

Andreia Sofia Rodrigues Martins Rocha

**Catastrofização da Dor e Percepção de Doença em Indivíduos com Dor
Crónica**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Andreia Sofia Rodrigues Martins Rocha

**Catastrofização da Dor e Percepção de Doença em Indivíduos com Dor
Crónica**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Andreia Sofia Rodrigues Martins Rocha

Catastrofização da Dor e Percepção de Doença em Indivíduos com Dor Crónica

(Andreia Sofia Rocha)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses.

Porto, 2013

Resumo

Ao longo dos tempos e com o avançar da investigação e da prática clínica tem-se verificado uma crescente associação entre os factores psicossociais e a dor crónica. Assim, é de extrema importância que na avaliação clínica da dor não se tenha apenas em consideração, os processos orgânicos mas o aglomerar de factores orgânicos e psicossociais, tanto na manutenção como na exacerbação da dor.

Desta forma, a presente investigação tem como principais objectivos: caracterizar a dor, os pensamentos catastróficos, a percepção de doença da amostra; analisar a relação entre a dor e os pensamentos catastróficos, a percepção de doença e os pensamentos catastróficos e a relação entre a dor e as variáveis sócio-demográficas.

A amostra, de conveniência, constituída por 80 adultos com diagnóstico de dor crónica (63 do sexo feminino e 17 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 24 e os 81 anos de idade ($M=51,83$; $DP=12$), seguidos na Consulta de Psicologia da Dor da Unidade de Dor Crónica do Hospital S.João – EPE, Porto, responderam a um questionário *Sociodemográfico e Clínico*, ao *Inventário Resumido da Dor* (BPI), à *Escala de Catastrofização da Dor* (PCS) e ao *Illness Perception Questionnaire* (IPQ).

Verificou-se na presente amostra que no que respeita ao BPI Severidade o valor mais elevado corresponde à dor sentida no máximo na última semana, ($M=7,83$), sendo que para o BPI Interferência o valor mais elevado corresponde à actividade em geral, ($M=7.84$).

Pode verificar-se ainda que em média ($M=31,5$) dos inquiridos apresenta pensamentos catastróficos associados à dor, nomeadamente, os valores mais elevados são encontrados na subescala *Desamparo Aprendido* ($M=14,2$). No que concerne à

percepção de doença, os valores médios mais elevados verificam-se na subescala Duração aguda/crónica ($M=26,85$) sendo que o valor mínimo registado corresponde à coerência de doença ($M=13,8$).

Os resultados permitiram ainda concluir que os níveis de dor e os pensamentos catastróficos estão correlacionados com todas as subescalas. O mesmo acontece no IPQ na subescala *Duração, Consequências e Coerência de doença*, que se encontram correlacionado com o BPI. A investigação permitiu ainda verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade, sexo, estado civil, níveis de escolaridade, situação profissional e níveis socioeconómicos face aos níveis de dor.

Palavras-Chave: Dor Crónica, Catastrofização, Percepção de Doença.

Resumé

Au fil du temps et avec les progrès de la recherche et de la pratique clinique, il y a eu une association croissante entre les facteurs psychosociaux et la douleur chronique. Il est donc extrêmement important que tout au long du processus de développement d'une évaluation clinique de la douleur, soit pris en considération non seulement les processus organiques mais l'ensemble des facteurs organiques et psychosociaux dans la maintenance et l'exacerbation de la douleur.

De cette manière, cette investigation a comme principaux objectifs, caractériser les niveaux de douleur dans l'échantillon ; caractériser les niveaux de pensées catastrophiques dans l'échantillon ; caractériser la perception de maladie dans l'échantillon ; caractériser les variables sociodémographiques et cliniques ; ainsi qu'analyser la relation entre la douleur et les pensées catastrophiques ; analyser la relation entre la perception de maladie et les niveaux de pensées catastrophiques, ainsi que les niveaux de douleur ; analyser les niveaux de douleur et les variables sociodémographiques.

Cette dissertation reflète un échantillon de convenance de 80 adultes souffrant de douleur chronique (63 de sexe féminin et 17 de sexe masculin, âgés entre 24 et 81 ans ($M=51,83$; $DP=12$) suivis en consultation de psychologie de la douleur de l'unité douleur chronique de l'Hôpital S. João – EPE, Porto. Les patients qui ont participé à cette investigation ont répondu à un questionnaire *Sociodémographique et Clinique*, à l'*Inventaire Résumé de la Douleur* (BPI), à l'*Echelle de Catastrophisme de la Douleur* (PCS), et à l'*Illness Perception Questionnaire* (IPQ).

Il a été constaté dans cet échantillon, qu'en moyenne ($M=31,5$) des personnes interrogées présente des pensées catastrophiques associées à la douleur, notamment les valeurs les plus élevées se trouvent dans la sous-échelle *Désappointement Appris* ($M=14,2$). En ce qui concerne la perception de maladie, les valeurs moyennes les plus élevées se trouvent dans la sous-échelle chronique aiguë terme ($M=26,85$), la valeur minimale enregistrée correspondant à la cohérence de maladie ($M=13,8$).

Les résultats ont permis également de conclure que les niveaux de douleur et les pensées catastrophiques sont directement corrélés dans toutes les sous-échelles. On vérifie la même situation dans l'IPQ dans la sous-échelle *Durée, Conséquence et cohérence de maladie*, qui se trouve directement corrélée avec le BPI. La recherche a permis également de vérifier qu'ils n'existent pas de différences statistiquement significatives relativement à l'âge, sexe, état civil, niveau d'instruction, situation professionnelle et niveaux socioéconomiques face aux niveaux de la douleur.

Mots-clés : Douleur Chronique, Catastrophisme, Perception de maladie.

Abstract

Over the time and with the developments on the research and with the clinical practice it has been seen a growing association between psychosocial factors and the chronic pain.

Therefore, it is extremely important in the whole process of developing a clinical evaluation of pain, take into account not only the organic process but the agglomeration of organic and psychosocial factors in the maintenance and exacerbation of pain.

This way, the present investigation has as main objectives, characterize the levels of pain in the sample, characterize the levels of catastrophic thoughts in the sample, characterize the perception of illness in the sample, characterize the clinical and sociodemographic variables, as well as analyze the relationship between pain and catastrophic thoughts, analyze relationship between perception of illness and the levels of catastrophic thoughts and also the levels of pain, analyze the levels of pain and the sociodemographic variables.

This thesis reflects a convenience sample of 80 adults with a chronic pain diagnosis (63 females and 17 males) aged between 24 and 81 ($M=51,83$; $DP=12$) during the appointments of Psychology of Pain on The Chronic Pain Unit at S. João Hospital– EPE Porto. The users who agreed to participate in this study answered a *Sociodemographic and Clinical* questionnaire, to the *Brief Pain Inventory (BPI)*, to the *Pain Catastrophizing Scale (PCS)* and to the *Illness Perception Questionnaire (IPQ)*

It was found on this study that on average ($M=31,5$) of those questioned has catastrophic thoughts associated to the pain, namely the higher values are found on the

subscale *Learned Helplessness* ($M=14,2$). Concerning the *Illness Perception* the average higher values are found on the subscale term acute chronic ($M=26,85$) being the minimum value recorded corresponds to the Coherence of Disease ($M=13,8$)

The results also allowed concluding that the levels of pain and the catastrophic thoughts are directly related on all the subscales. The same happens on the IPQ on the subscale Duration, Consequences and Coherence of Disease, which is directly related with BPI. The research also allowed concluding that there are no statistically significant differences directly linked to age, males or females, marital status, scholarity levels, professional situation and socioeconomic levels compared to the pain levels.

Key words: Chronic Pain, Catastrophizing, Illness Perception

Ao meu avô materno (in memoriam)

António Enes Gonçalves do Casal

Por tudo aquilo que sempre me transmitiu... e por ser uma referência na minha vida...

A ele muito do que sou hoje o devo!

Agradecimentos

Um agradecimento especial a todos aqueles que de alguma forma estiveram do meu lado nesta caminhada...em especial...

À Professora Doutora Rute Meneses, orientadora de estágio e dissertação, a ela o meu sincero obrigada pela compreensão, disponibilidade, apoio e pela exigência que fez de mim uma melhor estudante ao longo do meu percurso académico. OBRIGADA!

À Dra. Virgínia Rebelo, supervisora de estágio, pela disponibilidade, conselhos e por ser uma fonte de inspiração para a prática clínica, por todos os conhecimentos que me transmitiu, pelo carinho e por ser a pessoa especial que é.

Aos meus pais, um obrigada especial do fundo do coração por me terem proporcionado a realização deste objectivo pessoal e profissional, por estarem sempre do meu lado...

Em especial à minha mãe, por estar sempre comigo, pela força, determinação e coragem que sempre me transmitiu, por nunca me deixar desanimar, pela sua atitude para com a vida, pela sua luta, persistência e capacidade de resiliência que me marcam todos os dias, na certeza que juntos iremos ultrapassar esta fase menos positiva das nossas vidas...

À minha irmã Barbára, por “levar” com as minhas angústias, medos, receios... por não estar tão presente nesta fase da adolescência que atravessa, por ser a minha eterna “pequena”....obrigada.

À minha avó Emília, pelo conforto, carinho, pelos almoços e pela preocupação constante com o meu futuro...

Ao meu namorado Silvério, pela compreensão, pelo amor, pelos sacrifícios envolto do meu percurso académico, por ouvir as minhas angústias, por ser o meu lado “real” e sobretudo por estar sempre do meu lado em todos os momentos...

A toda a minha família por estar sempre do meu lado...

À minha amiga e companheira de mestrado Inês Sousa, pela amizade, carinho, pelo apoio, conselhos, risos, e por partilharmos juntas as “nossas ansiedades”... por todos os momentos...

À minha amiga Pi, que sempre teve uma palavra na hora certa, pelo conforto, paz que sempre me transmitiu, e pela coragem que nunca me deixou cair em desânimo.

Aos meus amigos, Ana Leones, Ana Aires, Henrique Costa, Patrícia Castro, Ana Franco, por tudo, por serem como são e por estarem sempre por perto...

Por fim, agradeço a todos os profissionais de saúde da Unidade de Dor Crónica do Hospital de S. João, pelo carinho e envolvimento com que sempre me trataram.

Um obrigado especial a todos os pacientes que aceitaram participar neste estudo!

Obrigada a todos!

Índice

Resumo.....	i
Resumé.....	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Índice.....	v
Índice de quadros.....	vi
Introdução.....	1

Enquadramento Teórico

Capítulo I- Dor Crónica

1.1. Definição de Dor.....	18
1.2. Dos Mecanismos Fisiopatológicos da Dor às variáveis Psicossociais....	23

Capítulo II – Cognições e Dor

2.1. Distorções Cognitivas e Catastrofização da Dor.....	32
2.2. Representação de Doença.....	39

Estudo Empírico

Capítulo III- Método

3.1. Objectivos da Investigação.....	49
--------------------------------------	----

3.2. Participantes.....	50
3.3. Material.....	54
3.4. Procedimento.....	60

Capítulo IV- Apresentação dos Resultados

Índice de Quadros

Quadro 3 - Caracterização do nível de Dor na amostra.....	63
Quadro 4- Caracterização do nível de Catastrofização na amostra	64
Quadro 5- Caracterização da Percepção de Doença na amostra (identidade).....	65
Quadro 6- Caracterização da Percepção de Doença na amostra (duração...).....	66
Quadro 7- Caracterização da Percepção de Doença - (causas).....	67
Quadro 8 – Caracterização da Percepção de Doença na amostra (factores).....	69
Quadro 9- Correlação de Pearson entre Percepção de Doença e Catastrofização.....	72
Quadro 10- Correlação de Pearson entre a Percepção de Doença e os Nível Dor.....	74
Quadro 11- Correlação de Pearson entre a Catastrofização e os Nível de Dor.....	75
Quadro 12- Teste Mann-Whitney relativo aos Níveis de Dor em função do Sexo.....	76

Quadro 13- Teste Mann-Whitney relativo aos Níveis de Dor em função da Idade.....	76
--	----

Quadro 14- Teste Mann-Whitney relativo aos Níveis de Dor em Função do Estado Civil.....	77
---	----

Quadro 15- Teste Kruskal Wallis relativo aos Níveis de Dor em função do Nivel Sócio-Económico.....	77
--	----

Quadro 16- Teste Mann-Whitney relativo à Percepção de Doença em função do Sexo.....	78
---	----

Capítulo V- Discussão dos Resultados

Conclusão Geral.....	88
-----------------------------	-----------

Referencias Bibliográficas.....	91
---------------------------------	----

Anexos

Anexo A – Critérios de diagnóstico para a Perturbação da Dor.....	111
---	-----

Anexo B- As Profissões mais frequentes na Amostra.....	113
--	-----

Anexo C- Actividades praticadas pelos participantes.....	115
--	-----

Anexo D- Diagnósticos apresentados pela Amostra.....	117
--	-----

Anexo E- Medicação utilizada pela Amostra.....	119
--	-----

Introdução

O presente estudo foi realizado na Unidade de Dor Crónica, do Hospital S.João, EPE-Porto, surgindo assim da observação das várias patologias associadas à dor (crónica) e das dimensões psicológicas envolvidas.

A dor crónica é um fenómeno subjectivo, que causa uma sensação desagradável a nível do corpo, podendo interferir nas várias dimensões, física, psíquica, social e comportamental (Breton, 2007). A dor crónica é cada vez mais um problema central para emergir: estima-se que 25% a 30% da população de países industrializados tem dor crónica Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbi & Bensing (1998). Em Portugal, segundo Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva (2010) cerca de 36% da população sofre de dor crónica, revelando um forte impacto a nível pessoal e profissional (emprego, actividades domésticas; dimensão familiar...), causando desconforto e interferindo no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

Importa ainda referir que partir da fase em que a dor deixa de ser aguda e passa a ser vivenciada, diagnosticada como crónica, esta deixa de ser designada apenas como um sintoma para ser encarada, vivenciada como uma doença (Lima & Trad, 2007).

Importa assim para a presente investigação não só abordar a dor crónica como um processo físico, mas sim como um processo biopsicossocial, sendo que segundo Turk e Wilson (2010), há variáveis e factores de importância a ter em consideração, como as cognições de cada indivíduo e as suas estratégias de *coping*.

Desta forma, o presente estudo divide-se em cinco capítulos.

No I capítulo, apresenta-se uma breve caracterização do conceito de dor crónica, mecanismos fisiopatológicos da dor e presença de variáveis psicossociais na dor crónica.

No II capítulo, é abordado de forma breve a catastrofização da dor e o modelo cognitivo-comportamental, de forma a fazer a ponte com o modelo de representação doença.

No III capítulo, é apresentado o método; nesta fase da investigação são apresentados os objectivos, a caracterização da amostra, informação relativa a cada instrumento usado, e por fim aborda-se o procedimento da investigação.

No IV capítulo, é feita a apresentação dos resultados mediante cada objectivo delineado.

No V capítulo é feita a apresentação dos resultados em confronto com os vários estudos consultados.

Por fim é feita uma conclusão acerca do projecto em questão, com uma reflexão acerca das variáveis em estudo e dos resultados alcançados, bem como as limitações do estudo, sugestões futuras e implicações práticas.

Capítulo I – Dor crónica

1.1. Dor

A dor faz parte da vida do Homem e das suas vivências, desde os princípios da humanidade (Bidarra, 2010). Contudo, a forma como esta foi sendo interpretada foi variando mediante os aspectos culturais, havendo, no entanto, um aspecto homogéneo no decorrer do tempo: o facto de a dor acarretar grande sofrimento (Bidarra, 2010).

A dor é um fenómeno interligado à cultura, aos aspectos religiosos, à arte e às crenças, pela forma que cada um tenta responder, simbolizar e apresentar as formas de contornar e minimizar os aspectos que causam todo o desenrolar da dor (Fleming, 2003).

Nos primórdios, o medo e a dor eram vivenciados / interpretados como formas de sofrimento notável pelos indivíduos, desencadeando todo um processo de impotência perante a situação (Filho, 1992). sendo que no Homem primitivo apenas era dada verdadeira relevância à dor física, ou seja, aos processos fisiológicos, uma vez que a dor de origem psíquica era encarada como sobrenatural e tratada com exorcismos e bruxarias (Filho, 1992).

Ao longo dos anos e fundamentalmente baseado em Aristoteles, a dor era caracterizada como uma emoção subjacente a cada indivíduo (Breton, 2007). Contudo, anos mais tarde e na continuidade da “busca” às respostas que a dor suscitava e centrado em Descartes, surge a ideia de que a dor ocorre não como uma emoção, mas como um “erro”, uma sensação desencadeada pelo próprio corpo (Breton, 2007). Contudo, a visão filosófica que pretendia dar resposta ao enigma da dor é “quebrada” pelo modelo biomédico que assentava as suas ideias apenas em causas físicas, colocando de lado

qualquer factor afectivo e emocional, ou seja, apenas havia relevância nos factos orgânicos e a subjectividade de cada indivíduo não era aceite como viável na explicação do processo doloroso, gerando assim uma “guerra” de opiniões entre filósofos e fisiologistas (Lobato, 1992).

Com o passar do tempo e com o avançar das investigações debruçadas sobre a dor, a dimensão afectiva/emocional e a sua subjectividade começa a ter outro “peso” na explicação do processo da dor, começando assim a dar-se importância à componente física e psicológica do indivíduo na caracterização da dor (Breton, 2007; Lobato, 1992).

A experiência da dor é portanto caracterizada como sendo subjectiva, cada indivíduo experiencia, percebe e assimila a dor de forma diferente, assim, a causa da dor não pode ter apenas um “peso” orgânico, mas sim a relação entre as causas fisiológicas (orgânicas) e as causas psicológicas que naturalmente poderão influenciar na forma de viver com a dor (Diamond & Coniam, 1999). Importa ainda dizer que a forma como a dor é vivenciada/percebida é multidimensional (Maroni & Bernard, 2006), ou seja, diferenciada em termos emocionais, cognitivos, e comportamentais (Sousa, 2002).

A dor crónica, quando diagnosticada como tal, em termos de sintomatologia já tem vivenciado primeiramente sintomatologia aguda (Martins, França & Kimura, 1996). Ou seja, algo mais momentâneo, de curta duração, tratando-se de um processo de alerta para o sujeito (Lima, 2007). Assim sendo, só com o passar do tempo (com terapêutica associada ou não) é que esta se pode vir a designar como dor crónica (Martins, França & Kimura, 1996). Há, portanto, uma série de questões que se prolongam no tempo, que se tornam recorrentes, continuas em vez de esporádicas, o que pressupõe mudanças no indivíduo, de adaptação à nova situação (Martins, França & Kimura, 1996).

Portanto, só é dado ao indivíduo o diagnóstico de dor crónica quando, após as tentativas de intervenção terapêutica, farmacológica ou não, esta persiste de forma contínua (Salvetti & Pimenta, 2007).

Actualmente a dor não se trata apenas de um sinal neurológico/fisiológico, mas sim de um aglomerar de processos psicofisiológicos interligados entre si abarcando a influência de factores culturais, personalidade e comportamento no assimilar e vivenciar da dor (Silva & Ribeiro-Filho, 2011). Não é portanto apenas o estímulo e a sua intensidade responsável pelo desencadear da dor, mas sim o conjunto de factores fisiológicos e psicossociais (Marquez, 2011).

Assim a dor é actualmente designada pela *International Association for the Study of Pain*, como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidular ou descrita em termos de lesão tecidular” (Citado por Antunes, 1995, p. 11).

A caracterização de dor destaca a dimensão sensorial, emocional e cognitiva, na informação e transmissão da dor através das várias vias de “mensagem” (Bouckenaere, 2007).

Primeiramente, a dimensão sensório-descriminativa, representativa e capaz de transmitir ao indivíduo a noção de intensidade da dor e, ao mesmo tempo, a sua localização; a dimensão afectiva, tendo como objectivo a resposta emocional, afectiva que a dor provoca, por exemplo, a sensação de ser desagradável; e, por último mas não menos importante, a dimensão cognitiva da informação sensorial, representativa das experiências passadas e possíveis projecções futuras acerca da dor (Bouckenaere, 2007).

A dor representa a sensação ou a consequência de um estímulo invasivo ou não de carácter ambiental ou de carácter fisiológico (frio, calor, pressão) (Silva & Ribeiro-Filho, 2011).

A sensação de dor pode ser desencadeada pelo estímulo em qualquer parte do corpo, incluindo o sistema nervoso central (SNC) (Silva & Ribeiro-Filho, 2011). Importa referir que a dor acarreta todos os aspectos negativos descritos, porém, por outro lado também alerta para a possibilidade de ocorrência de algum problema interno, serve de um aviso (Filho, 1992). Todavia esta designação de “alerta” pressupõe-se que seja vivenciada aquando de uma situação de dor aguda, pois uma vez que se percebe e lhes é diagnosticada uma dor crónica a dor deixa de ser apenas a “dor” para ser uma doença, devido à continuidade temporal (Marquez, 2011). O sentir a dor não é apenas uma simples sensação fisiológica desagradável, mas sim uma envolvente capacidade de vivenciar a relação dor/ indivíduo perante o Mundo (Breton, 2007). A dor crónica deixa de ser designada como um “sintoma” mas sim com uma doença, ou o “sentir-se doente” (Català & Aliaga, 2003).

Actualmente a dor é encarada como um processo biopsicossocial no processo da ocorrência e desenvolvimento da mesma (Marquez, 2011). O modelo biopsicossocial serve como uma base para a intervenção na perturbação da dor, isto porque o modelo remete não só para a perspectiva biológica da dor, mas sim para o aglomerar de factores biológicos, psicológicos, sociais, assim sendo, o indivíduo é encarado como um todo (mente e corpo) na experiência e relato da dor (Soares & McIntyre, 2000).

De acordo com Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000), o estado emocional do indivíduo está claramente em constante “interferência” na forma como os indivíduos percebem a dor e na forma como controlam a mesma. Como tal, a dor crónica deverá ser encarada de acordo com modelo biopsicossocial, uma vez que há uma interferência a vários níveis, nas dimensões física, familiar/social, psicológica e espiritual (Rodrigues, 2007).

A perturbação de dor é diagnosticada quando o principal sintoma é dor, sintoma esse que causa sofrimento e angústia no indivíduo que o experiencia (Capela & Loura, 2009).

Segundo o DSM-IV-TR, são vários os critérios de diagnóstico para a perturbação de dor (cf. Anexo A); dentro dos mesmos esta pode dividir-se em subtipos: relacionado a factores psicológicos, ou seja, em que o quadro psíquico exerce uma força, na exacerbação, manutenção da dor; pode estar relacionado com um estado físico geral, ou seja, ao contrário do referido acima, há uma causa física orgânica que justifica o diagnóstico de perturbação de dor; e, por fim a junção dos factores psicológicos com o estado físico geral, que podem estar patentes na manutenção, início e exacerbação da dor (APA, 2002). A dor é apresentada na perturbação de somatização como um sintoma representativo de problemas emocionais, psíquicos ou orgânicos (Lumley e t al.2011).

A dor crónica poderá, um pouco em contradição com o tratamento da dor aguda, necessitar de uma intervenção farmacológica a longo prazo para atenuar a sintomatologia física, mas também de uma intervenção psíquica (psicoterapia), pois há uma componente mista (física e psicológica) a desencadear todo o processo de dor envolvente (Capela & Loura, 2009).

A estreita ligação entre as perturbações somáticas e as dimensões psicológicas podem ocorrer de várias formas e ser representativas de uma série de destaques, podem ocorrer na exacerbação da patologia de base diagnosticada, assim como na sua manutenção, ou até mesmo em termos de adesão ou não à terapêutica quer seja ela farmacológica ou não, não só pelas questões sociais, bem como as questões culturais que podem estar presentes (Salinas & Gorayeb, 2003).

1.2. Dos mecanismos fisiopatológicos da dor às variáveis psicossociais

O desenrolar de toda a experiência dolorosa desencadeia-se em termos fisiológicos quando os estímulos agressivos ao corpo se convertem em potenciais de acção, dando-se assim a passagem dos estímulos presentes nas fibras nervosas para o SNC (Rocha, e tal, 2007). Quando os estímulos se caracterizam como agressivos e desencadeiam uma lesão a nível dos tecidos, desenvolve-se todo um processo de inflamação e dor (Rocha, e tal, 2007). Os nociceptores são descritos por Widmaier, Raff & Strang (2006) como os receptores dos estímulos dolorosos responsáveis por todo o processamento das acções químicas da sensação de dor.

A ligação da condução de todo o processo da dor, dá-se por três neurónios interligados entre si e que conduzem o processo doloroso das fibras para a medula espinal, depois para o talâmo e por sua vez para o córtex somatossensorial (Lima, 1995).

Todo o processo que desencadeia a dor pode ter como base um mecanismo neuropático, nociceptivo ou psicossomático (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007). Nociceptivo quando ocorre uma lesão visceral e somática, ou seja, causada por determinados estímulos específicos e geralmente acompanhada de inflamação dos tecidos (Klaumann, Wouk & Sillas, 2008). Neuropática quando há uma alteração da informação nociceptiva do sistema nervoso central e do periférico, provocando síndromes dolorosas, com características particulares como a alodínia (Català & Aliaga, 2003). Psicossomático quando ocorre uma sensação de dor que não pode ser explicada por causas orgânicas fisiológicas, mas sim pela dimensão psicológica (emocional, afectiva) (Català & Aliaga, 2003). O processo envolvente da vivência da dor

caracteriza-se por quatro componentes interligadas entre si e responsáveis por toda a situação dolorosa: dor, nocicepção, sofrimento e comportamento doloroso (Almeida, Junior, Doca & Turra, 2010).

Com o passar dos anos foram várias as teorias que tentaram definir e caracterizar a dor e todo o processo envolvente da mesma, contudo, a teoria que ressaltou e predomina foi proposta por Melzack e Wall em 1965, desenvolveram o modelo ou “teoria do portão”(Rachlin, 2010). Esta fundamenta-se na ideia de que a dor não é apenas uma sensação em termos fisiológicos, mas sim um cruzar de factores psicofisiológicos e psicossociais (Breton, 2007; Melzack, 1999; Rachlin, 2007).

A teoria em questão dá importância aos factores sociais, psicológicos e biológicos na percepção da dor (Alexandre, Nadanovsky, Lopes & Faerstein, 2006). Constatando assim a importância dos mecanismos neurais centrais no processamento da informação, reafirmando a ideia de que a mente é um processo activo (Alexandre, Nadanovsky, Lopes & Faerstein, 2006).

Assim, poderá dizer-se que este modelo ressalva a ideia de que a dor, a sua transmissão e manutenção não é apenas da responsabilidade somática nem psicogénica mas sim do unir dos vários factores (Bennett, 2002).

Assim, a teoria realça a ideia de que ambas as dimensões descritas podem impulsionar e moderar a dor (Bennett, 2002). Surgindo assim a explicação de todo o processo decorrente e baseado na teoria acima descrita. Primeiramente, há transmissão das impulsos nervosos que encaminham toda a informação até à espinal medula, onde é recebida a informação de dor e encaminhada através do tálamo até ao cérebro (Bennett, 2002; Goleman, 1997; Melzack, 1999) contudo, a mesma informação é quantificada por

um sistema de portão espinal, sendo este influenciado pela actividade e quantidade de fibras de largo diâmetro, responsáveis pela inibição da transmissão da dor e por fibras de pequeno diâmetro que facilitam a transmissão da informação dolorosa (Bennett, 2002; Goleman, 1997; Melzack, 1993;).

Neste modelo, os processos psicológicos e biológicos influenciam e interferem na percepção de dor e na vulnerabilidade de cada um no vivenciar da dor, podendo assim afirmar-se que os aspectos psicológicos (comportamentos, cognições) interferem na abertura ou fecho do “portão da dor” desencadeando assim todo um processo doloroso (Melzack, 1993).

De acordo com Alvin, Tournemire e Vuillemin, (2003), o aceitar de um diagnóstico de doença crónica não se dá no momento da comunicação, nem pelo nome da patologia associada, mas sim pela representação da doença X ou Y, pelas crenças, pelos significados criados (Alvin, Tournemire & Vuillemin, 2003). Assim sendo, as doenças crónicas são caracterizadas como “lesões” que passam a fazer parte do indivíduo por um período de tempo longo e contínuo, contudo, podendo apresentar oscilações quanto aos períodos de melhora e de piora da sintomatologia de base (Casado, Vianna & Thuler, 2009).

De acordo com Bury (1991), a percepção e subjectividade de cada indivíduo interfere nos níveis de dor e na sua evolução. Para o mesmo autor, não só a percepção interfere como também os aspectos emocionais, nomeadamente as experiências passadas.

A dor crónica interfere em aspectos como as alterações dos estilos de vida, hábitos de sono e incapacidade/ limitação com que o paciente se depara (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007).

A dor crónica pode ainda complexificar o estado de humor dos indivíduos, maximizando sintomas depressivos, ansiedade, problemas de sono, agressividade e diminuição da qualidade de vida (Dias & Brito, 2002).

Alguns autores, como Sá, Baptista, Matos e Lessa, (2009) referem que determinadas variáveis psicossociais como o consumo de álcool em excesso, o tabaco, ou seja, hábitos de saúde pouco saudáveis têm sido relacionados com a marcada presença de dor crónica. Contudo, importa dizer que estes autores também referem uma ligação entre dor e aspectos sócio-demográficos, como idade, cultura, escolaridade, sexo e estado civil (Sá, Baptista, Matos & Lessa, 2009).

De acordo com Barros, César, Garandina e Torre (2003), num estudo que tinha como objectivo perceber quais as desigualdades sociais na prevalência de doenças crónicas no Brasil, chegou-se à conclusão de que a prevalência de uma doença crónica depois dos 18 anos de idade, é superior cerca de 22% nas mulheres comparativamente com os homens.

Num outro estudo realizado por Forni et al., (2012), com amostra de 128 indivíduos, tendo como objectivo central perceber qual o perfil dos pacientes encaminhados para uma clínica de dor, verificou-se que a prevalência de dor foi superior no sexo feminino, (58,5%), verificando-se ainda que houve relação positiva entre a intensidade da dor e o sexo feminino.

A condição social de cada indivíduo e a forma como este está integrado na sociedade em que vive diferencia a forma de lidar com a dor, ou seja mediante aspectos sociais e culturais o indivíduo pode apresentar maior ou menor tolerância à dor (Sarti, 1998). Não só esta condição social determina este aspecto referido como também constrói a visão de cada um perante o indivíduo portador de “dor” (Sarti, 1998).

A dor está em constante interacção com a vida profissional/laboral, familiar, cultural e social, sendo que as relações e interacções que surgem nestes ambientes são extremamente relevantes na compreensão de todo o processo doloroso (Frutuoso & Cruz, 2004).

Vasconcelos, Araújo, Moreira e Lopes, (2007) numa amostra de 67 indivíduos, sendo na sua maioria do sexo feminino (73,1%), com o objectivo de identificar os diagnósticos (crónicos) (num total de 57 diagnósticos de enfermagem) e variáveis sociais e clínicas, verificou-se uma associação entre um dos diagnósticos (padrão de sono perturbado) e o estado civil, na medida em que os indivíduos solteiros apresentavam uma percentagem de 61.1% enquanto que os casados apresentam apenas 19,1% de padrão de sono perturbado.

Já Leite e Gomes (2006) num estudo com indivíduos, com o objectivo de analisar a prevalência de dor crónica no ambulatório universitário de fisioterapia, verificaram que os indivíduos viúvos eram os mais propensos a desenvolver um quadro de dor crónica.

Num outro estudo realizado por Montini e Neman (2012) verificou-se que 65,3% da população inquirida é casada, verificando-se que houve uma associação entre os níveis de dor e o estado civil.

A dor crónica torna o indivíduo mais vulnerável em várias dimensões, a nível da mobilidade, sistema imunitário, mais susceptível a contrair doenças, alteração do sono, da vida sexual, alterações de humor, problemas de auto-estima e a ocorrência de pensamentos negativos (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006).

Estudos referem uma maior incidência de dor crónica nas mulheres comparativamente com os homens, com a incidência presente em mulheres com profissões classificadas como menos qualificadas (Breton, 2007).

A idade também é um dos factores importantes na tolerância à dor; de acordo com Andersson, Ejlertsson, Ledon, e Rosenberg, (1993), quanto mais idade o indivíduo tiver mais tolerância demonstra para suportar a sensação dolorosa.

Segundo Cipriano, Almeida e Vall (2011), num estudo realizado em ambulatório com a finalidade de objectivar o perfil dos indivíduos com dor crónica, a conclusão a que se chega é que dos 111 pacientes inquiridos, a maioria era do sexo feminino (67,6 %) com idades entre os 40- 49 anos, sendo que 63,1% continuam no activo. O estudo mostra ainda que as patologias mais comuns foram a lombalgia seguida de dor nos membros inferiores.

De acordo com Castro et al., (2011), num estudo realizado com quatrocentos pacientes com idade média de 45 anos, com o objectivo de perceber se havia sintomatologia depressiva e ansiosa nos indivíduos com dor crónica, o estudo revelou que 70% da amostra evidenciava sintomatologia depressiva e 60% sintomatologia ansiosa.

Num estudo com o objectivo de verificar a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e a dor, ansiedade e depressão, foram inquiridos 304

indivíduos entre os 35-60 anos (244 mulheres e 60 homens), com dor crónica, contudo, estes foram divididos em três grupos: dor difusa e crónica; dor regional; e dor esporádica, chegando-se à conclusão de que os indivíduos do grupo “dor difusa e crónica” revelaram mais sintomatologia depressiva e pior qualidade de vida (Capela et al., 2009).

De acordo com Júnior, Nicholas, Pimenta e Asghari (2012), num estudo realizado a 311 participantes de entre os quais 74% era do sexo feminino e 26% do sexo masculino, pode verificar-se que os factores sócio demográficos, cognitivos e orgânicos contribuem para a ocorrência de sintomatologia depressiva, intensidade de dor e permanência de pensamentos catastróficos.

Segundo um estudo realizado por Matos, (2012), com uma amostra de 70 indivíduos com diagnóstico de dor crónica, verificou-se que os níveis de severidade da dor eram moderados, oscilando entre 3 (mínimo de dor) e 10 de (máximo de dor), sendo o valor médio de 7. Verificou-se ainda que, no que respeita à Interferência da dor, esta apresentou valores mais elevados, ou seja mais interferência da dor nas actividades em geral, seguindo-se do trabalho e disposição.

Um outro estudo realizado por Silva (2010), com uma amostra de 34 doentes com diagnóstico de dor lombar crónica, em que se verificou uma relação positiva entre os níveis de incapacidade (dor) e diminuição da qualidade de vida.

Uma outra investigação realizada com o objectivo de perceber a interferência da dor crónica na qualidade de vida dos idosos, com uma amostra de 50, verificou-se a presença de dor moderada, avaliada pela escala visual analógica (EVA), com influência negativa na qualidade de vida dos idosos (Cunha & Mayrink, 2004).

Um outro estudo realizado por Stefane, Santos, Marinovic e Hortense (2013), com uma amostra de 97 indivíduos com diagnóstico de dor crónica lombar, tinha como finalidade, perceber qual a percepção da dor e a sua interferência na qualidade de vida. Assim, o estudo revelou que a dor foi percebida como grave/intensa, com repercussões na qualidade de vida, associada à incapacidade e limitação provocada pela dor.

Todo o fenómeno doloroso que envolve a experiência de dor (sensorial e emocional) deverá ser encarado e interpretado por uma visão multidisciplinar assente na base biopsicossocial (Gonçalves, 2002). Sem esquecer que o momento de avaliação do indivíduo com dor determina toda uma série de questões extremamente relevantes para as futuras intervenções, quer de origem farmacológica ou psicoterapêuticas (Gonçalves, 2002).

De acordo com Frutuoso e Cruz (2004), a avaliação psicológica do doente com dor centra-se em perceber e avaliar o impacto da dor na vida do indivíduo, tentando assim perceber se existem situações, factores que possam estar na base dessa “dor” ou até mesmo que possam determinar o seu agravamento, avaliando ao mesmo tempo se existem barreiras (crenças cristalizadas, pensamentos automáticos negativos) à possível intervenção psicoterapêutica.

Devido ao carácter subjectivo da dor e da complexidade em poder objectivar, medir, quantificar a dor, torna-se imprescindível que na sua avaliação sejam tidos em conta os vários factores sociais, modo de estar, hábitos de vida, entre outros aspectos (Turk, 2003). É preciso não só avaliar a dor, mas os aspectos interligados entre si, a sua

durabilidade, localização e os aspectos emocionais do indivíduo, nomeadamente o impacto que a dor tem no seu dia a dia (Turk, 2003).

A avaliação do estado emocional do doente com dor é importante não só para perceber a relação dor /comportamento, mas para poder planear acompanhamento psicológico e intervenção psicoterapêutica de forma a melhorar a qualidade de vida do indivíduo e proporcionar um bem-estar dentro das limitações e barreiras que a dor impõe (Andrade, Pereira & Sousa, 2006).

Na avaliação psicológica da pessoa com dor, é importante como principal método de recolha de informação o uso da entrevista, para assim poder levantar-se informação acerca dos comportamentos de saúde, de dor, vida pessoal, profissional e antecedentes de psicopatologia que possam ajudar a compreender de uma melhor forma todo o processo envolvente (Carvalho, 1999).

Importa referir que o papel do psicólogo na avaliação psicológica da pessoa com dor se centra exactamente no perceber as variáveis emocionais, sociais e comportamentais no “sentir a dor”, percebendo de que forma estes factores são determinantes no actuar da dor, na sua manutenção e exacerbação (Bartilotti, Scopel & Cruz, 2006).

Capítulo II – Cognitiones e dor

2.1. Distorções cognitivas e catastrofização da dor

O modelo cognitivo-comportamental foi desenvolvido por Aaron Beck nos anos 60 do século XX, tendo como principais características uma abordagem centrada na objectividade e no aqui e agora (Pereira & Penido, 2010). Este dá real importância e centra toda a sua abordagem na manutenção e evocação do pensamento (real ou distorcido) presentes nas diferentes psicopatologias (perturbações de ansiedade, perturbações de humor...) (Leahy, 2006). Um dos princípios básicos do modelo cognitivo é a forma como os indivíduos percebem e assimilam a informação, pois essa mesma interpretação vai influenciar e determinar o comportamento e a forma como se sentem emocionalmente (Knapp & Beck, 2008).

O modelo cognitivo-comportamental remete para a ideia de que o pensamento distorcido é comum a quase todas as perturbações psicológicas, influenciando o humor e o comportamento do indivíduo, sendo assim importante a reestruturação cognitiva das crenças cristalizadas e dos pensamentos distorcidos (Beck, 1997).

Viéses cognitivos impulsionam a que situações traumáticas gerem uma maior vulnerabilidade e desencadeiem possíveis situações geradoras de desconforto (Leahy, 2006).

O modelo cognitivo-comportamental debruça-se sobre três princípios cruciais, ou seja, o comportamento é afectado pela cognição (pensamentos, percepções); em segundo lugar, os pensamentos automáticos podem ser monitorizados; e por último, a

mudança comportamental desejada pode ser alcançada através da alteração dos pensamentos, ou seja, através da “via” cognitiva (Dobson, 2006).

Assim sendo, o modelo cognitivo-comportamental vem dar importância às distorções cognitivas e à forma como estas afectam o comportamento (Dobson, 2006), realçando assim a ideia de que há uma estreita ligação entre o estado afectivo e emocional de cada paciente e os seus pensamentos, de forma que um reforça o outro (Dobson, 2006).

As distorções cognitivas são caracterizadas como pensamentos ou crenças disfuncionais que os indivíduos têm sobre si mesmos, sobre os outros ou sobre o Mundo que os rodeia (Moura & Koller, 2008).

Os pensamentos surgem da percepção e da forma de “ver” e assimilar que o indivíduo dá às situações, esses pensamentos surgem como automáticos, não tendo assim que ser impulsionados por algo (Moura & Koller, 2008). Os pensamentos automáticos são considerados como os “mais fidedignos” pelo facto de surgirem no imediato, estando a grande parte das vezes associados a emoções e/ ou pensamentos perturbadores, podendo surgir em forma de pensamento dicotómico como por exemplo; a catastrofização, entre outros (Leahy, 2006). São caracterizados como cognições que ocorrem rapidamente na mente quando se está a experienciar ou a relembrar determinado acontecimento, estes podem ser conscientes, contudo, requerem uma análise do conteúdo da informação (Wright, Basco & Thase, 2008).

Importa ainda referir que os pensamentos podem ser de carácter real ou não, ou seja, podem ser perturbadores e estar em conformidade com a realidade ou simplesmente serem fundamentalmente baseados em crenças e pressupostos erróneos,

como esquemas precoces mal adaptativos que poderão estar na base da ocorrência de episódios de ansiedade e depressão (Leahy, 2006).

Na base dos pensamentos automáticos estão presentes esquemas precoces designados muitas das vezes como crenças nucleares ou crenças centrais (Knapp & Beck, 2008). Estes esquemas precoces, como o próprio nome indica, desenvolvem-se desde cedo (na infância) e servem como um filtro às experiências e pensamentos actuais, estas são ajustadas através da visão do próprio indivíduo, bem como da opinião dos outros significativos sobre si (Knapp & Beck, 2008). Os esquemas desadaptativos são modelos cognitivos e emocionais de auto-destruição iniciados no período infantil mas repetidos e experienciados ao longo da vida (Young, Klosko & Weishaar 2008).

As crenças centrais disfuncionais são designadas como rígidas e supergeneralizadas, e levam os indivíduos a distorcer a informação que provém do meio, gerando enorme sofrimento (Oliveira, 2009). Estas têm base nas experiências da infância, principalmente nas relações interpessoais com pessoas significativas; estas crenças podem ser activadas na idade adulta desencadeando a distorção da informação, quando ocorre um evento traumático gerador de desconforto, e sofrimento, como, por exemplo, um divórcio, uma separação, entre outros (Oliveira, 2009). De acordo com Beck et al (1997 citado por Peçanha & Rangé, 2008), as crenças centrais desenvolvidas durante a infância não só se desenvolvem pela influência das relações interpessoais mas também pelos factores sócio-culturais em que o indivíduo está envolvido.

De acordo com Young (1999 citado por Young, Klosko & Weishaar 2008), os esquemas precoces desenvolvidos no período da infância podem estar na base e ser a causa de muitas perturbações da personalidade e perturbações de humor. Aquando do

“activar” dos esquemas precoces mal adaptativos, há um crescimento dos pensamentos automáticos negativos, podendo ser de origem actual, de recordações ou até mesmo de “previsões” futuras, gerando sofrimento emocional no indivíduo (Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1997).

Para Powell, Abreu, Oliveira e Sudak (2008), crenças e pensamentos distorcidos podem ser a base de determinados comportamentos em indivíduos deprimidos, ou seja a depressão poderá ser compreendida pelos viéses e erros cognitivos que surgem. Assim, distorções cognitivas, que levam a pensamentos automáticos negativos, têm um lugar fulcral no desenvolvimento de um estado depressivo, uma vez que as pessoas que atravessam uma depressão têm tendência a estruturar, planejar o seu dia a dia de forma rígida, mas sempre com a conotação negativa, ou seja, de forma inflexível, o que leva a erros de interpretação acerca de si, do seu desempenho e dos outros (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak 2008).

Importa referir que existem três níveis a diferenciar dentro deste modelo: as crenças centrais, intermediárias e pensamentos automáticos (Beck, 1997). Os pensamentos automáticos ocorrem de forma rápida, espontânea, e imprevista, sendo da subjectividade do indivíduo, estando a maior parte das vezes associado à percepção e interpretação de experiências passadas (Wright, Basco & Thase, 2008).

As crenças centrais são designadas como crenças globais, rígidas, absolutas, desenvolvidas no período da infância, enquanto que as crenças intermediárias, que surgem entre as crenças centrais e os pensamentos automáticos, são definidas como regras, suposições que influenciam o indivíduo. As crenças intermediárias influenciam a forma de sentir e comportar do ser humano (Beck, 1997).

As distorções cognitivas representam a forma como avaliamos as situações, como encaramos e assimilamos a informação (Oliveira, 2011). A catastrofização é a forma exagerada de prever o futuro de forma negativa, ou seja, o indivíduo prevê determinada situação de forma negativa e com a ideia de que não irá suportar tal situação, por exemplo “ eu vou sentir tanta dor, que não vou conseguir suportar” (Oliveira, 2011, p 32).

Para Leahy (2006), a catastrofização é caracterizada como um pensamento negativo, assente na ideia de que o que irá acontecer ou possa acontecer futuramente será tão mau que não será capaz de suportar. De acordo com Knapp e Back (2008), o pensamento perante a situação é tão negativo que o indivíduo apenas consegue determinar o pior, sem encarar a possibilidade de um desfecho positivo.

A catastrofização da dor é definida segundo Sullivan (2001 citado por Sullivan 2012, p.32) como “ uma orientação negativa exagerada á dor real ou prevista, composta por elementos de amplificação, ruminação e desamparo aprendido”

De acordo com Sullivan (2012), a catastrofização da dor é designada como um processo negativo do pensamento focado de forma excessiva nas sensações de dor, real ou não, com a percepção de incapacidade de tolerância para atenuar a dor.

A catastrofização da dor em indivíduos com dor crónica reflecte a falta de controlo sobre a dor e a presença constante de pensamentos automáticos negativos (Jones et al, 2003). Este pensamento catastrófico pode ainda ser dividido em 4 fases/etapas, ou seja, o pessimismo perante determinada situação, incapacidade pessoal de lidar com a situação, o desespero e a necessidade de análise constante do problema, que leva a um aumento da incapacidade de lidar com a dor (Jones e tal, 2003).

A catastrofização da dor abarca três dimensões importantes entre si na sua multidimensionalidade; assim, destaca-se a amplificação, ou seja, a forma de exagerar na percepção e intensidade da dor; a ruminação, que se caracteriza pela ocorrência constante de pensamentos negativos relacionados com a dor; e, por último o desamparo aprendido, que se caracteriza pela ausência de apoio, sentir-se “desamparado”, “bloqueado” pela dor (Sullivan et al, 1995). Importa referir que, de acordo com Sullivan et al (2004), a ocorrência de pensamentos catastróficos não está meramente ligada aos processos cognitivos, emocionais e afectivos do indivíduo no momento da dor (real) mas sim a um aglomerar de experiência e crenças centrais ou esquemas desadaptativos construídos na base de relatos anteriores da vivência da dor, que impulsionam a desencadear um novo processo de pensamentos catastróficos, como foi referido anteriormente.

Segundo Sturgeon e Zautra (2013), estudos revelam que intervir psicologicamente na dimensão das distorções cognitivas, neste caso em particular na catastrofização da dor (redução dos pensamentos catastróficos) melhora a condição física e o funcionamento psicológico.

De acordo com Vandenberghe (2005), estudos realizados no âmbito da dor revelam que as distorções cognitivas, nomeadamente as questões dos pensamentos catastróficos contribuem para o aumento da intensidade da dor.

Segundo Domingues (2011), num estudo com 40 indivíduos, 75% dos indivíduos do sexo feminino e 25% do sexo masculino, com diagnóstico de dor crónica cervical, verificou-se que havia relação entre os níveis de pensamentos catastróficos e os níveis

de percepção de intensidade de dor, ou seja, a elevados níveis de catastrofização corresponderiam elevados níveis de percepção de intensidade de dor.

Para Rodrigues (2011), num estudo com 38 indivíduos, 60,5% do sexo feminino e 39,5% do sexo masculino, com a patologia de dor crónica lombar (DCL), verificou-se após análise dos dados, relação entre a catastrofização e níveis de incapacidade, ou seja, indivíduos com níveis mais elevados de pensamentos catastróficos evidenciavam maiores níveis de incapacidade.

Assim, estudo realizado por Mamede, (2011), numa amostra de 113 funcionários, com o objectivo de avaliar a dor crónica lombar e a incapacidade auto-reportada em trabalhadores das IPSS de Arronches e sua relação com factores psicossociais, verificou-se uma correlação entre os níveis de catastrofização (todas as subescalas) e a incapacidade funcional auto-reportada nos doentes com dor crónica lombar. Ou seja, quanto maiores forem os níveis de catastrofização da dor maior o nível de incapacidade.

O mesmo aconteceu num estudo realizado por Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan e Tripp (1998), com o objectivo de perceber os pensamentos catastróficos associados à dor e incapacidade em paciente com lesões de tecidos moles. Foram inquiridos 86 indivíduos (27 homens e 59 mulheres) e os resultados revelaram que a catastrofização está correlacionada com a intensidade de dor relatada dos pacientes, sendo que a subescala Ruminação é que se sobrepõe sobre as restantes.

De acordo com Denison, Asenlof e Lindberg (2004), numa amostra de 210 indivíduos com dor crónica lombar, verificou-se uma correlação entre a variável catastrofização da dor e incapacidade.

Um outro estudo realizado por Day e Thorn, (2010) com o objectivo de avaliar a relação entre as psicossociais e os níveis de dor, refere que a catastrofização se encontra directamente associada à interferência da dor, intensidade e incapacidade.

2.2. Representação de doença

São vários os modelos que existem para explicar o ajustamento psicossocial perante a doença.

A abordagem cognitiva da doença fundamenta-se na ideia de que os indivíduos ao longo da vida constroem representações acerca dos acontecimentos, vivências e experiências internas e externas, que serão usadas como forma de interpretação de uma nova situação que possa surgir, nomeadamente o enfrentar de uma doença (Ferreira, Gay, Aeberharf & Bricaire, 2011).

A percepção de como as pessoas se comportam perante a saúde, como encaram cada situação, como constroem as próprias representações de doença e a forma como lidam com ela ajudam a determinar comportamentos e a planear intervenções bem sucedidas (Odgen, 1999).

O modelo de representação cognitiva da doença foi desenvolvido por Leventhal e colaboradores em 1960 (Bennett, 2002). É um modelo cognitivo que visa explicar como é que os indivíduos reagem perante uma doença, como enfrentam a situação (Bennett, 2002).

Este modelo indica que os indivíduos tendem a desenvolver a sua própria interpretação da doença e do diagnóstico, contendo informação acerca das causas, durabilidade, consequências, sendo na maior parte das vezes informação construída pela

influência dos factores externos ao indivíduo, como a sociedade, aspectos culturais e factores internos, como experiências passadas, não sendo assim necessariamente baseada em factos ou informação médica (Browning, Wewers, Ferkeitch, Otterson & Reynolds, 2009). O aglomerar de todos estes factores determinam o comportamento do indivíduo perante a doença (Browning et al., 2009).

O modelo de representação de doença em questão sustenta-se na base de que pensamentos, emoções e comportamentos são moldados pelo próprio indivíduo com a finalidade de atingir os objectivos pretendidos, tendo sempre presente as diferentes estratégias para o atingir (Cameron & Leventhal, 2003).

Este modelo centra-se nas particularidades individuais, ou seja, nas crenças e nas possíveis respostas perante a saúde/ doença, uma vez que as experiências, atitudes e crenças de cada indivíduo são determinantes na forma como este encara e interpreta a situação, influenciando, assim, e determinando as respostas comportamentais (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

Este modelo centra-se na ideia de que perante qualquer problema de saúde o indivíduo é de certa forma motivado a minimizar sentimentos como a angústia para posteriormente encontrar o equilíbrio inicial (Bennett, 2002).

As representações de doença fundem-se nas crenças de cada um, estas crenças podem ser designadas como esquemas existentes no indivíduo, de experiências passadas ou recorrentes; são no fundo orientações normativas que impulsionam os indivíduos a enfrentar a situação e a dar-lhe o seu sentido, assim, destacam-se cinco dimensões da representação de doença (Hale, Treharne & Kitas, 2007). Identidade, ou seja, há o associar de determinado sintoma, com a doença em questão; as atribuições causais, que

remetem para as causas que estão na base da doença; a duração, ou seja, o tempo que a doença permanece; percepção das consequências, em que o indivíduo reflecte acerca do impacto da doença nas várias dimensões (física, psíquica, familiar); por fim, a percepção de cura, como o próprio nome indica, representa a ideia de que o indivíduo tem sobre a cura ou o controlo da doença (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

As representações de doença são fruto da informação criada pelo próprio indivíduo e fundamentada nas experiências passadas do mesmo, crenças e esquemas que o indivíduo determina como fulcrais no processo da doença e sua gestão (Edgar & Skinner, 2003).

De acordo com Diefenbach e Leventhal (1996), existem três grandes construtos no modelo de representação de doença: primeiramente, a ideia de representação, remete para o que o indivíduo pensa, interpreta, e vivencia a doença, através dos diferentes factores internos e externos; em segundo lugar, o enfrentar a doença, estes procedimentos são baseados na representação inicial, ou seja, as estratégias para lidar com a situação desenvolvem-se após criada a representação mental da doença; por fim, surge a avaliação das expectativas de cada um e da resolução e desfecho de cada situação (Diefenbach & Leventhal, 1996).

O modelo de auto-regulação do comportamento de doença assenta em três pressupostos base, são eles: o primeiro, é encarar o indivíduo como um ser capaz e autónomo na resolução do problema, processando a informação, a fim de entender o problema para alcançar o desejado; a segunda etapa refere que o indivíduo, após construída a representação de doença, irá de certa forma acompanhar e avaliar as estratégias que usou para alcançar o objectivo; por último, o terceiro pressuposto refere

que cada representação é subjectiva, podendo ser fundamentada em crenças reais ou não, portanto, não reflectem a correcta realidade médica, uma vez que se trata de representações/crenças culturais e sociais (Ferreira, Gay, Aeberharf & Bricaire, 2011).

O modelo de auto-regulação do comportamento de Leventhal caracteriza o comportamento de saúde como um aglomerar de factores internos e externos (estímulos) para assim dar sentido ao seu estado emocional e à experiência (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

De acordo com Leventhal (1997 citado por Klein & Gonçalves, 2005), o comportamento de adesão ou não à terapêutica instituída pelo técnico de saúde é muitas das vezes “controlado” pelas representações que os indivíduos têm acerca da doença.

De acordo com Rudell e Priebe, (2011), os indivíduos possuem uma representação cognitiva e uma representação emocional da doença, que ajudam na avaliação contínua do comportamento e fazem uma avaliação da representação corporal, levando assim a uma resposta de como enfrentar a doença.

O *coping* e as representações de doença, estão intimamente interligados, na medida em que, segundo Bennett (2002), as representações de doença criadas pelo próprio indivíduo desenvolvem, activam dois “lados”: por um lado, podem ser responsáveis pela alteração de humor, por outro, motivam o indivíduo a desencadear estratégias de coping que minimizem a ameaça da doença; a finalidade de ambas as situações é reduzir os aspectos negativos, como a angústia, e ter um maior controlo sobre a doença.

O *coping* é caracterizado como uma forma de responder às crenças, pensamentos, estímulos, reacções emocionais provenientes da situação de doença, geralmente

encarados como processos negativos, sendo que o *coping* quando direccionado para a situação externa designa-se de *coping* focado no problemas, caso contrário e se verifique *coping* direccionado às reacções emocionais, caracteriza-se como sendo um *coping* focalizado na emoção (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

As respostas à doença, ou seja, o comportamento desenvolvido perante a doença, está dividido, segundo Odgen, (1999), em três etapas:

Primeiramente, a *representação cognitiva e emocional de ameaça à saúde* perante uma determinada situação/ patologia, o indivíduo tende a interpretar os sinais de patologia (factores internos, como os sintomas, e factores, como a informação acerca de...), para assim, através da cognição e subjectividade de cada indivíduo, formar a representação (causas, identidade, consequências...); assim o indivíduo dá sentido à patologia e à situação, “planeando as estratégias de enfrentar a doença e o seu comportamento, sofrendo alterações no estado emocional perante cada situação (Odgen, 1999);

Em segundo lugar o *desenvolvimento e implementação do plano de acção ou coping* nesta fase, os indivíduos procuram as estratégias mais adequadas para lidar com a situação, tendem a desenvolver estratégias que lhes dêem alguma estabilidade física e emocional; estas estratégias podem ser desenvolvidas em *coping* de aproximação, que consiste na procura do apoio de terceiros, apoio social entre outros, ou, por outro lado, *coping* de evitamento ou negação (Ogden, 1999);

Em terceiro lugar, *ponderação ou avaliação do resultado do plano de acção* nesta fase, o indivíduo faz uma avaliação das estratégias desenvolvidas e postas em prática,

procurando assim, dentro do possível, manter o bem-estar físico e psicológico (Ogden, 1999).

De acordo com Leventhal (1980 citado por Pereira & Silva, 2002), existem três bases fundamentais na representação das doenças: em primeiro lugar, as associações semânticas que as pessoas fazem acerca de cada patologia, pelo nome da patologia em si e pelas crenças; em segundo lugar, tem a ver com a experiência de cada um perante determinada doença, a forma como cada um vivencia, interpreta e se comporta depende da informação externa, ou seja, da informação que vai chegando, por pessoas próximas que tenham vivenciado a mesma situação, assim vão criando as representações da doença; e, por último, designados como esquemas de doença, é toda a informação vinda do exterior, da comunicação social, do senso comum, influenciada pelos aspectos culturais e sociais.

Segundo Apóstolo, Viveiros, Nunes e Domingues (2007), existem dois factores activos no processo de representação da doença, são eles: a cognição, que corresponde à interpretação que o indivíduo dá à ameaça da doença; e a emoção, que é a reacção mais subjectiva da ameaça estes dois factores estão interligados entre si.

As representações de doença fundem-se em várias situações, nas trocas de informação entre as pessoas acerca das diferentes patologias, na interacção afectiva dos sintomas que o corpo transmite, e na interpretação de cada situação (Coletto & Câmara, 2009). O facto de as representações cognitivas serem de carácter subjectivo, levam o indivíduo a gerar estratégias de como enfrentar a ameaça à doença (Coletto & Câmara, 2009)

De acordo com Dunkel-Schetter et al., (1992, citado por Bennett 2002), 55% dos indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino com diagnóstico oncológico não mostraram qualquer tipo de estratégia de coping central; das estratégias que referiram (secundárias) estas eram na quase totalidade centradas na emoção (distanciamento, apoio social, atenção positiva, entre outros).

De acordo com Valente (2009), as estratégias de coping activas e focadas apenas no problema em questão, por exemplo (controlo do tratamento) estão directamente associados a menor intensidade, quanto mais controlo existir sobre as emoções, por exemplo a representação emocional, menor será a intensidade da dor.

Num estudo acerca das estratégias de *coping*, crenças dos indivíduos com dor, verificou-se que as atribuições mais negativas perante a doença, a percepção mais negativa, indicava a falta de estratégias de *coping* adaptadas, e que estavam directamente relacionadas com os elevados níveis de dor (Molton, Jensen, Ehde, Raichle, & Cardenas, 2009).

Um estudo realizado por Sousa (2003), sobre o conhecimento e as representações de doença dos indivíduos com diabetes tipo 2, revelou que os níveis de conhecimento são mais elevados no tratamento, duração e controlo de doença, já a taxa maior de desconhecimento surge na identidade e causas da doença. O mesmo autor demonstra aquando do seu estudo que a principal atribuição causal da diabetes tipo 2 se prende com a hereditariedade.

Um outro estudo realizado por Moss-Moris, Katrina, Malcolm e Keith, (2007) com uma amostra de 76 pacientes, com o objectivo de determinar se as mudanças nos processos cognitivos estão relacionados com melhores resultados funcionais através de

um programa de dor multidisciplinar, revelou que foram encontrados baixos níveis de catastrofização e as crenças/ representações sobre as consequências da dor estavam fortemente associadas com a melhoria do funcionamento físico. O estudo revelou ainda que reduções em termos de vigilância do processo de dor, representações emocionais da dor e coerência sobre a doença foram os factores mais importantes para o melhor funcionamento mental.

Segundo Stantiall (2010) numa investigação que teve como objectivo central de perceber a percepção de doença e as estratégias de *coping* de indivíduos com dor crónica, verificou-se que as representações de doença, nomeadamente a identidade, consequências e representação emocional estavam directamente correlacionadas com a catastrofização, estratégia de sobrevivência, que por sua vez desencadeia a propensão para a depressão, ansiedade e baixa qualidade de vida.

Num estudo realizado com indivíduos portadores de esclerose múltipla, os resultados revelaram que quanto mais elevados os níveis de depressão, pior percepção de doença, ou seja, percebem mais sintomas de doença, percepção mais negativa e cíclica das consequências da doença (Sousa & Pereira, 2008).

Ainda num estudo com uma amostra de 195 doentes renais crónicos, verificou-se que no que concerne à representação de doença, os valores mais elevados dizem respeito à *duração aguda/ crónica* (M= 24,92); *Consequências* (M=23,31) seguindo-se de representação emocional (M= 21,37) (Vieira, 2009).

Num estudo realizado por Belo, (2002) com o objectivo de perceber as representações cognitivas da paralisia cerebral em casais com filhos nesta condição, os resultados demonstram uma percepção negativa das consequências e uma crença

positiva no controlo do tratamento e no controlo pessoal. O mesmo estudo refere que no que respeita às subescalas, verificou-se uma forte correlação entre a Identidade e as Consequências, ou seja quantos mais sintomas associados, mais negativa é a percepção das Consequências, o mesmo acontece na subescala Identidade, correlacionada com a representação emocional e duração aguda/crónica, segundo o autor quanto mais elevado o nível de identidade dos sintomas, pior é a Representação emocional e a percepção de Duração aguda/crónica.

Num estudo sobre a percepção de doença em indivíduos com diagnóstico de Fibromialgia, os valores da subescala consequências apresenta-se elevado, o que reflecte uma representação emocional mais negativa, sendo que os indivíduos apresentam pouco controlo pessoal sobre a doença. O mesmo estudo refere que a catastrofização nessa mesma amostra está relacionada com a baixa compreensão dos sintomas da Fibromialgia e positivamente relacionada com a duração cíclica da Fibromialgia (Wilgen, Ittersum, Kaptein & Wijhe, 2008).

Num outro estudo, realizado por Ferreira e Pereira (2011) com o objectivo de verificar os factores cognitivos que interferem na qualidade de vida de doentes com lombalgia crónica, os autores referem que a percepção de doença e a representação emocional interfere na qualidade.

Estudo Empírico

Capítulo III- Método

O presente estudo é de carácter **observacional**, uma vez que cabe ao investigador apenas observar os acontecimentos, não intervindo assim na investigação (Ribeiro, 1999). Este pode caracterizar-se como **observacional descritivo**, uma vez que permite uma recolha da informação acerca da população, por exemplo, idades, habilitações literárias, entre outros (Ribeiro, 1999). Pode ainda considerar-se **descritivo de comparação entre grupos**, uma vez que se fará uma ou mais comparações entre grupos que do ponto de vista do estudo seja interessante (Ribeiro, 1999).

É ainda importante afirmar que além de se tratar de um estudo descritivo, este é também analítico, devido aos seus objectivos, que são de relação, uma vez que permite perceber o por que é que determinados sujeitos com dor crónica têm determinada percepção de doença; é ainda um estudo **transversal**, pois as variáveis são analisadas num único momento (Ribeiro, 1999).

4.1. Objectivos e variáveis da investigação

Os objectivos da presente investigação são:

1. Caracterizar o nível de dor de indivíduos com dor crónica;
2. Caracterizar o nível de catastrofização dos mesmos;
3. Caracterizar a sua percepção de doença;
4. Verificar se existe relação entre a **percepção de doença** (duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração e representação

emocional) e a **catastrofização** (ruminação, amplificação e desamparo aprendido) em indivíduos com dor crónica;

5. Verificar se existe relação entre a **percepção da doença** (duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração e representação emocional) e o **nível de dor** nesses indivíduos;

6. Verificar se existe relação entre a **catastrofização** (ruminação, amplificação e desamparo aprendido) e os **níveis de dor** nesses indivíduos;

7. Analisar se existem diferenças nos **níveis de dor** em função **variáveis sócio-demográficas** (sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível sócio-económico);

8. Analisar se existem diferenças na **percepção de doença** (duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração e representação emocional) entre homens e mulheres;

Neste estudo observacional existem dois tipos de variáveis; as principais e as secundárias.

As variáveis principais são: a catastrofização da dor e a percepção de doença.

As variáveis secundárias são: sexo, idade, estado civil, escolaridade, nível sócio-económico e variáveis clínicas.

3.2. Participantes

A amostra é constituída por 80 pacientes. Trata-se de uma amostra não probabilística, uma vez que é intencional, do tipo sequencial, mais concretamente designada como amostra de conveniência (Ribeiro, 1999).

Desta forma, os critérios de inclusão são os seguintes:

- Ter diagnóstico de dor crónica (independentemente do diagnóstico);
- Ter 18 ou mais anos;
- Ser seguido na consulta de psicologia da dor do Hospital de S.João-Porto;
- Ter fornecido o consentimento informado.

Assim, e como se pode comprovar através do Quadro 1, a maior parte dos pacientes é do sexo feminino, casado, com escolaridade primária, reformado, de nível socioeconómico médio e com profissões pouco qualificadas (cf. Anexo B). Os participantes da amostra têm idades compreendidas entre 24 e os 81 anos, com uma média de 51.83 ($DP = 11,65$).

Dos 80 indivíduos inquiridos, 51,2% praticava algum tipo de exercício físico, sendo que 42,5% o fazia por indicação médica; numa amostra de 9 actividades diferentes, verificou-se que os mais comuns foram: caminhada (13,8%); hidroginástica (12,5%); fisioterapia (11,3%), estando as restantes actividades muito abaixo em termos percentuais (Anexo C).

No que respeita às características clínicas, verificou-se que os diagnósticos mais frequentes foram: Fibromialgia (32,5%), Lombalgia (17,5%), Dor neuropática (12,5%) e Cervicalgia (8,8%) (cf. Anexo D).

Quadro 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra (N=80)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	63	78.8
Masculino	17	21.3
Estado Civil		
Solteiro (a)	8	10
Casado (a)	62	77,5
União de facto (a)	1	1,3
Divorciado (a)/separado (a)	6	7.5
Viúvo (a)	3	3.8
Escolaridade		
Escola primária / 1ºCiclo	34	42.5
Ciclo preparatório/ 2º Ciclo	15	18.8
3º Ciclo	13	16.3
Ensino secundário	10	12.5
Licenciatura	7	8.8
Mestrado	1	1.3
Nível Socioeconómico		
Baixo	27	33.8
Médio Baixo	20	25
Médio	32	40
Médio alto	1	1.3

No que concerne à duração da dor, o mínimo foi de 5 meses e o máximo de 38 anos

($M=8.4$; $DP=6.3$).

A maior parte dos sujeitos classificou a sua saúde como razoável, mas muito limitada nas tarefas pela dor, e metade da amostra referiu que já não planeia as coisas como antes. No que se refere à limitação da dor nas relações interpessoais, a maior parte da amostra referiu que a dor não interferia muito (cf. Quadro 2)

Quadro 2. Caracterização clínica da amostra (N=80)

Variáveis	N	%
Percepção de saúde		
Boa	7	8.8
Razoável	36	45
Má	28	35
Muito má	9	11.3
Limitação e dor		
Sim, muito limitado	65	81.3
Um pouco limitado	14	17.5
Nada limitado (a)	1	1.3
Planear como antes		
Sim, sempre	18	22.5
Às vezes	9	11.3
Agora raramente	13	16.3
Nunca como antes	40	50
Dor e interferência social		
Não muito	30	37.5
Às vezes	23	28.8
Muitas vezes	27	33.8

3.3 Material

De modo a atingir os objectivos propostos foram usados os seguintes instrumentos:

- Questionário Sócio-demográfico e Clínico (desenvolvido para o efeito);
- Inventário Resumido da Dor (BPI);
- Escala de Catastrofização da Dor (PCS);
- Questionário de Percepção da Doença (IPQ-R).

O **questionário sócio-demográfico e clínico** divide-se em duas partes. A primeira parte diz respeito a dados como a idade, sexo, habilitações literárias, entre outros. A segunda parte centra-se no diagnóstico, na percepção acerca da saúde e nas repercussões da dor nas relações interpessoais e no quotidiano.

Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory – Short Form). Devido à dificuldade em objectivar, quantificar a dor, foi escolhido o BPI com a finalidade de avaliar, a dor nos diferentes momentos e as repercussões que esta tem no dia-a-dia.

O PBI foi desenvolvido por Charles, S.Cleeland, em 1991, e adaptado e aferido para a população Portuguesa por Azevedo et al. (2007).

Este instrumento tem como principal finalidade avaliar o grau de severidade e interferência da dor, sendo de fácil e rápida aplicação (Cleeland, 2009).

O instrumento é baseado na teoria do portão de controlo de Melzack, ou seja são avaliadas as diferentes dimensões, sensoriais, fisiológicas, afectivas e cognitivas (Cleeland, 2009).

Este instrumento é bastante usado na prática clínica e na investigação, nas diversas patologias que tenham associado o sintoma “dor”, contudo, na dor oncológica o instrumento não se mostrou adequado para quantificar a dor (Cleeland, 2009).

É constituído por 15 itens distribuídos por duas partes: no primeiro e segundo item avaliam o tipo de dor e a sua localização; itens 3, 4, 5, 6, avaliam o máximo, o mínimo, a média da dor e a dor do momento (VAS) (Cleeland, 2009). A primeira parte cota-se somando as respostas aos 3, 4, 5, 6 e dividindo-as por 4 (número de questões), obtendo assim o grau de severidade da dor (Azevedo e tal, 2007). Na segunda parte, os itens 7 e 8 avaliam o tratamento e quanto este é eficaz, numa escala de 0% a 100%. Os itens seguintes, (9, 10, 11, 12,13, 14,15) avaliam o grau de interferência da dor (Azevedo e tal, 2007). O somatório dos últimos 7 itens diz respeito à interferência da dor nas várias dimensões dividindo assim pelo número de questões (7) (Azevedo e tal, 2007; Ferreira-Valente, Ribeiro & Jensen, 2012).

É um instrumento que pode ser de auto ou hetero-administração, de fácil compreensão e que demora cerca de 5 a 15 minutos a preencher (Azevedo e tal, 2007; Cleeland, 2009).

O instrumento foi traduzido, validado e adaptado culturalmente para a população Portuguesa na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, numa amostra de 331 doentes seguidos em diferentes unidades de dor do país. No que concerne às qualidades psicométricas do instrumento, de acordo com Azevedo et al (2007), o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tendo como valor de *Alfa* de *Cronbach* para a subescala severidade 0,985 e para a subescala interferência um valor de 0,842.

O instrumento tem apresentado boas qualidades psicométricas nos diferentes estudos realizados em Portugal, o que vai de encontro com as investigações realizadas nos diferentes países. Por exemplo, numa investigação realizada numa amostra de 440 pacientes com dor crónica, os resultados das qualidades psicométricas na amostra revelam para a sub-escala severidade um $Alfa=0,85$ e para a sub-escala interferência, $Alfa=0,88$ (Tan, Jensen, Thornby & Shanti, 2004).

No presente estudo o de *Alfa de Cronbach* revelou: para a sub-escala intensidade da dor (4 itens) $Alfa= 0,83$, para a interferência da dor (7 itens), $Alfa=0,85$. Assim, pode afirmar-se que o instrumento revelou uma boa consistência interna, pois os valores das sub-escalas encontram-se acima de 0,80 (Hora, Monteiro & Arica, 2010).

Escala de Catastrofização da Dor (PCS). A escala de catastrofização da dor foi desenvolvida no *Centre for Research on Pain and Disability- University of Montreal, Canadá* (Rodrigues, 2011).

A Escala de Catastrofização da Dor, é constituída por 13 itens, que se dividem em 3 subescalas; Ruminação, Amplificação e Desamparo Aprendido, sendo que a cotação da escala se obtêm a partir da soma das respostas a todos os itens, numa escala de Likert e variam de 0 a 4 (0- nunca 1- Poucas Vezes, 2- Algumas vezes, 3- Muitas vezes, 4 – Sempre) (Rodrigues, 2011).

O estudo de validação da escala foi desenvolvido por Sullivan (1995), citado por Antunes (2011), com uma amostra de 429 indivíduos, revelando boas qualidades psicométricas, apresentando um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,87 (escala geral), obtendo, nas subescalas, um valor $Alfa=0,87$ para a Ruminação, um valor de $Alfa=0,87$ para Amplificação e um valor de $Alfa = 0,78$ para o Desamparo Aprendido.

A adaptação e validação da PCS para a língua Portuguesa foi desenvolvida por Jácome e Cruz (2004). Foi realizado um estudo com 30 indivíduos com Dor Lombar. Pode verificar-se após o estudo boas qualidades psicométricas, estando portanto de acordo com a versão original, apresentando um *Alpha de Cronbach* total de 0,9070, obtendo na subescala Ruminação *Alfa*=0,723, na subescala Amplificação *Alfa* =0,775 e na subescala de Desamparo Aprendido *Alfa* =0,860 (Jácome & Cruz, 2004).

No presente estudo, no que concerne à subescala Ruminação *Alfa*=0,83, a subescala amplificação *Alfa*=0,81, a subescala Desamparo Aprendido *Alfa*=0,89. E a escala total apresentou um *Alfa* de 0,93, assim podemos verificar que o presente instrumento nesta amostra representa boas qualidades psicométricas, sendo o Alfa nas subescalas e no total superior a 0,80. Assim, pode-se concluir que a escala de catastrofização da dor apresentou boa consistência interna na amostra o que vai de encontro aos estudos realizados em Portugal por Domingues, (2011); Rodrigues, (2011).

Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). O questionário IPQ, da autoria de Weinman et al (1996), é baseado no modelo de auto-regulação do comportamento de Leventhal. Este foi primeiramente desenvolvido assente na ideia de cinco dimensões das representações da doença, sendo elas: identidade, consequências, tempo de doença, controlo sobre a cura e controlo sobre a causa (Moss-Morris et al, 2002). O IPQ-R foi desenvolvido por Moss-Morris e colaboradores em 2002, pela necessidade de caracterizar de forma mais profunda as representações de doença, assim, foram acrescentadas a fase de representação emocional, coerência de doença e duração cíclica, para determinar da melhor forma a duração (aguda/crónica). A dimensão (já existente)

controlo foi dividida em controlo pessoal e controlo de tratamento, de forma a decifrar e separar as diferentes dimensões (Moss-Morris et al, 2002).

O IPQ-R foi aplicado a amostra de pessoas com diagnóstico de artrite reumatóide, asma, dor crónica, dor aguda, esclerose múltipla, HIV (Moss-Morris et al, 2002).

A versão Portuguesa do IPQ foi estudada em 130 doentes com diagnóstico de enfarte de miocárdio (Figueiras, Machado e Alves, 2007). Posteriormente, a adaptação e aferição para a população Portuguesa do IPQ-R é da autoria de Figueiras, Machado e Alves, (1999), sendo o estudo para a validação e aferição do IPQ-R foi realizado junto de 31 casais Portugueses, em que um dos cônjuges sofria de cefaleias crónicas (Figueiras, Machado & Alves, 2007).

Actualmente o IPQ-R subdivide-se em oito dimensões: identidade, duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração cíclica e representação emocional (Figueiras, Machado & Alves, 2007).

A cotação desta primeira dimensão (identidade) faz-se através da soma de todos os itens considerados como positivos, sendo que quanto mais alto for o número de respostas positivas, maior é a percepção que o indivíduo tem em relação à identificação dos sintomas com a doença; a segunda, parte do questionário inclui 38 questões, organizadas em sete subescalas: duração – (6 itens), duração cíclica (4 itens), consequências – (6 itens), controlo pessoal – (6 itens), controlo de tratamento – (5 itens), coerência de doença – (5 itens), e representação emocional – (6 itens), sendo as dimensões avaliadas numa escala de Likert, que varia entre 1 (discorda plenamente), 2 (discorda), 3 (não concorda nem discorda), 4 (concorda), 5 (concorda plenamente), tendo em conta a inversão de alguns dos itens (Figueiras, Machado & Alves, 2007).

Nas subescalas duração (aguda/crónica) e na duração cíclica quanto mais elevada for o valor mais crónica é a percepção de doença; na subescala consequências e na subescala coerência de doença um valor mais elevado é representativo de uma percepção mais negativa acerca das consequências da doença e de uma fraca compreensão. Nas restantes subescalas controlo pessoal e controlo de tratamento, quanto mais elevado for o resultado mais controlo existe face à doença e face ao seu tratamento (Sousa, 2003)

A terceira parte do questionário é constituída por 18 causas possíveis de atribuição da doença, apresentadas também numa escala de likert; quanto maior for o valor atribuído maior é a atribuição causal. Por fim é pedido ao doente que refira três causas, por ordem de importância que considere ter estado ou estar na base da sua doença (Figueiras, Machado & Alves, 2007).

No que concerne às qualidades psicométricas do instrumento, este apresenta uma boa consistência interna nas subescalas (7), apresentando assim um *Alfa de cronbach* na subescala duração $Alfa=0,78$ na dimensão controlo de tratamento $Alfa=0,55$, no controlo pessoal $Alfa=0,75$, na subescala consequências $Alfa=0,81$, na coerência de doença $Alfa=0,61$, na representação emocional $Alfa=0,83$ e na duração aguda/crónica $Alfa=0,78$ (Figueiras, Machado & Alves, 2002).

No presente estudo, para a subescala duração, $Alfa=0,73$; para a subescala controlo de tratamento, $Alfa=0,62$; para a subescala controlo pessoal, $Alfa=0,64$; para a subescala consequências, $Alfa=0,66$; para a subescala coerência de doença $Alfa = 0,80$; para a subescala representação emocional $Alfa = 0,81$ e para a subescala duração cíclica $Alfa = 0,74$.

Os valores do Alfa neste instrumento são aceitáveis segundo Bowling, (1994), citado por Sousa, (2003), pois apresentam valores ($> 0,60$).

3.4 Procedimento

Este estudo, primeiramente, careceu da autorização dos autores dos instrumentos para os usar no projecto. Para tal, solicitou-se ao Doutor Eduardo Cruz a autorização para usar a escala “Catastrofização da Dor” e à Doutora Maria João Figueiras, a autorização para uso do “Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), tendo-se recebido autorização de ambos para a utilização. Quanto ao BPI não foi necessário formalizar o pedido de autorização, uma vez que este foi aferido e adaptado na Faculdade de Medicina do Porto, havendo autorização “automática” para estudos realizados no Hospital de S. João.

Após autorização para o uso dos instrumentos, o projecto de investigação foi submetido à Prof. Doutora Inês Gomes, Directora da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, que após avaliação positiva do projecto encaminhou para avaliação por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

Após o parecer positivo obtido, o projecto foi enviado para a Comissão de Ética do Hospital S. João, de forma a ser obtida a autorização para iniciar a recolha de dados.

Após o parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital S. João EPE, a apresentação inicial do projecto junto dos doentes foi feita pela Dra. Virgínia Rebelo (Psicóloga da Unidade de Dor e supervisora de estágio). Assim, após dada toda a explicação acerca do projecto, das questões éticas e mostrando o doente vontade de

colaborar, iniciava-se o processo de recolha de dados, começando-se por explicar verbalmente toda a informação que consta por escrito no consentimento informado, realçando-se mais uma vez a ideia de que a participação era voluntária, e que a qualquer momento o participante poderia desistir sem que tivesse qualquer tipo de penalização. Assim, seguiu-se a obtenção do consentimento informado por escrito, segundo o modelo da Comissão de Ética do Hospital de S. João EPE-.

Ao longo da administração dos questionários foram tidos em conta os princípios éticos, psicológicos e humanos. Foram sublinhados, o anonimato e confidencialidade dos dados, foi explicado aos pacientes que os dados seriam apenas trabalhados com finalidade académica sem que houvesse em momento algum cruzamento de informação clínica com dados pessoais (nome, morada, etc).

Os dados foram recolhidos pela investigadora no âmbito de hetero-administração, com o objectivo de facilitar o preenchimento dos questionários e evitar dados omissos, e ao mesmo tempo evitar que a administração ultrapassasse o tempo mínimo desejado para que não prejudicasse o ritmo normal de funcionamento da Unidade de Dor (Consulta de Psicologia da Dor).

Os dados foram inseridos numa base de dados (SPSS 20) para tratamento estatístico.

Capítulo IV- Apresentação dos resultados

Relativamente ao objectivo 1 “ *caracterizar o nível de dor de indivíduos com dor crónica*” verificou-se segundo a análise estatística os seguintes resultados:

De acordo com o Inventário Resumido da Dor (BPI), pode comprovar-se no Quadro 3 o que diz respeito ao BPI Severidade, verificaram-se níveis elevados apenas no máximo de dor da última semana. Nas restantes fases, mínimo de dor da última semana; média de dor; e dor no momento, verificou-se que a amostra indicou uma média moderada de severidade de dor.

Relativamente ao BPI Interferência verificou-se uma média elevada de interferência na dor nas actividades em geral, estando o valor desta muito próximo dos valores registados no trabalho normal; capacidade para andar a pé e na disposição. Os restantes: relação com outras pessoas, prazer de viver e sono apresentam na amostra uma média moderada de interferência da dor.

Dos 80 indivíduos inquiridos, apenas 5 não recorriam à medicação para alívio e controlo da dor. No que respeita ao alívio devido à medicação, dos 75 indivíduos que tomavam a medicação (cf Anexo E), a percentagem média de alívio encontra-se nos 40% numa escala que vai de 0% de alívio a 100% de alívio

Quadro 3. Caracterização do Nível de Dor da Amostra (N=80)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Severidade				
Descreva a sua dor no seu máximo na última semana	0	10	7,83	2,186
Descreve a sua dor no seu mínimo na última semana	0	10	3,24	2,542
Descreve a sua dor em média	0	10	5,51	1,855
Intensidade da sua dor neste preciso momento	0	10	5,56	2,327
Interferência				
Interferência da dor na actividade geral	0	10	7,84	2,196
Interferência da dor na disposição	0	10	7,48	2,770
Capacidade para andar a pé	0	10	7,00	3,065
Trabalho Normal	0	10	7,78	2,439
Relação com outras pessoas	0	10	4,70	3,908
Sono	0	10	6,86	3,518
Prazer de Viver	0	10	4,41	4,124

Relativamente ao objectivo 2º “Caracterizar o nível de catastrofização de indivíduos com dor crónica” verificou-se o seguinte:

Relativamente á análise da escala de catastrofização da dor, verificou-se que o score total da escala variou entre 3 o mínimo e 52 o máximo, sendo a média do valor da amostra de 31,06, com um desvio padrão de 13,71.

Ao analisar as subescalas, verificou-se que o valor médio mais elevado se encontra no desamparo aprendido, seguindo-se da ruminação e por fim a amplificação.

Quadro 4. Caracterização do nível de catastrofização da Amostra (N=80)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Ruminação	0	16	10,1875	4,5593
Amplificação	0	12	6,6125	3,84344
Desamparo Aprendido	0	24	14,2625	6,59064
Total	3	52	31,0625	13,71255

Relativamente ao 3 objectivo “caracterizar a percepção de doença de indivíduos com dor crónica” o estudo revelou o seguinte:

A percepção de doença dos indivíduos com dor crónica avaliados pode ser caracterizada através dos valores obtidos na sub-escala identidade, (Quadro 5), dos valores médios do IPQ (Quadro 6) e das causas da doença (Quadro 7).

No quadro 5, verificou-se que as pontuações mais elevadas para “desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma”, foram registadas nos itens; (dores, fadiga e rigidez das articulações. O mesmo se verifica para “este sintoma está relacionado com a minha doença”.

Quadro 5- Pontuações da sub-escala- Identidade da doença

Sintomas	% Sintomas experienciados desde o início da minha doença	% Sintomas relacionados com a minha doença
Dores	97,5	83,8
Dores de garganta	38,8	8,8
Náusea	36,3	21,3
Falta de ar	36,3	20,0
Perda de peso	31,3	18,8
Fadiga (cansaço)	91,3	82,5
Rigidez das articulações	80,0	72,5
Olhos inflamados	40,0	33,8
Dificuldade em respirar	37,5	22,5
Dores de cabeça	67,5	33,8
Indisposição do estômago	43,8	20,0
Dificuldade em dormir	67,5	58,8
Tonturas	46,3	26,3
Perda de forças	68,8	60,0

Analizados os valores médios obtidos em cada sub-escala do IPQ-R, verificou-se que a amostra tende a apresentar uma percepção crónica da sua doença. assim, pode verificar-se que sendo o valor da subescala (duração aguda/crónica) elevado, revela assim, que mais crónica é a percepção da doença. O mesmo acontece para a subescala (consequências) que se verificou elevada, indicando assim uma visão mais negativa das consequências da doença.

Quadro 6. Caracterização da percepção de doença da Amostra (N=80)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Duração Aguda/Crónica	14	30	26,85	3,77232
Duração cíclica	4	20	14,375	4,34981
Consequências	6	30	23,6375	5,04974
Controlo Pessoal	6	29	18,3	5,04762
Controlo Tratamento	5	25	16,0125	4,24113
Coerência Doença	5	25	13,8375	5,72015
Representação Emocional	5	25	19,9375	5,96051

No quadro 7 apresentou-se os valores relativos à opção “concordo totalmente” no que se refere às causas da doença percebidas pelos participantes. Assim, pode verificar-se que as causas primárias apontadas como as principais causas da doença (na amostra de indivíduos com dor crónica) foram as seguintes: Excesso de trabalho; Acidente ou lesão; O meu estado emocional; Destino ou má sorte e pouca assistência médica no passado.

Quadro 7. Caracterização das causas que poderão estar na base da doença

Causas	N	%
Stress ou Preocupação	29	36,3
Hereditariedade	10	12,5
Fumar	2	2,5
Excesso de peso	12	15,00
Destino ou má sorte	33	41,3
Tipo de Alimentação	2	2,5
Poluição do Ambiente	1	1,3
O meu estado emocional	34	42,5
O meu próprio comportamento	32	40
Pouca assistência médica no passado	30	37,5
Acidente ou lesão	39	48,8
A minha personalidade	16	20
Envelhecimento	23	28,8
Um micróbio ou vírus	7	8,8
A minha atitude mental (pensar na vida de forma mais negativa)	22	27,5
Alteração das defesas do organismo	22	27,5
Problemas familiares ou preocupações	27	33,8
Excesso de trabalho	43	53,8

As causas da doença (descritivo) da amostra foram distribuídas em três factores: Factor primário, factor secundário e factor terciário, (cf. Quadro 8).

Relativamente ao factor primário verifica-se uma maior percentagem no excesso de trabalho, acidente ou lesão e estado emocional, apresentando as restantes categorias valores residuais. Quanto ao factor secundário podemos ver que os maiores valores percentuais correspondem às categorias acidente/lesão, excesso de trabalho, problemas familiares ou preocupações. Neste factor verifica-se que a pouca assistência médica e o stress/preocupação apresentam percentagens iguais, verificando-se ainda que o estado emocional com um valor muito próximo e pouco menos de metade da percentagem máxima. Quanto ao factor terciário, verificou-se também através do Quadro 8, que a percentagem mais elevada corresponde a não ter conhecimento das causas da doença, seguindo-se o excesso de trabalho, e o stress/preocupação. Neste factor verifica-se também outras percentagens próximas destas, como é o caso do envelhecimento, problemas familiares e/ou preocupações familiares, e com valores iguais, verificou-se a pouca assistência médica no passado e o estado emocional.

Quadro 8. Caracterização das causas da doença da Amostra (N=80)

	Factor Primário		Factor Secundário		Factor Terciário	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Pouca assistência médica	3	3,8	8	10,0	5	6,3
Acidente/ Lesão	20	25,0	13	16,3	3	3,8
Envelhecimento	4	5,0	4	5,0	7	8,8
Excesso de trabalho	22	27,5	12	15,0	10	12,5
Problemas familiares ou preocupações	1	1,3	9	11,3	6	7,5
Estado Emocional	12	15,0	6	7,5	5	6,3
Stress/ Preocupação	1	1,3	8	10,0	8	10,0
Alteração das defesas do organismo	2	2,5	2	2,5	5	6,3
Destino ou má sorte	3	3,8	4	5,0	4	5,0
Micróbio ou vírus	0	0,0	1	1,3	2	2,5
Excesso de peso	0	0,0	1	1,3	3	3,8
Frustração profissional	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Não sabe	0	0,0	1	1,3	12	15,0
Tipo de alimentação	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Cirurgia que correu mal	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Ansiedade	1	1,3	0	0,0	1	1,3
Hereditariedade	3	3,8	2	2,5	4	5,0

Catastrofização e Percepção de Doença na Dor Crónica

Stress no emprego	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Excesso de esforços	2	2,5	1	1,3	0	0,0
Falta de tempo para recorrer a profissionais de saúde	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Exigencia de demasiada responsabilidade em idade precoce	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Eventos traumáticos na juventude	1	1,3	1	1,3	0	0,0
Alterações Climáticas	2	2,5	0	0,0	0	0,0
Personalidade	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Depressão pós- parto	0	0,0	1	1,3	1	1,3
Divórcio	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Luto	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Eventos traumáticos na infância	1	1,3	1	1,3	0	0,0
Eventos traumáticos	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Poluição	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Próprio comportamento	0	0,0	0	0,0	1	1,3

Relativamente ao objectivo 4 “ *Verificar se existe relação entre a **percepção de doença** (duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração e representação emocional) e a **catastrofização** (ruminação, amplificação e desamparo aprendido) em indivíduos com dor crónica.*”

O Quadro 9 apresenta os resultados relativamente à correlação de Pearson. Com um nível de significância de 5% verificou-se primeiramente que para a subescala Duração aguda/crónica, não se verificou correlação de modo linear e estatisticamente significativo com nenhum dos indicadores de catastrofização.

Para a subescala Duração cíclica, verificou-se que existe correlação linear estatisticamente significativa entre a Duração cíclica com a Amplificação e o Desamparo aprendido. Embora seja uma correlação fraca, é uma correlação positiva, o que permite concluir que quanto maior é o Duração cíclica, maior os níveis de Amplificação e o Desamparo aprendido.

Quanto às Consequências, pode verificou-se, com nível de significância de 1% que existe correlação linear e estatisticamente significativa com a Ruminação, Amplificação, Desamparo e catastrofização Total. Esta é também uma correlação positiva que significa que quanto maior for o valor da subescala Consequência, maiores são os pensamentos catastróficos acerca da doença. Analisando o Controlo pessoal, verificou-se que está correlacionado negativamente com todos os indicadores de catastrofização. Estes valores indicam que quanto maior for o controlo pessoal, menor serão os pensamentos catastróficos sobre a doença.

No que diz respeito ao Controlo tratamento, verificou-se, com um nível de significância de 1%, que este está correlacionado com a amplificação, o desamparo e a catastrofização. Estas são correlações negativas, o que mostra que quanto maior for o Controlo tratamento menor serão os pensamentos catastróficos da dor.

Pode ainda verificar-se que existe uma correlação negativa entre a Coerência de doença e todos os indicadores de catastrofização em análise, o que permite concluir que

variam em sentidos opostos. Por fim, quanto às representações emocionais, verificou-se, ao nível de significância de 1% que existe correlação positiva com todos os indicadores de catastrofização, podendo concluir-se que quanto maior é a representação emocional, maiores são os pensamentos catastróficos da dor.

Quadro 9. Correlação de Pearson entre a percepção de doença e a catastrofização

(N=80)

		Ruminação	Amplificação	Desamparo	Total
Duração	<i>r</i>	0,136	0,198	,131	,164
	<i>p</i>	0,230	0,078	,245	,146
Duração cíclica	<i>r</i>	,076	,240*	,240*	,208
	<i>p</i>	,505	,032	,032	,065
Consequências	<i>r</i>	,432**	,482**	,506**	,522**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
Controlo Pessoal	<i>r</i>	-,357**	-,254*	-,266*	-,318**
	<i>p</i>	,001	,023	,017	,004
Controlo Tratamento	<i>r</i>	-,199	-,301**	-,293**	-,291**
	<i>p</i>	,077	,007	,008	,009
Coerência Doença	<i>r</i>	-,438**	-,447**	-,397**	-,462**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
Representação Emocional	<i>r</i>	,563**	,613**	,467**	,584**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Para o objectivo (5) “*Verificar se existe relação entre a **percepção da doença** (identidade, duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração e representação emocional) e o **nível de dor** nesses indivíduos*” os resultados das correlações de Pearson encontram-se no Quadro 10.

Com nível de significância de 5% pode verificar-se que a Duração aguda/crónica está correlacionado, com a Interferência de dor, e que essa correlação é positiva, mas fraca. Quanto à Duração cíclica verificou-se que não está correlacionado de modo linear e estatisticamente significativo com os indicadores de dor, ao contrário das Consequências que está correlacionado com a Severidade e a Interferência, com um nível de significância de 1%.

Relativamente ao Controlo pessoal, verifica-se uma correlação negativa com ambos, Severidade e Interferência. Estes coeficientes de correlação indicam que quanto maior for o controlo pessoal, menores são os níveis de severidade e interferência da dor nos indivíduos com dor crónica estudados. No que concerne ao Controlo tratamento, a conclusão é análoga à anterior, visto que os coeficientes de correlação obtidos são negativos.

Relativamente à Coerência da doença pode verificar-se que está correlacionado apenas com a Interferência da dor e que esta correlação é negativo, levando a concluir que as variáveis variam em sentidos opostos. Por fim, pode afirmar-se que a representação emocional está correlacionado com a Interferência, sendo o coeficiente de

correlação positivo, tal permite concluir que quanto maior for a representação emocional, maior é a Interferência da dor.

Quadro 10. Correlação de Pearson entre a percepção de doença e o nível de dor

		Severidade	Interferência
Duração	<i>r</i>	,196	,251*
	<i>p</i>	,082	,025
Duração cíclica	<i>r</i>	,008	-,053
	<i>p</i>	,942	,638
Consequências	<i>r</i>	,372**	,548**
	<i>p</i>	,001	,000
Controlo Pessoal	<i>r</i>	-,266*	-,321**
	<i>p</i>	,017	,004
Controlo Tratamento	<i>r</i>	-,458**	-,396**
	<i>p</i>	,000	,000
Coerência Doença	<i>r</i>	-,177	-,392**
	<i>p</i>	,116	,000
Representação Emocional	<i>r</i>	,096	,451**
	<i>p</i>	,396	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

No que toca ao objectivo 6, “*verificar se existe relação entre a **catastrofização** (ruminação, amplificação e desamparo aprendido) e os **níveis de dor** nesses*

indivíduos” os resultados apresentados no Quadro 11 levam a concluir que todos os indicadores da catastrofização estão correlacionados com a Interferência da dor. Sendo os coeficientes de correlação positivos, pode afirmar-se que quanto maiores forem os valores dos indicadores de catastrofização, maiores são os níveis de Interferência da dor.

Quadro 11. Correlação de Pearson entre a catastrofização e o nível de dor

		Severidade	Interferência
Ruminação	<i>R</i>	,120	,461**
	<i>p</i>	,291	,000
Amplificação	<i>R</i>	,182	,478**
	<i>p</i>	,105	,000
Desamparo	<i>R</i>	,178	,481**
	<i>p</i>	,114	,000
Total	<i>R</i>	,177	,518**
	<i>p</i>	,117	,000

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No que concerne ao objective 7 “*Analisar se existem diferenças entre nos níveis de dor em função de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, e nível sócio-económico*” os resultados em relação ao sexo encontram-se no Quadro 12.

Relativamente à Severidade de dor verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($p > 0.05$). No entanto, para a subescala Interferência de dor a conclusão difere, ou seja, conclui-se que existem diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino, sendo os valores médios do sexo feminino superiores, mostrando assim que a Interferência da dor é maior no sexo feminino.

Quadro 12. Teste Mann-Whitney relativo aos níveis de dor em função do Sexo

	Feminino		Masculino		Mann-Whitney		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Severidade	63	43,03	17	31,12	376,000	-1,878	0,060
Interferência	63	44,05	17	27,35	312,000	-2,630	0,009

Relativamente à idade, no Quadro 13, verifica-se, para os indicadores de dor, que não existem diferenças estatisticamente significativas em função da idade ($p>0.05$).

Quadro 13. Teste Mann-Whitney relativo aos níveis de dor em função da Idade

	20-50 Anos		51-81 Anos		Mann-Whitney		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Severidade	34	38,85	46	41,72	726,000	-,546	,585
Interferência	34	35,28	46	44,36	604,500	-1,729	,084

No que concerne ao estado civil dos inquiridos, pelo Quadro 14, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos indicadores de dor ($p>0.05$). Optou-se por agrupar os estados civis em categorias, uma vez que houve uma dispersão grande nas várias opções de resposta..

Quadro 14. Teste Mann-Whitney relativo aos níveis de dor em função do Estado Civil

	Solteiros + divorciados/separados+ viúvos		Casados+ união de facto		Mann-Whitney		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Severidade	17	42,38	63	39,99	503,500	-,377	,706
Interferência	17	40,21	63	40,58	530,500	-,059	,953

Quanto ao nível socioeconómico verifica-se, através do Quadro 15, que não existem diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de dor ($p>0.05$).

Quadro 15. Teste Kruskal Wallis relativo aos níveis de dor em função do NSE

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>X</i> ²	<i>P</i>
Severidade	Baixo	27	48,28	4,646	0,200
	Médio Baixo	20	36,05		
	Médio	32	37,00		
	Médio Alto	1	31,50		
Interferência	Baixo	27	47,22	7,242	0,065
	Médio Baixo	20	42,63		
	Médio	32	32,70		
	Médio Alto	1	66,00		

Em relação ao objectivo 8 “*Analisar se existem diferenças na **percepção de doença** (duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração cíclica, e representação emocional) **entre homens e mulheres**.*

Pode concluir-se através do Quadro 16, que apenas na Representação emocional existem diferenças entre os dois sexos ($p < 0.05$), sendo os valores médios superiores na mulheres. Nos restantes indicadores da percepção de doença, pode verificar-se que não existe evidência estatística para diferenças entre os sexos ($p > 0.05$).

Quadro 16. Teste Mann-Whitney relativo à percepção de doença em função do Sexo

	Feminino		Masculino		Mann-Whitney		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Duração	63	40,67	17	39,85	524,500	-,133	,894
Duração cíclica	63	41,72	17	35,97	458,500	-,939	,348
Consequências	63	42,60	17	32,71	403,000	-1,565	,118
Controlo Pessoal	63	40,07	17	42,09	508,500	-,319	,750
Controlo Tratamento	63	39,48	17	44,29	471,000	-,764	,445
Coerência Doença	63	38,37	17	48,41	401,000	-1,587	,112
Representação Emocional	63	43,41	17	29,71	352,000	-2,229	,026

Capítulo V – Discussão dos Resultados

Nesta fase da investigação, pretende-se realizar uma discussão dos resultados obtidos em confronto com diversos estudos com objectivos semelhantes.

Primeiramente, e antes de abordar os objectivos em si, importa sublinhar que a amostra do presente estudo é uma amostra heterogénea: é predominantemente do sexo feminino (78%), com idades compreendidas entre os 24 anos e 81 anos ($M=51,83$), casados e com níveis de escolaridade baixos e um nível socioeconómico médio. Assim, pode afirmar-se que os dados relativos ao sexo feminino ser mais predominante vão de encontro ao que a literatura refere (Capela & Loura, 2008; Breton, 2007; Vieira, Garcia, Silva, Araujo, Jansen, Bertrand, 2012; Pimenta & Cruz, 2006). Já para a média de idades ($M=51,83$) os dados são um pouco divergentes: segundo Pedrosa, Pelegrin, Siqueira, Silva, Colhado e Sousa, (2011) e Solange, Dellarozza, Furuya, Cabrera, Matsuo, Trelha, Yamada, e Pacola (2008), as médias de idades encontram-se ligeiramente acima do descrito no presente estudo, variando assim entre os 80-83 anos de idade. Contudo, e embora determinadas investigações demonstrem esta realidade, também há as que vão de encontro ao presente estudo, como as investigações realizadas por Brasil, Zatta, Cordeiro, Silva, Zatta e Barbosa (2008) e Ferreira, (2011). No que concerne ao estado civil, uma grande parte da amostra é casado(a) (77,5). Num estudo realizado por Almeida, Sá, Silva, Baptista, Matos e Lessa, (2008), com o objectivo de perceber qual a prevalência de dor lombar crónica na cidade de Salvador, também a maior parte da amostra era casada (64,3). O mesmo aconteceu em estudos realizados por Zambonato, Thomé e Gonçalves, (2008) e Ferreira, (2009).

No que respeita aos níveis de escolaridade, a maior parte da amostra (42,5%), concluiu o ensino primário. Assim, na investigação realizada por Ponte (2005) 32,1% concluiu o ensino primário. O mesmo aconteceu num estudo realizado por Ciena, Gatto, Pacini, Picanço, Magno e Loth (2008) com o objectivo de avaliar a influência da intensidade da dor nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em idosos e jovens adultos internados. Assim, foram avaliados dois grupos (Grupo1- idosos, Grupo2- jovens adultos, para o grupo G1 (56,00%) revelou ter apenas concluído instrução primária, o mesmo se verificou para G2, com uma percentagem de (42,00%). O mesmo acontece em investigações realizadas por Matos (2012), Breton (2007), Capela e Loura (2008) e Berber, Kupek, e Berber (2005).

No que respeita aos aspectos clínicos da amostra, as investigações consultadas vão de encontro ao presente estudo, uma vez que são diversificadas dependendo dos factores emocionais e orgânicos (Lobato, 1992; Matos, 2012).

No que concerne aos **objectivos delineados para o presente estudo**, e iniciando pelo objectivo 1 (*caracterizar os níveis de dor*), pode verificar-se que no que respeita aos níveis de dor a pontuação variou entre 0-10, sendo que para a subescala Severidade verificamos que a intensidade maior foi sentida no máximo na última semana ($M=7,83$; $DP=2,19$) já para a subescala interferência o nível médio mais elevado de dor foi sentido na actividade geral ($M=7,84$; $DP=2,20$). Perante estes resultados podemos verificar que a média das duas subescalas se encontram próximas sendo que os níveis de severidade se encontram dentro da normalidade, o que vai de encontro ao estudo semelhante realizado por Matos, (2012); Cunha e Mayrink (2004), a literatura refere

uma oscilação dos níveis de dor, na classificação de ligeiro a moderado (Breton, 2007; Capela e Loura, 2008).

Verificou-se ainda que a interferência da dor ocorreu sobretudo nas actividades em geral, o que vai de encontro aos vários estudos, que referem que a dor interfere nas várias dimensões, física, psicológica, social, estando assim directamente relacionado com a má qualidade de vida e desenvolvimento de estados depressivos (Cunha & Mayrink, 2004; Stefane, Santos, Marinovic & Hortense, 2013; Araujo-Soares & McIntyre, 2000; Matos, 2012; Silva, 2010; Capela, Marques, Assumpção, Sauer, Cavalcante e Chalot, 2009).

Relativamente ao objectivo 2 (***caracterizar o nível de catastrofização na amostra***), variando os valores entre 0-52, verificou-se que o valor médio mais elevado se encontrara na subescala “desamparo aprendido”. O score total da escala reflecte, que de uma forma geral, os pensamentos de catastrofização da dor se encontram elevados, o que vai de encontro aos estudos realizados por Domingues (2011); Day e Thorn (2010); Vandenberghe (2005), que referem que os pensamentos catastróficos da dor se encontram directamente interligados com a percepção dos níveis de dor.

Em relação ao objectivo 3 (***caracterizar a percepção de doença***), pode verificar-se que, para a subescala Identidade os *sintomas experienciados desde o início da doença* que maior percentagem apresenta são: Dores, seguindo de Fadiga/Cansaço e Rigidez das articulações, enquanto os *sintomas relacionados com a doença* com mais percentagem são: Dores, Fadiga/Cansaço, Rigidez das articulações. O que vai de encontro ao estudo realizado por Sousa (2003) Para as restantes subescalas (Duração, Duração cíclica, Consequências, Controlo pessoal, Controlo de tratamento, Coerência

de doença e Representação emocional), os valores médios mais elevados correspondem à subescala *Duração aguda/crónica*, seguindo-se da subescala *Consequências*. O Que vai de encontro aos estudos realizados por Vieira (2009); Sousa (2003); Belo (2002). Pode assim verificar-se que embora as amostras em causa tenham patologias de base diferentes, a preocupação e percepção centra-se sobretudo na *Duração aguda/crónica*, e nas *Consequências*, o que reflecte, nomeadamente no presente estudo, que independentemente da patologia crónica em questão, a percepção das consequências e da duração da doença são as mais destacadas, o que realça os resultados encontrados em termos de interferência da dor nas diferentes actividades. Assim, pode comprovar-se que quanto maior for o valor atribuído à subescala *Consequências*, mais grave é a percepção que os indivíduos tem acerca das suas consequências e mais negativa a representação emocional.

Para a subescala *Causas da doença*, (divididos em factor primário, secundário e terciário), os resultados apontam para relativamente ao factor primário, a primeira causa identificada diz respeito ao excesso de trabalho seguindo-se de acidente ou lesão, e estado emocional. Para o factor secundário verificou-se como primeira causa acidente ou lesão seguindo-se de excesso de trabalho, problemas familiares ou preocupações. Para o factor terciário, a maior parte não conseguiu objectivar a causa da doença, seguindo-se de excesso de trabalho e por fim, stress ou preocupação. O que vai de encontro ao estudo realizado por Sousa (2003) em que se verificou que para o factor primário foram encontradas as seguintes atribuições causais: Hereditariedade (24,1%) e Tipo de alimentação (21,8); para o factor secundário, as atribuições causais foram: Tipo de alimentação (23,3%) e *Stress* ou preocupação (13,5); para o factor terciário, verificaram-se as seguintes atribuições: Tipo de alimentação e pouca assistência médica

(8,3%). Como se pode verificar nesta comparação de amostras apenas o stress e preocupação revelam valores elevados (independentemente do factor em que se encontram), os restantes poderão ser divergentes devido às características das amostras em si, uma vez que no estudo de Sousa se trata de doentes com diabetes tipo 2, o que poderá, embora sendo uma doença crónica, diferenciar as atribuições causais.

Relativamente ao objectivo 4 (*Verificar se existe relação entre a **percepção de doença e a catastrofização***),

Desta forma, pode verificar-se no respeito às Consequências, em que se verifica uma correlação positiva com todos os indicadores de catastrofização indicando-nos assim que quanto mais elevado o valor das consequências, maior será a tendência de evidenciar pensamentos catastróficos. O que vai de encontro aos estudos realizados por (Wilgen, Ittersum, Kaptein & Wijhe, 2008; Moss-Moris, Katrina, Malcolm & Keith, (2007); Stantiall (2010) .

Num outro estudo realizado por Gouveia (2004) refere que uma percepção mais negativa das Consequências, aumenta os níveis de ansiedade, o mesmo acontece com a subescala Representação emocional, elevados níveis (ou seja uma representação mais negativa) poderá aumentar os níveis de ansiedade, verificando-se nesse mesmo estudo uma correlação positiva entre os níveis de ansiedade e a identificação com a doença.

O mesmo é corroborado pelo estudo realizado por Ferreira e Pereira (2011) com o objectivo de verificar os factores cognitivos que interferem na qualidade de vida de doentes com lombalgia crónica, os autores referem que, na amostra em questão, do total de inquiridos, no que concerne à representação de doença, as subescalas Identidade,

Duração, Identificação das causas, as Consequências e Representações emocionais Interferem na qualidade de vida.

Para o objectivo 5 (*Verificar se existe relação entre a percepção da doença e o nível de dor em indivíduos com dor crónica*).

Uma vez que nas bases de dados consultadas não foi encontrada informação acerca do cruzamentos desta duas variáveis (representação de doença e dor), os resultados serão analisados recorrendo à literatura sobre *coping* e dor, uma vez que este foi previamente abordado e, segundo Bennet (2002), as cognições de doença são parte central do modelo de Leventhal, uma vez que estas tendem a ter a dupla face da questão, se por um lado influenciam o humor do indivíduo e o seu comportamento perante a doença, por outro motivam a que sejam desenvolvidas determinadas estratégias de *coping* para lidar com a doença.

Assim, verificou-se uma correlação positiva entre a variável Duração com a subescala Interferência, bem como a subescala Consequências que se encontra correlacionada com ambos os indicadores de Dor. A Subescala Duração cíclica não se encontra correlacionada com os indicadores de dor. No que respeita à subescala Controlo de tratamento e Controlo pessoal verificou-se correlação com ambos os indicadores de Dor. Já para a subescala Coerência d Doença pode verificar-se que se encontra correlacionada com a Interferência da dor, bem como a Representação Emocional.

O que vai de encontro aos estudos realizados por Valente (2009); Molton, Jensen, Ehde, Raichle, e Cardenas (2009), em que é descrito uma relação entre a representação emocional e os níveis de dor, no sentido em que quanto maior for o controlo sobre a

doença, menor será a intensidade e severidade da dor, sendo que a percepção mais negativa da doença, e a falta de estratégias de *coping* para lidar com a situação estão relacionadas com a os elevados níveis de dor. Estando assim em conformidade com o presente estudo, uma vez que se verificaram níveis elevados na subescala Consequências, o que poderá ser o reflexo de que quanto mais negativa for a percepção da doença, mais intensidade de dor se irá verificar, revelando ainda que quanto mais controlo de tratamento houver menor serão os níveis de dor percebidos.

Relativamente ao objectivo 6 (*Verificar se existe relação entre a **catastrofização** e os **níveis de dor** em indivíduos com dor crónica*), os resultados demonstram que todas as subescalas (Ruminação, Amplificação e Desamparo aprendido) estavam correlacionadas com a Interferência da Dor, que permite perceber que quanto mais elevados forem os valores dos indicadores de Catastrofização, maiores serão os níveis de Interferência da dor.

Tal vem de encontro à literatura consultada, uma vez que, devido à “influência” dos factores psicossociais na manutenção e exacerbação da dor, se destaca que quanto mais pensamentos catastróficos, maior é o não controlo da dor nas actividades, como sono, prazer do dia a dia, situações laborais entre outros (Domingos (2011); Day & Thorn, (2010); Denison, Asenlof e Lindberg (2004); Mamede (2011); Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan & Tripp (1998); Sturgeon (2013); Rodrigues (2011); Vandenberghe (2005).

No que concerne ao objectivo 7 (*Analisar se existem diferenças entre os **níveis de dor** e as **variáveis sócio – demográficas** (sexo, idade, estado civil, e nível sócio-económico)*, e mais concretamente em relação ao **sexo**, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na Severidade da Dor em função do sexo. O contrário

aconteceu na Interferência da Dor em que o valor médio era superior no sexo feminino. Assim, o presente estudo vai de encontro aos estudos realizados por (Barros, César, Garandina e Torre (2003); Forni e tal (2012); Cipriano, Almeida e Vall (2011).

Quanto à **idade** não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dor em função da idade. Contudo, um estudo realizado por Silva, Fassa e Valle, (2004) refere que conforme aumentava a idade dos indivíduos inquiridos os níveis de intensidade da dor também aumentavam, encontrando-se a prevalência de dor mais elevada (7,7) nas idades entre os 50-59 anos, o que reflecte que os níveis de dor tendencialmente aumentam com o passar dos anos.

Quanto ao estado civil **estado civil**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dor em função do estado civil. Assim o presente estudo não vai de encontro aos estudos realizados por: Vasconcelos, Araújo, Moreira & Lopes (2007); Leite & Gomes (2006) e Montini & Neman (2012). Os dados inversos aos do presente estudo poderão ter como explicação o facto de estar perante uma amostra reduzida (n=80), não representativa da população.

No que diz respeito à relação entre a dor e o nível **socioeconómico**, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na dor em função do nível socioeconómico, o que é comprovado pelo estudo realizado por Almeida, Barata, Monteiro & Silva (2002) em que é descrito que os problemas crónicos de saúde afectam igualmente os diferentes grupos sociais.

Em relação ao objectivo 8 (*Analisar se existem diferenças entre **homens e mulheres** quanto á **percepção de doença***), apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas na subescala Representação emocional, sendo que os valores se

encontravam mais elevados nas mulheres. Para as restantes subescalas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. O que está de acordo com o estudo realizado por Sousa (2003) e Belo (2002).

Conclusão

A dor crónica é cada vez mais encarada como um problema de saúde pública, que poderá interferir nas várias dimensões do indivíduo, (familiar, social, profissional, afectiva...) (Lima, 2008).

Os processos psicológicos poderão ser a base do desenvolvimento de patologia associada à dor, contudo, o vivenciar da dor também poderá desencadear no indivíduo sintomatologia psíquica, como depressão, ansiedade, perturbação de sono, entre outras (Wang et al, 2010).

Os valores, as crenças, as atitudes, o perceber de cada fase do desenvolvimento do processo de dor influencia a percepção de cada indivíduo acerca de toda a situação, o que poderá interferir directamente na forma como este vê, reflecte, julga e assimila toda a informação acerca da sua dor, podendo, assim, por vezes, dificultar a intervenção farmacológica e psicoterapêutica (Pimenta & Cruz, 2006).

Assim, importa que sejam avaliadas de forma rigorosa todas as variáveis psicológicas que poderão interferir no alívio da dor e no tratamento das possíveis perturbações associadas (Pimenta & Cruz, 2006). Nomeadamente considerar a ocorrência das distorções cognitivas que possam ocorrer, em particular os pensamentos catastróficos, que como se pode verificar na presente amostra, verificou-se relação entre o elevado nível de pensamentos catastróficos e o aumento da Interferência da dor, na medida em que quantos mais pensamentos catastróficos os indivíduos apresentavam mais elevada era a interferência da dor.

É relevante ainda considerar as representações de doença e a forma como estas interferem a nível da percepção da doença, mais concretamente na percepção da dor.

Para a representação da doença, foi possível verificar-se que as variáveis (dores, fadiga e rigidez das articulações) se sobrepõem aos restantes sintomas apresentados. Verificou-se ainda que, alguns indicadores de representação da doença, estão relacionados com o aumento dos níveis de dor, nomeadamente no que respeita à subescala, Consequências que se verificou relação com ambos os indicadores de Dor (Severidade e Interferência), acontecendo o mesmo com a subescala Controlo de tratamento, assim pode reflectir-se que uma pior percepção das consequências da doença, uma visão mais negativista poderá contribuir para o aumento dos níveis da dor e sua interferência, bem como um maior controlo de tratamento sobre a doença, poderá contribuir para menores níveis de dor

Importa referir que os resultados obtidos deverão ser sempre interpretados, tendo em atenção do número de participantes (n=80), pelo que numa futura investigação, seria importante que se planeasse uma amostra superior. Seria também interessante que se incluísse uma variável afectiva para além das estudadas, uma vez que foi abordado ao longo da revisão da literatura que a dor interfere a vários níveis, nomeadamente afectivo, emocional, podendo tornar-se de extremo interesse, perceber a possível relação entre as variáveis afectivas/emocionais e os níveis de dor.

Em suma, o presente tema visa enriquecer os conhecimentos acerca da dor crónica e das variáveis em questão. Os resultados sugerem que na prática clínica da avaliação da dor seja feito um levantamento de toda a informação pertinente, nomeadamente

perceber quais as variáveis psicossociais que poderão estar na base da dor, ou serem responsáveis pela sua exacerbação.

Referências Bibliográficas

- Alexandre, G., Nadanovsky, P., Lopes, C., & Faerstein, E. (2006). Prevalência e factores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(5), 1073-1078.
- Almeida, F., Junior, A., Doca, F. & Turra, V. (2010). Experiência da dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil, *Revista Brasileira de Psiquiatria* 18(2), 367-376.
- Almeida, I. C. G., Sá, K. N., Silva, M., Baptista, A., Matos, M. A. & Lessa, I. (2008). Prevalência de dor lombar crónica na população da cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43(3), 96-102.
- Almeida, M. F., Barata, R. B., Monteiro, C. V., & Silva, Z. P. (2002). Prevalência de doenças crónicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, *Ciência e Saúde Colectiva*, 7(4), 743-756.
- Alvin, P., Tournemire, R. & Vuillemin, A. (2003). Meladie chronique à l'adolescence: dix questions pertinentes. *Archives de pediatrie*, 10, 360-366.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR* (4ª ed). (J. N. Almeida. Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).
- Anderson, H., Ejlerstson, G., Leden, I. & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Andrade, F. A., Pereira, L. V. & Sousa, F. A. E. (2006). Mensuração da dor no idoso. *Revista latino-Enfermagem*, 14(2), 271-276.

Antunes, J. (1995). Dor na Medicina. In T. Rico & A. Barbosa (orgs). Dor: do neurónio à pessoa. Departamento de Educação Médica, Lisboa: Permanyer, Portugal.

Apóstolo, J. L. A., Viveiros, C. S. C., Nunes, H. I. R., & Domingues, H. R. F. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino-am enfermagem*, 15(4), 1-9.

Araujo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa e intervenção multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 101-112.

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 rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-56.

Barros, M. B. A., César, C. L. G., Garandina, L. & Torre, G. D. (2003). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crónicas no Brasil, *Ciência e Saúde Colectiva*, 11(4), 911-926.

Bartilotti, C. B., Scopel, E. J., & Cruz, R. M., (2006). Medidas de avaliação da percepção da dor utilizadas no Brasil. Portal dos Psicólogos.

Beck, J. (1997). Terapia Cognitiva – Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Medicas Editora.

Belo, J. M. M. N. (2002). Representação cognitiva da paralisia cerebral: implicações para o coping e stress parental. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia Aplicada, para obtenção do grau de mestre. Lisboa, Portugal.

Berber, J. S. S., Kupek, E., & Berber, S. C. (2005). Prevalência de Depressão e sua relação com qualidade de vida em pacientes com síndrome de Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 47-54.

Bennett, P. (2002). Introdução á psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Climepsi.

Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Tese de Mestrado não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation medicine-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), 167-183.

Brasil, V., Zatta, L., Cordeiro, J., Silva, A., Zatta, D. & Barbosa, M. (2008). Qualidade de Vida de Portadores de Dores Crónicas em Tratamento com Acupuntura. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10 (2), 383-394.

Breton, D. (2007) . *Compreender a dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

Browning, K., Wewers, M.E., Ferketich, A., Otterson, G., Reynolds, N. (2009). The self regulation model of illness applied to smoking behavior in lung cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), E15-E25.

Bury, M. (1991). The Sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of health and illness*, 13(4), 451-468.

Cameron, L., & Leventhal, H., (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.

Capela, C. & Loura, R. (2009). Perturbação da dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernandes da Fonseca*, 1(5) 30-45.

Capela, C., Marques, A., Assumpção, A., Sauer, J. F., Cavalcante, A. B., Chalot, S. D., (2009). Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. *Revista Fisioterapia e pesquisa*, 16(3), 263-268.

Carvalho, M. M. M., (1999). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Sammus Editora.

Casado, L., Vianna, L. & Thuler, L. (2009). Factores de risco para doenças crónicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de cancerologia*, 55(4), 379-388.

Castro, M. M. C., Quarantini, L. C., Daltro, C., Caldas, M. P. Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. R., (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crónica e impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 126-129.

Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J. & Paiva, M. (2010, Outubro). A Dor Crónica em Portugal. *Pain Proposal*. Recuperado a 2 de Agosto, 2012, de Pfizer, https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf.

Català, E., & Aliaga, L. (2003). Manual de tratamento del dolor. Barcelona: Publicaciones Permanyer.

Ciena, A. P., Gatto, R., Pacini, V. C., Picanço, V. V., Magno, I. M. N., & Loth, E. A. (2008). Influência da intensidade de dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e jovens adultos. *Ciências biológicas e da saúde*, 29(2), 201-212.

Cipriano, A., Almeida, D.B., & Vall, J. (2011). Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do Sul do Brasil. *Revista da Dor*, 12(4), 297-300.

Cleeland, C. S. (2009). The Brief Pain Inventory: User guide. Texas: University of Texas.

Coletto, M. & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção de doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5(1), 97-109.

Costa, C., Santos, C., Alves, P. & Costa, A. (2007). Dor Oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, (6), 855-867.

Cunha, L. L. & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista de Dor*, 12(2), 120-124.

Day, M. A., & Thorn, B. E. (2010). The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic population. *Pain*, 151(2), 467-474.

- Denison, E., Asenlof, P., & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and
- Diamond, A. & Coniam, S. (1999). Controlo da dor crónica. Lisboa: Climepsi Editores
- Dias, M. R., & Brito, J. A. (2002). No quotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1(20), 91-105.
- Diefenbach, M. A, & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress And homelessness*, 5(1), 11-38.
- Dobson, K. (2006). Manual de terapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Domingues, L. (2011). Relação entre catastrofização da dor, percepção da intensidade da dor e incapacidade funcional em utentes com dor crónica cervical. Dissertação apresentada à Faculdade de ciências médicas, da universidade nova de Lisboa, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia, Setúbal, Portugal.
- Edgar, K.A., Skinner, T.C., (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(7), 485-493.
- Ferreira, C., Gay, M.C., Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2011). Les representations de la maladie et des effets secondaires du traitement antiretroviral comme d'eterminants de l'observance chez les patients VIH. *Annales medico-psychologiques*, 1, 1-21.

Ferreira, M. (2009). *Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: um Estudo com Doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupuntura*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho. Braga, Portugal.

Ferreira, S. & Pereira, M. G. (2011). Preditores da qualidade de vida e incapacidade funcional em doentes com lombalgia crónica em tratamento indiferenciado. *Revista SBPH – Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 14(1), 244-268.

Ferreira, S.G. (2011). *Qualidade de Vida e seus correlatos na lombalgia crónica*. Dissertação apresentada à Faculdade de ciências sócias da Universidade Fernando Pessoa, para obtenção do grau de mestre em Psicologia clínica e da Saúde, Porto, Portugal.

Ferreira-Valente, M. A., Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2012). Further validation of Portuguese version of the brief pain inventory interference scale. *Clinica y Salud*, 1(23), 89-96.

Figueiras, M. J & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health*, 22 (2), 143-158.

Figueiras, M., Machado, V. A., & Alves, N. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com ajustamento marital. *Revista Análise Psicológica*, 1(20), 77-90.

Filho, M.J. et al. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.

Fleming, M. (2003). *Dor sem nome – Pensar o sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento.

Forni, J. E., Martins, M. R. I., Rocha, C. E. D., Foss, M. H. D., Dias, L. C., Junior, R. S., Detoni, M., Cunha, A. M. R., & Junior, S. C. S. (2012). Perfil Socio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma clínica de dor. *Revista de Dor*, 13(2), 147-151.

Frutuoso, J & Cruz, R., (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*, 3(2), 107-114.

Goleman, D. (1997). *Equilíbrio, Mente Corpo*. Brasil: Campus Editora.

Gonçalves, A. (2002). Aspectos Psicológicos da Dor Crónica. *Biblioteca da dor*. 10(1), 5-9.

Gouveia, J. L. R. V. (2004). Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo de miocárdio. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, para obtenção do grau de Mestre em psicologia, área de especialização psicologia da saúde, Braga, Portugal.

Hale, E. D., Treharne, G.J., & Kitas, G.D. (2007). The common-sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to. *The Journal of Rheumatology*, 46, 904-906.

Hawton, K., Salkovskis, P., & Clark, J. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Hora, H. R., Monteiro, G. T. & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de cronbach. *Produto & Produções*, 2(11), 85-103.

Jacome, C., & Cruz, E. (2004). *Adaptação Cultural e contributo para a Validação da Pain Catastrophizing Scale (PCS)*. Unpublished Licenciatura, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Setubal.

Jones, D., Rollman, G., White, K., Hill, M., & Brooke, R. (2003). The Relationship Between Cognitive Appraisal, Affect, and Catastrophizing in patients with Chronic pain. *The journal of pain*, 4(5).

Júnior, J., Nicholas, M., Pimenta, C. A. M., & Asghari, A. (2012). Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crónica. *Revista de Dor*, 13(2), 111-118.

Klaumann, R., Wouk, A., & Sillas, T. (2008). Patofisiologia da dor. *Archives of veterinary Science*, 13(1), 1-12.

Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A., (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120.

Knapp, P & Beck, A. (2008). *Fundamentos, modelos conceptuais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva*, 30(3), 54-64.

Kreling, M., Cruz, D., & Pimenta, C. (2006). Prevalência de dor crónica em adultos, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), 509-513.

Leahy, R. (2006). Técnicas de terapia cognitiva. Manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed Editora.

Leite, F., & Gomes, J. O. (2006). Dor crónica em um ambulatório universitário de fisioterapia. *Revista de Ciências Médicas*, 15(3), 211-221.

Lima, D. (1995). Neuroanatomia da dor. In: Rico, T & Barbosa, A. (Orgs.). Dor: do neurónio á pessoa. Departamento de Educação Médica, Lisboa: Permanyer Portugal.

Lima, M. & Trad, L. (2007). A Dor Crónica sob o Olhar Médico: Modelo Biomédico e Prática Clínica. *Caderno Saúde Pública*, 23 (11), 2672-2680.

Lima, M. (2007). Dor Crónica: Objecto Insubordinado. *História, Ciências e Saúde*, 15(1), 117-133.

Lima, M. A. G. (2008). Dor crónica: Objecto insubordinado. *Histórias, Ciência e Saúde*, 15(1), 117-133.

Lobato, O. (1992). O problema da dor. In J. Filho (Edt.), *Psicossomática Hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre: Artmed Editora.

Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Poster, L. S. & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of a recent research. *Journal of clinic psychology*, 9(67), 942-968.

Mamede, A. (2011). Dor Crónica Lombar – Incapacidade auto-reportada em trabalhadores de IPSS de Arronches e sua relação com factores psicossociais e intensidade da dor. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia apresentada ao Instituto

Politécnico de Setúbal, para obtenção do grau de mestre em Fisioterapia, área de especialização em fisioterapia em condições músculo-esqueléticas, Setúbal, Portugal.

Marquez, J. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63 (2), 28-32.

Martins, L., França, A. & Kimura, M. (1996) Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista Latino-am. enfermagem*, 4(3), 5-18.

Matos, A. S. S., (2012). Ansiedade, Depressão e Coping na dor crónica. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica e da saúde, Porto, Portugal.

Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47(4), 615-629.

Melzack, R. (1999). From de gate to the neuromatrix. *Journal of the international Association for the study of pain*, 1(82), 121-126.

Molton, I., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Raichle, K. A. & Cardenas, D. D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cor injury: Replication and cross validation. *Journal of Rehabilitation Research and development*, 46(1), 31-42.

Montini, F. T., & Neman, F. A. (2012). Prevalência e avaliação da dor crónica nos cadastros da unidade básica de saúde jardim Palmira. *Science in Health*, 3(2), 74-86.

Moroni, C., Laurent, B.(2006). Influence de la douleur sur la cognition. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 4(1), 21-30.

Moss-Moris, R., Katrina, H., Malcolm, J., & Keith, P. (2007). Patients' Perceptions of Their Pain Condition Across a Multidisciplinary Pain Management Program: Do They Change and if So Does It Matter. *Journal of Pain*, 23(7), 558-564.

Moss-Moris, R., Weinman, J., Petrie, K. J. Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

Moura, A. & Koller, S. (2008). A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas. *Psico- USF*, 13(1), 85-94.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, C. (2009) A terapia cognitiva de Aaron Beck como Reflexividade na alta modernidade: Uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25 (4), 637-645.

Oliveira, M. (2011). Intervenção Cognitivo-Comportamental em transtorno de ansiedade – Relato de um caso. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivas*. 7(1), 30-34.

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Peçanha, R & Rangé, B. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental com casais: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 1-11.

Pedrosa, D., Pelegrin, A., Siqueira, H., Silva, T., Colhado, O. & Sousa, F. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida em Clientes com Dor Crónica Isquémica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 2-6.

Pereira, F., & Penido, M. (2010). Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na Psicologia hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 189-220.

Pereira, M. G., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de centro de saúde da zona norte. *Análise Psicológica*, 1(20), 35-43.

Ponte, C. (2005). Lombalgia em Cuidados de Saúde Primários: a sua Relação com Características Sócio-demográficas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 259-267.

Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80.

Rachlin, H., (2010). Dor e Comportamento. *Temas em Psicologia*. 18(2), 429-447.

Rocha,A., Kraychete,D., Lemonica,L., Carvalho,L., Barros,G.,Garcia, J., & Sakata,R. (2007) Dor: Aspectos atuais da sensibilização periférica e central. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57 (1), 94-105.

Rodrigues, A. (2007). Dor Crónica – Estudo de repercussão na ansiedade, na depressão e nas actividades de vida diária. Dissertação apresentada à Faculdade de ciências sociais e humanas, da Universidade Fernando Pessoa, para obtenção do grau de mestre em Psicologia clínica e da saúde, Porto, Portugal.

Rodrigues, C. (2011). Dor crónica lombar – incapacidade auto-reportada em trabalhadores de saúde e sua relação com factores psicossociais e intensidade de dor.

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de ciências médicas da universidade nova de Lisboa, para obtenção do grau de mestre em fisioterapia, Setúbal, Portugal.

Rudell, K., & Priebe, K., (2011). Cultural variations in illness perceptions. *Journal of health psychology*. 14(2), 336-347.

Sá, K., Baptista, A., Matos, M & Lessa, I. (2009). Prevalência de dor crónica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Publica*, 43(4), 622-630.

Salinas, J & Gorayeb, R. Ser mulher dói: relato de um caso clínico de dor crónica vinculada à construção da identidade feminina. *Revista Latinoam*, 6(2), 26-35.

Salvetti, M. & Pimenta, C. (2007). Dor Crónica e a Crença de Auto-eficácia. *Revista Escola de Enfermagem*, 41 (1), 135-140.

Sarti, C. (1998). A Dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 3-13.

Silva, C. C. G., (2010). Dor Lombar Crónica e Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de mestre em Medicina. Coimbra, Portugal.

Silva, J. & Filho, N. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*, 12 (2), 138-151.

Silva, M. C., Fassa, A. G., & Valle, N. C. J. (2004). Dor Lombar crónica em uma população adulta do sul do Brasil: Prevalência e factores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 377-385.

Soares, V., & McIntyre., (2000). É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 101-112.

Solange, M., Dellaroza, G., Furuya, R., Cabrera, M., Matsuo, T., Trelha, C., Yamada, K. & Pacola, L. (2008). Caracterização da Dor Crónica e Métodos Analgésicos Utilizados por Idosos da Comunidade. *Revista Associação Médica Brasileira*, 54 (1), 36-41.

Sousa, C. & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representação da doença em pacientes com esclerose múltipla: estudo de validação da “Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 283-298.

Sousa, F. (2002). Dor: O quinto sinal vital. *Revista Latino-am enfermagem*, 10(3), 446-447.

Sousa, M. R. G., Landeiro, M. J. L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem*, 3(4), 151-160.

Sousa, M. R. M. G. C. (2003). Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Dissertação de mestrado de educação apresentada à Universidade do Minho – Instituto de educação e psicologia, para obtenção do grau de mestre em educação para a saúde. Braga, Portugal.

Sousa, M.R.G., Landeiro, M.J.L., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem*, 3(4), 151-160.

Stantiall, A. T. (2010). Illness representations, coping and psychosocial outcome in chronic pain. University of Southampton – Faculty of Medicine.

Stefane, T., Santos, A. M., Marinovic, A., & Hortense, P (2013). Dor Lombar Crónica: Intensidade de dor, Incapacidade e Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Enfermagem* 26(1), 14-20.

Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J., (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaption. *Curr pain headache rep*, 10(1).

Sullivan, J., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation assessment, 7(4).

Sullivan, M. (2012). The Communal Coping Model of Pain Catastrophising: Clinical and Research Implications, 53(1), 32-41.

Sullivan, M. J. L., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 77, 253-260.

Sullivan, M. J., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of the catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*, 107(3).

Sullivan, M. J., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain catastrophizing Scale: Development and validation *Psychological Assessment*, 7(4).

Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Shanti, B. F. (2004). Validation of the brief pain inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of pain*, 5(2), 133-137.

Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 88-95.

Turk, D. C., (2003). Assess the person, not just the pain. *Pain, Clinical Updates*, 1(3), 1-8.

Valente, M. A., Ribeiro, J. L. & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression, anxiety, self-efficacy and support: impact on adjustment to chronic pain. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 8-17.

Vandenberghe, L. (2005). Abordagens comportamentais para a dor crónica. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 47-54.

Vasconcelos, F. F., Araújo, T. L., Moreira, T. M. M., & Lopes, M. V. O. (2007). Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. *Acta Paul Enfermagem*, 20(3), 326-332.

Verhaak, P., Kerssens, J., Dekker, J., Sorbi, M. & Bensing, J. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77, 231-239.

Vieira, B. M., Garcia, J. B. S., Silva, A. A. M., Araújo, R. L. T. M., Jansen, R. C. S & Bertrand, A. L. X. (2012). Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes. *Caderno de Saúde Publica*, 28(8), 1459-1467.

Vieira, I. R. C. S. (2009). Adesão à dietoterapia em doentes renais crónicos em hemodiálise. Dissertação de mestrado apresentada à universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina, para obtenção do grau de mestre em Nutrição Clínica. Coimbra, Portugal.

Wang, H., Ahrens, C., Rief, W., & Schiltewolf, M. (2010). Influence of comorbidity with depression on interdisciplinary therapy: outcomes in patients with chronic low back pain. *Arthritis Research & Therapy*, 12, 1-11.

Widmaier, E., Raff, H., & Strang, K. (2006). Fisiologia Humana: os mecanismos das funções corporais. Tradução de : Vander, Sherman & Luciano. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Wilgen, C. P. V., Ittersum, M. W. V., Kaptei, A. A., & Wijhe, M. (2008). Illness perception in patients with Fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism*, 58(11), 3618-3626.

Wright, J., Basco, M. & Thase, M. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo – comportamental – Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed Editora.

Young, J. Klosko, J. Weishaar, M. (2008). Terapia do Esquema – Guia de técnicas cognitivo – comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed Editora.

Zambonato, T. K., Thomé, F. S. & Gonçalves, L. F. S. (2008) Perfil Socioeconomico dos pacientes com doença renal crónica em diálise na região Noroeste do Rio Grande do Sul. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 30(3), 192-199.

Anexos

Anexo A- Critérios de diagnóstico para Perturbação da Dor, de acordo
com o DSM-IV.

Os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Dor, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002, p.503), são:

- a) Dor em uma ou mais localizações anatómicas, que se constitui com o factor predominante do quadro clínico, cuja gravidade é suficiente para merecer atenção clínica.
- b) A dor causa sofrimento clinicamente significativo e incapacidade social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento individual.
- c) Os factores psicológicos desempenham um papel importante no inicio, gravidade, exacerbação e manutenção da dor.
- d) O sintoma ou défice não é intencional ou simulado (como na perturbação Factícia ou na Simulação).
- e) A dor não faz parte do quadro de um a Perturbação do Humor, da Ansiedade ou Psicótica e não preenche critérios para ser classificado como Dispareunia.

Anexo B- As profissões dos participantes

As Profissões da amostra

	N	%
Assistente Operacional	3	3,8
Desempregado (a)	12	15,0
Reformado (a)	30	37,5
Empregada (o) Limpeza	2	2,5
Doméstica	8	10,0
Costureira	2	2,5
Auxiliar de educação	1	1,3
Auxiliar de serviços gerais	1	1,3
Empresário (a)	5	6,3
Programador Informático	1	1,3
Serrelheiro	1	1,3
Carpinteiro	1	1,3
Professor	2	2,5
Operador de lojas	1	1,3
Pedreiro	1	1,3
Assistente Social	1	1,3
Acessor (a) de design	1	1,3
Técnico (a) de gestão	1	1,3
Estudante	2	2,5
Enfermeiro	1	1,3
Rececionista	1	1,3
Baixa médica	2	2,5
Total	80	100,0

Anexo C- Actividades praticadas pela amostra

Actividades praticadas pela amostra

Se Sim qual / Quais?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	48,8	48,8	48,8
Fisioterapia	9	11,3	11,3	60,0
Caminhada	11	13,8	13,8	73,8
Hidroginástica	10	12,5	12,5	86,3
Natação	5	6,3	6,3	92,5
Valid Passadeira	1	1,3	1,3	93,8
Bicicleta	1	1,3	1,3	95,0
Ginástica	2	2,5	2,5	97,5
Reforço muscular	1	1,3	1,3	98,8
BTT	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Anexo D- Diagnósticos apresentados pela amostra

Diagnósticos

	n	%
Fibromialgia	26	32,5
Cervicalgia	7	8,8
Dores Osteoarticulares	2	2,5
Dores generalizadas	1	1,3
Lombociatalgia	6	7,5
Doença de Buerger	1	1,3
Dor neuropática	10	12,5
Patologia degenerativa da coluna	1	1,3
Lombalgia	14	17,5
Artralgia das mãos e joelhos	1	1,3
Síndrome Regional complexo tipo I	1	1,3
Hérnia discal	1	1,3
Algodistrofia	1	1,3
Dor membros inferiores	1	1,3
Dor membro fantasma	2	2,5
Dor sub-costal	1	1,3
Nevralgia do trigémeo	1	1,3
Lesão do plexo	2	2,5
Síndrome de Sjogren	1	1,3
Total	80	100,0

Anexo E – Medicação utilizada pela amostra

Medicação utilizada

	n	%
Não faz medicação	5	6,3
Lyrica	13	16,3
Zaldiar	5	6,3
Sirdalud	1	1,3
Lyrica, Tramadol, Arcoxia	1	1,3
Lyrica, Tridural, Tramadol	1	1,3
Transtec	1	1,3
Nimed, Gabapentina	1	1,3
Ben-u-ron, Lyrica	1	1,3
Metanor	1	1,3
Paracetamol, Zaldiar, Tramadol, Celebrex	1	1,3
Paracetamol, Zaldiar, Tramadol, Celebrex	1	1,3
Proaxen	1	1,3
Celebrex, Tramadol, Neodor, Relmus	1	1,3
Tramal, Paracetamol	1	1,3
Tridural, Lyrica, Relmus	1	1,3
Lyrica, Tramal	1	1,3
Daflan, ADT, Adalgur	1	1,3
Tridural, Gabapentina	1	1,3
Zaldiar, Ben-u-ron	1	1,3
Lyrica, Zaldiar, Cymbalta	1	1,3
Qutenza	1	1,3
Ben-u-ron, Zaldiar, Palexia	1	1,3
Tridural, Lyrica	1	1,3
Tramadol	1	1,3
Lyrica, Zaldiar, Palexia	1	1,3
ADT, Tridural	1	1,3
Palexia, Metanor	1	1,3
Gabapentina, Adalgur	2	2,5

Vessatis, Lyrica	1	1,3
Ben-u-ron, Cymbalta, gabapentina	1	1,3
Zaldiar, Ben-u-ron, Cymbalta, Gabapentina	1	1,3
Lyrica, ADT	3	3,8
Paracetamol	4	5,0
Arcoxia	1	1,3
Arcoxia, Lyrica, Cymbalta, Transtec	2	2,5
Lyrica, Tramal	2	2,5
Lyrica, Zaldiar, Ben-u-ron, Cymbalta	1	1,3
Tramal, Lyrica, Zaldiar	2	2,5
Tramadol, Tramal, Metanor	1	1,3
Zaldiar, Tramal	1	1,3
Proaxen, Dol-u-ron, Paracetamol	1	1,3
Tridural, Gabapentina	1	1,3
Tridural, Lyrica, Neodor	3	3,8
Metanor, Lyrica	1	1,3
Voltaren, Ben-u-ron	1	1,3
Gabapentina, Tramadol	1	1,3
Tramal, Gabapentina	1	1,3
Tramal	1	1,3
Total	80	100,0