reciprocal and controversial relationship. Depression is common in people with chronic diseases. In the last decades, self-compassion has been appointed as a protective psychological process to negative affect.*

Objectives: *The current study aimed to test the role of self-compassion in the relationship between pain and depression in patients in palliative care.*

Methods: *A convenience sample of patients in Palliative Care completed self-report questionnaires and data was analysed using SPSS.*

Results: *In a sample of 33 patients in palliative care, mean of 74.12 years of age (SD = 12.76), from the descriptive analysis of the results of the Geriatric Depression Scale, 22 patients were depressed (66.6%), 9 of them in severe depression (27.7%). Self-compassion presented a negative and moderate correlation with depression. Depression was positively correlated with pain. A hierarchical regression to predict depression was conducted. Firstly, pain was entered as a predictive variable with a significant effect. Secondly, self-compassion was inserted, and the model was significantly incremented, explaining 41% of depression. Only self-compassion was significant in this model.*

Conclusions: *The association between pain and depression in patients in palliative care corroborate previous results. This study's results seem to show that self-compassion has a significant effect in the relationship between pain and depression. Cultivating a compassion self-to-self relationship might have an important effect attenuating the link between pain and depression in palliative care.*

Key words: *Depression, Pain, Palliative Care, Self-compassion.*

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract	6
Índice	7
Abreviaturas	8
Introdução	9
Metodologia	13
Caracterização da Investigação	13
Questionários de Autorresposta	13
Critérios de Inclusão	14
Procedimentos prévios à investigação	14
Recolha de Dados	15
Variáveis	15
Resultados	16
Análise Preliminar	16
Caracterização da Amostra	16
Estatísticas Descritivas	17
Correlações	18
Regressão hierárquica	19
Discussão	20
Conclusão	22
Anexos	23
Inquérito sociodemográfico	23
Questionário SELFCS	24
Escala Visual Analógica	25
Escala Geriátrica da Depressão	26
Bibliografia	27

Abreviaturas

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS - Administração Regional de Saúde

CID-11 - Classificação Internacional das Doenças (11ª versão)

CP – Cuidados Paliativos

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EVA – Escala Visual Analógica

GDS – *Geriatric Depression Scale*

IPO-C - Instituto Português de Oncologia de Coimbra

SELFCS – *Self-Compassion Scale*

PT - Português

VP - Versão Portuguesa

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP), especialidade médica interdisciplinar, destinam-se à prevenção e alívio do sofrimento, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida de doentes e familiares que enfrentem doenças graves. (1)

Durante anos, a obstinação terapêutica, com desrespeito pelo direito do doente a um final de vida com qualidade e conforto, foi sendo replicada por muitos profissionais de saúde. O insucesso do tratamento foi encarado frequentemente como uma derrota e uma justificação para o fim de linha no cuidado ao doente. (1) O movimento dos CP teve início em Inglaterra na década de 60, alargando-se posteriormente ao Canadá, Estados Unidos e Europa. Na primeira definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), CP foram categorizados como o último estágio de cuidado: *“cuidados oferecidos por uma equipa interdisciplinar voltados para pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida”*. (1)

Anualmente, 40 milhões de pessoas necessitam de CP, sendo que destas 86% nunca chega a receber esses cuidados. (2) Valor que pode estar a diminuir uma vez que em 2014 durante a Assembleia Mundial da Saúde foi aprovada uma resolução apelando aos países membros para incorporar os serviços de CP no sistema de saúde convencional. (3) Segundo esse documento é urgente perceber a necessidade de incluir os CP em todo o processo contínuo tratamento, especialmente no nível dos cuidados de saúde primários (CSP), reconhecendo que a integração inadequada destes cuidados nos sistemas de saúde e assistência social é um fator importante que contribui para a falta de acesso equitativo a esses cuidados. (4) Embora os CP já se encontrassem incluídos no Pacto Internacional das Nações Unidas sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (5), só recentemente os medicamentos essenciais utilizados foram incluídos na Lista de medicamentos essenciais da OMS.(6)

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCPP, 2020), CP traduzem-se numa *“resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias. São considerados cuidados de saúde ativos, coordenados e globais, que*

incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação e combinam ciência e humanismo". Destacam-se como princípios básicos em CP a gestão de sintomas, o equilíbrio entre metas de cuidado e os valores e preferências do doente, a comunicação consistente e sustentada entre o doente e todos os envolvidos em seus cuidados, o apoio psicossocial, espiritual e prático, tanto aos doentes como aos cuidadores e a coordenação entre os locais de assistência.(1)

Como exemplo das diferenças vividas nas diferentes zonas do globo, pode ser lido no Relatório da Comissão Lancet (2018), que 80% das mais de 25,5 milhões de pessoas que morreram em 2015 sofrendo de graves problemas de saúde eram de regiões em desenvolvimento e a grande maioria não tinha acesso a cuidados paliativos e alívio da dor. Ao longo da história, o Homem tem procurado compreender a dor tentando estudá-la, atenuá-la ou mesmo eliminá-la. Considerada pela Direção Geral de Saúde o 5º Sinal Vital (7), mereceu valorização enquanto elemento que deve ser avaliado e registado nas diferentes áreas de cuidado. (8) Como instrumentos de medição da dor sugere-se uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces". É importante a avaliação e registo da dor bem como de todas as intervenções realizadas com o objetivo de a suprimir. (7) Embora possa afetar qualquer pessoa, é causa muito frequente de incapacidade e sofrimento em doentes com cancro. 51 a 70% dos utentes com diagnóstico de neoplasia experimentarão dor nalgum momento da sua evolução clínica, sendo que em doentes em estádios mais avançados essa percentagem aumenta consideravelmente para 70 a 90%. (8) Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) a dor define-se como "*uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão*". (9) A experiência de dor é transversal a todas as fases do ciclo de vida, associando-se às mais diversificadas situações fisiopatológicas, vivenciadas de forma contínua pelo indivíduo. A sua abordagem tem de ser global, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais associadas à patologia dolorosa.(10)

Paralelamente à dor, também a depressão se assume como um diagnóstico frequente em doentes neste nível de Cuidados. Facto que aumenta significativamente o número de contactos com os serviços de saúde e interfere negativamente com a adesão aos tratamentos e com a qualidade de vida destes pacientes. A prevalência de depressão nos doentes em CP pode variar entre 3,7 e 58%. Pelo menos 25% dos doentes internados com doença neoplásica avançada sofre de depressão. (11) Na base desta variabilidade encontram-se fatores como tipo de neoplasia, localização do tumor (mais prevalente em doentes com Cancro do Pâncreas e Cancro da Cabeça e Pescoço) e estadió da doença, alcoolismo, dor mal controlada, causas orgânicas (metastização ou irradiação) e causas iatrogénicas. (11) A depressão é das doenças psiquiátricas com diagnóstico mais difícil em doentes oncológicos, dado que muitos dos sintomas do cancro e efeitos do tratamento se sobrepõem aos sintomas desta doença. (12) Os profissionais de saúde têm de estar sensibilizados para o facto da patologia depressiva existir e ter tratamento. É importante estar atento para a necessidade de instituir o melhor tratamento (1), e que este seja realizado mesmo na fase avançada da doença oncológica, principalmente se houver perspectiva de melhoria da qualidade de vida. Com base na Classificação Internacional das Doenças (11ª versão) CID-11, o transtorno depressivo é caracterizado por humor depressivo (triste, irritável, vazio) ou perda de prazer acompanhada por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. Pode ser episódico ou recorrente, caracterizando-se por humor deprimido com uma frequência diária, acompanhado frequentemente por perda de interesse em atividades, desconcentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva. Podem mesmo existir pensamentos de morte ou suicídio e perturbações no apetite, sono ou energia. Em CP a depressão e a dor são muitas vezes coexistentes e nem sempre se percebe qual a relação entre as mesmas. Num estudo de *Laird et al.* (2009) pode ser encontrada uma média de correlação de dor e depressão de 36.5%. Noutro estudo de *Poole et al* (2009), 26 doentes foram diagnosticados com depressão (72% da amostra), sendo que destes, 25 relacionaram o seu estado depressivo como resposta à dor.

Recentemente na literatura, e no âmbito da identificação de processos psicológicos protetores do afeto negativo, a “compaixão” tem sido cada vez mais estudada. Pode ser definida como a abertura ao sofrimento dos outros, com o intuito

de minimizar o seu sofrimento. (13) Tornou-se um foco de interesse em pesquisa científica apenas nas últimas décadas, sendo ainda redutora por se encontrar numa fase embrionária. (14) Dois estudos recentes, destinados a caracterizar a compaixão com base na definição dada por doentes em cuidados paliativos e pelos seus cuidadores, referem que a compaixão é compreendida enquanto resposta que busca abordar o sofrimento e necessidades de uma pessoa através da compreensão relacional e ação. (15) Para esses pacientes, compaixão é uma qualidade inerente em alguns profissionais de saúde mas também poderia ser treinada. (16)

A compaixão direcionada para o “eu” designa-se por “Autocompaixão” e compreende três componentes básicos: estender a bondade e compreensão para si mesmo, em vez da autocrítica e julgamento severos; ver as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior, e não de forma separada e isolada; manter os pensamentos e sentimentos dolorosos de forma equilibrada em vez de se identificar demasiado com eles. (13) Estudos nesta área têm registado que pessoas mais autocompassivas apresentam menores níveis de depressão e melhor capacidade de coping com a dor crónica. A autocompaixão também representa uma integração equilibrada entre preocupação consigo mesmo e preocupação com os outros, essencial para uma otimização psicológica funcional.(17) Desta forma, pode ser encontrada na autocompaixão uma estratégia de regulação emocional adaptativa “sensibilidade à experiência do sofrimento, inerente à natureza humana, e um profundo desejo de aliviar esse mesmo sofrimento” (18) Experimentar compaixão, implica o reconhecimento da presença de dor (19). Contudo, ao deixar se ter o foco em si, a pessoa autocompassiva sente menos sentimentos de vergonha e culpa, aumentando a resiliência e o bem-estar geral. (20)

Desta forma, este trabalho tem como objetivo a avaliação do efeito moderador da Autocompaixão na relação entre a Dor e a Depressão em doentes paliativos.

Metodologia

Caracterização da Investigação

Realizou-se um estudo observacional e correlacional, de natureza transversal numa amostra de conveniência de doentes seguidos em Consulta de Paliativos no IPO-C (Instituto Português de Oncologia de Coimbra) entre os meses de fevereiro e outubro de 2020. Para esta investigação foram utilizados três questionários: a Escala Autocompaixão (SELFCS), (Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006), a Escala Geriátrica de Depressão (GDS), versão portuguesa de GERMI (Yesavage et al. (1983) ‘*Development and validation of a geriatric depression screening scale*’) e a Escala Visual Analógica da Dor.

O entrevistador foi simultaneamente o autor da tese e os entrevistados os doentes que afluíram à consulta de Paliativos nesses mesmos meses, até se ter obtido um total de 33 utentes.

Questionários de Autorresposta

A Escala Autocompaixão (SELFCS), (Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006) é o instrumento de medição mais utilizado para avaliar a Autocompaixão. Constituída por 26 itens, avalia as 3 dimensões básicas da Autocompaixão: Autobondade (Capacidade de ser compreensivo consigo próprio) condição humana (capacidade para compreender as experiências humanas como parte de uma experiência maior) e o Mindfulness (Consciência e aceitação dos próprios sentimentos).(21)

“Os itens estão agrupados em seis subescalas: Autobondade, Autojulgamento; Condição Humana; Isolamento; Mindfulness e Sobre-identificação. Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre). Dados referentes às subescalas: Itens AutoBondade: 5, 12, 19, 23, 26 Itens Auto-Ajuizamento (autocriticismo): 1, 8, 11, 16, 21 Itens Humanidade Comum: 3, 7, 10, 15 Itens Isolamento: 4, 13, 18, 25 Itens Mindfulness: 9, 14, 17, 22 Itens Sobre-Identificação: 2, 6, 20, 24. A cotação total é obtida através da média da pontuação de todos os itens, além de que o instrumento de autorresposta permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações mais elevadas significam mais autocompaixão. Os

itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total (i.e., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3. 4 = 2, 5 = 1).” (21)

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS), versão portuguesa de GERMI (Yesavage et al. (1983) ‘*Development and validation of a geriatric depression screening scale*’) é uma medida de autoavaliação da depressão em adultos mais velhos. Os participantes respondem no formato “Sim / Não”. A escala foi originalmente desenvolvida como um instrumento de 30 itens, instrumento este utilizado durante este estudo.

A Escala Visual Analógica da Dor é numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. O objetivo da escala cumpre-se quando o utente faz a equivalência entre a intensidade da sua própria dor e a classificação numérica existente (0 = “Sem Dor” e 10 = “Dor Máxima”).

Critérios de Inclusão

O presente estudo tinha inicialmente como fatores de inclusão: idade compreendida entre 60 e 90 anos; acompanhamento nos Cuidados Paliativos Oncológicos; início dos tratamentos há menos de 2 anos. Fatores estes que dado o contexto da pandemia vivida no presente ano foram alterados de forma a abranger um maior número de utentes. Como fatores de exclusão destacam-se a Incapacidade de resposta por motivos motores ou do próprio.

Procedimentos prévios à investigação

O presente estudo faz parte de uma investigação, cujos procedimentos foram aprovados Comissões de Ética do IPOC e da FMUC (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Foram cumpridos os princípios que dizem à respeito à Declaração de Helsínquia. Posteriormente, foram agendadas com o Investigador responsável as datas para a recolha de dados, que se realizou no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO de Coimbra.

Recolha de Dados

Os consentimentos informados, com informação sobre o estudo, objetivos, proteção de dados, confidencialidade e anonimato foram lidos e após compreensão e aceitação foram assinados pelo utente ou representante legal. Os instrumentos de autorrelato foram administrados aos utentes inscritos na Consulta Externa de Paliativos do IPO-C. Os dados foram recolhidos entre fevereiro e outubro de 2020. Durante o preenchimento dos questionários, o investigador esteve presente para esclarecer dúvidas e garantir a independência das respostas. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e outubro de 2020. O questionário foi aplicado pelo investigador do projeto, devidamente identificado como estudante do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O investigador, dirigindo-se aos doentes, informava-os do assunto da entrevista, sendo o questionário lido pelo entrevistador a todos os consulentes antes do entrevistado o responder. Os utentes entrevistados eram todos aqueles que se encontravam na sala de espera aguardando por consulta.

Variáveis

As variáveis em estudo nesta investigação correspondem a:

- Idade: variável numérica;
- Género: variável nominal;
- Viver acompanhado: variável nominal
- Grau de formação académica: variável ordinal
- Grau de rendimento mensal: variável ordinal
- Nível de Autocompaixão: variável numérica
- Intensidade de Dor: variável numérica
- Nível de Depressão: variável numérica

Resultados

Análise Preliminar

A normalidade da distribuição das variáveis em estudo foi analisada com base no teste de *Kolmogorov Smirnov* e os resultados evidenciaram que amostra não segue uma distribuição normal. Neste sentido os dados foram analisados com recurso a testes não paramétricos.

Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 33 utentes em CP dos quais 42.4% são mulheres e 57.6% são homens. A média de idades da amostra é de 74.12 anos ($DP = 12.76$). 75.8% reporta viver acompanhado. Quanto ao nível de escolaridade, 24.2% reporta ser inferior ao 4º ano, 42.4% tem o 4ºano de escolaridade e 33.3% superior ao 4º ano. Relativamente ao nível socioeconómico, 57.6% afirma ter rendimentos inferiores ao ordenado mínimo e 42.4% superior a ordenado mínimo. O teste não paramétrico *U Mann-Whitney* (para amostras independentes) revelou não existirem diferenças entre homens e mulheres quanto à idade ($U = 117, p = .56$).

		n (%) 2020
Vive acompanhado?	Sim	25 (75.8%)
	Não	8 (24,2%)
Nível de escolaridade	< 4º ano	8 (24.2%)
	4º ano	14 (42.4%)
	> 4º ano	11 (33.3%)
Rendimento	< ordenado mínimo	19 (57.6%)
	>ordenado mínimo	14 (42.4%)

Tabela I. Análise descritiva da amostra estudada, n=33 elementos

Estatísticas Descritivas

Na Tabela II são apresentadas as estatísticas descritivas para a amostra total e por género. No que diz respeito á intensidade da Dor, a mediana de respostas foi de “3” nos utentes do sexo masculino e “5” no sexo feminino, não havendo diferenças estatisticamente significativas ($U = 104.5$, $p = .29$). Quanto à Autocompaixão, os dados apontam para níveis mais elevados no sexo masculino ($Mdn = 3.88$) em relação ao sexo feminino ($Mdn = 3.56$), mas essa diferença não obteve significância estatística ($U = 85$, $p = .08$). Os níveis de depressão são superiores nos utentes do sexo feminino ($Mdn = 15.5$) em relação aos utentes do sexo masculino ($Mdn = 12$), no entanto esta diferença não é significativa ($U = 97$, $p = .19$). Também o índice de Depressão dos doentes que vivem sozinhos ($Mdn = 17.75$) é maior do que o dos doentes que vivem acompanhados ($Mdn = 16.76$), não sendo essa diferença estatisticamente significativa. No que diz respeito à distribuição do índice de depressão pelos diferentes graus de formação académica esta também não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Variáveis	Total (N = 33)	Homens (n = 19)	Mulheres (n = 14)	U	p
	Mdn	Mdn	Mdn		
Dor (EVA)	5	3	5	104.50	.29
Autocompaixão (SELFCS)	3.77	3.88	3.56	85.00	.08
Depressão (Geriatric Depression Scale)	14	12	15.5	97.00	.19

Tabela II. Mediana (*Mdn*) e Testes *U* Mann-Whitney (*U*) para as diferentes variáveis em estudo na amostra total e na amostra dividida por sexo.

De salientar que da análise descritiva dos resultados da Escala Geriátrica de Depressão, se infere que 22 dos utentes em estudo se encontravam deprimidos (66.6%), sendo que destes, 9 se encontravam em Depressão Severa (27.7%).

GDS	N (%)
0-9 (Normal)	11 (33.3%)
10-19 (Depressão Moderada)	13 (39.4%)
20-30 (Depressão Severa)	9 (27.3%)

Tabela III. Distribuição dos resultados da Escala Geriátrica da Depressão

Correlações

As correlações entre as variáveis em estudo foram analisadas através do coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 2). Os resultados mostraram que a autocompaixão apresentou uma correlação negativa moderada com a depressão. A depressão apresentou uma correlação positiva ligeira com a dor.

	1	2	3
Dor (EVA)	1	-	-
Autocompaixão (SELFCS)	-.27	1	-
Depressão (GDS)	.35*	-.62**	1

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$. SELFCS = Self-Compassion Scale; GDS = Geriatric Depression Scale

Tabela IV. Correlações de *Spearman* entre as variáveis em estudo ($N = 33$).

Regressão hierárquica

Foi realizada uma regressão hierárquica para explorar o poder preditivo da dor e da autocompaixão relativamente à depressão (Tabela V). Neste sentido, no primeiro passo, foi introduzida unicamente a dor como variável preditora. O modelo foi significativo e explicou 11% da variância da depressão ($F_{(1, 31)} = 4.96, p = .03$). Seguidamente, no segundo passo, foi introduzida a autocompaixão como variável preditora. O modelo foi incrementado significativamente, explicando 41% da variância da depressão ($F_{(2, 30)} = 12.23, p < .001$). Apenas a autocompaixão apresentou poder preditivo significativo ($\beta = -.60, p < .001$).

Variáveis	R ²	R ² Ajustado	R ² Mudança	F Mudança	B	β	VIF
Model 1	.14	.11	.14	4.91**			
Dor (EVA)					.75	.37*	1.00
Model 2	.45	.41	.31	16.98**			
Dor (EVA)					.31	.15	1.15
Autocompaixão (SELFCS)					-5.89	-.60**	1.15

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$.

Tabela V. Modelo de Regressão hierárquica

Discussão

O estudo foi realizado com uma amostra de 33 utentes, todos seguidos em Consulta de Paliativos no IPO-C entre os meses de fevereiro e outubro de 2020. Inicialmente previsto para os meses de fevereiro e março, o intervalo de recolha dos questionários teve de ser alargado dadas as contingências necessárias para a proteção e segurança de utentes e profissionais de saúde durante a Pandemia por Covid19 no IPO-C. Todas as entrevistas, realizadas pelo autor da dissertação, decorreram sem limitações, para além das registadas anteriormente, inerentes aos protocolos internos da Instituição. Todos os questionários utilizados estão validados e traduzidos para a população portuguesa. No que diz respeito à amostra, embora o número de utentes seja de apenas 33, não se registaram diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à idade, espelhando uma população envelhecida, com uma frequência grande de utentes com nível de escolaridade e de rendimento baixos, fatores de risco para a prevalência de depressão. Por outro lado, 75.8% reportou não viver sozinho podendo fazer pesar o outro lado da balança no que se refere a fatores protetores da saúde mental. As diferenças na Intensidade da dor e o índice de depressão não foram estatisticamente significativas entre utentes do sexo feminino e masculino. Segundo os dados encontrados, embora na população geral a depressão possa ser 2 vezes mais frequente, na população oncológica essa relação não se verifica de forma consistente. (22). No que diz respeito à prevalência de depressão na amostra estudada, foram identificados 66.6% de utentes com índices compatíveis com o diagnóstico, sendo que 27.7% de todos os utentes se encontravam com índices de depressão severa. Sabe-se que a depressão é muito prevalente em populações em cuidados paliativos e em populações envelhecidas, ambos os factos presentes na amostra estudada. Segundo o estudo de Rombaldi et al os fatores que se associam à patologia depressiva na população geral são o género feminino, rendimento baixo, idade entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas/separadas, viúvas ou que habitem sozinhas, habitantes de zonas urbanas e stress. (12) No entanto, é importante a avaliação de depressão em todos os doentes oncológicos, por ser um diagnóstico que poderá interferir com a adesão à terapêutica e com a qualidade de vida do utente, alterando o curso da doença/tumor. A aplicação de instrumentos como a GDS e o rastreio de fatores de risco (tipo de tumor, localização ou tempo de tratamento) poderão ajudar na decisão da orientação a tomar por parte do médico assistente.(12) Após as correlações entre as variáveis em estudo detetou-

se que a autocompaixão apresentou uma correlação negativa moderada com a depressão, facto que tem sido demonstrado em inúmeros estudos, sendo um forte preditor da saúde mental e do bem-estar. Segundo uma revisão publicada no *Journal of Research in Personality* (2007) a autocompaixão está intimamente ligada ao funcionamento psicológico adaptativo, protegendo da ansiedade que deriva da autocrítica.(23) Por outro lado o aumento da autocompaixão foi associada a outros ganhos em marcadores de saúde mental. Sabe-se que está negativamente associada ao autojulgamento, perfeccionismo, queixas de ansiedade, pensamentos ruminativos ou supressão do próprio pensamento, depressão, e afetividade negativa generalizada. Ainda assim, encontra-se relacionada positivamente com a felicidade e satisfação pessoal, inteligência emocional e interação social, sabedoria, curiosidade e abertura e a afetividade positiva. (24) A depressão, por outro lado, registou uma correlação positiva ligeira com a dor. Inúmeros trabalhos realçam que mesmo em quadros estritamente orgânicos a interferência de aspetos psicológicos tem sido importante na prevalência de dor. Tanto as síndromes dolorosas crónicas podem preceder o aparecimento da depressão, como a depressão pode favorecer o aparecimento de dor. (25) Durante o processo de regressão hierárquica, a relação entre “Dor” e “Depressão” deixou de ser significativa após a adição da variável “Autocompaixão”. A anulação deste efeito reveste-se de uma enorme importância indo ao encontro do objetivo que levou à realização deste trabalho. O conceito de Autocompaixão há muito que pode ser encontrado na literatura, existindo, no entanto, poucos estudos que indiquem a real importância e potencial interferência na dor e na depressão em doentes em CP. Encerra em si um equilíbrio entre as preocupações do próprio e as preocupações para com os outros. Encorajar o desenvolvimento da autocompaixão poderá significar ganhos no combate à autocrítica destrutiva, no reconhecimento da ligação com os outros e na forma como se lida com as suas próprias emoções. Sabe-se que a população em questão carece de cuidados especiais e de um nível de cuidados personalizados, existindo por vezes recursos humanos limitados ou falta de sensibilização para treinos de domínio da Autocompaixão.

Conclusão

Concluiu-se que a introdução de medidas no sentido de melhorar autocompaixão de utentes em Cuidados Paliativos poderá ter efeitos benéficos na dor e depressão individualmente bem como na sua relação, relação essa já estudada anteriormente. Torna-se prioritário sensibilizar profissionais de saúde, utentes e cuidadores para este conceito de forma a poder ser tido em conta aquando da avaliação e intervenção com o utente. Programas ou terapias focadas na compaixão poderão ser úteis para doentes em cuidados paliativos, de forma a atenuar a relação entre a dor e a sintomatologia depressiva. São necessários mais estudos, noutras valências dos cuidados paliativos de forma a poder mapear de forma ainda mais detalhada os seus efeitos na melhoria da qualidade de vida do utente.

Anexos

Inquérito sociodemográfico

PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Idade: ____

Sexo:

Feminino ____

Masculino ____

Vive acompanhado?

SIM ____

NÃO ____

Formação académica:

Inferior a 4ª classe ____

4ª classe ____

Superior a 4ª classe ____

Rendimento mensal:

Inferior ao ordenado mínimo nacional ____

Superior ao ordenado mínimo nacional ____

Questionário SELFCS

SELFCS

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

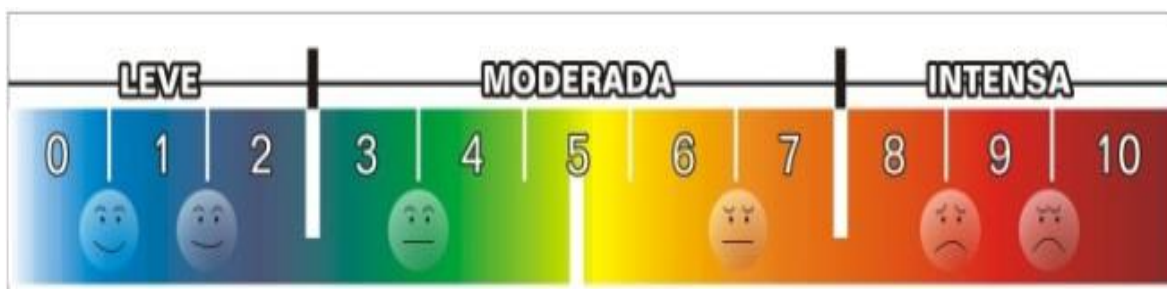
Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa..					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.					

	1	2	3	4	5
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afecto que necessito.					
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

Escala Visual Analógica



Escala Geriátrica da Depressão

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

*Yesavage et al. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression screening scale'
J. Psychiatric Res. 17:37-49*

Nome: _____

Idade: ____ Escolaridade: _____ Data: ____ de ____ de ____

Responda **SIM** ou **NÃO** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Está satisfeito(a) com a sua vida? | Sim | Não |
| 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses? | Sim | Não |
| 3. Sente a sua vida vazia? | Sim | Não |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? | Sim | Não |
| 5. Tem esperança no futuro? | Sim | Não |
| 6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar? | Sim | Não |
| 7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? | Sim | Não |
| 8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? | Sim | Não |
| 9. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | Sim | Não |
| 10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? | Sim | Não |
| 11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)? | Sim | Não |
| 12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? | Sim | Não |
| 13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro? | Sim | Não |
| 14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas? | Sim | Não |
| 15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)? | Sim | Não |
| 16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)? | Sim | Não |
| 17. Sente-se inútil? | Sim | Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | Sim | Não |
| 19. Acha a sua vida interessante? | Sim | Não |
| 20. É difícil começar novas actividades? | Sim | Não |
| 21. Sente-se cheio(a) de energia? | Sim | Não |
| 22. Sente que para si não há esperança? | Sim | Não |
| 23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)? | Sim | Não |
| 24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? | Sim | Não |
| 25. Sente muitas vezes vontade de chorar? | Sim | Não |
| 26. Tem dificuldade em se concentrar? | Sim | Não |
| 27. Gosta de se levantar de manhã? | Sim | Não |
| 28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? | Sim | Não |
| 29. Tem facilidade em tomar decisões? | Sim | Não |
| 30. O seu pensamento é tão claro como era antes? | Sim | Não |

Bibliografia

1. Silva RCF da, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saude Publica*. 2006;22(10):2055–66.
2. World Health Organization. Infographics on Palliative Care. Who. 2016;15.
3. United T, Millennium N. Progress report on the health-related MDGs. *Millenn Dev Goals*. 2020;1–6.
4. WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Sixty-seventh world Heal Assem. 2014;1–5.
5. United Nations General Assembly. PIDESC - Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. PIDESC - Pacto Int sobre os Direitos Económicos, Sociais e Cult. 1966;(21):1–8.
6. World Health Organization. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee [Internet]. Vol. 1006, World Health Organization - Technical Report Series. 2017. 1–268 p.
7. Miguel JP. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa. A dor como 5º Sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. *Circ Norm DGS*. 2003;1(1):1–6.
8. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados Paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(1):84–91.
9. Srinivasa NR, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos , desafios e compromissos. 2020;1–8.
10. Fonseca JC, Lopes MJ, Ramos AF. Pessoas com dor e necessidades de intervenção: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):771–8.
11. Massie MJ, Holland JC. Depression and the Cancer Patient *J Clin Psychiatry* 1990; 51(7) 12–17.
12. Ferreira AS, Bicalho BP, Neves LFG, Menezes MT, Silva TA, Faier TA, et al. Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes. *Rev Bras Cancerol*. 2016;62(4):321–8.
13. Campbell RJ, Kagan N, Krathwohl DR. The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self Identity*. 2003;(2):223–50.
14. Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: A review. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018;12(4):472–9.
15. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):193–203.
16. Sinclair S, Torres MB, Raffin-Bouchal S, Hack TF, McClement S, Hagen NA, et al. Compassion training in healthcare: What are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Med Educ*. 2016;16(1):1–10.
17. Neff KD. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a HealthyAttitudeToward Oneself. *Self Identity*. 2003;(2):85–101.
18. Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychol Bull*. 2010;136(3):351–74.
19. Dahm KA, Meyer EC, Neff KD, Kimbrel NA, Gulliver SB, Morrissette SB. Mindfulness, Self-Compassion, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Functional Disability in U.S. Iraq and Afghanistan War Veterans. 2007;20(3):251–62.
20. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self Identity*. 2011;10(3):352–62.
21. Castilho P, Pinto-Gouveia J, Duarte J. Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *J Clin Psychol*. 2015;71(9):856–70.
22. Julião M, Barbosa A. Depression in palliative care: Prevalence and assessment. *Acta Med Port*. 2011;24(SUPPL.4):807–18.
23. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological

- functioning. *J Res Pers.* 2007;41(1):139–54.
24. Silva JER. Mindfulness , Autocompaixão e Bem-Estar Espiritual na Depressão Crônica. 2015.
 25. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa Â. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(5):470–7.