

Dor no transtorno bipolar: prevalência, características e relação com risco de suicídio*

Ana Carolina Ferreira Rosa¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6262-2145>

Eliseth Ribeiro Leão¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0352-0549>

Objetivo: conhecer a prevalência e características da dor, verificar como o manejo da dor tem sido realizado pelos serviços de saúde e correlacionar o risco de suicídio com a intensidade da dor dos pacientes com transtorno bipolar.

Método: estudo observacional com abordagem quantitativa. Participaram do estudo pessoas com transtorno bipolar avaliadas pelo Questionário de Dor McGill-reduzido, Diagrama Corporal, Escala Visual Numérica e a Escala de Ideação Suicida (Beck).

Resultados: A amostra de 60 participantes foi composta principalmente por mulheres com idade média de 40 anos e tempo médio de tratamento psiquiátrico aproximado de 13 anos. Desses, 83% relataram sentir dor no momento da entrevista. Metade dos participantes indicou que a dor atrapalha a rotina e 80% não receberam cuidado nos equipamentos de saúde. Os principais descritores que qualificam a experiência dolorosa foram: dolorida, em peso e sensível para os descritores sensoriais, cansativo e castigante na categoria afetiva. A tentativa de suicídio foi relatada por 57% dos participantes. Foi observada correlação entre o risco de suicídio e a intensidade da dor. **Conclusão:** a dor apresentou prevalência elevada. O risco de suicídio foi identificado em mais da metade dos participantes. A intensidade da dor apresentou correlação significativa com o risco de suicídio.

Descritores: Dor; Manejo da Dor; Transtorno Bipolar; Suicídio; Enfermagem; Saúde Mental.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "A dor no paciente com Transtorno Afetivo Bipolar atendido no CAPS Adulto III Paraisópolis", apresentada ao Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Rosa ACF, Leão ER. Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3463. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463>.

Introdução

A prevalência de dor em pessoas com transtornos mentais tem recebido pouca atenção⁽¹⁾. Este fato nos surpreende, visto que as pessoas com Transtorno Bipolar (TB), apresentam risco significativo para uma série de doenças físicas dolorosas⁽²⁾.

O TB é uma doença cíclica e heterogênea nas suas apresentações clínicas. De acordo com a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2018), ele é caracterizado pela presença de episódios de mania/hipomania, de depressão e mistos⁽³⁾. A prevalência do TB nas formas clássicas está em torno de 2,4% e o impacto na vida das pessoas é bastante significativo⁽⁴⁾.

Em geral, o início da doença manifesta-se na juventude, as pessoas levam em média oito anos até serem diagnosticadas e tratadas de maneira adequada, sendo a depressão unipolar o erro diagnóstico mais frequente, o que gera grandes prejuízos para a pessoa, sua família e a sociedade⁽³⁾.

O tratamento de primeira escolha é com medicamentos estabilizadores de humor, anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos. A combinação de medicamentos com intervenções psicossociais como psicoterapia (individual ou em grupo) e grupos de psicoeducação tem se mostrado efetiva⁽⁵⁾.

Além disso, o risco de mortalidade em pessoas com TB é o dobro da população em geral⁽⁶⁾. Estima-se que 50% das pessoas com TB tentam suicídio ao menos uma vez na vida, e cerca de 11 a 19% atingem seu objetivo⁽⁷⁾. Sabe-se também que os riscos de comportamento suicida e de perdas funcionais são maiores nas pessoas não tratadas nas diferentes dimensões de cuidado (biopsicossocial)⁽⁸⁾.

Quando comparadas com aquelas sem transtornos mentais graves, pessoas com TB apresentam maior probabilidade de experimentar condições que causam dor e, concomitantemente, recebem menos cuidados adequados para controlá-la⁽²⁾. Este dado é relevante visto que a dor também está associada ao agravamento dos sintomas psiquiátricos⁽¹⁾. Especialistas em saúde mental relatam barreiras que limitam sua capacidade de tratar a comorbidade física⁽⁹⁾.

A escuta e a valorização da queixa algica da pessoa com transtorno mental são importantes, entretanto, é comum a interpretação de que queixas de dor estejam sempre relacionadas aos conflitos emocionais, ao invés da interpretação do sintoma doloroso como expressão de uma possível correlação de eventos psicológicos com eventos orgânicos⁽⁹⁾.

O desenvolvimento científico avançou e resultou na criação de diversas disciplinas, o que trouxe aspectos positivos e negativos ao cuidado em saúde. Se, por um lado, compartimentar os saberes em disciplinas permitiu

ao homem alcançar um conhecimento extremamente específico sobre determinadas temáticas, por outro gerou não apenas a divisão do trabalho, mas a superespecialização, que leva à perda da visão generalista e à fragmentação dos saberes⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Dessa forma, observamos profissionais especializados em queixas físicas, sociais, mentais e espirituais que carecem, entretanto, de visão integradora do ser humano que oriente a assistência de forma adequada no atendimento das necessidades humanas.

A avaliação sistemática da dor deve ser realizada como parte do manejo dos transtornos mentais, e a dor deve ser monitorada durante o curso do tratamento⁽¹²⁾. Portanto, é essencial que o tratamento da equipe multidisciplinar nos equipamentos de saúde mental busque fornecer avaliação adequada e tratamento da dor em pessoas com TB. A literatura é escassa e carece, sobretudo, de artigos recentes sobre essa temática.

Assim, o presente estudo objetivou: 1) Conhecer a prevalência e características da dor em pacientes com TB; 2) verificar como o manejo da dor tem sido realizado pelos serviços de saúde na ótica dos pacientes com TB; 3) correlacionar o risco de suicídio com a intensidade da dor dos pacientes com TB.

Método

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto III Paraisópolis, zona sul da cidade de São Paulo, SP, Brasil, local de trabalho de uma das pesquisadoras. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem serviços estratégicos com o objetivo de dar acesso e proporcionar integralidade ao tratamento da saúde mental de forma regionalizada. A coleta de dados teve duração de três meses (março até maio de 2019).

Da população com diagnóstico de TB em acompanhamento no serviço (63) apenas três pacientes não concordaram em participar. Os critérios de inclusão seguidos foram ter o diagnóstico de TB, estar em acompanhamento no CAPS Adulto III Paraisópolis, ter idade igual ou superior a 18 anos. E nenhum participante atendeu ao critério de exclusão avaliado clinicamente, que era apresentar agitação psicomotora com risco de auto e/ou heteroagressão no momento da entrevista. Assim, 60 pessoas compuseram a amostra por conveniência no final do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein – SP, data da aprovação: 09 de janeiro de 2019, CAAE: 04083218.0.0000.0071, nº do parecer: 3.109.674, e também foi aprovado pelo CEP da Secretaria

Municipal da Saúde de São Paulo, data da aprovação: 30 de janeiro de 2019, CAAE: 04083218.0.3001.0086, nº parecer: 3.125.885, conforme a resolução do 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾. Todos os participantes do estudo emitiram concordância em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem da pesquisa, ficando com uma via de igual teor assinada pelo pesquisador.

Foram utilizados instrumentos para investigação de dados sociodemográficos e clínicos, caracterização da dor e risco de suicídio dos pacientes com Transtorno Bipolar.

O formulário de caracterização da população foi composto por dados de identificação, religião, estado civil, tempo de conhecimento e tratamento do transtorno mental e a existência de outras doenças.

A avaliação da dor foi composta pelo formulário de avaliação de dor composto por: Diagrama Corporal, questões de múltipla escolha quanto à frequência, duração, fatores de melhora e piora da dor, cuidado da rede de saúde, impacto na rotina, Questionário de Dor McGill (MPQ) – versão reduzida e a Escala Visual Numérica (EVN).

O diagrama corporal de localização da dor consiste na representação esquemática do corpo humano, de frente e de costas, sobre a qual o paciente indica onde a dor está localizada. As questões de frequência da dor variam entre sentir dor todos os dias e sentir dor uma vez por mês.

A duração da dor foi avaliada se a sensação dolorosa é “direto/sem parar” ou se “para e depois volta”, e o tempo (minutos, horas, dias ou constante). As últimas perguntas desta etapa do questionário são em relação ao que faz a dor melhorar ou piorar, se a dor atrapalha a rotina, e por fim se o entrevistado recebeu apoio na rede saúde em relação a dor.

O questionário de dor McGill (MPQ) – versão reduzida tem o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente⁽¹⁴⁾. O MPQ foi elaborado para avaliar a natureza multidimensional da experiência da dor e demonstrou ser uma ferramenta de medição confiável, válida e consistente⁽¹⁵⁾. Nesta pesquisa, foi utilizado o MPQ traduzido e adaptado para o português⁽¹⁶⁾, sendo sua versão original elaborada em 1975⁽¹⁴⁾.

O instrumento multidimensional avalia vários aspectos da dor por meio de 15 palavras (descritores) que o paciente escolhe para expressar a sua dor. Os descritores são divididos em dois grupos: sensorial e afetivo. O índice numérico de descritores é o número de palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar a sua dor, cada uma dessas palavras recebe o valor entre 0 e 3 pontos, 0 corresponde a “nenhuma dor” e 3 corresponde a dor “severa”. Os escores calculados: escore sensorial

(varia de 0 a 33), escore afetivo (varia de 0 a 12) e escore total (varia de 0 a 45)⁽¹⁶⁾.

A Escala Visual Numérica (EVN) é um instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. A EVN consiste em uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. O entrevistado referiu à equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo sem dor (0), leve (1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa/dor excessiva (8 a 10)⁽¹⁷⁾.

O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) que avalia a presença de ideação suicida, a gravidade das ideias, planos e desejos de suicídio. Não há ponto de corte específico, nem níveis, pois uma pontuação acima de 0 já indica a existência de ideação suicida e merece atenção⁽¹⁸⁾.

A BSI é constituída por 21 itens e os primeiros 19 itens, apresentados com três alternativas de respostas, refletem gradações da gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas. Os dois últimos itens, não incluídos no escore final, de caráter informativo, fornecem importantes subsídios sobre o paciente a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e da seriedade da intenção de morrer na última delas⁽¹⁸⁾.

Nesta pesquisa foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o português⁽¹⁸⁾, sua versão original trata-se da *Scale for Suicide Ideation*, SSI, apresentada em 1979⁽¹⁹⁾. A qualidade das características psicométricas da SSI foi investigada, sendo o instrumento utilizado em pesquisa e no trabalho clínico, com base em pacientes psiquiátricos adultos, internados e ambulatoriais⁽²⁰⁾.

Segundo critérios do manual original, a administração e escore da BSI pode ficar sob a responsabilidade de um paraprofissional, enquanto a interpretação deve ficar a cargo do profissional com experiência clínica. No presente estudo, as próprias autoras ficaram responsáveis pela coleta de dados e da análise dos dados estatísticos, visto que contemplam os pré-requisitos do manual. Salientamos que a interpretação dos resultados deste instrumento foi realizada por meio da descrição dos resultados estatísticos, e não a interpretação subjetiva de cada domínio da escala⁽¹⁸⁾.

As pesquisadoras agendaram horário para todos os pacientes com TB em acompanhamento no CAPS Adulto III Paraisópolis. Os potenciais participantes já estavam em seguimento no CAPS, assim, para otimizar a coleta de dados e não ter custo para os mesmos, priorizamos agendamento para coleta de dados nos dias que coincidiam com o tratamento no CAPS.

No horário agendado, os potenciais participantes foram encaminhados para o consultório do CAPS Adulto III Paraisópolis. Após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram explicados os objetivos do estudo.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cada participante recebeu uma cópia dos três instrumentos de pesquisa para acompanhar a leitura durante a entrevista. A pesquisadora leu o instrumento assinalando as respostas dadas pelo entrevistado. A entrevistadora releu a pergunta não entendida, de forma pausada, sem nenhuma outra explicação ou utilização de sinônimo. Ao terminar a entrevista, foram esclarecidas as dúvidas do participante.

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartil e valores extremos. As variáveis qualitativas foram descritas por frequência absoluta e porcentagem⁽²¹⁾.

A distribuição dos dados de ideação suicida, mensurada pela escala de Ideação Suicida de Beck total, foi bastante assimétrica, com uma concentração de valores zero na amostra. Os valores observados variaram entre zero e 27, com mediana de zero, primeiro quartil zero e terceiro quartil 11. Com esta distribuição, foi necessário nos preocuparmos não somente com um modelo que contemplasse uma distribuição assimétrica como também um modelo que contemplasse o excesso de zeros na amostra. Por ser uma pontuação discreta, ou seja, sem casas decimais, uma distribuição candidata foi a distribuição binomial negativa, adequada a comportamentos assimétricos e dados discretos.

Para contemplar a inflação de zero utilizamos um modelo de mistura, com o auxílio do pacote *Generalized additive models for location, scale and shape* (GAMLSS) do pacote R, que considera uma distribuição binomial negativa ajustada para o excesso de zeros⁽²²⁻²³⁾. A verificação da qualidade de ajuste foi feita por meio da análise gráfica dos resíduos do modelo, que mostraram comportamento satisfatório para podermos realizar conclusões inferenciais a partir do modelo ajustado.

Os resultados foram apresentados por médias estimadas, intervalos de 95% de confiança nos grupos e valores-p para as comparações. As análises foram realizadas com o auxílio dos pacotes *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)⁽²⁴⁾, R⁽²³⁾ e GAMLSS⁽²²⁾, e considerando nível de significância 5%.

Resultados

A amostra foi constituída por 60 pessoas com Transtorno Bipolar em acompanhamento no CAPS Adulto III Paraisópolis. Conforme demonstra a Tabela 1, a idade média dos participantes foi de 40 anos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres.

O tempo médio de tratamento psiquiátrico foi de aproximadamente 13 anos, mas a média do conhecimento sobre o diagnóstico do TB foi de 9 anos. Ao longo da vida, os participantes vivenciaram 8 internações psiquiátricas (média).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com TB*. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Idade (anos)	
Média (DP [†])	40,92 (11,36)
Mediana [IIQ [‡]]	40,00 [32,00; 51,25]
Mínimo - Máximo (n)	21,00 - 65,00 (60)
Sexo - n (%) (N=60)	
Feminino	43 (71,7)
Masculino	17 (28,3)
Há quanto tempo sabe do TB* (anos)	
Média (DP [†])	9,20 (7,82)
Mediana [IIQ [‡]]	7,50 [2,00; 15,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,08 - 30,00 (60)
Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico (anos)	
Média (DP [†])	13,36 (9,36)
Mediana [IIQ [‡]]	12,00 [7,00; 20,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,08 - 39,00 (60)
Número de internações psiquiátricas	
Média (DP [†])	7,90 (9,94)
Mediana [IIQ [‡]]	4,00 [1,75; 10,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,00 - 40,00 (60)
Possui outra doença ou problema de saúde - n (%) (N=60)	
Não	37 (61,7)
Sim	13 (21,7)
Não sei	10 (16,7)

*TB = Transtorno Bipolar; [†]DP = Desvio-padrão; [‡]IIQ = Intervalo Interquartil

A Tabela 2 apresenta a prevalência e caracterização da dor. Dos sessenta participantes do estudo, cinquenta relataram sentir dor no momento da entrevista (83%), sendo que 60% dos participantes sentem dor musculoesquelética. A coluna vertebral foi a mais referida, e 44% dos participantes sentem dor todos os dias.

Na intensidade da dor medida pela Escala Visual Numérica (EVN), os valores variaram de zero a dez, com mediana igual a seis (dor moderada).

Tabela 2 – Prevalência e caracterização da dor do paciente com TB*. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Presença de Dor - n (%) (N=60)	
Não	10 (16,7)
Sim	50 (83,3)
Intensidade da dor (0 a 10) (N=60)	
Média (DP [†])	5,68 (3,31)
Mediana [IIQ [‡]]	6,00 [3,75; 8,00]
Mínimo - Máximo	0,00 - 10,00
Localização da dor principal - n (%) (N=50)	
Cefálico	8 (16,0)
Torácico	4 (8,0)
Coluna	21 (42,0)
Abdome	2 (4,0)
MMSS [§]	7 (14,0)
MMII	8 (16,0)
Frequência da dor - n (%) (N=50)	
Todos os dias	22 (44,0)
Três vezes na semana	5 (10,0)
Duas vezes por semana	6 (12,0)
Uma vez por semana	7 (14,0)
Uma ou duas vezes no mês	10 (20,0)
O que você faz para sua dor melhorar? - n (%) (N=50)	
Não faço nada	7 (14,0)
Tomo medicamento que compra direto na farmácia	4 (8,0)
Tomo remédio prescrito pelo médico	12 (24,0)
Procuo serviço de saúde	4 (8,0)
Uso ervas medicinais	1 (2,0)
Recorro à religião	2 (4,0)
Repouso	6 (12,0)
Caminho	2 (4,0)
Converso com alguém	5 (10,0)
Outros	7 (14,0)
O que faz sua dor piorar? - n (%) (N=50)	
Repouso	8 (16,0)
Caminhar	18 (36,0)
Ficar nervoso	16 (32,0)

*TB = Transtorno Bipolar; [†]DP = Desvio-padrão; [‡]IIQ = Intervalo Interquartil; [§]MMSS = Membros Superiores; ^{||}MMII = Membros Inferiores

A Tabela 3 apresenta como o manejo da dor tem sido realizado a partir da ótica do paciente com TB. Parcela expressiva dos participantes não recebeu cuidado para dor e não se sentiram acolhidos nos equipamentos de saúde. Metade dos participantes indicou que a dor atrapalha a rotina.

Tabela 3 – Manejo da dor do paciente com TB* nos serviços de saúde. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variáveis	Total
Recebeu cuidado para dor em algum serviço de saúde? - n (%) (N=50)	
Sim, no Centro de Atenção Psicossocial	1 (2,0)
Sim, na Unidade Básica de Saúde	4 (8,0)
Sim, na Assistência Médica Ambulatorial	1 (2,0)
Sim, no Pronto Socorro	2 (4,0)
Não	40 (80,0)
Outros	2 (4,0)
Qual outro cuidado recebeu - n (%) (N=2)	
Ortopedista - ambulatório	1 (50,0)
Ortopedista particular	1 (50,0)
Acolhimento no momento da queixa algíca - n (%) (N=50)	
Não	42 (84,0)
Sim	8 (16,0)
Dor atrapalha sua rotina - n (%) (N=50)	
Não	25 (50,0)
Sim	25 (50,0)

*TB = Transtorno Bipolar

A Tabela 4 apresenta as respostas da experiência subjetiva da dor pelo questionário de dor McGill - versão reduzida. O valor mediano do escore sensorial foi igual a 12,5, do escore afetivo foi igual a 6,0, e por fim, o valor mediano do escore total foi igual a 18,0.

Observa-se que os descritores mais pontuados que qualificam a experiência dolorosa foram: dolorida, em peso e sensível para os descritores sensoriais, cansativo/exaustivo e castigante /atormentante na categoria afetiva.

Tabela 4 – Avaliação da dor pelo questionário de dor McGill. São Paulo, SP, Brasil, 2019

McGill	Intensidade							
	0 [*]		1 [†]		2 [‡]		3 [§]	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sensorial								
Palpitante	21	35,0%	15	25,0%	14	23,3%	10	16,7%
Punhalada	24	40,0%	9	15,0%	21	35,0%	6	10,0%
Aguda	29	48,3%	8	13,3%	11	18,3%	12	20,0%
Cólica	54	90,0%	0	0,0%	4	6,7%	2	3,3%
Mordida	46	76,7%	6	10,0%	6	10,0%	2	3,3%
Calor-queimação	33	55,0%	7	11,7%	10	16,7%	10	16,7%
Dolorida	13	21,7%	6	10,0%	21	35,0%	20	33,3%
Em peso	17	28,3%	4	6,7%	18	30,0%	21	35,0%
Sensível	20	33,3%	5	8,3%	16	26,7%	19	31,7%
Rompendo	29	48,3%	14	23,3%	11	18,3%	6	10,0%
Afetiva								
Cansativo-exaustiva	16	26,7%	7	11,7%	14	23,3%	23	38,3%
Enjoada	46	76,7%	2	3,3%	7	11,7%	5	8,3%
Amedrontada	29	48,3%	6	10,0%	10	16,7%	15	25,0%
Castigante-aterrorizante	14	23,3%	5	8,3%	19	31,7%	22	36,7%

*0 = Nenhuma dor; †1 = Dor leve; ‡2 = Dor moderada; §3 = Dor severa

Quanto às respostas ao questionário da escala Beck de ideação suicida, o escore total (ideação e planejamento suicida) variou de 0-28. Aproximadamente 57% dos entrevistados tentaram o suicídio pelo menos uma vez com desejo moderado a elevado.

Na Tabela 5, observamos a relação estatisticamente significativa entre a dor mensurada pela escala visual numérica (EVN) e ideação suicida.

Tabela 5 - Relação entre dor e ideação suicida. São Paulo, SP, Brasil, 2019

	Com dor (n=50)		Total (n=60)	
	Razão de médias (IC 95%)	valor-p [†]	Razão de médias (IC 95%)	valor-p [†]
Dor pela Escala Numérica Visual ENV [‡]	1,127 (1,006; 1,263)	0,044	1,145 (1,003; 1,307)	0,049
Dor por McGill (MPQ [§]) - escore Sensorial	1,039 (0,996; 1,083)	0,085	1,040 (0,996; 1,087)	0,084
Dor por McGill (MPQ [§]) - escore Afetivo	1,005 (0,919; 1,100)	0,907	1,145 (0,920; 1,102)	0,883
Dor por McGill (MPQ [§]) - escore Total	1,025 (0,990; 1,060)	0,167	1,026 (0,990; 1,064)	0,163

*IC = Intervalo de Confiança; †Valor p = nível de significância; ‡ENV = Escala Numérica Visual; §MPQ = Questionário de dor por McGill

Os dados da Tabela 5 demonstram ainda que a cada acréscimo de um ponto na escala de dor é esperado um acréscimo médio de 14,5% no escore médio de ideação suicida (IC 95% de 0,3% a 30,7%, valor-p 0,049) para a amostra total. Para a amostra com dor, essa relação também é significativa, sendo que a cada acréscimo de um ponto na escala de dor esperamos um acréscimo de 12,7% no escore médio de ideação suicida (IC 95% de 0,6% a 26,3%, valor-p 0,044), ou seja, quanto maior a dor, maior o escore de ideação suicida.

Discussão

Neste estudo sobre dor, a amostra foi composta por 60 pessoas com Transtorno Bipolar em acompanhamento no CAPS Adulto III Paraisópolis.

A primeira observação a ser feita é a predominância de mulheres na amostra, diferente de estudos de prevalência do TB, que não encontraram diferença significativa na distribuição por sexo⁽²⁵⁻²⁶⁾. Uma das possíveis explicações é a maior procura feminina pelos

serviços de saúde, que vai ao encontro com outros estudos⁽²⁷⁻²⁸⁾, uma vez que ser do sexo feminino foi um fator preditor de maior busca por assistência à saúde⁽²⁸⁾.

Nossos resultados corroboram com os estudos que identificaram a morosidade e os desafios no diagnóstico do Transtorno Bipolar⁽³⁾. Sabe-se que 69% dos pacientes não são diagnosticados corretamente, e acabam por consultar, em média, quatro médicos antes de receber o diagnóstico adequado⁽⁵⁾.

O diagnóstico tardio e as inúmeras internações vivenciadas pelos entrevistados nos alertam sobre o risco do aumento da morbidade e mortalidade dessas pessoas, visto que as consequências da morosidade do diagnóstico estão associadas a menor probabilidade do tratamento medicamentoso adequado, aumento das taxas de suicídio e de hospitalização⁽⁵⁾, o que acaba refletindo no prognóstico e na qualidade de vida dessas pessoas.

Estudos na cidade de São Paulo apontam a prevalência de dor de 28,1% em levantamento telefônico domiciliar, subindo para 43% quando os dados foram obtidos mediante entrevista presencial⁽²⁹⁻³⁰⁾. Um dos poucos estudos sobre a prevalência de dor nas pessoas com Transtorno Bipolar identificou que uma a cada quatro pessoas com TB é afetada pela dor crônica, e a enxaqueca foi três vezes mais comum do que na população geral⁽¹²⁾.

A prevalência de dor em pessoas em situação de rua se mostra mais elevada (82,6%) e mais similar aos achados deste estudo, denotando que populações negligenciadas tendem a apresentar quadros mais críticos quando pesquisadas⁽³¹⁾.

Neste estudo, próximo da totalidade dos participantes relataram dor no momento da entrevista, sendo a maioria de natureza musculoesquelética e com frequência diária. Indicaram melhora da dor ao tomar medicação prescrita pelo médico e piora ao caminhar e quando ficam nervosos. Metade dos entrevistados indicaram que a dor atrapalha a rotina.

Em relação aos nossos resultados, sabe-se que dores musculoesqueléticas são prevalentes na população, pioram com o aumento de carga (andar, levantar, abaixar, carregar objetos) e melhoram o repouso e com uso de medicação⁽³²⁻³³⁾. No presente estudo, a piora da dor também esta associada com se sentir nervoso, resultado que também foi identificado no estudo de pessoas esquizofrênicas com dor crônica⁽³³⁾.

A duração e a frequência da dor influem na vida das pessoas. Dores frequentes desgastam quem as sente, exigem a procura dos equipamentos de saúde, oneram financeiramente a família, consomem a energia para as atividades de vida diária e, possivelmente, a disposição para as atividades de reabilitação psicossocial⁽³³⁾.

Nesta amostra, a média da intensidade da dor se apresentou como moderada, enquanto os descritores

mais pontuados que qualificam a experiência dolorosa dos entrevistados foram: dolorida, em peso e sensível para os descritores sensoriais, cansativo/exaustivo e castigante /atormentante na categoria afetiva.

Dores mais intensas tendem a ser mais incapacitantes, e a intensidade da queixa é fator importante no relato aos profissionais e familiares, na conduta da terapêutica, inclusive na decisão de encaminhar, ou não, o paciente para outras especialidades⁽³⁴⁾.

A qualidade sensorial da dor, muitas vezes, indica a etiopatogenia do quadro. Dor em aperto, em cólica, em torção, frequentemente indica processos em vísceras ocas; dor em queimação, em calor, em choque, frequentemente relaciona-se a quadros onde há neuropatias; dor descrita como dolorida, em peso, frequentemente refere-se a situações com envolvimento de estruturas musculares profundas⁽¹³⁻¹⁵⁾. Indicações que estão relacionados aos nossos resultados dos descritores sensoriais, uma vez que a dor musculoesquelética foi a mais frequente na amostra. As qualidades afetivas da dor indicam o componente emocional que todo quadro doloroso tem^(16,33).

Os achados que caracterizaram a dor da nossa amostra colaboraram para elucidar como a experiência dolorosa envolve os aspectos sensitivos, emocionais, cognitivos e socioculturais, e consequentemente nos convidam a repensar na importância da avaliação da dor nas pessoas com TB⁽³⁴⁾.

Parcela expressiva dos participantes não se sentiram acolhidos nos equipamentos de saúde ao apresentarem a queixa álgica, resultado que reforça a não-priorização da avaliação da dor das pessoas com transtorno mental⁽³⁴⁾, além de nos alertar sobre os desafios do profissional da saúde no cuidado da pessoa com TB em relação às queixas álgicas.

Durante a entrevista, muitos participantes ficaram surpresos pelas perguntas porque não estavam habituados com este tipo de cuidado, reação que nos chamou atenção dado que em alguns casos a verbalização da dor propicia alívio da sensação dolorosa⁽³⁴⁾.

A partir destes achados é possível ressaltar a relevância da comunicação da experiência dolorosa pelos pacientes aos profissionais da saúde para compreensão do quadro álgico. O desafio do profissional na identificação da queixa pode estar relacionado à forma como a investigação dos sintomas é feita no atendimento.

Além desta possibilidade não podemos desconsiderar a desvalorização da queixa álgica no estigma que envolve as pessoas com Transtorno Bipolar. O comportamento da pessoa passa a ser visto como imprevisível, inconstante e problemático, desperta angústia, medo e ansiedade, pois, acredita-se estar diante de algo desconhecido, que foge do controle, colocando os profissionais no lugar de impotência e gerando frustração⁽³⁵⁾.

O cuidado do usuário de saúde mental, de maneira geral, costuma ocorrer nos estágios mais avançados da doença, com maior dificuldade de tratamento, e por consequência, menor investimento, o que implica a deterioração das condições de saúde e redução da qualidade de vida⁽³⁶⁾.

Em relação ao risco de suicídio, mais do que a metade dos participantes tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida, achado que corrobora com o risco significativo de suicídio das pessoas com TB⁽⁸⁾.

Outro aspecto relacionado ao comportamento suicida em pacientes bipolares foi demonstrado no estudo que revelou que o risco de suicídio nessa população pode ser maior nos primeiros anos de doença. Sendo assim, um atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, na estabilização do humor poderia aumentar o risco de suicídio^(4,8).

O TB é um transtorno mental grave associado ao comportamento suicida. Dessa forma, a compreensão dos correlatos clínicos e neurobiológicos do comportamento suicida pode contribuir para redução das taxas de suicídio nessa população.

A correlação entre a intensidade da dor e o risco de suicídio foi estatisticamente significativa, ao passo que a dor se intensificou, aumentou o risco de suicídio da amostra. Não identificamos estudos na literatura com esta relação nas pessoas com diagnóstico de TB, cenário que reforça a necessidade de estudos de dor no campo da saúde mental.

Entre as limitações do estudo, temos a amostra pequena de um único serviço e a escassez de informações sobre as características da doença, como a possibilidade do relato da dor variar de acordo com as fases e polaridades do Transtorno Bipolar, o que merece ser investigado futuramente. O número de participantes também está relacionado com uma das principais dificuldades no tratamento da pessoa com TB, o fato de aproximadamente 50% interromperem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% deles o fazem ao menos duas vezes^(3,14). Por sua magnitude, a não adesão ou a baixa adesão à terapêutica constituem problemas de saúde pública⁽³⁾.

Embora a temática da dor nas pessoas com transtornos mentais seja relevante e presente, ela é ainda pouco explorada em pesquisas no nosso meio. Este estudo, portanto, apresenta contribuições relevantes para o estudo da dor em populações vulneráveis e, sobretudo, negligenciadas. Trata-se de estudo pioneiro que amplia a discussão para os profissionais de saúde mental que atendem essa população e que, por vezes, não incluem a avaliação da dor no cotidiano do seu trabalho. Os achados podem subsidiar ainda ricas discussões no ensino e apontam para a ampliação e a realização necessária de novos estudos sobre dor nesse e em outros transtornos mentais.

O tratamento da dor no campo da saúde mental pode contribuir para *insights* mais profundos e sofisticados sobre síndromes de dor, e para a morbidade psiquiátrica em geral, independentemente do estado de dor das pessoas, de forma a promover, assim, interações potentes entre diferentes especialidades⁽¹⁾.

Conclusão

O estudo revelou dor moderada de prevalência elevada em pacientes com TB, principalmente de caráter musculoesquelético, que melhora com tratamento farmacológico, cuja piora se relaciona à atividade física e aspectos emocionais. Parcela expressiva dos participantes informou ter se queixado de dor e não ter recebido cuidado nos equipamentos de saúde. O risco de suicídio foi identificado em mais da metade dos participantes e apresentou correlação significativa com a intensidade da dor.

Referências

1. Elman I, Zubieta JK, Borsook D. The missing p in psychiatric training: why it is important to teach pain to psychiatrists. *Arch Gen Psychiatr*. 2011;68(1):12-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.174>
2. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21379357>
3. World Health Organization. International Classification of Diseases 11 (ICD) for Mortality and Morbidity Statistics. Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. [Internet] Geneva: WHO; 2018 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
4. Jones S, Riste L, Barrowclough C, Bartlett P, Clements C, Davies L, et al. Reducing relapse and suicide in bipolar disorder: practical clinical approaches to identifying risk, reducing harm and engaging service users in planning and delivery of care – the PARADES (Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality) Programme. [Internet]. Southampton: NIHR Journals Library; 2018 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30222285/>
5. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirao Preto)*. [Internet]. 2017 [Acesso 10 ago 2020];50(1):72-84. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>
6. Stroppa A, Colugnati FA, Koenig HG, Moreira-Almeida A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar

- disorder: a two-year prospective study. *Braz J Psychiatry*. 2018 Jul-Sep;40(3):238-43. doi: <http://10.1590/1516-4446-2017-2365>
7. Bezerra S Filho, Galvão-de-Almeida A, Studart P, Martins DF Jr, Caribé AC, Schwingel PA, et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(2):133-9. doi: <http://10.1590/1516-4446-2016-19822>
 8. Miranda-Scippa A. Transtorno bipolar e suicídio. *Med Int Méx*. [Internet]. 2020 [Acesso 10 ago 2020];36(1):S6-S8. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims201c.pdf>
 9. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP, Araújo GTF. Pain and suffering from the perspective of patient-centered care. *Rev Bioét*. 2020;28(2):249-56. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>
 10. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
 11. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2067-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
 12. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, et al. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131:75-88. doi: <http://10.1111/acps.12325>
 13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, 12 dez 2012 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 14. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7. doi: [http://10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](http://10.1016/0304-3959(87)91074-8)
 15. Lovejoy TI, Turk DC, Morasco BJ. Evaluation of the psychometric properties of the revised short-form McGill Pain Questionnaire. *J Pain*. 2012;13(12):1250-7. doi: <http://10.1016/j.jpain.2012.09.011>
 16. Pimenta CA, Teixeira MJ. Adaptation of McGill questionnaire to Portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):473-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009>
 17. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [Internet]. São Paulo: SBED; 2018. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp
 18. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. [Internet]. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: <https://www.livrariadopsicologo.com.br/livro-escalas-beck-manual-9788573961577,CUN009.html>
 19. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
 20. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther*. 1997;35(11):1039-46. doi: [http://10.1016/s0005-7967\(97\)00073-9](http://10.1016/s0005-7967(97)00073-9)
 21. Altman DG. Practical statistics for medical research. [Internet]. London: CRC Press; 1991 [cited Aug 10, 2020]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=v-walRnRxWQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Altman+Practical+statistics+for+medical+research.+&ots=SyVUGgwq1i&sig=OnlhCM6NtO_DDHI-4UYI8B6oF-I&redir_esc=y#v=onepage&q=Altman%20Practical%20statistics%20for%20medical%20research.&f=false
 22. Stanispoulos DM, Rigby RA. Generalized additive models for location, scale and shape (GAMLSS) in R. *J Stat Softw*. [Internet]. 2007 [cited Aug 10, 2020];23(7):1-46. Available from: <https://www.jstatsoft.org/v23/i07/paper>
 23. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. [Homepage]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://www.R-project.org/>
 24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk: IBM Corp; 2016.
 25. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernando JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico em áreas urbanas brasileiras. *Rev ABP-APAL*. [Internet]. 1992 [Acesso 10 ago 2020];14(3):93-104. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000092&pid=S1516-4446200000010000400011&lng=en
 26. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr*. 1994;51(1):8-19. doi: <http://10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: <https://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>
 28. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*.

2014;19(4):1263-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>

29. Leão Ferreira KA, Bastos TR, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira MJ, et al. Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016;74(12):990-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20160156>

30. Maia Costa DC, Sawaya Botelho EB, Dylese Prescatan JP, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain*. 2014;15(11):1081-91. doi: <http://10.1016/j.jpain.2014.07.001>

31. Campos AG, Victor ES, Seeley M, Leão ER. Pain in Brazilian people experiencing homelessness. *Pain Rep*. 2019;4(6):792 doi: <http://10.1097/PR9.0000000000000792>

32. Bastos D, Silva G, Teixeira L, Lustosa M, Borda M, Couto S, et al. Dor. *Rev Soc Bras. Psicol Hosp*. 2007;10(1):86-96. doi: <http://10.1590/1413-81232014197.08992013>

33. Almeida JG, Kurita GP, Braga PE, Pimenta CA. Dor crônica em pacientes esquizofrênicos: prevalência e características. *Cad Saúde Pública* 2010;26(3):591-602. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300016>

34. Ciaramella A. Mood Spectrum Disorders and Perception of Pain. *Psychiatr Q*. 2017;88(4):687-700. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-017-9489-8>

35. Prado MF, Sá MC, Miranda L. The patient with severe mental disorders in general hospital: a literature review. *Saúde Debate*. 2015;39(n. esp.):320-37. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005419>

36. Rocha FL, Hara C, Paprocki J. Doença Mental e Estigma. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(4):590-6. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Obtenção de dados:** Ana Carolina Ferreira Rosa. **Análise e interpretação dos dados:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Análise estatística:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Redação do manuscrito:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 10.08.2020

Aceito: 26.12.2020

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Ana Carolina Ferreira Rosa

E-mail: anacfr19@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6262-2145>