

**FILIPA LOBATO**

**PERCEÇÃO DE FALHAS DE MEMÓRIA,  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM  
DOR CRÓNICA**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**PORTO, 2012**



**FILIPA LOBATO**

**PERCEÇÃO DE FALHAS DE MEMÓRIA,  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM  
DOR CRÓNICA**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**PORTO, 2012**

**PERCEÇÃO DE FALHAS DE MEMÓRIA,  
ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM  
DOR CRÓNICA**

---

Filipa Lobato

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pela Prof. Doutora Rute Meneses e pelo co-orientador Prof. Doutor Antoni Castel, da Unidade da Dor do Hospital Universitário de Tarragona Joan XIII (Espanha), como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

## RESUMO

Diversos estudos têm mostrado que as alterações cognitivas e os estados de humor fazem parte dos quadros com pacientes com dor, o que acaba por limitar, ainda mais, a sua autonomia em termos funcionais das atividades do dia-a-dia. O principal objetivo do presente estudo foi analisar a percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica. Participaram no presente estudo 100 sujeitos, sendo que 50 são pacientes com dor e 50 fazem parte do grupo de controlo. Foram utilizados o *Memory Failures Everyday*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* e a Escala Numérica de Dor. Os principais resultados mostram que os pacientes com dor apresentam uma percepção de falhas de memória considerada normal, níveis de ansiedade moderada e de depressão graves. A duração e intensidade da dor mostrou-se associada com a ansiedade, depressão e percepção de falhas de memória. Os pacientes com dor são os que apresentam maior percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão do que os que não possuem dor. Foram encontradas diferenças significativas na percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão quando se considera o sexo e a idade e correlações positivas significativas quando se considera a idade.

## **ABSTRACT**

Several studies have shown that cognitive and humour changes are part of frames with patients with pain, which turns out to be limited, even more, their autonomy in terms of functional activities of daily life. The aim of this study was to analyze the perception of memory failures, anxiety and depression in patients with chronic pain. Participated in this study 100 individuals, 50 are patients with pain and 50 are part of the control group. We used the Memory Failures Every day, Hospital Anxiety and Depression Scale and the Numerical Scale of Pain. The main results showed that patients with pain presented normal perceptions of their memory failures, levels of moderate anxiety and severe depression. The pain was associated with anxiety, depression and perception of memory failures. Patients with pain are the ones that have more perception of memory failures, anxiety and depression when compared with individuals with no pain. We also found out significant differences in perception of memory failures, anxiety and depression, when gender is considered and a significant positive correlation when age is considered.

## **RESUMEN**

Varios estudios han demostrado que cambios cognitivos y de humor hacen parte de los cuadros de los pacientes con dolor, que resulta en una limitación de su autonomía en términos de actividades funcionales de la vida cotidiana. El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los fallos de memoria, ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico. Participaron en este estudio de 100 personas, 50 son los pacientes con dolor y 50 son parte del grupo control. Utilizamos el Memory Failures Everyday, Hospital Anxiety and Depression Scale y la Escala Numérica del Dolor. Los resultados mostraron que los pacientes con dolor presentan percepciones normales de sus fallos de memoria, niveles moderados de ansiedad y depresión severa. El dolor se asoció con la ansiedad, la depresión y la percepción de las fallas de memoria. Los pacientes con dolor son los que tienen más percepción de fallos de memoria, ansiedad y depresión en comparación con individuos sin dolor. También encontramos diferencias significativas en la percepción de los fallos de memoria, la ansiedad y la depresión, cuando se considera el género y una correlación positiva significativa cuando se considera la edad.

## AGRADECIMENTOS

Embora uma tese de mestrado seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais e avô, o exemplo e esperança que depositaram em mim.

Ao meu irmão, o profundo carinho.

À minha avó de quem tenho eterna saudade.

Aos meus amigos a partilha de ideias em busca do sentido da Vida.

À Prof. Doutora Rute Meneses a orientação deste projeto.

Ao Prof. Doutor Antoni Castell, a bondade e afetividade com que me recebeu, o apoio, o estímulo e a confiança que sempre imprimiu às nossas discussões.

A toda a equipa da Unidade da Dor do Hospital Universitário de Tarragona Joan XXII a enorme amizade, carinho e apoio.

A todas as pessoas que participaram neste estudo pela paciência e disponibilidade.

A todos, envio do fundo do meu coração a eterna amizade e um sincero  
Obrigada!

# ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I – Revisão Bibliográfica</b> .....	4
<b>CAPÍTULO I – DOR CRÓNICA</b> .....	5
1.1. Antecedentes históricos da dor.....	5
1.2. Tipos de dor .....	12
1.3. Características da dor crónica .....	15
1.4. Avaliação da dor crónica.....	20
1.4.1. Instrumentos unidimensionais de avaliação da intensidade da dor .....	24
1.4.1.1. Escalas categoriais.....	25
1.4.1.2. Escalas numéricas.....	26
1.4.1.3. Escala visual-analógica.....	27
1.4.2. Instrumentos multidimensionais de avaliação da dor .....	27
1.5. Aspectos psicológicos da dor.....	28
<b>CAPÍTULO II – VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS NA DOR CRÓNICA</b> .....	32
2.1. Variáveis psicológicas .....	32
2.2.1. A ansiedade .....	34
2.2.2. A depressão .....	36
2.3. Ansiedade, depressão e dor crónica .....	40
2.4. Intervenção psicológica.....	49
<b>CAPÍTULO III – ALTERAÇÕES COGNITIVAS</b> .....	58
3.1. Dor e alterações cognitivas .....	58
3.2. Fatores determinantes nas alterações cognitivas.....	63
3.3. Perspetivas futuras de investigação e intervenção .....	72
<b>Parte II – Estudo Empírico</b> .....	76
<b>CAPÍTULO IV – PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	77
4.1. Tipo de estudo .....	77
4.2. Questão de investigação e objetivos .....	77
4.3. Variáveis consideradas e hipóteses de estudo.....	78
4.3.1. Variáveis primárias .....	78
4.3.2. Variáveis secundárias.....	78
4.3.3. Variáveis complementares .....	78
4.3.4. Formulação de hipóteses .....	79
4.4. Participantes .....	83
4.5. Material.....	84
4.5.1. Memory Failures Everyday .....	85
4.5.2. Hospital Anxiety and Depression Scale .....	87
4.5.3. Escala numérica da dor .....	89
4.5.4. Qualidades psicométricas dos instrumentos .....	89
4.6. Procedimento.....	91

<b>CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> ....	93
<b>Reflexões Finais</b> .....	112
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	116
<b>Anexo A</b> .....	140

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceptual de Loeser do fenómeno da dor .....	21
Figura 2. Exemplo de escalas categoriais .....	25
Figura 3. Exemplo de escalas de alívio ou melhoria .....	25
Figura 4. Exemplo da escala de caras de dor de Wong-Baker .....	26
Figura 5. Exemplo de escala numérica de dor .....	26
Figura 6. Escala visual-analógica .....	27
Figura 7: Escala numérica da dor .....	87

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dor aguda e dor crónica .....	14
Tabela 2 - Caraterização dos participantes .....	83
Tabela 3 - Caraterização da dor crónica .....	84
Tabela 4 - Fidelidade do FME .....	90
Tabela 5 – Fidelidade da HADS .....	90
Tabela 6 – Sensibilidade das escalas utilizadas .....	91
Tabela 7 - Correlações entre a duração, a intensidade da dor e ansiedade .....	93
Tabela 8 – Diferenças de médias na ansiedade em função da presença/ausência de dor .....	94
Tabela 9 - Correlações entre a duração, intensidade da dor e depressão .....	95
Tabela 10 – Diferenças de médias na depressão em função da presença/ausência de dor .....	96
Tabela 11 – Correlações entre a duração, intensidade da dor e a perceção de falhas de memória .....	98
Tabela 12 – Diferenças de médias em função da perceção de falhas de memória .....	98
Tabela 13 – Correlações entre a perceção de falhas de memória e a ansiedade, em função da presença/ausência de dor .....	101
Tabela 14 – Correlações entre a perceção de falhas de memória e a depressão, em função da presença/ausência de dor .....	102
Tabela 15 – Diferenças de médias na perceção de falhas de memória em função do sexo .....	104
Tabela 16 - Diferenças de médias na ansiedade, em função do sexo .....	106
Tabela 17 - Diferenças de médias na depressão em função do sexo .....	107

Tabela 18 – Correlações entre a percepção de falhas de memória e a idade, em função da presença/ausência da dor .....	108
Tabela 19 – Correlações entre a ansiedade e a idade, em função da presença/ausência da dor .....	109
Tabela 20 – Correlações entre a depressão e a idade, em função da presença/ausência da dor .....	110

## INTRODUÇÃO

O conceito de dor tem evoluído ao longo dos tempos, o que acarretou uma mudança na forma de o estudar e nos tratamentos a ele associados. As primeiras definições de dor possuem um carácter marcadamente físico. Nestas, a dor é contemplada como uma sensação que responde diretamente a um dano ou agressão tecidual. A sensação de dor, neste sentido, seria proporcional ao dano. Quanto maior for a ferida, maior seria a dor. Se não há ferida, não há dor e, por conseguinte, se não há dor, não há ferida (Bonica & Loeser, 2000).

Um dos avanços mais significativos no estudo da dor foi o reconhecimento de que a atividade do sistema nervoso produzida pelo estímulo lesivo e a experiência de dor, não são um processo único. Atualmente, a definição de dor é muito mais ampla e tem uma conotação psicológica, já que hoje em dia se aceita que possa haver dor, sem a existência de um dano físico (Rashiq, Schopflocher, & Taenzer, 2008).

Apesar desta mudança na aceção do conceito de dor, i.e., na passagem de uma abordagem meramente médica para uma abordagem bio-psico-social, na realidade a grande maioria dos profissionais utiliza ainda técnicas terapêuticas exclusivamente baseadas nos princípios biomédicos (Thunberg, Carlsson, & Hallberg, 2001), daí a necessidade de se analisar e compreender a interação de múltiplos fatores na experiência da dor.

Os diversos modelos interativos sobre a dor têm vindo a enfatizar a necessidade de serem consideradas variáveis cognitivas e emocionais na percepção da dor, como componentes importantes na compreensão da enfermidade, nomeadamente se a dor se prolonga pelo tempo adquirindo um estatuto de cronicidade. De facto, a dor é, em algum grau, incapacitante, afetando praticamente todas as áreas da vida do paciente. Por este motivo, é natural que muitos deles se sintam inúteis, que o seu humor se altere e

isto tenha um impacto na relação que estabelecem com os demais, nomeadamente, com as pessoas que lhe são mais próximas (Mohallem & Rodrigues, 2007).

Sabe-se que os transtornos emocionais, a depressão e a ansiedade se apresentam com bastante frequência no seio dos pacientes com dor crónica (Monsalve, Cerdá-Olmedo, Mínguez, & Andrés, 2000). Considera-se que a cronicidade da dor facilita a aparição destes sintomas e, ao mesmo tempo, os estados emocionais influenciam de forma negativa o nível de dor, o grau de incapacidade dos pacientes e na própria evolução da enfermidade.

A dor não somente provoca emoções negativas, como também acarreta outro tipo de alterações cognitivas, como, por exemplo, as falhas de memória, as dificuldades de concentração e de atenção (Dick & Rashiq, 2007). Todos estes aspetos levam os pacientes com dor crónica a sentirem-se incompreendidos não somente pelas pessoas mais chegadas, como também pelos profissionais de saúde.

É neste sentido que surge o presente trabalho que tem como principal objetivo analisar a relação existente entre a percepção de falhas de memória, a ansiedade e a depressão, no seio de pacientes com e sem dor crónica. Como objetivos mais específicos procura-se analisar se a percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão apresentam variações, quando se considera a presença/ausência de dor, o género e a idade nos dois grupos de pacientes.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes: uma parte que integra a revisão bibliográfica realizada e uma parte que integra o estudo empírico. A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos. No **primeiro capítulo**, intitulado *Dor Crónica*, realiza-se uma primeira abordagem introdutória ao conceito de dor, pelo que apresenta, sucintamente, os antecedentes históricos da dor, os tipos de dor existentes, a

avaliação da dor sob uma perspectiva uni e multidimensional e os aspetos psicológicos da dor.

O **segundo capítulo**, que se intitula *Variáveis Psicológicas na Dor Crónica* procura abordar a componente afetiva da dor, com especial ênfase na ansiedade e na depressão.

O **terceiro capítulo**, que se intitula *Alterações Cognitivas*, apresenta as relações entre a dor e as alterações cognitivas, nomeadamente, as queixas de falta de memória e de concentração, abordando-se os fatores que poderão estar na base destas alterações. Neste capítulo, ainda se referenciam as novas perspectivas de investigação e de intervenção nas alterações cognitivas associadas à dor crónica.

A segunda parte do presente trabalho integra três capítulos. O **capítulo quarto** intitula-se *Percurso Metodológico* e apresenta o método utilizado, os objetivos e problema de pesquisa, as variáveis consideradas e as hipóteses de estudo, a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados na recolha dos dados e os procedimentos de administração dos referidos instrumentos.

O **capítulo quinto** intitulado *Apresentação e Discussão dos Resultados*, integra os resultados obtidos ao nível das análises estatísticas realizadas, em função dos objetivos e das hipóteses que serviram de orientação. Ao mesmo tempo, para cada hipótese apresentada, reflete-se sobre os resultados encontrados, procurando-se ancorá-los nos diversos estudos que foram realizados e que constituem a revisão bibliográfica realizada.

Conclui-se o presente trabalho com uma reflexão final sobre o tema, sublinhando-se o papel do psicólogo e as linhas diretivas que devem nortear a sua atuação neste âmbito específico de intervenção.

**PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

## CAPÍTULO I – DOR CRÓNICA

*Toda a felicidade que a humanidade possa desfrutar não consiste no prazer, mas antes, na ausência da dor.*

John Dryden

De alguma forma sabe-se o que é a dor, dado que ao longo da vida ela é experimentada, em maior ou menor grau. No entanto, nem as experiências individuais de dor são iguais, nem a dor foi entendida da mesma forma ao longo da história. Neste capítulo, abordar-se, de uma forma sucinta, os antecedentes históricos da dor, os tipos de dor existentes, a avaliação da dor sob uma perspectiva uni e multidimensional e, os aspetos psicológicos da dor.

### **1.1. Antecedentes Históricos da Dor**

A dor é vista por Phipps, Long, Barbara e Woods (1999), como “uma experiência aprendida que é influenciada por toda a situação de vida de cada pessoa”, acrescentando ainda que “aquilo que é percebido como dor e reação a essa dor difere entre as pessoas e, por vezes, difere na mesma pessoa em alturas diferentes” (p. 303).

Trata-se de um sintoma muito conhecido desde tempos imemoráveis, apesar de a sua conceção ter sido modificada ao longo do tempo. No princípio, a ela estavam apenas associadas causas exógenas (associada a feridas, traumatismos, etc.) e adquiria conotações mágicas (já que se acreditava que era produto de espíritos malignos ou de um castigo divino pelos pecados cometidos) (Bonica & Loeser, 2000).

Se se remontar ao antigo Egipto, observa-se que aqui se acreditava que os fenómenos dolorosos (com a exceção das feridas) eram provenientes das influências exercidas pelos deuses ou pelos espíritos dos mortos, que costumavam chegar na obscuridade e penetrar através dos orifícios das fossas nasais e dos ouvidos dos

pacientes. Na antiga Índia, a dor era tida como resultante da frustração dos desejos e mesmo que reconhecessem que a dor era uma sensação, concedia-se maior importância ao nível emocional da experiência dolorosa. Também na antiga China se considerava que a dor resultava de um desajuste da energia vital (designada *Chi*), que produzia um desequilíbrio entre as duas forças opostas do *Yin* (força passiva, negativa e feminina) e o *Yang* (força ativa, positiva, masculina). A obstrução (deficiência) ou o derramamento (excesso) do *Chi* na circulação sanguínea, produziam a doença e a dor (Bonica & Loeser, 2000).

Na Grécia clássica era concedida enorme importância aos órgãos dos sentidos, tal como nas concepções anteriormente referidas, todavia, os gregos clássicos consideravam a intervenção direta do cérebro nos processos sensoriais. Assim, para eles, o centro da percepção sensorial (*sensorio commune*) encontrava-se localizado no coração. A concepção aristotélica era dominante na Roma antiga e na Idade Média. Também Leonardo da Vinci situou o *sensorio commune* no terceiro ventrículo do cérebro, todavia o reconhecimento da importância do cérebro na percepção da dor não se operou durante o século XVII. René Descartes, na sua obra *L'Homme*, publicada em 1664, considerava que os nervos eram tubos que encerravam um número grande de filamentos finos, os quais formavam a medula dos nervos e conectavam o parênquima encefálico, com as terminações nervosas da pele e dos tecidos. Através destes filamentos, a informação sensorial chegava ao cérebro (Bonica & Loeser, 2000).

Por conseguinte, a partir daqui, estabelece-se não apenas a importância do sistema nervoso na transmissão da dor, como também se instaura a base para o estudo da neurofisiologia da dor. A partir deste conceito de dor, evoluiu-se até às concepções mais recentes deste constructo. Ao longo do século XIX, diversas teorias fisiológicas da dor emergiram. Destas, destaca-se a *Teoria da Especificidade* de Von Frey (1984, cit. por

Bonica & Loeser, 1990) e a *Teoria da Intensidade* de Goldscheir (1984, cit. por Bonica & Loeser, 1990), que apesar de se ancorarem no modelo biomédico linear simples (que propunha que todas as alterações físicas que dão origem à dor se produziam como resultado de uma afetação orgânica do corpo), são antagônicas. A *Teoria da Especificidade* sensorial considerava que a dor era uma sensação específica, detentora de um “aparelho sensorial” próprio, independente dos outros sentidos. A *Teoria da Intensidade* considerava que cada estímulo sensorial podia produzir dor se atingisse a intensidade suficiente para isso acontecer. No entanto, apesar da *Teoria da Especificidade* ter prevalecido sobre a *Teoria da Intensidade*, não conseguiu explicar muitos dos fenómenos dolorosos.

Estas teorias acabaram por perder a sua importância após novas descobertas (Bonica & Loeser, 2000):

- a) Observações realizadas por Beecher em 1959, sobre o comportamento dos soldados feridos durante a II Guerra Mundial, os quais apresentavam escassos pedidos de analgésicos por comparação com os pacientes pós-operados em hospitais civis. O autor concluiu que tais diferenças de comportamento eram algo mais que um efeito nociceptivo e considerou que fatores psicológicos ou simplesmente contextuais influenciavam a experiência de dor;
- b) A descoberta de que a dor tinha múltiplas vias de expressão, não só o sistema nervoso central, mas também os sistemas simpático e parassimpático, que influem no sistema límbico no controlo das emoções;
- c) A descoberta dos mecanismos endógenos de anestesia, tanto a nível neuronal como bioquímico: os péptidos opiáceos endógenos; e
- d) A constatação de que pacientes com dor aparentemente idêntica tendiam a responder de forma diferente aos mesmos tratamentos.

A partir destas evidências questionou-se a linearidade da experiência dolorosa e criou-se a necessidade de formular modelos mais completos. Os novos dados acumulados no decénio de 1950 fizeram com que, o psicólogo Ronald Melzack e o fisiólogo Patrick Wall revalorizassem a *Teoria da Especificidade* e a *Teoria da Intensidade*. Estes autores concluíram que a *Teoria da Especificidade* estava fortemente apoiada pelas provas fisiológicas de especialização do sistema nervoso, mas o seu principal ponto fraco residia no facto dos dados científicos não reforçarem a suposição biunívoca (1 a 1) entre a intensidade do estímulo e a percepção da dor. Os dados sugeriam, preferencialmente, que a intensidade e as características da dor percebida dependiam de muitas variáveis fisiológicas e psicológicas (Bonica & Loeser, 2000).

A partir desta observação desenvolveram a *Teoria do Portão de Controlo*, que foi publicada na revista *Science* no ano de 1965 (cit. por Melzack, 1990). Esta teoria enquadra-se dentro do Modelo Multidimensional, que concebe a dor como um fenómeno complexo multidimensional mediatizado pela interação de fatores psicológicos, sociais e culturais.

A *Teoria de Controlo da Comporta* proposta por Melzack e Wall (1965, cit. por Rey, 1993) postula a existência de um mecanismo de modulação da dor, localizado na parte dorsal da espinal medula (zona gelatinosa) que atua como uma porta, já que deixa ou impede a passagem dos impulsos nervosos que provêm dos nociceptores periféricos até aos centros superiores. Esta atividade depende tanto das fibras ascendentes (A-delta e C ou A-beta) como das influências descendentes do córtex e da formação reticular. Com a *Teoria de Controlo da Comporta* estabelece-se o carácter percetual da dor e rompe-se com a ideia estabelecida pelo modelo médico, o qual postula que a dor se encontrava diretamente relacionada com a quantidade de dano tecidual e, portanto, o tratamento ficava destinado exclusivamente a uma abordagem médica.

Posteriormente, esta teoria foi reformulada por Melzack e Casey (1968, cit. por Rey, 1993), que a ampliaram, incorporando novos conhecimentos fisiológicos e comportamentais que reforçaram o papel dos aspetos afetivos, motivacionais e comportamentais na experiência de dor. As modificações que introduziram implicavam as estruturas cerebrais que iam mais além da comporta, em concreto os sistemas de projeção neoespinalmicos e paleoespinalmicos. Os sistemas de projeção neoespinalmicos estariam implicados no processamento da informação sensorial da dor, identificando a localização, a intensidade e a duração do estímulo doloroso. Por seu turno, os estímulos que ascendiam pelas vias paleoespinalmicas e o sistema ascendente paramedial, ativariam as estruturas reticulares e límbicas, relacionadas com a componente afetiva da dor.

John Bonica (1917-1994, cit. por Rashiq et al., 2008) aportou importantes inovações no tratamento da dor. Este autor foi o criador da primeira *Clínica de Dor* com intervenção multidisciplinar (integrando cirurgiões, psiquiatras, ortopedistas, entre outros). Estas *Clínicas de Dor* nasceram da ideia de que a dor era uma experiência complexa e polivalente.

Em 1953, Bonica, publicou o seu livro *Management of Pain*, no qual estão as bases da algologia moderna (em concreto a distinção entre dor crónica e dor aguda, assim como a necessidade de equipas multidisciplinares) e, em 1973, organizou o Primeiro Simpósio Internacional da Dor. Como fruto deste simpósio criou-se mais tarde, em 1974, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) e a revista *Pain* (Rashiq et al., 2008).

Em 1979, a IASP (Merskey & Bogduk, 1994, p. 209) definiu a dor como “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”.

A IASP coloca uma nota na definição de dor, de forma a torná-la mais explícita:

“The inability to communicate verbally does not negate the possibility that an individual is experiencing pain and is in need of appropriate pain-relieving treatment. Pain is always subjective. Each individual learns the application of the word through experiences related to injury in early life. Biologists recognize that those stimuli which cause pain are liable to damage tissue. Accordingly, pain is that experience we associate with actual or potential tissue damage. It is unquestionably a sensation in a part or parts of the body, but it is also always unpleasant and therefore also an emotional experience. Experiences which resemble pain but are not unpleasant, e.g., pricking, should not be called pain. Unpleasant abnormal experiences (dysesthesias) may also be pain but are not necessarily so because, subjectively, they may not have the usual sensory qualities of pain. Many people report pain in the absence of tissue damage or any likely pathophysiological cause; usually this happens for psychological reasons. There is usually no way to distinguish their experience from that due to tissue damage if we take the subjective report. If they regard their experience as pain, and if they report it in the same ways as pain caused by tissue damage, it should be accepted as pain. This definition avoids tying pain to the stimulus. Activity induced in the nociceptor and nociceptive pathways by a noxious stimulus is not pain, which is always a psychological state, even though we may well appreciate that pain most often has a proximate physical cause” (p. 209).

Esta definição, que continua vigente na atualidade, tem uma série de considerações clínicas de grande importância (Rashiq et al., 2008):

- a) Admite a subjetividade da dor;
- b) Invalida o conceito de dor como modalidade exclusivamente sensorial e apresenta-o como experiência complexa;
- c) Dá importância ao relato verbal do sujeito, logo à percepção de dor sentida;
- d) Considera que a experiência de dor implica associações entre os elementos da experiência sensorial e um estado afetivo adverso; e

- e) Dá valor, como parte intrínseca da experiência de dor, a atribuição de significado aos acontecimentos sensoriais desagradáveis.

O modelo implícito da definição da IASP converteu-se num marco de referência para a maioria dos investigadores e clínicos que trabalham em dor (Miró, 2003).

Em 1982, Ronald Melzack, em conjunto com Patrick Wall, reformularam novamente a *Teoria de Controlo da Comporta*, incluindo os vínculos excitatório e inibitório desde a substância gelatinosa aos neurónios de transmissão e também, o sistema inibidor descendente desde a haste cerebral (Melzack, 1998).

Partindo da base da *Teoria de Controlo da Comporta*, nos últimos anos Melzack (1990, 1998) formulou a *Teoria Nociceptiva da Neuromatriz*. Este conceito baseia-se nas conclusões provenientes dos estudos realizados pelo autor com a “dor do membro fantasma”. Melzack propõe a existência de uma matriz geneticamente integrada nos neurónios, cuja distribuição espacial e uniões sinápticas estariam, em princípio, determinadas geneticamente e que mais tarde se veriam “esculpidas” pelos impulsos sensoriais da neuromatriz. Os circuitos tálamo-corticais e límbicos que constituem a neuromatriz divergiriam para permitir o processamento paralelo em diferentes componentes da neuromatriz e convergiriam para permitir interações entre os produtos do processamento. Este processamento e síntese cíclicos dos impulsos nervosos na neuromatriz impunham uma pauta de respostas característica.

Em termos da história da dor, um acontecimento importante foi a criação, em 1991, da *Sociedad Española del Dolor* (SED)<sup>1</sup>. Em Portugal, foi instituído o Dia Nacional contra a Dor em 1999<sup>2</sup>, sendo, posteriormente, aprovado o Plano Nacional de

---

<sup>1</sup> <http://portal.sedolor.es/>

<sup>2</sup> O dia 14 de Junho foi instituído como o Dia Nacional Contra a Dor em despacho ministerial n.º 10.324/99 (2ª série) de 20 Abril 1999.

Luta Contra a Dor<sup>3</sup> (Ministério da Saúde, 2001), que estabelece um modelo organizacional para a abordagem da dor, baseando-se, essencialmente, na criação de unidades de dor, necessárias a uma cobertura do território Nacional e formação dos profissionais destas unidades com a finalidade de proporcionar alívio da dor, independentemente da etiologia ou características da dor (Ministério da Saúde, 2001). A nível europeu discute-se a eventual criação de uma especialização médica no âmbito da medicina da dor.

Numerosos estudos têm sido feitos sobre este assunto e, destes trabalhos, tem emergido um novo conceito de dor que é bastante diferente das antigas conceções. Apesar da linguagem da dor ser múltipla, existe uma opinião consensual “ela deve ser compreendida dado que se transforma num estado emocional: o sofrimento” (Schwob, 1997: 13).

## 1.2. Tipos de Dor

Cailliet (1999) refere a existência de diferentes tipos de dor, nomeadamente, a dor aguda, dor crónica não oncológica e dor crónica oncológica. Não obstante esta classificação, pode-se ainda encontrar na literatura conceitos referentes à dor nociceptiva, dor neuropática e dor psicogénica (Catalano & Hardin, 2004).

Neste sentido, a **dor aguda** é caracterizada por Coniam e Diamond (1999) da seguinte forma: tem um aparecimento repentino; possui uma duração finita que encerra em si uma mensagem que funciona como sinal de alerta do organismo; é uma dor controlável e até previsível; possui um tratamento mais efetivo sendo que a resposta comportamental é mais ou menos evidente e compreendida pelo paciente. Pode-se dizer que este tipo de dor se enquadra dentro do modelo biomédico, sendo interpretada como

---

<sup>3</sup>Aprovado por despacho ministerial de 26 de Março 2001, elaborado pela Direção Geral de Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.

sintoma. As manifestações psicológicas mais habituais que acompanham este tipo de dor são a ansiedade e, por vezes, a angústia (Catalano & Hardin, 2004).

No que concerne à **dor crónica não oncológica**, esta tem uma duração geralmente superior a seis meses, sendo gradual o seu início, imprevisível, inconstante e auto-perpetuante. Normalmente, a sua causa é de difícil remoção, envolve fatores psicológicos e é pouco compreendida pelo paciente. Este tipo de dor enquadra-se no modelo biopsicossocial, i.e., reúne o conceito de dor total. A dor crónica é, na perspetiva de Coniam e Diamond (1999), aquela que se configura numa das experiências mais penosas para muitos doentes. Tal como é referenciado no Programa Nacional de Controlo da Dor (George, 2008), a dor crónica é multidimensional, possui uma componente biológica, psicológica e social, exigindo, por isso, um tratamento multidisciplinar. No dizer de Chaitow (1993), a dor crónica “deixa de ser um sinal de alarme para passar a ser uma doença em si, que faz do indivíduo que sofre um verdadeiro excluído do mundo dos que se sentem bem, condicionando a sua capacidade de acção” (p. 25). Isto significa que para além da modificação da personalidade criada pela dor, o traço psicológico dominante dos doentes com dor crónica é a depressão, corolário da perda de esperança na cura.

A **dor crónica oncológica** tem particularidades e a própria dor pode advir do tratamento ou da própria doença. Esta dor é, frequentemente, encarada como uma das principais causas de dor crónica, que representa uma pequena percentagem de doentes que padecem de dor crónica. No entanto, tem uma importância especial pela patologia referida representar a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal (George, 2008). Os pacientes com dor crónica oncológica possuem uma dor multifacetada, com frequente morbilidade física e psíquica (Mohallem & Rodrigues, 2007).

Schwob (1997) reforça a ideia de que o organismo reage diferentemente conforme se submete a uma dor aguda ou crónica, tais diferenças explicam a dificuldade de estabelecer um contacto com uma pessoa com dor crónica. O autor destaca as principais diferenças de reações psicofisiológicas entre a dor crónica e a dor aguda, conforme se apresenta na Tabela 1.

**Tabela 1**  
*Dor Aguda e Dor Crónica*

Dor Aguda	Dor Crónica
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento do ritmo cardíaco</li> <li>▪ Aumento do débito sistólico</li> <li>▪ Aumento da tensão arterial</li> <li>▪ Aumento da frequência respiratória</li> <li>▪ Dilatação da pupila</li> <li>▪ Hiper-sudação</li> <li>▪ Aumento do tónus muscular</li> <li>▪ Hipercinesia</li> <li>▪ Comportamento de fuga</li> <li>▪ Angústia</li> <li>▪ Tremores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habituação das respostas do sistema nervoso simpático</li> <li>▪ Aparecimento de sinais neurovegetativos crónicos</li> <li>▪ Distúrbios do apetite</li> <li>▪ Obstipação</li> <li>▪ Irritabilidade</li> <li>▪ Distúrbios do sono</li> <li>▪ Astenia</li> <li>▪ Lentidão psicomotora</li> <li>▪ Alteração do humor e da personalidade</li> <li>▪ Recesso social, familiar e profissional</li> <li>▪ Limiar de tolerância à dor mais baixo</li> <li>▪ Exagero da dor</li> <li>▪ Fuga na doença</li> <li>▪ Comportamento de invalidez</li> <li>▪ Sintomatologia depressiva (disfarçada)</li> </ul>

Por sua vez, a **dor nociceptiva** surge quando há estimulação direta dos nociceptores intactos, com ativação dos mediadores inflamatórios e com transmissão do estímulo através das vias fisiológicas da dor. Esta pode ser somática–superficial (origem na pele ou tecidos), profunda (origem nos ossos, articulações e músculos), ou visceral (com origem nas vísceras, nomeadamente, no trato gastrointestinal e pâncreas) (Schwob, 1997).

A **dor neuropática** resulta da lesão das vias nociceptivas ascendentes e moduladoras descendentes. Na disfunção do sistema nervoso central e/ou periférico, surge a dor porque as vias lesadas reagem anormalmente aos estímulos (Mohallem & Rodrigues, 2007).

Por fim, a **dor psicogénica** é uma dor para a qual não se encontra uma base física, não sendo avaliada por tratamentos estandardizados e é resultante de uma alteração do processamento da dor nas áreas superiores do sistema nervoso central (Moix-Queraltó, 2005). A terminologia de dor psicogénica é fruto de uma larga tradição da medicina ocidental na qual se atribuem às doenças fatores psicológicos, quando os sintomas observados não se enquadram no conhecimento disponível.

### **1.3. Caraterísticas Associadas à Dor Crónica**

A dor crónica define-se como uma experiência psicofisiológica que permanece, apesar de poder ter diminuído ou desaparecido o dano tecidual. Diagnostica-se uma dor como crónica quando a dor persiste mais de seis meses ou mais do tempo esperado para a sua recuperação. Frequentemente, a resposta aos tratamentos analgésicos é baixa e só existe resposta positiva a tratamentos mediante morfina ou outros fármacos opiáceos (Vallejo, 2005).

A prevalência da dor crónica é relativamente frequente nos países industrializados. Estima-se que 80% das consultas médicas realizadas são por queixas de dor e que, aproximadamente 30% padece de dor crónica. Nos Estados Unidos da América calcula-se que dentro de um ano, 10-15% dos adultos padeçam de incapacidade laboral devido à dor lombar (APA, 2003). Nesta população, as dores crónicas mais frequentes são as articulares (10%), seguidas das lombalgias (9%).

É sabido que em Espanha as dores crónicas mais frequentes são devidas a afetações reumáticas, dor de cabeça e problemas dentários (Ferrer, 1991). Num estudo epidemiológico realizado na Catalunha, encontrou-se uma prevalência de 78,6% de dor: as localizações mais afetadas foram as costas (50,9%), a cabeça (42%) e as pernas (36,8%) (Bassols, Bosch, Campillo, Cañellas, & Banõs, 1999).

As pessoas com dor crónica experimentam transtornos emocionais como depressão e ansiedade<sup>4</sup>. Também se identificou fortes sentimentos de cólera e hostilidade (Ferrer, Gonzalez-Barrón, & Manassero, 1994a; Okifuji, Turk, & Curran, 1999). Os transtornos do sono são frequentes e muitos pacientes com dor crónica referem dormir menos, demorar mais a conciliar o sono e despertar constantemente durante a noite. Nestes pacientes, os transtornos do sono relacionam-se com transtornos de depressão, cólera, hostilidade, fadiga e ansiedade. Observou-se, também, que o transtorno do sono aumenta a sensibilidade e a auto-percepção da depressão. A natureza desta relação depressão-transtorno do sono não é de todo clara, no entanto, alguns autores mencionam que os transtornos do sono são independentes dos transtornos emocionais (Morin, Douglas, & Wade, 1998).

Através das observações na prática clínica e dos resultados das investigações em pessoas com dor crónica, é possível encontrar-se um conjunto de características gerais nesta população. O género e a idade são variáveis que se mostram como moderadoras da experiência de dor (Ferrer, 1991).

No que se refere ao **género**, sabe-se que é muito superior o número de mulheres com dor crónica por comparação ao homem, numa proporção de 4 para 1 (Bassols et al., 1999; Réthelyi, Berghammer, & Kopp, 2001). As mulheres relatam altos níveis de dor, mais zonas de dor e maior incapacidade física do que os homens (Keefe et al., 2000; Keogh, Hatton, & Ellery, 2000; Riley & Gilbert, 2001). Também se constatou que a valoração psicológica da dor é distinta quando o género é considerado. As mulheres tendem a dar mais informação sobre os sintomas emocionais por comparação aos homens e apresentam índices de somatização e de depressão mais elevados (Elorza, Casas, & Casáis Martinez, 1997). Outros autores como Keefe et al. (2000) mencionam

---

<sup>4</sup> A ansiedade e a depressão serão os temas a abordar no próximo capítulo.

que estas diferenças de género se explicam através da influência de uma educação diferencial entre homens e mulheres, sendo que a sociedade reforça a livre expressão da dor na rapariga mas não no rapaz. No que diz respeito ao tipo de dor, as mulheres parecem experimentar com mais frequência cefaleias e dor músculo-esquelética, quando comparadas com os homens (APA, 2003).

A **idade** do paciente com dor crónica é considerada como um fator socio-evolutivo significativo na etiologia da dor. Em geral, assume-se que a dor crónica tem maior probabilidade de aumentar com a idade, sendo mais prevalente na meia-idade (Prieto, 1999; Riley & Gilbert, 2001). Por exemplo, nos Estados Unidos da América observou-se que os pacientes com dor crónica possuem entre 30 e 50 anos; na Europa entre 30 e 60 anos e em Espanha entre 40 e 60 anos (Bassols et al., 1999; Ferrer, 1991). Considera-se que, à medida que a intensidade de dor aumenta, os pacientes de mais idade podem encontrar limitações físicas adicionais decorrentes da dor crónica. Assim, os pacientes de mais idade podem experimentar, significativamente, menor controlo das suas próprias vidas e aumentar os sintomas depressivos. No entanto, Riley e Gilbert (2001) mencionam que mesmo que as queixas de dor sejam mais prevalentes na meia-idade, estas tendem a decrescer posteriormente. Estes autores assinalam que os pacientes mais velhos tendem a responder à dor como algo natural associado ao processo de envelhecimento. Desta forma, os pacientes de mais idade mostram-se, significativamente, menos angustiados emocionalmente quando comparados com os pacientes mais jovens. Não obstante, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2003), menciona que o transtorno da dor pode aparecer em qualquer idade.

Também o **tipo de ocupação** se tem revelado como uma característica importante nas pessoas com dor crónica. Observou-se que, muitos pacientes com dor crónica

executam tarefas fisicamente exigentes desde muito jovens. Os fatores de risco do ambiente laboral foram estudados e descritos por diferentes autores sobretudo os relacionados com o levantamento de cargas pesadas, posturas inadequadas, trabalho repetitivo e organização inadequada do trabalho. Nestes estudos encontrou-se uma forte associação entre os trabalhos fisicamente exigentes na indústria e na agricultura com a aparição de transtornos dolorosos, especialmente lombares e musculares (Hagberg, Kilbom, Bockle, & Fine, 1993; Robaina, León, & Sevilla, 2000). Não é de estranhar, então, que as pessoas com dor crónica apresentem bastantes trocas de postos de trabalho, frequentes solicitações de invalidez e longas baixas laborais, ou inclusive, que muitas dessas pessoas se encontrem desempregadas ou com o subsídio de desemprego (Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1994).

Outra linha de investigações denotou que o **nível de educação** dos pacientes com dor crónica se caracteriza por uma baixa qualificação profissional (Bassols et al., 1999; Réthelyi et al., 2001). No entanto, outros estudos encontraram maior frequência nos níveis médios de educação (Robaina et al., 2000). De acordo com Réthelyi e colaboradores (2001), o nível de educação é uma variável importante, porque está relacionada com a habilidade ou a capacidade que o sujeito tem para criar e implementar estratégias eficazes perante a doença. Estas estratégias contribuem para uma melhor adaptação à doença. Não obstante, não se sabe até ao momento, qual a influência desta variável na dor crónica.

O **nível socioeconómico** (NSE) tem sido outra das variáveis estudadas neste âmbito. Todavia, a maioria dos estudos não encontrou uma relação estreita entre a dor crónica e o NSE. Sabe-se, no entanto, que as pessoas com menos possibilidades económicas apresentaram mais dores articulares e as que possuem mais possibilidades económicas, mais dores musculares (Jensen, Turner, Romano, & Fisher, 1999).

Também a relação entre os sintomas e doenças com os **acontecimentos de vida** tem sido amplamente estudada. Nestes estudos, assinala-se que um *stressor* é qualquer estímulo que exige que o organismo se adapte ou se ajuste. Esta adaptação ou ajuste é conhecida como uma resposta ao *stress*. O *stress* que um indivíduo experimenta na sua vida pode ser decorrente de diversos acontecimentos vitais, tais como morte de familiares, parto, matrimónio, entre outros. Estes acontecimentos vitais são importantes porque podem estar relacionados com o desencadeamento ou manutenção da dor (Prieto, 1999).

No desenvolvimento da dor crónica é importante atender às características clínicas dos pacientes, bem como aos antecedentes pessoais e familiares da doença e da dor. A importância de identificar familiares com história de doença de dor tem sido amplamente estudada em amostras de pacientes com dor crónica. De uma forma geral, observou-se que entre os pacientes com dor crónica há uma alta prevalência de familiares ou pessoas significativas com antecedentes de patologia de dor (Kurita & Pimenta, 2000; Marques, Rhoden, Siqueira, & Oliveira, 2001).

Ainda relacionado com a dor, foram estudadas outras variáveis, como sendo a extensão da dor, a cronicidade da mesma ou duração e a sua persistência. No que concerne à **extensão da dor**, i.e., o número de localizações, constata-se que esta se encontra significativamente relacionada com a intensidade da dor, havendo estudos que mostram que esta aporta um agravamento da capacidade funcional, o recurso e uso a um maior número de analgésicos e de serviços médicos, bem como níveis mais elevados de depressão (Araújo-Soares, McIntyre, & Figueiredo, 2002; Araújo, Linhares, & Coelho, 2004; von Korff & Simon, 1996).

Relativamente à **cronicidade da dor** (duração), verifica-se que esta pode afetar profundamente diversos aspetos da vida do paciente, mudando a sua forma e estilo de

vida do mesmo, bem como o seu estado emocional. Estes fatores podem não só modificar a própria experiência de dor, como também contribuir para a sua manutenção (Ferrer, Gonzalez, & Manassero, 1994b). Estudos mostram que os pacientes com maior duração da experiência de dor apresentam maiores níveis de depressão e de ansiedade (Wúlff, 1998).

Por último, observou-se igualmente que a **persistência da dor** (contínua, intermitente, temporal ou episódica) se encontra relacionada com sintomas de depressão, ansiedade, tensão e fadiga. De acordo com Casado e Urbano (2001), as pessoas que experimentam dor de forma contínua, apresentam maiores níveis de depressão, ansiedade e ira, quando comparadas com aquelas que padecem de dor intermitente. Kreitler, Gohar, Ezer e Niv (1999) mencionam que a dor contínua é duas vezes mais frequente que a dor intermitente, aumenta com a idade e está correlacionada com o elevado recurso à assistência de saúde e com uma baixa autoestima. Por outro lado, no que diz respeito à localização da dor e ao funcionamento social e físico, não foram encontradas diferenças entre pacientes com dor contínua e intermitente.

Apesar de não se conhecer o modo exato como estas variáveis influenciam a dor, considera-se que a sua influência, em maior ou menor grau, proporciona um melhor conhecimento da dor crónica.

#### **1.4. Avaliação da Dor Crónica**

A dor, no seu sentido mais lato, toma parte de uma complexa rede de sofrimento na qual aparecem a depressão, as limitações físicas e cognitivas, as alterações do sono, a preocupação somática, as repercussões sociais e laborais e a desesperança. No entanto, e apesar do complexo quadro que o paciente com dor crónica apresenta, a sua correta

avaliação e tratamento requerem uma adequada quantificação da dor do paciente (Sá et al., 2005).

Avaliar e medir a dor são dois processos diferenciados. A avaliação da dor está integrada num processo clínico que compreende a *anamnese* ou história do indivíduo, a exploração e realização de provas para orientar um diagnóstico e estabelecer um tratamento. Por outro lado, podem existir índices claros de dor, sem origem fisiológica e dor de origem puramente fisiológica, sem índices comportamentais, tornando a sua avaliação mais complexa (Castel, Perez, Sala, Padrol, & Rull, 2006a).

O modelo conceptual de Loeser (2001) integra quatro componentes do fenómeno da dor: nocicepção, dor, sofrimento e conduta de dor, conforme espelha a Figura 1.



**Figura 1.** Modelo Conceptual de Loeser do Fenómeno da Dor

A **nocicepção** é a deteção da lesão hística por transdutores colocados na pele e outros tecidos e a propagação da informação até ao SNC (Sistema Nervoso Central), através das fibras A- $\delta$  e C dos nervos periféricos. A **dor** consiste na percepção de sinais nociceptivos por mecanismos nervosos existentes na espinal medula e no encéfalo. A dor pode surgir de lesões no sistema nervoso periférico ou de lesões no SNC. O

**sofrimento** é a resposta afetiva negativa gerada pela dor ou por diversos estímulos emocionais como a depressão, o medo, o isolamento ou a angústia. O **sofrimento** reflete uma ameaça à integridade física ou psicológica da pessoa. Por último, os **comportamentos de dor** são as ações ou inações de uma pessoa que padece de dor (Loeser, 2001). No entanto, apesar da avaliação da dor compreender estes quatro componentes, não se pode esquecer que o paciente é único e, como tal, é necessário compreender a dor atendendo à sua idiosincrasia.

Por outro lado, importa referir que, de acordo com McCracken (1998), independentemente do tipo de dor e da sua causa, o seu mecanismo integra quatro componentes:

- a) A componente sensório-discriminativa, que diz respeito aos aspetos qualitativos e quantitativos da sensação dolorosa, i.e., àquilo que o paciente sente (localização, intensidade, irradiação, medidas de alívio, situações que agravam a dor);
- b) A componente afetiva e emocional, que corresponde aos aspetos desagradáveis e penosos da dor, por outras palavras, ao modo como o paciente a sente e, por isso, está subjacente ao carácter e personalidade da pessoa em causa (atributos como penosa, terrível, deprimente são alguns dos exemplos);
- c) A componente cognitiva que se encontra relacionada com os processos mentais postos em jogo pela dor, i.e., aos significados, conscientes ou não que o paciente lhe atribui. Esta componente dependerá de muitos fatores, entre eles destacam-se a história pessoal e familiar do doente, bem como os fatores socioculturais. A relação que todo o indivíduo mantém com a dor depende, antes de mais, da sua educação, ou seja, do meio familiar e social em que

cresceu, sendo de destacar a atenção que esse meio prestou aos acidentes dolorosos da infância;

- d) A componente comportamental, que corresponde ao conjunto de todas as manifestações da dor, conscientes ou não. As manifestações inconscientes compreendem as reações neuro-endócrinas e neurovegetativas, as manifestações não-verbais (atitudes e mímicas), bem como as manifestações verbais (palavras e expressões). As manifestações conscientes são provocadas pelas dores nociceptivas violentas e de extrema intensidade, revelando-se sempre através de manifestações extremas: gritos, lamentações, choro, taquicardia ou bradicardia, palidez que podem levar à perda da consciência. Por isso, Turk e Okifuji (2002) referem que “manifestar a nossa dor, é fazer com que os outros tomem conhecimento do nosso sofrimento é pedir, explicitamente ou não, que nos compreendam e aliviem e é, ainda, uma tentativa para recuperar o controlo da situação”, acrescentando que “apesar de um mesmo mecanismo e de uma mesma causa de dor, os doentes não se queixam todos da mesma maneira” (p. 23). A queixa é o modo mais comum de manifestar dor e o seu registo é vasto, indo desde o mutismo até às manifestações mais demonstrativas, consoante os indivíduos.

Neste sentido, a avaliação do paciente com dor deve ser multi-contextual, i.e., deve ser formada por múltiplos níveis e unidades de análise, devendo integrar não só os níveis físicos, mas também os níveis cognitivos, afetivo e de conduta, tendo em linha de consideração o modelo proposto por Loeser (2001).

Devido à natureza complexa da dor, a sua avaliação requer igualmente uma intervenção multidisciplinar, todavia, apesar disso, a medição específica da dor é imprescindível dentro do conjunto da avaliação clínica do paciente (Miró, 2003).

Considerando a dor como uma realidade subjetiva, Haccille (1994), refere que o recurso a instrumentos, garante uma maior objetividade na avaliação, já que estes permitem quantificar e classificar a dor.

Por conseguinte, um instrumento de medida deve cumprir duas características essenciais: fiabilidade e validade. A fiabilidade refere-se à propriedade que determina o erro de medida que se pode cometer ao administrar um determinado instrumento. Um teste é fiável quando o nível de erro se encontra dentro dos limites consideráveis como aceitáveis. A validade, por seu lado, informa até que ponto um instrumento de avaliação serve para conseguir o objetivo a que se propõe. Uma condição necessária, mas não suficiente, para que um instrumento de medida seja válido, é que seja fiável (Torrubia & Baños, 2002). Para além destas características, Miró (2003) acrescenta que um instrumento específico para a avaliação das pessoas com dor, tem que proporcionar um baixo desconforto aos pacientes, tem de ser compreensível, mostrar-se sensível aos efeitos dos tratamentos e dispor de normas estandardizadas.

A informação sobre as características da dor obtém-se a partir da informação proporcionada pelo próprio paciente, pelo que são habitualmente utilizados os procedimentos da entrevista clínica, dos autorrelatos e dos auto-registos. Os autorrelatos permitem quantificar a impressão subjetiva do paciente e podem ser de dois tipos: unidimensionais e multidimensionais.

#### **1.4.1. Instrumentos Unidimensionais de Avaliação da Intensidade da Dor**

A forma mais habitual de medir a intensidade da dor implica a utilização de escalas unidimensionais, concretamente: escalas categoriais, numéricas e visuais-analógicas (Jensen & Karoly, 1992a).

### 1.4.1.1. Escalas Categóricas

As escalas categoriais consistem numa série de palavras ou descrições verbais dispostas por ordem crescente ou decrescente de intensidade. Nestas escalas solicita-se ao paciente que selecione a palavra ou descrição que indica, de forma mais precisa, a intensidade da sua dor. O número de palavras que estas escalas recolhem é muito variado, podendo abarcar quatro descritores (como na Escala de Seymour), seis descritores (como na Escala PPI) ou quinze (como na Escala de Gracely, McGrath & Dubner) (cf. Figura 2).

Ningún dolor	Sin dolor	Extremadamente débil
Un poco	Leve	Muy débil
Bastante	Moderado	Débil
Mucho	Fuerte	Muy suave
	Muy fuerte	Suave
	Insoportable	Muy moderado
		Ligeramente moderado
		Moderado
		Levemente fuerte
		Ligeramente intenso
		Fuerte
		Intenso
		Muy fuerte
		Muy intenso
		Extremadamente intenso

**Figura 2.** Exemplo de Escalas Categóricas

Para avaliar o alívio da dor obtido através da terapia realizada, são utilizadas as escalas descritivo-verbais de alívio ou melhoria (cf. Figura 3) (Jensen & Karoly, 1992b). Este tipo de escalas foi amplamente utilizado na avaliação da dor pós-operatória e não tanto na avaliação da dor crónica (Castel et al., 2006a).

Ninguna
Ligera
Moderada
Buena

**Figura 3.** Exemplo de Escalas de Alívio ou Melhoria

Como alternativa às escalas categoriais que empregam descritores verbais, são igualmente utilizadas escalas visuais ou pictóricas. Este tipo de escala utiliza diferentes expressões faciais indicativas de distintos graus de intensidade de dor. Tal como nas escalas descritivo-verbais, também nas escalas faciais as figuras encontram-se dispostas, normalmente, por ordem crescente de intensidade, como por exemplo na Escala de Wong e Baker (cf. Figura 4). Trata-se de uma escala mais utilizada com crianças ou em populações idosas (Fundação António Prudente, 2002).



**Figura 4.** Exemplo da Escala de Caras de Dor de Wong-Baker

#### 1.4.1.2. Escalas Numéricas

Estas escalas são a estratégia mais simples e mais utilizada para medir a intensidade da dor em contexto clínico (Chapman & Syrjala, 2001, Skevintgon, 1995, citados por Araújo-Soares & Figueiredo, 2001). Estas escalas consistem, habitualmente, numa série de números (geralmente de 0 a 10 ou de 0 a 100), em que a resposta 0 representa ausência de dor e o extremo oposto a dor máxima possível. A grande maioria dos pacientes entende este tipo de escalas e podem ser administradas de forma oral ou escrita (cf. Figura 5).



**Figura 5.** Exemplo de Escala Numérica de Dor

### 1.4.1.3. Escala Visual-Analógica

Esta escala (VAS em inglês e EVA em espanhol) oferece uma maior sensibilidade de medição que as escalas descritivas e daí a sua grande difusão. A EVA é uma linha horizontal de 10cm (cf. Figura 6), num dos seus extremos encontra-se a frase “sin dolor” e no outro extremo “máximo dolor” ou “el peor dolor imaginable”, os pacientes marcam o lugar na linha que melhor representa a sua dor naquele momento. A longitude da linha não deve ser inferior a 10cm, uma vez que longitudes inferiores associam-se a uma margem de erro muito mais alta (Vallejo & Comeche, 1994). A recolha das pontuações deve ser precisa e exata, utilizando o mesmo tipo de régua graduada e com anotações dos milímetros, pelo que é mais conveniente utilizar a linha entre 0 e 100mm.

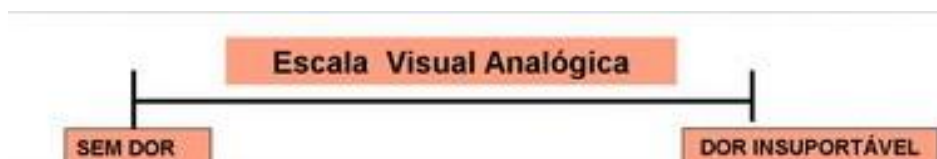


Figura 6. Escala Visual-Analógica

### 1.4.2. Instrumentos Multidimensionais de Avaliação da Dor

A avaliação multidimensional da dor engloba a intensidade da dor e a qualidade da dor em termos: (i) sensoriais: espaço, tempo, pressão e temperatura; (ii) afetivos: medo, tensão; e (iii) avaliativos: avaliação global da experiência dolorosa; dando resposta às dimensões sensorial-discriminativa, motivacional afetiva e cognitiva avaliativa.

A escala verbal mais utilizada para a avaliação multidimensional da dor é o *MacGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ)*<sup>5</sup>, a partir do qual foram criados novos instrumentos avaliativos, destacando-se o *Wisconsin Brief Pain Questionnaire*<sup>6</sup>, o qual

<sup>5</sup> Desenvolvido por Melzack em 1975. Este questionário carece de validação linguística transcultural.

<sup>6</sup> Sem validação para a língua portuguesa.

acrescenta a avaliação do impacto da dor nas atividades de vida diária, e o *Memorial Pain Assessment Card*, o qual avalia humor, intensidade e alívio obtido. Este tipo de avaliação da dor não é utilizado na prática clínica pelo facto de serem instrumentos complexos, de difícil entendimento pelo doente e aplicabilidade morosa, requerendo critérios de exclusão de doentes: estado geral muito debilitado, funções superiores alteradas e baixo nível sociocultural (Vallejo & Comeche, 1994).

### **1.5. Aspetos Psicológicos da Dor**

A palavra isolada «dor» tem vários componentes, que se combinam no indivíduo para exprimir o que ele pretende dizer com a sua dor. Segundo Wall (2002):

“O indivíduo é, sem dúvida, capaz de uma análise elaborada de acontecimentos e da produção de respostas hábeis, mas estas poderão ocorrer sem qualquer consciência cognitiva. A dor pura nunca é detectada como uma sensação isolada. A dor é sempre acompanhada por uma emoção e um significado, pelo que cada dor é única para o indivíduo. A palavra «dor» é utilizada para agrupar uma classe de acontecimentos sensoriais e emocionais combinados. A classe contém muitos tipos diferentes de dor, cada um dos quais corresponde a uma experiência única e pessoal para a pessoa que a sofre” (pp. 49-50).

Embora a experiência de dor e nociceção estejam relacionadas, não são sinónimos. A nociceção refere-se a reações fisiológicas corporais a certos estímulos, enquanto a experiência de dor inclui uma componente psicológica crucial. A experiência de dor é influenciada pela formação cultural e religiosa de uma pessoa, expectativa de dor, experiências prévias de dor, diversos fatores emocionais e

cognitivos e o contexto em que ocorre a dor (Burns, Kubilus, Bruehl, Harden, & Lofland, 2003).

O aspeto sensitivo-discriminativo da dor refere-se aos processos neuronais que permitem à pessoa definir rapidamente a localização, intensidade e duração do estímulo doloroso. O aspeto motivacional-afetivo da dor refere-se às respostas emocionais que tornam a dor pessoal e singular para todas as pessoas. Estas respostas não ocorrem nas mesmas regiões cerebrais que as atividades sensitivo-discriminativas. Aqui é importante referir as questões culturais e cognitivas que influenciam a interpretação e as preocupações acerca da dor. As contribuições cognitivas abrangem a atenção, a ansiedade, a antecipação e outras experiências que envolvem a dor (Vasconcelos, 2006).

A sensação é apenas um dos elementos constituintes da dor. Porém, para se ter a experiência de dor é necessário algo mais. O homem tem de estar consciente para poder ter experiência de dor. O paciente anestesiado não é capaz de sentir dor, enquanto o paciente amputado refere a existência de dor virtual numa parte do corpo (Cailliet, 1999).

A experiência emocional de dor ocorre na sequência de sentimentos, i.e., desperta no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está a acontecer” e sentimentos vitais de mal-estar. A emoção mais frequentemente associada à dor é o medo. O medo está associado com a ameaça à integridade biológica, ao bem-estar, podendo desencadear um estado de ansiedade e de pânico. A componente afetiva é específica e intrínseca à própria dor e distinta da reação afetiva que se pode seguir à experiência da dor e respetivas consequências (Camacho & Anarte, 2001).

O significado de dor é subjetivo, dependendo do resultado da avaliação cognitiva que o indivíduo em causa faz do acontecimento como um todo, o que constitui mais um

fator a determinar (Barbosa & Neto, 2006). A dor tem um significado simples, objetivo e imediato quando se a experimenta através de uma pancada, mas pode ser complexa e distante da lesão física que provocou a dor, quando se sofre a influência de fatores afetivos e motivacionais, sendo por isso diferente o acontecimento em si e a descrição da experiência de dor. A resposta à dor é cruzada, i.e., o trauma físico desencadeia um estado fisiológico e o significado da dor uma resposta psicológica (Donoghue & Siegel, 2003).

O aspeto motivacional intrínseco à dor insere-se nas representações cognitivas ou simbólicas de consequência positiva ou negativa antecipadas ou previstas e afetos conscientes ou inconscientes que juntamente com outros aspetos psicológicos modela a experiência de dor e os comportamentos (McNeil & Burnetti, 1992).

As respostas emocionais podem estar presentes sem estímulo nociceptivo, mas sim a partir da evocação da representação de dor, por vezes distante do estímulo sensorial. A dor pode ser persistente não porque o estímulo nociceptivo se mantém, mas porque o significado e a emoção contidos na experiência de dor mantêm viva e constante a representação da própria dor. Desde modo, é também de referir a importância da avaliação da dor no seu aspeto psicológico como prevenção da cronicidade da dor (Marchand, 1998).

A dor crónica prolonga-se no tempo; por vezes as múltiplas intervenções terapêuticas falham, e esta acaba por estar associada a estádios emocionais de frustração, desmoralização, desespero, sofrimento, insónia, irritabilidade e dependência (Caudill, 1995).

Muitas vezes a dor também é usada como mecanismo de defesa, para reprimir uma outra necessidade não satisfeita. É usada para mascarar outros “conflitos” existentes. Em algumas relações familiares pode até ser vista como um benefício ou

como um artefacto, já que é através da dor que muitos doentes exprimem acontecimentos da vida, marcados por sentimentos de culpa ou de perda (Rico & Barbosa, 1995). Por vezes, compreender a dor de um paciente é compreender a sua dinâmica psicocultural, ou seja, todas as suas particularidades, únicas da sua vida e que modularam a sua experiência de dor.

O recurso a métodos psicológicos como a hipnose, a meditação, o relaxamento e o reforço cognitivo de estratégias de adaptação são alguns exemplos de métodos que podem ser usados, no entanto, este domínio ainda exige crescimento e compreensão mais aprofundada (Vasconcelos, 2006). Todavia, são métodos que abrem interessantes perspectivas quer para o uso da Psicologia quer para a conjugação de diferentes métodos simples mas eficazes, de modulação sensorial - cuja compreensão ainda é incipiente.

## **CAPÍTULO II – VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS NA DOR CRÓNICA**

“Na saúde como na doença, a pessoa é um ser uno, biopsicossocial”

(Ogden, 2003)

A dor é o principal fator que determina a procura de ajuda e a queixa mais comum das pessoas que procuram os cuidados de saúde. Os tratamentos tradicionais, como as intervenções cirúrgicas e farmacológicas, não têm sido totalmente eficazes para aliviar o sofrimento que os pacientes com dor crónica experimentam, pelo que nos últimos anos aumentou o interesse relativamente ao estudo das variáveis psicológicas implicadas. A componente afetiva da dor engloba uma gama de emoções, nem sempre positivas, sendo que as mais relevantes na literatura sobre a dor crónica têm sido a ansiedade e a depressão. Neste capítulo abordam-se estes dois fatores psicológicos e a sua relação com a dor.

### **2.1. Variáveis Psicológicas**

A partir dos anos 80, a dor em geral e a dor crónica em particular, começa a ser entendida como uma experiência complexa, cuja compreensão necessita de uma perspetiva biopsicossocial, a qual acolhe a dor como o resultado da interação de elementos biológicos, que podem provocar e manter distintos problemas, fatores psicológicos, que influenciam a percepção da experiência subjetiva interna, e de elementos socio-ambientais moduladores da percepção da estimulação nociceptiva e das respostas do organismo (Miró, 2003; Turk & Rudy, 1992).

Por conseguinte, a contribuição dos fatores psicológicos torna-se especialmente relevante e óbvia no caso da dor crónica (Turner, Jensen, & Romano, 2000), na qual a própria cronicidade é considerada uma doença em si mesma (Gonçalves, 2002).

Desde 1968 que as emoções foram estabelecidas como uma das dimensões que configura a experiência de dor. A própria definição de dor da IASP (1974, cit. por Camacho & Anarte, 2003) refere-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável que está associada a uma lesão tecidual. Esta definição que invalida a conceptualização da dor como modalidade exclusivamente sensorial e outorga especial importância à subjetividade do paciente sublinha o papel dos fatores psicológicos como mediadores da percepção, manutenção e exacerbação da dor, podendo ser ou não desencadeado por processos meramente biológicos.

A consideração das variáveis psicológicas moderadoras da dor tem permitido, por sua vez, a progressiva e imparável incorporação da Psicologia e dos psicólogos no seu estudo e tratamentos (Echeburúa, 1993).

Brandão (1995) considera que a dor crónica gera disfunções psicológicas e sociais importantes. A relação inversa também existe, uma vez que os problemas psicossociais, frequentemente, causam uma intensificação das queixas dos pacientes que sofrem de dor crónica. Ademais, são inúmeros os relatos na literatura que mostram que na ansiedade, na histeria de conversão e na depressão, existe um aumento da vulnerabilidade à dor.

É difícil interpretar o fenómeno doloroso, tendo em conta que engloba fenómenos anátomo-patológicos (doenças orgânicas), fenómenos degenerativos (envelhecimento), fenómenos psicoafectivos (depressão) e fenómenos socioeconómicos (problemas de trabalho, litigiosos e judiciais) (Schwob, 1997). Assim sendo, pode-se mesmo afirmar que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, tendo em conta o sofrimento pessoal envolvido e até mesmo avultados custos económicos e financeiros (Schwob, 1997).

Como já referido anteriormente, os estados de ânimo mais estudados e considerados como mais relevantes dentro da experiência dolorosa, são a ansiedade e a depressão (Monsalve et al., 2000).

Estes dois estados de ânimo relacionaram-se com a manutenção e exacerbação da dor crônica em diversos estudos (Lebovits & Bassman, 1996; Turk, Okifuji, Scharff, 1995). Tanto a ansiedade como a depressão foram também relacionadas com a maioria das patologias crônicas, tanto no seu aspeto psicológico como no seu aspeto físico (Echeburúa, 1993; Janssen & Arntz, 1996).

### **2.2.1. A Ansiedade**

Todos nós já sentimos ansiedade em diversos momentos da nossa vida. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicas e fisiológicas, que faz parte do espectro normal da experiência humana. Ela surge como um fenómeno psicológico que representa um dos mecanismos de adaptação do organismo às circunstâncias de *stress* ou de tensão e, nesse sentido, revela-se útil para a aprendizagem do ser humano e para a maturação adequada da sua personalidade (Fonseca, 1997). A ansiedade patológica ocorre quando ela é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico à qual se direcione (Barrondo, Sánchez-García, González, Fernández, & Suárez, 2001).

A ansiedade, de acordo com Takei e Schivoletto (2000, p. 7) “é um estado caracterizado por sintomas e sinais (in)específicos, que juntos trazem uma sensação desagradável de apreensão, expectativa e medo quanto ao futuro. Caracteriza-se por sintomas somáticos e psíquicos que se manifestam de forma básica ou tónica”.

A partir desta definição, considera-se que os sintomas somáticos podem ser respiratórios (e.g., falta de ar, respiração curta, sensação de afogamento), cinestésicos

(e.g., ondas de calor, calafrios), musculares (e.g., dores, tremores) e autonómicos (e.g., palpitação, frio nas extremidades). Os sintomas psíquicos são de medo, apreensão, mal-estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si mesmo, sensação de que algo de mal pode acontecer, entre outros (Arntz, Dreesen, & Jong, 1994).

Por outro lado, a ansiedade pode ser situacional (quando está associada a determinadas circunstâncias) ou ser constante ao longo da vida do indivíduo. Assim, é necessário ter em conta o contexto no qual a emoção ocorreu, além das suas características individuais para determinar se as manifestações clínicas são desproporcionais à intensidade e à duração dos fatores desencadeantes (Hayes, Pankey, & Gregg, 2002).

Existe ainda a conceção dualista de ansiedade traço e ansiedade estado, proposta inicialmente por Cattell e Scheier (1961, citados por Hetem & Graeff, 2004) que esteve na base do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger e colaboradores.

As principais diferenças entre ansiedade traço e ansiedade estado é que a ansiedade estado é um estado emocional transitório em que existe uma atividade do sistema nervoso autónomo. Por sua vez, na ansiedade traço observam-se diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, i.e., existe uma tendência para reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade (Hetem & Graeff, 2004).

A ligação entre estados de ansiedade, medo e tristeza constitui uma evidência perante qualquer manifestação de doença grave (Teng, Humes, & Demetrio, 2005). O confronto com a doença e o tratamento podem gerar situações *stressantes*, principalmente se os doentes não tiveram qualquer tipo de informação ou esclarecimento quanto ao diagnóstico, “cura” ou tratamento (Teng et al., 2005). Na ansiedade, frequentemente, existem reações emocionais agudas e intensas, resultantes

de uma elaboração cognitiva tendo por base a questão de perigo e de risco (Williams, Watts, Macleod, & Mathews, 2000). As pessoas ansiosas têm mais dificuldades em lidar com situações porque entram em pânico, face ao medo ou ameaça (Williams et al., 2000).

Os transtornos de ansiedade são considerados os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população em geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida, 7,6% por ano e 6% por mês (Teng et al., 2005).

Segundo o DSM- IV-TR (APA, 2003) os transtornos de ansiedade pertencem ao Eixo I. As Perturbações de Ansiedade integram diversas perturbações, nas quais se observam períodos de medo ou desconforto intenso, com um desenvolvimento abrupto de alguns sintomas (e.g., palpitações, aumento do batimento cardíaco, dificuldade em respirar). As situações desencadeantes ou formas de manifestação variam em função da perturbação.

### **2.2.2. A Depressão**

Pode-se começar por definir depressão como uma perturbação de humor e doença depressiva como um aumento significativo de sensações diárias de tristeza. A sua gravidade e duração são variáveis, pelo que importa referir que na depressão, para além dos sintomas que lhe são característicos, por norma, também se observa ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão. A depressão faz-se acompanhar de sintomas físicos e mentais; frequentemente, este estado depressivo é reconhecido tanto pelo próprio indivíduo, como pela sua família e amigos (Wilkinson, Moore, & Moore, 2003).

A *American Psychiatric Association* (APA, 2003) define a depressão como um transtorno de humor que envolve um grupo heterogéneo de sintomas: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho significativo de peso,

insônia ou hipersônia, agitação ou atraso psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar e pensamentos de morte recorrentes.

Dependendo da frequência e intensidade dos sintomas acima referidos, a depressão, é classificada em leve, moderada ou grave, sendo que, para o diagnóstico efetivo, é necessário um período mínimo de duas semanas, nas quais predomina o humor deprimido ou a perda de interesse por quase todas as atividades. Devido a estes, observa-se um comprometimento do funcionamento social, profissional e afetivo, que se agrava de acordo com a intensidade dos sintomas (APA, 2003).

Segundo Williams e colaboradores (2000), a depressão será melhor designada de perturbação de humor do que perturbação de emoção, embora exista uma multiplicidade de opiniões sobre a sua caracterização ou distinção. As pessoas deprimidas sentem mais dificuldade em lidar com os seus insucessos ou com situações em que se sentiram humilhados.

Não obstante, não é possível avançar com uma única causa para a depressão (Williams et al., 2000). É sabido que existem algumas circunstâncias que poderão aumentar a probabilidade para a sua ocorrência. Pode-se, por exemplo, começar por mencionar as influências genéticas, acontecimentos de vida desagradáveis, problemas ou doenças físicas, entre outras.

Analogamente existem acontecimentos sociais que poderão igualmente influenciar o início de uma depressão, tais como, transição social que inclua, por exemplo, alterações de vida (ou papéis) significativas, perda, luto, fatores de vulnerabilidade (desemprego, crises conjugais); todas estas situações podem funcionar como um acontecimento desencadeante de uma depressão (Wilkinson et al., 2003).

Atualmente, a depressão é considerada como um dos transtornos de humor mais comuns, tratando-se de uma doença crónica, recorrente e limitativa. A prevalência é bastante discutida entre os diversos autores, variando entre 4% a 15% (Carvajal, Rebolledo, Trucco, & Oyarzoen, 1991; Ferreira, Sennfelt, & Luís, 2005; Hetem, 1997; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Serrano-Atero, Caballero, Cañas, Garcia-Saura, Serrano-Alvarez, & Prieto, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003), a prevalência do transtorno depressivo é estimada entre 5% a 9% para as mulheres e entre 2% a 3% para homens adultos, não apresentando relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil. Os principais fatores de risco para a depressão são a idade, entre 25 a 45 anos e sexo feminino. A prevalência ligada ao sexo feminino pode estar associada aos aspetos biopsicossociais, como as oscilações hormonais, o *stress* diário e a sobrecarga de tarefas profissionais e familiares que, muitas vezes, comprometem a qualidade de vida dessas mulheres, propiciando ou desencadeando um episódio depressivo (APA, 2003; Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Serrano-Atero et al., 2002).

Apesar dos conhecimentos relativos à depressão, esta é ainda uma doença pouco reconhecida, mal diagnosticada e mal tratada. Devido à diversidade dos sintomas vivenciados, é comum que pacientes deprimidos procurem especialistas de diferentes áreas apresentando queixas somáticas relacionadas com o estado afetivo comprometido, sendo estimado que as queixas dolorosas ocorram em 30% a 100% dos casos (Figueiró, 1999; Hetem, 1997; Pimenta, 1999).

Os pacientes portadores de doenças crónicas são os que mais apresentam sintomatologia depressiva no contexto médico. As características das doenças de base, a sua intensidade e grau de limitação, associados à história de vida do paciente, ao seu

funcionamento psíquico anterior e à rede de apoio sociofamiliar que dispõe, são importantes para determinar quais as implicações sociais, emocionais e cognitivas que a doença terá na vida da pessoa (Coelho, 2001).

A perda do corpo saudável e ativo pode significar, para muitas pessoas com doenças crónicas, a perda de autonomia e independência. É comum que apresentem também perdas do círculo social pelas limitações impostas pela doença e sintomatologia, alterando a dinâmica social e principalmente afetiva. Perdas de emprego e da estabilidade económica propiciam sentimentos de inutilidade, geradores de estados ansiosos e depressivos. As alterações cognitivas vão sendo gradativamente alteradas, pois a doença ocupa um lugar central na vida destas pessoas (Santos & Sebastiani, 1996).

Em Portugal, no âmbito do projeto dos Médicos-Sentinela, ao nível dos cuidados de saúde primários, foram estabelecidas estimativas de incidência anual da síndrome depressiva (entre 1995 e 1997) oscilando entre 499.2 a 529.2 por 100.000 habitantes, ou seja, 0.49% a 0.53%<sup>7</sup> (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005).

O impacto económico da depressão em Portugal foi avaliado num estudo em 1992, que determinou o custo anual total em 246 milhões de contos, em que cerca de 80% deste valor correspondia à perda de produtividade (incapacidade temporária), 3% a suicídio e 17% a custos diretos em cuidados de saúde (Ramos, Sennfel, Amaral, & Valente, 1996). Observou-se, igualmente, que os custos indiretos são proporcionalmente superiores aos verificados em outros países.

---

<sup>7</sup> Estes valores são provavelmente bastante mais baixos do que a realidade tendo em conta o método de definição de caso, ou do diagnóstico clínico instituído pelos médicos de família.

### **2.3. Ansiedade, Depressão e Dor Crónica**

Diversas investigações têm mostrado que os pacientes com dor crónica apresentam muita preocupação, tensão, nervosismo e apreensão face à sua doença, o que potencia níveis de ansiedade e de depressão mais elevados do que os encontrados na população geral (Asmundson, Jacobson, Allerdin, & Norton, 1996; Asmundson, Norton, & Norton, 1999; Ferrer et al., 1994b; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Madland, Feinmann, & Newman, 2000; McCracken & Iverson, 2001; Pérez et al., 2004; Turk, Okifuji, Sinclair, & Starz, 1998; Turk & Okifuji, 2002).

Os estudos realizados por diversos autores (McCracken & Iverson, 2001; Turk & Okifuji, 2002; Pérez et al., 2004) que procuraram estudar a relação entre a ansiedade e a dor crónica, identificam-na como uma das respostas psicológicas mediadoras da experiência da dor mais precoce e consistentemente identificada. A ansiedade potencia e mantém a dor, considerando-se que, quanto maior forem os níveis de ansiedade, mais a dor será percebida como intensa e desagradável (Henningesen, Zimmermann, & Sattel, 2003).

Os aspetos que a ansiedade partilha com a dor são numerosos, no que concerne à medida, às respostas fisiológicas e ao tratamento, pelo que poderá, por vezes na prática, ser difícil diferenciar uma da outra. A ansiedade contínua produz um aumento da tensão muscular, alterações do sistema nervoso autónomo e uma maior recetividade e incremento da percepção dos estímulos dolorosos. Estas respostas têm como consequência final uma manutenção maior da sensação dolorosa, mesmo que o estímulo nociceptivo cesse (Linton, 1991).

O *stress* físico e psicológico e mesmo a dor, são defendidos como causas frequentes de intensas contrações musculares, que acabam por exacerbar a dor ou

provocar mudanças na sensibilidade dos mecano-receptores ou, também, produzir isquemia muscular e hipoxia (Casado & Urbano, 2001).

A ansiedade, ao produzir um aumento da tensão muscular, provocaria um aumento da dor, pelo menos nos transtornos músculo-esqueléticos, o que por sua vez incrementaria os níveis de ansiedade e assim sucessivamente. Por conseguinte, a tensão muscular não sendo de carácter difuso, aparece normalmente, localizada na musculatura específica do transtorno, pelo menos em alguns dos pacientes (Burns, 1997).

Investigações diversas (Burns, Johnson, Devine, Mahoney, & Pawl, 1998; Burns et al., 2003; Burns, Wiegner, Derleth, Kiselica, & Pawl, 1996; Flor & Birbaumer, 1991; Flor, Fydrich, & Turk, 1992; Flor, Knost, & Birbaumer, 2002) encontraram nos pacientes com lombalgia uma resposta muscular induzida por *stress*, anormal e específica a este transtorno, i.e., uma contração intensa dos músculos paraespinais inferiores, perante situações indutoras de *stress*, que não aparecia nos pacientes com outro tipo de dor crónica nem nos sujeitos sem dor crónica. Os autores destes estudos sugerem que os pacientes com dor crónica com tendência a uma alta reatividade fisiológica e/ou sem recursos emocionais adequados para aliviar o impacto do *stress*, patenteiam mais reações musculares desadaptativas.

Nesta linha de pensamento, diferentes hipóteses surgem para explicar os mecanismos de ação que regulam a relação entre a ansiedade e a dor crónica. Segundo Casado e Urbano (2001), na dor crónica, enquanto situação de *stress* crónico, a ansiedade tem um papel de desencadeante ou agravante dessa dor e essa, por sua vez, constitui um estímulo *stressante* que perpetua o ciclo vicioso: dor/ansiedade/tensão muscular/dor.

Ao que parece, segundo McCracken, Faberm e Janeck (1998), os acontecimentos *stressantes* diminuem o limiar de tolerância à dor devido ao seu efeito sobre os estados motivacionais e afetivos do paciente, o que leva a um aumento da experiência de dor.

Outras hipóteses incluem a ansiedade como parte integrante da reação de *stress* perante a dor, facilitando a percepção da dor e incapacidade, reduzindo os níveis de tolerância (Linton & Ryberg, 2001; Martín & Bulbena, 2006; Moix-Queraltó, 2005). Algumas hipóteses, ancoradas na Teoria da Atribuição, defendem que seria a percepção, mais ou menos nociva da situação, que faria aumentar a dor sentida pelo sujeito (Al Absi & Rokke, 1991), enquanto outras sugerem que seria a ansiedade anteriormente existente ou decorrente da dor, que contribuiria para uma maior percepção da sua intensidade, duração e evitamento das situações de dor (McCracken, Gross, Sorg, & Edmands, 1993; Janssen & Arntz, 1996; McCracken, Gross, Aikens, & Carnrike, 1996).

Finalmente, há que fazer referência à focalização atencional como variável mediadora entre a ansiedade e a percepção da dor. A focalização associa-se com os aumentos da percepção sobre os estados internos que incluem sensações somáticas (Feldman, Schaffer-Neitz, & Downey, 1999). As pessoas ansiosas têm mais dificuldade em desviar a sua atenção da dor, pelo que esta atenção focalizada na dor poderá fazer aumentar a sua intensidade e gerar um ciclo vicioso.

Estudos mostram que as pessoas que estão muito atentas às suas sensações corporais, obtêm pontuações mais elevadas em ansiedade, indicam mais áreas onde sentem dor, avaliando-a como mais nociva (Asmundson, Kuperos, & Norton, 1997; Crombez, Eccleston, Baeyens, & Eelen, 1998; Crombez, Vlaeyen, Heuts, & Lysens, 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; McCracken et al., 1998; McCracken, 1997; Peters, Vlaeyen, & Kunnen, 2002), apresentam um maior nível de alerta face à dor (Roelofs, Peters, Zeegers, & Vlaeyen, 2002) e, uma menor

capacidade discriminativa entre estímulos dolorosos e não dolorosos (Eccleston, Crombez, Aldrich, & Stannard, 1997). Nesse sentido, observou-se que os pacientes que melhor respondem ao tratamento são os mais hábeis a distrair a sua atenção do seu problema (Madland et al., 2000).

Outras investigações têm mostrado, também, que o medo à dor influencia a capacidade e a cronicidade da doença (McCracke et al., 1998; Strahl, Kleinknecht, & Dinnel, 2000).

O impacto da doença crónica (não tratada) foi analisado, concluindo-se que a nível psico-emocional a dor crónica tem como consequências: “Ansiedade, medo, neurose, depressão, dependência, alterações da concentração, diminuição da autoestima, alteração da autoimagem, perda de dignidade, perturbações do sono e humor, agressividade, intolerância, sentimento de desesperança, revolta, alterações sexuais, excessiva valorização ou desvalorização das queixas, isolamento, intolerância ao cuidador” (Almeida et al., 2004, p. 14).

A depressão é uma das respostas emocionais mais frequentes associadas à dor (Arnstein, Caudill, Mandle, Norris, & Beasley, 1999) e tem suscitado um considerável interesse teórico e clínico pela sua prevalência (Simon, VonKorff, Piccinelli, & Ormel, 1999) e pelo aparecimento regular de sintomas de dor no transtorno da sintomatologia depressiva (Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997).

O DSM-IV-TR (APA, 2003) ressalta a evidência clínica que os estados de ansiedade geralmente aparecem relacionados com a dor aguda e os estados depressivos são mais frequentes entre os pacientes com dor crónica. Não obstante, Gaskin, Greene, Robinson e Geisser (1992) referem que se os sintomas depressivos são mais frequentes entre os pacientes com dor crónica, o certo é que na ausência de estudos controlados não se pode concluir que a depressão seja mais frequente entre pacientes com dor crónica do

que em outras populações com condições médicas crónicas não relacionadas com a dor ou em grupos de controlo sem dor.

Fazendo-se eco a este desafio, num completo trabalho de revisão sobre este tema Fishbain e colaboradores (1997) alcançaram uma série de conclusões sumamente interessantes:

- a) A depressão é mais prevalente entre as pessoas com dor crónica do que entre as outras populações que não apresentam dor;
- b) A depressão é uma consequência e segue o desenvolvimento da cronicidade da dor, já que existe uma sequência temporal entre dor e depressão;
- c) Grande parte dos critérios de diagnóstico de depressão major do DSM-IV-TR refere sintomas vegetativos e somáticos comuns à doença física (alterações do apetite, do sono, cansaço ou fadiga), o que suscita um sério problema aquando da escolha dos instrumentos de diagnóstico úteis e discriminativos para esta população.

A relação entre a depressão e a dor foi há muito reconhecida mas, apesar da sua frequente associação, a natureza de tal relação continua a ser bastante controversa (Arnstein et al., 1999; Fishbain et al., 1997; Gallagher & Verma, 1999; Simon et al., 1999). Alguns autores referem que a dor crónica pode desenvolver e manter um quadro depressivo, porém, outros autores, sustentam a ideia de que a depressão poderá desencadear comportamentos de dor (Araújo-Soares et al., 2002). Um ponto de partida é que nem todas as pessoas que sofrem de dor crónica chegam a desenvolver um transtorno depressivo, por isso, torna-se prioritária a identificação de possíveis fatores de vulnerabilidade.

Trabalhando sobre esta hipótese dentro do Modelo Cognitivo-Comportamental diversos autores (Flor et al., 1992; Okifuji et al., 1999; Turk & Okifuji, 2002; Turk &

Rudy, 1992; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998) enfatizaram a importância da valorização cognitiva como variável mediadora da relação entre a dor crônica e a depressão. Especificamente, propõem um modelo mediante o qual, a percepção dos pacientes sobre o impacto da dor nas suas vidas, a incapacidade e diminuição de atividades (que levam a uma perda do reforço social) e a diminuição na percepção de autocontrole e autoestima, determinam o desenvolvimento da depressão. De novo aqui, tal como nos estudos centrados na ansiedade, a dor não é uma condição suficiente para o desenvolvimento da depressão, senão que é determinante para mediar esta relação de valorização subjetiva negativa sobre o impacto percebido da dor e na habilidade para controlar a própria vida.

Todavia não se sabe com toda a certeza que componentes ou dimensões da dor desenvolvem um maior risco de depressão. Deste ponto de vista, considera-se que a intensidade da dor junto com as limitações que esta provoca na vida do paciente levam à depressão (Spiegel, 1996; Williamson & Schultz, 1992).

Outros autores defendem, porém, que os pacientes com dor crônica possuem níveis mais altos de dor e de mal-estar emocional (Gaskin et al., 1992; Jamison & Virts, 1990). Deste modo, postula-se que apenas a intensidade da dor que o paciente percebe relaciona-se de forma positiva com o estado de ânimo deprimido, de maneira que quanto mais intensa for a dor que este experiencie, maior será o efeito da dor sobre o estado emocional deprimido (Angelotti, 2001; Camacho & Anarte, 2003).

Resultados de diversos estudos encontraram uma relação positiva entre mal-estar emocional e gravidade da dor (Kerns, Rosenberg, & Jacob, 1994; McCracken, Zayfert & Gross, 1992). Tendo em conta estes resultados, postula-se que o estado emocional do paciente virá a ter um efeito positivo sobre a intensidade da dor que este sente, de forma que quanto maior o estado de animo deprimido maior a dor (Camacho & Anarte, 2003).

Nesta linha de pensamento, Vastag (2004) afirma que a dor crónica pode provocar depressão, da mesma forma que a depressão pode aumentar a dor. Cerca de 80% dos indivíduos com depressão, apresenta sintomas físicos.

Constatou-se, igualmente, em outros estudos que variáveis como a satisfação e o suporte familiar influenciam na intensidade da dor e os estados emocionais observando-se que estas variáveis tendem a reduzir os sintomas emocionais (Feldman et al., 1999).

Dworkin, Von Korff e Le Resche (1990), usando a Escala de Depressão LCI-90, constataram que a depressão se associava significativamente a pacientes com uma ou mais dores corporais. Magni, Marchetti, Moreschi, Rigatti-Luchinni e Merskey (1993), utilizando a CES-D, verificaram que 18,3% dos sujeitos com dor músculo-esquelética sofria de depressão, em contraste com 8,8% da população que não tinha dor.

Rajala, Keinanen-Kiukaanniemi, Uusimaki e Kivela (1995), numa amostra finlandesa, encontraram que a dor músculo-esquelética era mais comum em pessoas depressivas do que nas não depressivas e que muitas das pessoas depressivas sofriam de múltiplas dores.

Em investigações efetuadas no *Hospital del Trabajador* (Chile), numa amostra de 335 pacientes com dor lombar, foi encontrada uma prevalência de 14,3% de depressão *major* (Carvajal et al., 1991). Numa outra investigação com 389 pacientes com dor lombar subaguda, detetou-se uma prevalência de 8% de depressão *major* (Rebolledo, González, Soto, Galilea, & Carbonel, 1999). Esta variação de percentagens deve-se ao facto de, nos diferentes estudos serem considerados tipos, localizações, critérios de diagnóstico para definir a dor crónica e a depressão, características de amostras e avaliação da depressão diferentes (Rebolledo, 2002).

A maioria dos estudos em vários subgrupos de pacientes crónicos reportam uma frequência que varia entre 30% a 60%, mas quando se trata de um episódio depressivo

propriamente dito, tal é reduzido para 8% a 50% (Rebolledo, 2002). Como existe uma sobreposição sintomática na depressão e dor crónica, por exemplo, de transtornos do sono, fadiga, lentificação motora e compromisso das funções sociais, pode ocorrer uma subestimação da depressão e contribuir para a inconsistência das taxas de prevalência. Por outro lado, também é importante considerar que a resposta dos pacientes nas provas e/ou entrevistas pode ajudar a distorcer a prevalência, pois alguns pacientes têm tendência à negação dos problemas emocionais, o que poderia subestimar a existência de depressão nestes pacientes (Casado & Urbano, 2001; McCaffery & Beebe, 1992; Rebodello, 2002).

A depressão parece ser um quadro inevitável na dor crónica. Quanto maior o período de exposição, mais profunda poderá ser a depressão e, assim, a dor comanda de tal maneira a atenção, os comportamentos e cognições do doente, que estes ficam debilitados (Wall, 2002).

Ferreira e colaboradores (2005) realizaram um estudo numa unidade de terapêutica de dor, com 54 doentes. Utilizaram como instrumento de avaliação da ansiedade e depressão a HADS, e para a quantificação da dor, a EVA. Assim, verificaram que na subescala de ansiedade 63% das mulheres e 15% dos homens apresentaram valores considerados elevados, o mesmo se verificou na subescala da depressão (42% dos mulheres e 27% dos homens). É ainda de referir a correlação estatisticamente significativa entre a pontuação da EVA e a pontuação total da HADS, sugerindo que quanto maior a dor, maior os índices de depressão e ansiedade.

Pande, Tripathi e Kanoi (2005) avaliaram a ansiedade e depressão através da HADS em 331 pacientes com doença crónica e observaram valores estatisticamente significativos tanto na ansiedade como na depressão.

Tal como no estudo anterior, Michalski e Hinz (2006) avaliaram 685 pacientes com doença crônica através da HADS. A avaliação foi elaborada durante o tratamento hospitalar, em comparação com os valores padronizados de uma amostra representativa da população alemã ( $N=1943$ ). Estes autores concluíram que os pacientes com doença crônica manifestavam, frequentemente, comportamentos de medo e depressão, isolamento social e redução de atividade física. Concluíram, igualmente, que os pacientes com valores evidentes de ansiedade e depressão, apresentavam baixos níveis de convicção própria de controlo e capacidade muscular. O presente estudo confirma a importância da despistagem prévia, no tratamento hospitalar, da ansiedade e depressão em pacientes com doença crônica, com o objetivo de determinar possíveis riscos de passagem de uma dor aguda para dor crônica.

Analogamente, Araújo-Soares e colaboradores (2002) alegam que, a existência de outros construtos psicossociais (e.g., suporte social, ajustamento conjugal, personalidade), são fundamentais para o desencadeamento de um estado depressivo no quadro de doença crônica.

Outros estudos mostram que depressão e ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos inexplicáveis (Katon, Sullivan, & Walker, 2001), levando Kessler e colaboradores (2003, p. 3096) a afirmar que “a presença de comorbilidades clínicas com transtornos depressivo-ansiosos aumenta mais dias de incapacidade do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas”. Pacientes com doença crônica apresentam com frequência comorbilidades psiquiátrica, 30% a 54% desses, preenchem critérios de depressão (Teng et al., 2005).

Também Franco, Garcia e Picabia (2004) elaboraram um estudo em que avaliaram 205 pacientes que eram acompanhados numa unidade de dor. Metade da amostra sofria de cefaleias crônicas, a outra metade sofria de fibromialgia, lombalgia, artroses e

artrites. Os autores concluíram que as estratégias de *coping* desadaptativas se associavam ao autorrelato negativo, ansioso e depressivo, bem como à baixa autoeficácia, autocontrole e permanência da dor. Vários relatos na literatura evidenciam que na ansiedade, na histeria de conversão e na depressão existe um aumento de vulnerabilidade à dor (Brandão, 1995).

#### **2.4. Intervenção Psicológica**

Não existe ainda nenhum dispositivo capaz de medir a dor com exatidão. Se esse existisse, talvez se pudesse acabar com a incompreensão que ainda subsiste sobre a dor. Ao imaginar um mundo onde existisse esse dispositivo, muitas situações mudariam. As pessoas com dor crônica, nas muitas visitas médicas, deparam-se, frequentemente, com profissionais que insinuam que estão a exagerar na sua dor ou, inclusivamente, que é totalmente psicológica ou inventada (Wúlff, 1998).

As pessoas com dor sentem necessidade que os que se encontram à sua volta entendam como sofrem, como se sentem e aceitem que a sua dor é real e profunda. A relação entre os casais, ficaria também beneficiada, pois há casos de muitos companheiros e companheiras de pacientes com dor, totalmente confundidos e perdidos, que confessam não saber muito bem como lidar com o seu cônjuge (Wúlff, 1998).

Por outro lado, e mesmo apesar de não existir esse dispositivo, os profissionais de saúde que lidam com pacientes com dor (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros) compreendem o quão complexo é este tema, procurando, o melhor possível, ajudar aqueles que sofrem desta doença. Se se aceitar que a dor tem uma gênese orgânica, então é fácil lidar com ela, pois o foco emergente de dor pode ser identificado. A questão pertinente e mais complexa coloca-se ao se ter consciência de que à dor, se

associam causas psicológicas que podem reduzir ou incrementar a percepção da mesma (Vallejo & Comeche, 1994).

Aquilo que se sente e o que se pensa, pode não só influenciar a dor que se sente, como também ter um impacto em todo o organismo. Esta ideia, contudo, não é nova. Algumas décadas atrás, começou-se a falar de doenças psicossomáticas, consideradas como decorrentes de uma causa psicológica evidente. Atualmente, sabe-se que qualquer doença pode ser influenciada, em maior ou menor grau, por fatores psicológicos, inclusivamente as que parecem ser causadas por vírus e bactérias (Vallejo & Comeche, 1994).

De facto, a dor crônica, a maior parte das vezes, é uma certeza para quem sofre, mas uma dúvida para quem observa, resultando por vezes, numa desconfiança nas relações familiares, ou nos contextos clínicos. Face à ausência de uma lesão orgânica ou alteração bioquímica, assiste-se a uma deslegitimação da dor e do sofrimento (Quartilho, 2001).

Se a dor de uma fratura ou lesão é legítima e aceitável, da mesma forma que uma dor de perda afetiva em processo de luto, outras dores com diagnósticos menos claros associadas a traços ou sintomas (e.g., neuroticismo, imaturidade, somatização) vão sendo progressivamente desvalorizadas, tanto pelos amigos e família, como pelos profissionais de saúde (Araújo-Soares et al., 2001).

A dor crônica, por norma, centraliza a vida da maior parte dos doentes, mas os prestadores de cuidados, familiares e amigos também são, frequentemente atingidos, atuando assim de forma biopsicossocial (Araújo-Soares et al., 2001). Por conseguinte, tal como sugerem Almeida e colaboradores (2004, p. 8) “esta vivência da dor crônica é, geralmente, acompanhada por um conjunto complexo de alterações somáticas e

psicossociais que constituem uma parte integrante de todo o problema da dor crónica e intensificam, consideravelmente, o sofrimento do doente”.

Geralmente estas alterações de vida acabam por implicar a imobilização por parte do paciente e, conseqüente enfraquecimento muscular, depressão do sistema imunitário e maior suscetibilidade na contração de doenças, perda de sono, falta de apetite, entre outros. Estes doentes têm, frequentemente, menor rendimento no local de trabalho resultante de incapacidade de realizar alguma atividade, tendência para a introversão, medo, frustração, ansiedade e depressão (Almeida et al., 2004).

Tal como foi já referido, os pacientes com doença crónica e os seus familiares podem, também, estar sujeitos a problemas de natureza psicossocial, tais como despesas com as prestações dos serviços de Saúde (medicamentos), ausência do local de trabalho e perdas de horas de trabalho, devido a tratamentos ou deslocações ao hospital, com possível diminuição no vencimento. Esta falta de produtividade e, conseqüentemente, menor contribuição para o orçamento do lar, pode mesmo desencadear sobrecargas financeiras para as famílias (Almeida et al., 2004).

Por tudo o que foi dito até ao momento, não é difícil de perceber a dificuldade de adesão terapêutica destes pacientes. Apesar de poder existir um recurso constante à ajuda médica, uma ausência de diagnóstico, ou um constante desespero resultante da doença crónica poderá reverter numa falta de confiança nas terapias, situação que se agrava pela descrença dos familiares ou médicos face aos constantes relatos de dor e de sofrimento (Quartilho, 2001).

A dor crónica geralmente não é suscetível a um único tipo de tratamento. Esta resistência deve-se à atividade neuronal, que deverá ser atingida de várias formas; para além da farmacologia, é importante ter em conta aspetos comportamentais, psicoterapia e relaxamento, para uma redução eficaz da tensão e ansiedade. A eficácia da

intervenção psicológica na doença crónica dependerá da abordagem escolhida e na receptividade do paciente (Araújo et al., 2004).

Erro, Unzue e Cuadrado (2001) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia de um protocolo de tratamento psicológico, baseado na abordagem Cognitivo-Comportamental. Os instrumentos de avaliação utilizados foram uma entrevista estruturada, a EVA, a HADS, o SCL 90-R, a Escala Multidimensional de *Locus* de Controlo da Dor e o Questionário de estratégias de *coping*. Quanto à localização da dor, 44,1% dos pacientes indicaram dor lombar; 9,8% dores nas extremidades inferiores; 7,3% dor cervical; 4,4% dor dorsal; 2,9% dor no ombro e 32,4% indicaram outras localizações. Quanto à intensidade da dor, avaliada através da EVA, a média rondou os 5,75 verificando-se que a implementação do protocolo beneficiou de forma geral a amostra, à exceção dos utentes com incapacidade para trabalhar, favorecendo principalmente os utentes com depressão moderada relacionada com a dor crónica e com ansiedade. Concluíram que o plano de intervenção foi parcialmente eficaz.

Guzman e colaboradores (2002) avaliaram o efeito da reabilitação biopsicossocial multidisciplinar em 1964 indivíduos com dor crónica, com exposição à dor superior a três meses. Os pacientes foram avaliados, tanto por médicos, como por psicólogos. Verificou-se que a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar intensiva, paralelamente com a abordagem da recuperação funcional, melhorava a função/ação dos indivíduos, quando comparada com tratamentos de hospitalização não-multidisciplinares. As intervenções menos intensivas não demonstraram melhorias, nem resultados clinicamente relevantes.

Fordyce (1976, cit. por Pimenta, 2001) inseriu os princípios da abordagem cognitivo-comportamental na área do controlo da dor crónica. Assim, no controlo da

dor crónica deve haver uma inter-relação entre os processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais, reconhecendo-se as influências entre si. O principal objetivo é promover um melhor ajustamento entre o indivíduo e o seu ambiente (Pimenta, 2001).

Através da manipulação ambiental (reforços) há a possibilidade do paciente se questionar, reavaliar os seus comportamentos, pensamentos e sentimentos, adquirindo confiança para modificar comportamentos pouco adaptativos (Turk & Meichenbaum, 1994, Turk, 1996).

Ao reconhecer o impacto dos pensamentos, atitudes e emoções sobre a dor e estabelecer correlações entre cognição, afeto e comportamento, pretende-se reforçar a autoconfiança e auxiliar o paciente a refletir de forma individual sobre as suas conceções de dor e tratamento (Pimenta, 2001).

Neste sentido, seria importante trabalhar a componente cognitiva da dor (o significado da dor), a componente emocional (emoções associadas à dor), a componente fisiológica (com o apoio da equipa médica) e a componente comportamental (comportamento face à dor), permitindo trabalhar-se o autocontrolo do indivíduo. Poderia, igualmente, ser incluído nesta intervenção o combate à desmoralização, o aumento da autoeficácia, treino de competências, o humor, as limitações funcionais, a adesão ao tratamento, entre outros (Ogden, 2004), pelo que as principais atividades seriam o debate, a partilha, os auto-registos (da dor e tristeza) e o relaxamento, com o objetivo de diminuir a tensão ou a ansiedade.

Numa abordagem comportamental, os comportamentos de dor, manifestam o sofrimento do paciente (Coniam & Diamond, 1999). Fordyce (1973, cit. por Coniam & Diamond, 1999), que estudou os métodos do condicionamento operante da dor, dividiu os comportamentos da dor em responsivos (resposta a um estímulo nociceptivo

antecedente, como por exemplo, controlo social) e operante (sensíveis às consequências do reforço, como por exemplo: analgésicos, atenção dos familiares).

Todos os comportamentos de dor são observáveis, podendo ser reforçados positivamente (respostas de atenção), podendo ser mantidos através de processos que evitam estímulos nociceptivos (medicação), ou de comportamentos como descanso e evitando atividades (Araújo-Soares, et al., 2001).

Consequentemente, os comportamentos de dor (inicialmente causados por fatores orgânicos) poderão passar a ocorrer como uma resposta a acontecimentos reforçadores (Araújo-Soares, et al., 2001). Desta forma, seriam analisadas as relações entre os comportamentos e dor, para posteriormente serem trabalhadas.

Segundo a teoria da aprendizagem, os sintomas são aprendidos e mantidos devido às gratificações que podem ter sido desenvolvidas durante um processo de doença por observação (Coniam & Diamond, 1999), tendo em conta as limitações impostas pela dor crónica e as suas consequências na qualidade de vida de cada paciente.

Outro tipo de intervenção indicada para a dor crónica, vastamente recomendada, é a hipnose ou *biofeedback*, mas nem todos os serviços de saúde dispõem destes meios técnicos ou pessoal especializado. No contexto hospitalar, uma intervenção em grupo seria o mais indicado; desta forma abranger-se-ia um maior número de utentes, haveria a partilha de experiências e, o isolamento social também seria trabalhado (Guerra & Lima, 2005). Em diagnósticos (psicológicos e/ou médicos) mais complexos, o mais indicado seria o acompanhamento individual em consulta de Psicologia.

Independentemente da abordagem escolhida, o mais importante é intervir, tendo por base uma multidisciplinaridade, reunindo aspetos físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais (Araújo et al., 2004), enfatizando-se uma unicidade biopsicossocial provendo pacientes e familiares com informação sobre a interação entre

dor, cognição, emoção e contexto. Não poderá ser descuidado o isolamento social, interrupções laborais, atritos familiares e, em alguns casos, os internamentos hospitalares (Araújo et al., 2004).

Os pacientes com dor crónica tiveram que abandonar um conjunto de concepções sobre o mundo para se adaptarem a uma forma diferente de encarar a vida. Pode haver uma enorme dificuldade neste processo e, conseqüentemente, tal pode gerar depressão (Wilkinson et al., 2003). Assim, seria relevante trabalhar com estes pacientes a alteração de papéis sociais, a transição (pessoal e profissional) de estatuto e de estado de saúde.

A depressão, de intensidade variável, é um quadro inevitável na doença crónica e, quanto maior o período de exposição à dor, mais severa poderá ser a depressão (Wall, 2002). Por vezes, a dor comanda a atenção, os comportamentos e as cognições. Assim, parece importante trabalhar com os pacientes os seus focos de atenção, de interesse, principalmente focando as estratégias de *coping* habitualmente utilizadas pelo mesmo.

Segundo uma abordagem cognitivo-comportamental, seria pertinente a indicação de algumas atividades (e.g., estruturar o tempo com o objetivo de distração face a pensamentos negativos e reforçar atividades gratificantes), atribuição de tarefas e reavaliação dos atributos depressivos que estejam na base dos acontecimentos depressivos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). O principal objetivo, segundo esta abordagem, é a utilização da distração e o combate a pensamentos depressivos, o que poderá incluir uma exploração dos pensamentos negativos.

Outra possibilidade de intervenção face à depressão, baseada na abordagem cognitivo-comportamental, passa pelo recurso ao Modelo do Desânimo Aprendido desenvolvido por Abramson, Seligman e Teasdale (1977, cit. por Cordioli, 1998), que enfatiza os aspetos cognitivos na interpretação causal de cada sujeito de eventos incontroláveis (neste caso específico seria a dor). Face a um acontecimento, o indivíduo

tenta explicar a causa do mesmo e esta explicação determinaria a sua reação. Segundo este modelo, a atribuição que é dada a determinada ação influencia de forma direta o afeto do indivíduo, como tal, os comportamentos e emoções são consistentes com as interpretações. Assim, há três dimensões incluídas na compreensão da interpretação sobre um determinado evento: (i) a causa pode ser atribuída à pessoa (interna) ou à situação (externa); (ii) a causa pode ser interpretada como um fator transitório (instável) ou permanente (estável) e; (iii) a causa pode ser percebida como tendo consequências futuras (global) ou estar limitada a um evento (específica). A doença crônica poderia ser enquadrada neste modelo, tendo em conta que, para a maior parte dos utentes, a dor é um evento incontrolável.

Weickgenant e colaboradores (1993) verificaram que os pacientes com doença crônica e deprimidos, por norma, apresentam estratégias de *coping* menos adaptativas que os não deprimidos. Concluíram, igualmente, que estes pacientes revelam maior grau de evitamento, culpabilização, envolvendo-se menos na procura de apoio e resolução de problemas. Também Malone e Strube (1988, citados por Araújo-Soares et al., 2002) corroboraram a pertinência de trabalhar a depressão em planos de intervenção psicológica na dor crônica. Paralelamente, verificaram que a utilização de antidepressivos adequados acabaria por reduzir a dor. Provavelmente esta situação deve-se à implicação dos neurotransmissores (serotonina e norepinefrina) na percepção de dor, sugerindo desta forma que estes dois fenómenos contêm vias biológicas semelhantes.

Quanto à intervenção psicológica ao nível da ansiedade, de acordo com a abordagem cognitivo-comportamental, esta visa mostrar a influência dos pensamentos sob as emoções. Pretende-se, igualmente, que os pensamentos automáticos sejam identificados e posteriormente monitorizados pelo paciente (Cordioli, 1998). Uma

forma simples de alcançar este objetivo é pedir um diário dos pensamentos e situações desencadeantes de ansiedade.

## CAPÍTULO III – ALTERAÇÕES COGNITIVAS

“La evidencia disponible indica que los déficits de memoria interfieren en el normal funcionamiento de los pacientes con dolor crónico y que son una fuente importante de malestar”

(Esteve, Ramírez, & López-Martínez, 2001, p. 47)

É comum nos pacientes com dor crónica se ouvirem queixas relacionadas com a falha de memória, de concentração e de atenção. Este capítulo procura analisar a relação entre a dor e as alterações cognitivas, nomeadamente a memória e a concentração, alicerçando os estudos encontrados sobre esta temática, que permitem compreender os fatores que se encontram associados às alterações cognitivas em pacientes com dor. São referenciadas, também, novas perspetivas de investigação e de intervenção nesta temática.

### 3.1. Dor e Alterações Cognitivas

Os pacientes com dor crónica referem-se, muitas vezes, a problemas cognitivos em geral e, mais concretamente, a problemas relacionados com a memória e concentração (Dick & Rashiq, 2007).

No entanto, não existem estudos que possam ajudar a compreender a forma como a dor crónica influencia a presença de um défice neuropsicológico (Eccleston, 1994; Solberg Nes, Roach, & Segerstrom, 2009). Apesar de se desconhecer o seu mecanismo, parece que a dor crónica afeta diversos aspetos relacionados com o processamento de informação, da atenção e da memória (Antepohl, Kiviloog, Anderson, & Gerdle, 2003; Dick, Eccleston & Crombez, 2002; Eccleston, 1995; Esteve et al., 2001; Glass, 2006; Grace, Nielson, Hopkins, & Berg, 1999; Grigsby, Rosenberg & Busenbark, 1995; Grisard & Van der Linden, 2001).

Também parece claro que o *stress* emocional tem um papel relevante nas disfunções cognitivas (Burt, Zembar, & Niederehe, 1995; Glass & Park, 2001; Hart, Martelli, & Zasler, 2000; Landrø, Stiles, & Sletvold, 1997; Pincus, Fraser, & Pearce, 1998; Suhr, 2003) e na percepção destas por parte dos pacientes com dor crônica (Gervais, Russell, & Green, 2001; Grace et al., 1999; Muñoz & Esteve, 2005; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

Diversos estudos investigaram a incidência da dor crônica nos processos atencionais, sugerindo que a dor crônica capta a atenção e, portanto, consome uma porção dos limitados recursos atencionais do paciente, o que acarreta uma diminuição no recurso a outros processos cognitivos (Dick et al., 2002; Eccleston, 1994, 1995; Eccleston et al., 1997; Grace et al., 1999; Grisard & Plaghki, 1999; Grisard & Van der Linden, 2001; Hart et al., 2000; Leavitt & Katz, 2006).

Não obstante, somente a presença da dor crônica não poderia explicar o déficit atencional, uma vez que não existe diferença no rendimento em tarefas que requerem atenção, entre pacientes com dor crônica de baixa intensidade e sujeitos de grupos de controlo (Grisard & Plaghki, 1999).

Há, no entanto, um acordo nas diversas investigações que sugerem que a intensidade da dor condiciona o rendimento em tarefas que requerem atenção. Os pacientes com maior intensidade de dor, obtêm pontuações piores nas tarefas que requerem atenção (Etherton, Bianchini, & Ciota, 2006), especialmente se ao realizarem essas tarefas há a interferência de tarefas numéricas (Eccleston, 1994). Não obstante, a intensidade da dor não é a única variável que explica a diminuição do rendimento na atenção, já que também possuem um papel importante nesta compreensão, a consciência da patologia somática e o elevado afeto negativo (Eccleston et al., 1997).

Por outro lado, a analgesia local a curto-prazo não traz melhorias nesses défices atencionais nos pacientes com dor crónica (Dick & Rashiq, 2007). Porém, quando se controla os níveis educacionais dos pacientes, não é encontrado um efeito preditivo da intensidade da dor ou do *distress* psicológico nos rendimentos obtidos na atenção e na concentração (Iezzi, Duckworth, & Vuong, 2004).

Grisard e Van der Linden (2001) sugerem que a interferência da dor crónica nos processos atencionais não seria geral e apenas afetaria determinados processos em concreto, nomeadamente, os processos atencionais controlados, que requerem uma maior focalização da atenção, e não afetaria os processos atencionais automáticos, relacionados com as tarefas de memória, que requerem uma menor focalização da atenção (Grisard, Van der Linden, & Masquelier, 2002).

O estudo da memória em pacientes com dor crónica também foi objeto de interesse por parte de alguns investigadores. Nestes estudos, comprovou-se que os pacientes com dor crónica apresentam menores rendimentos em diferentes tipos de memória, quando comparados com sujeitos de grupos de controlo. Na memória de trabalho, que pode ser entendida como a capacidade para reter a informação ao mesmo tempo que se trabalha com ela, os pacientes com dor crónica obtêm rendimentos inferiores. Concretamente, na memória de trabalho auditivo-verbal (Dick et al., 2002; Glass & Park, 2001; Iezzi, Archibald, & Barnett, 1999; Sletvold, Stiles, & Landrø, 1995; Park, Glass, & Minear, 2001) e na memória de trabalho verbal e espacial (Antepohl et al., 2003).

Também se encontraram piores rendimentos na memória episódica (Glass & Park, 2001; Grace et al., 1999), que se refere à lembrança de factos específicos, como um acontecimento pessoal ou na exploração neuropsicológica, de recordação de uma lista de palavras.

Na memória a longo-prazo, que se pode entender como a recordação de informação aprendida, os pacientes com dor crónica apresentam, também, um menor rendimento quando comparados com os sujeitos do grupo de controlo (Grace et al., 1999; Landrø et al., 1997; Park et al., 2001).

Por outro lado, há evidências de que a depressão influencia na deterioração da memória, como assinalam Burt e colaboradores (1995). Em pacientes com dor crónica também se comprovou que o rendimento em tarefas de memória se encontraria influenciado pela depressão (Esteve et al., 2001; Garcia-Nieto, Ortega-Ladrón de Cagama, & Ruiz de Santos, 2008; Hart, Wade, & Martelli, 2003; Iezzi et al., 1999; Landrø et al., 1997; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

Existem diversas investigações que compararam o rendimento cognitivo dos pacientes com fibromialgia com o rendimento cognitivo de pacientes com outras patologias de dor crónica, cujos resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos rendimentos e da atenção em ambos os grupos (Dick et al., 2002; Sletvold et al., 1995; Walitt, Roebuck-Spencer, & Bleiberg, 2008), nem ao nível da memória (Landrø et al., 1997; Suhr, 2003).

Por contraste, foram encontradas diferenças entre os pacientes com fibromialgia e pacientes com outras patologias de dor crónica, na perceção de problemas cognitivos, mais especificamente, na perceção de problemas de memória. A perceção de défices cognitivo estaria mais relacionada com o *distress* emocional, especialmente com a depressão e o catastrofismo (Muñoz & Esteve, 2005), do que com a objetividade da deterioração.

No entanto, existem poucos estudos que abordam, mediante provas estandardizadas, o rendimento cognitivo de pacientes com dor crónica e, ao mesmo tempo, a perceção dos rendimentos cognitivos, ou mais concretamente, dos problemas

de memória (Castel, Llop, & Cosi, 2006b; Gervais et al., 2001; Grace et al., 1999; Park et al., 2001; Suhr, 2003). Nestes estudos, constatou-se que a percepção de défice por parte dos pacientes com fibromialgia está ampliada relativamente a descobertas objetivas (Grace et al., 1999; Park et al., 2001) e que os pacientes com fibromialgia tendem a expressar uma maior proporção de queixas de memória, mesmo que não apresentam pior rendimento, que os pacientes com outras dores crónicas (Castel et al., 2006b; Suhr, 2003) ou que outros pacientes reumatológicos (Gervais et al., 2001).

Constata-se que os aspetos cognitivos como o julgamento e as estratégias de confronto parecem influenciar as respostas à dor, assim como a depressão, a ansiedade e o *stress* estão entre os principais sintomas psicológicos reconhecidos como importantes moderadores da manifestação da síndrome dolorosa (Sardá Junior, Cruz, & Jablonski, 2005).

Numa tentativa de compreensão do envolvimento dos processos encefálicos nas respostas do organismo à dor, diversos estudos mostraram que as estruturas nervosas, por vezes tão minúsculas, participam no fenómeno de regulação dos pensamentos, atos, prazeres, angústias, sofrimentos, medos e dores (Burgmer et al., 2009; Munguia-Izquierdo, Legaz-Arrese, Moliner-Urdiales, & Reverter-Masia, 2008). As estruturas do sistema límbico interferem nos fenómenos do medo e da dor, sendo que o hipocampo se encontra envolvido nos processos de memória, emoção, medo e dor (Grisard et al., 2002).

Os estudos realizados por Grigsby e colaboradores (1995), Sardá Júnior e colaboradores (2005) e Schnurr e McDonald (1995), mostraram associações entre a dor crónica e os défices de memória, reconhecendo a dificuldade dos pacientes em se concentrarem quando vivenciam um estímulo doloroso.

Como a dor é um estímulo capaz de afetar o estado dinâmico do encéfalo, poderia esta ser a justificação para os défices cognitivos encontrados nos pacientes com dor crónica. Grigsby e colaboradores (1995) sugeriram que a dor provocaria uma interrupção no desempenho cognitivo, que se encontra diretamente ligado à velocidade com que as informações chegam ao cérebro, interferindo, portanto, na capacidade de processamento de informação.

### **3.2. Fatores Determinantes nas Alterações Cognitivas**

Os pacientes com dor crónica apresentam, frequentemente, alterações cognitivas, défices de memória, redução da atenção, da concentração e do tempo de resposta. De acordo com Sardá e colaboradores (2005), algumas das hipóteses para explicar os défices cognitivos associados à dor crónica são:

- a) Deficits decorrentes do uso de psicofármacos;
- b) Estados emocionais como *stress*, depressão e ansiedade;
- c) Estruturas neuronais relacionadas com o processamento da dor também utilizadas no processamento das funções cognitivas e que podem interferir no funcionamento da atividade cognitiva.

Apesar de não haver muitos estudos que se debrucem sobre os possíveis fatores que se encontram implicados nas alterações cognitivas em pacientes com dor crónica, Esteve e colaboradores (2001) reconhecem que, historicamente, as principais hipóteses sobre as causas das queixas dos problemas de memória nos pacientes com dor crónica são:

- a) As alterações de memória nos pacientes com dor crónica são consequência secundária da medicação administrada para o controlo da dor e da administração de outra medicação coadjuvante;

- b) Os problemas de memória são um sintoma relacionado com o estado depressivo que é frequente nos pacientes com dor crónica;
- c) Numerosos estudos sublinham o importante papel que o estado de ânimo tem no funcionamento cognitivo em geral e, concretamente, no funcionamento mnésico;
- d) As alterações de memória fazem parte dos problemas gerais de processamento da informação que derivam do facto de se padecer de dor crónica;
- e) Os problemas de memória derivam de alterações no mecanismo atencional porque a dor interfere no normal funcionamento da atenção.

De facto, considera-se que a capacidade mnésica pode ser afetada por diversas razões. Os défices de memória podem estar associados à demência, a lesões neurológicas, ao uso de substâncias psicoativas, ao *stress*, à depressão e às dores crónicas (Burt et al., 1995).

De acordo com Ling, Heffernan, Luczakiewicz e Stephens (2010), a necessidade de se estudarem os problemas de memória associados com a dor crónica é de grande importância terapêutica porque sendo a avaliação da dor um processo subjetivo, é interessante saber se os prejuízos cognitivos também interferem na avaliação que o doente faz da sua dor e do seu tratamento. Os tratamentos, em geral, são baseados na suposição de que os doentes com dor crónica estão aptos, ou são capazes, de recordar a informação da sua condição médica com exatidão, o que pode ser duvidoso se a função de avaliação cognitiva estiver condicionada.

Uma dificuldade que é encontrada ao estudar-se os problemas de memória relacionados com a dor é que o alto nível de intensidade de dor funciona como um *stressor* que acaba por afetar o processo mental, particularmente a atenção (Eccleston, 1994, 1995).

Apkarian e colaboradores (2004) propuseram que a dor crónica se encontra associada a um défice cognitivo específico (que ainda não se encontra identificado) que acaba por afetar o indivíduo na organização e no cumprimento das suas funções de vida diária. Assim, como os défices atencionais podem gerar problemas de retenção das informações, os pacientes com dor crónica possuem a sua memória comprometida quando testados sob condições laboratoriais numa variedade de testes (Grisard & Van der Linden, 2001; Grisard et al., 2002).

Apesar de estes estudos terem sido preconizados em ambiente laboratorial são relevantes para compreender o efeito que a dor crónica possui na memória dos pacientes e, conseqüentemente, o seu impacto nas suas atividades do dia-a-dia (Ling et al., 2010).

Apkarian e colaboradores (2004) afirmam, ainda, que a dor crónica está associada a um défice cognitivo específico que pode afetar o comportamento do dia-a-dia, especialmente em situações arriscadas, impregnadas de emoção. Assim sendo, no seu estudo, participaram sujeitos com Síndrome Complexa de Dor Lombar e sem dor crónica, que foram submetidos ao *Iowa Gambling Test*, um jogo de cartas desenvolvido para estudar decisões emocionais. Os resultados encontrados pelos autores variaram nas respostas cognitivas, indicando um empobrecimento das respostas nos pacientes com dor crónica por comparação aos sujeitos sem dor crónica. Foi igualmente encontrada uma correlação significativa entre a intensidade da dor crónica e a baixa capacidade de resolução do teste. As habilidades cognitivas de atenção, memória a curto prazo e inteligência geral foram testadas nos pacientes com dor crónica e os resultados não apresentaram grandes défices.

Ling e colaboradores (2010) encontraram um défice importante num elemento da memória prospetiva de curto prazo em pacientes com dor crónica. Tal défice não foi observado nos sujeitos sem dor crónica. Este é um resultado importante pois, apesar de

muitas pesquisas indicarem a tendência que as pessoas com dor crónica têm para ter baixo rendimento em testes cognitivos, poucas pesquisas analisaram a influência da dor crónica no desempenho da memória do dia-a-dia. A ausência de diferenças em outras áreas da memória prospetiva, entre os participantes sem dor e os que possuem dor crónica, não foram apenas implicações teóricas para a compreensão da ação da dor na função cognitiva, mas trouxe também, uma implicação na compreensão prática que se traduz na necessidade de suporte que as pessoas com dor crónica possuem, para lidar diariamente com as suas dificuldades cognitivas.

A memória prospetiva é um aspeto importante da memória do dia-a-dia já que ela, sendo uma memória de longa duração, envolve informações por um longo período de tempo. Ela compreende a capacidade de uma intenção, uma lembrança para agir, para tomar os remédios, para telefonar a alguém, entre outros (Brandimonte, Einstein, & McDaniel, 1996).

Estudos em psicologia cognitiva realizados por McDaniel e Einstein (2000) mostraram que, enquanto a memória retrospectiva pode ser facilitada pelas pistas externas, a memória prospetiva responde melhor a pistas internas, sendo por isso mais propensa a se influenciada pela dor crónica.

Por conseguinte, os défices da memória prospetiva podem decorrer da ligação existente entre a dor, o *stress* e o impacto deste nas funções cognitivas (Eccleston, 1994; Kewman, Vaishampayan, Zald, & Han, 1991).

Patil, Apfelbaum e Zacny (1995) no seu estudo, demonstraram que a dor é um agente *stressor* que afeta a memória de curto prazo de sujeitos sem dor. Os resultados a que chegaram neste estudo, permitiram concluir que o estímulo doloroso pode afetar a função cognitiva, apesar da relação entre dor e *stress* ser complexa e depender de uma gama de variáveis.

Diversos estudos (Lupien & Lepage, 2001; Lupien & McEwen, 1997) mediram o nível de cortisol e a função cognitiva em relação a um *stressor* e demonstraram que sob uma condição de *stress* a memória declarativa (memória para factos), se encontrava significativamente prejudicada. Os autores propuseram que a exposição crónica a altas concentrações séricas de cortisol poderia ter um valor preditivo nos défices de memória. Também Sauro, Jorgensen e Pedlow (2003) sustentaram empiricamente a ligação entre o *stress*, os níveis de cortisol e o comprometimento da memória.

Outro fator importante a ser analisado nos doentes com dor crónica e défice de memória é a utilização de medicamentos, especialmente de opióides. Sabe-se que são diversos os seus efeitos no SNC. Acredita-se que interferem na função cognitiva, nomeadamente, no que se refere à aquisição, processamento, armazenamento e recuperação da informação pelo sistema nervoso (Pereira, Lawlor, Vigano, Dorgan, & Bruera, 2001).

Como parte de um estudo prospetivo e longitudinal, Keenan e colaboradores (1996), examinaram o uso de glucocorticoides no desempenho da memória numa amostra clínica. Concluíram que o tratamento agudo com glucocorticoides pode afetar adversamente a memória explícita e que esse défice não é secundário à desatenção, alterações afetivas, declínio cognitivo global ou gravidade da doença. Em contrapartida, Ling e colaboradores (2010) demonstraram que altas doses de analgésicos normalizaram os *scores* do Questionário de Memória Prospetiva dos pacientes com dor e daqueles que integraram grupo de sujeitos sem dor. Os resultados deste estudo sugeriram que quando a dor não é controlada, provoca um aumento dos problemas de memória a curto prazo. Este trabalho destacou que a dor provoca défice de memória e é, por isso, uma condição que deve ser considerada e tratada. Estes resultados encontraram suporte nas

investigações de Patil e colaboradores (1995), Lupien e Lepage (2001), Lupien e McEwen (1997), Sauro e colaboradores (2003) e Kurita e Pimenta (2000).

Sjogren, Thomsen e Olsen (2000) investigaram o desempenho neurocognitivo de pacientes com dor crónica não oncológica tratados com doses regulares de 15 a 300mg/dia de morfina por via oral e doses similares de outros opióides e compararam-no com o de 40 sujeitos saudáveis. O desempenho neuropsicológico foi medido através do tempo de reação, que avaliou a capacidade de vigilância/atenção, o *Finger Tapping Test*, que avaliou a velocidade psicomotora e o *Paced Auditory Serial Addition Task* (PASAT), que avaliou a memória de trabalho. O desempenho dos pacientes foi significativamente mais baixo do que o do grupo de controlo em todos os testes. Existiram correlações positivas entre o PASAT e a EVA. A vigilância/atenção, velocidade psicomotora e a memória de trabalho mostraram-se significativamente prejudicadas nos pacientes com dor crónica não oncológica. Apesar destes resultados, este estudo não determinou que fatores influenciaram os resultados dos testes em que a dor pareceu afetar a memória de trabalho.

Uma das dificuldades em se examinar a influência da dor crónica na memória é a presença e a influência de fatores psicológicos. Apesar de inúmeras pesquisas relatarem a ligação entre o *distress* psicológico, como a depressão (Keenan et al., 1996; Linton, 2005; O'Sullivan, Ross, & Hill, 2002), não existe evidência clara de que o défice de memória seja, necessariamente, causado por tais fatores psicológicos.

Num estudo que analisou relatos de problemas de memória em pacientes com dor crónica, Schnurr e McDonald (1995) verificaram que, de um modo geral, na avaliação da memória, as diferenças entre os pacientes com dor e os sujeitos do grupo de controlo podem ser atribuídas à gravidade da depressão. No entanto, após a aplicação de um questionário mais específico para se avaliar a memória destes pacientes, os autores

concluíram que havia diferenças nos relatos nos dois grupos de sujeitos e que os défices cognitivos mantiveram-se mesmo quando os efeitos relacionados com a depressão foram removidos. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que indicaram que a relação entre a dor, a disfunção cognitiva e o humor é complexa e que são necessárias mais investigações para clarificar a implicação da dor e do humor no desempenho cognitivo dos sujeitos (Ling et al., 2010).

Pacientes com síndrome fibromiálgica ou com síndrome de fadiga crónica, queixam-se frequentemente de défices de memória e de funcionamento cognitivo (Castel et al., 2006a,b; Glass, 2006; Glass & Park, 2001; Suhr, 2003; Vallesi et al., 2007). Os resultados de testes cognitivos objetivos demonstraram dificuldades de memória a longo prazo e na memória de trabalho nestes pacientes (Solberg Nes et al., 2009; Spaeth & Briley, 2009). Pacientes com síndrome de fadiga crónica apresentaram diminuição da velocidade do processamento das informações e os fibromiálgicos apresentaram dificuldade na atenção sustentada (Dick et al., 2002; Gervais et al., 2001). Estudos de neuro-imagem demonstraram alterações na atividade cerebral e recrutamento neural aumentado durante os testes cognitivos (Verdejo-Garcia et al., 2009). Glass (2006) sugeriu que novas investigações deveriam ser realizadas, focalizando-se nos sistemas neuropsicológicos específicos envolvidos nas disfunções cognitivas de cada uma destas síndromes.

Suhr (2003) avaliou a relação entre a depressão, dor e fadiga e as queixas cognitivas em doentes com fibromialgia ou com outras dores crónicas e sujeitos sem dor. A avaliação baseou-se em escalas de depressão, dor, fadiga, questionários de queixas cognitivas subjetivas, memória, função executiva, inteligência, atenção e velocidade psicomotora. A análise de covariância foi utilizada para avaliar as diferenças das queixas cognitivas e dos resultados nos testes entre os grupos, depois de ter sido

controlado o fator depressão, dor e fadiga. A regressão hierárquica foi utilizada para se avaliar o desempenho nos testes objetivos relatado como queixa subjetiva após o controlo da depressão, dor e fadiga. O autor concluiu que os pacientes com fibromialgia apresentavam mais queixas de memória e mais fadiga, dor e depressão que os sujeitos sem dor. Os grupos não mostraram diferenças quanto ao desempenho cognitivo após terem sido isolados os fatores de fadiga, dor e depressão. A depressão foi relacionada com o desempenho da memória e a fadiga com o desempenho da velocidade psicomotora. Concluiu-se que os fatores psicológicos, particularmente o esforço, a depressão e a fadiga eram importantes na compreensão das queixas cognitivas de doentes com dor crónica, sejam estas subjetivas ou objetivas.

Iezzi e colaboradores (1999) utilizaram uma análise regressiva para avaliar 70 pacientes com dor crónica para identificarem as correlações entre a intensidade da dor e o *distress* psicológico no desempenho ao nível da atenção, concentração, memória e tomada de decisão. Os autores observaram que a interação entre a intensidade da dor e o *distress* psicológico não afetou significativamente os *scores* de memória.

Novos avanços na compreensão do funcionamento da mente e das modulações químicas decorrentes da ação dos neurotransmissores tiveram impacto nas pesquisas sobre a dor. Cada sensação, pensamento, sentimento, movimento e interação social muda a estrutura e a atividade encefálica. A mera presença de outro organismo vivo pode exercer profundo efeito no corpo e no encéfalo advindo de estímulos olfatórios impercetíveis. Modificações físicas e químicas ocorrem devido à aprendizagem, memória e dor crónica. Há evidências de que a dor crónica é um fenómeno de aprendizagem mal-adaptativa. Mesmo após a dor crónica ter sido estabelecida, novos pensamentos e modelos comportamentais podem ser aprendidos, permitindo àqueles que dela padecem restaurar uma fisiologia mais adaptativa e modificar padrões

comportamentais e cognitivos (Arnstein et al., 1999). Também os estudos de imagiologia funcional do cérebro sugerem que há uma atividade na componente emocional, mediada pela atividade do córtex pré-frontal em pacientes com dor neuropática crônica (Jensen, Turner, & Romano, 1999).

Os pacientes refletem sobre o significado da dor nas suas vidas nos questionários sobre a experiência de dor ou em entrevistas clínicas. Estudos sobre neuro-imagem do córtex humano com vista à análise da sensação da dor identificaram uma rede neural denominada de matriz da dor (Muñoz & Esteve, 2005).

Kelly e Lloyd (2007) realizaram um estudo com o objetivo de analisarem, através o recurso à ressonância magnética, a ativação da matriz neuronal de memórias relativas a eventos de dores anteriores, sem a existência direta de nenhum estímulo doloroso. Catorze pacientes sem dor foram instruídos a recordar memórias de episódios dolorosos em resposta a palavras relativas à dor e episódios sem dor por palavras não relacionadas com ela. Os resultados mostraram que memórias ativadas por palavras relativas à dor produziram ativação significativa nas áreas BA32, BA44, BA47/45, mais do que as memórias ativadas pelas palavras não relacionadas com a dor. Tudo indica que estas ativações demonstram processo semântico retrógrado para as memórias relativas à dor, o que pode explicar o sentido de ressignificar cognitivamente a memória de um episódio doloroso, o que permitirá à pessoa elaborar as circunstâncias sobre o episódio, sem (re)experimentá-lo. Este estudo revelou um mecanismo neural de memória autobiográfica de eventos dolorosos anteriormente vivenciados que pode explicar a reelaboração cognitiva de um evento doloroso, sem que seja preciso experimentá-lo fisicamente. Estes dados são importantes para se entender os mecanismos envolvidos na dor crônica e os seus impactos nos tratamentos subsequentes.

O modelo da matriz neural permite pensar na possibilidade de que esta nova plasticidade neural resultante da configuração relacionada com a presença de dor crónica pode alterar funções cognitivas dada a sua nova reestruturação (Sardá Junior et al., 2005).

Este padrão dinâmico hipotetizado por Loeser e Melzack (1999) e denominado de matriz neural não é encontrado em nenhuma região particular do cérebro, talvez porque se trate de um processo dinâmico e não de uma estrutura estática. Todavia, é importante aceitar que o mesmo pode afetar o funcionamento de outras atividades cognitivas previstas no modelo, como a atenção e a memória.

### **3.3. Perspetivas Futuras de Investigação e Intervenção**

É muito frequente que os pacientes com dor crónica se queixem do funcionamento deficitário da sua memória, queixas que, normalmente, são manifestadas através de expressões como: “tengo la cabeza fatal”; “tengo la cabeza perdida”. Estes desabafos estão presentes ao longo do processo de avaliação e intervenção psicológica com estes pacientes, os quais podem descrever num auto-registo que passaram uma tarde inteira à procura dos óculos, de um relógio, ou dos documentos, entre outros. Esquecem-se dos nomes dos amigos e das datas de consultas ou de encontros e, frequentemente, perdem o fio condutor das conversas (Esteve et al., 2001, p. 48).

Em geral, os pacientes atribuem as alterações de memória à medicação que lhes é prescrita que, frequentemente, combina analgésicos e outros fármacos para o controlo de sintomas ansiosos, depressivos e alterações do sono. É, também, muito usual que relatem discussões familiares causadas pelos frequentes esquecimentos que, na sua maioria, se fazem acompanhar por sentimentos de perda de controlo e afirmações auto-depreciativas: “ya no sirvo para nada”; “soy un trasto” (Esteve et al., 2001, p. 48).

Em muitos pacientes que sofrem de dor crónica é-lhes desaconselhada a realização de esforço físico, mas ao mesmo tempo, os défices de memória impedem-nos de se dedicarem a tarefas mais sedentárias que requerem concentração, como por exemplo a leitura, palavras cruzadas, ou simplesmente, ver televisão (Grisard & Plaghki, 1999).

Garcia-Neto e colaboradores (2008), referem que é possível concluir que os défices de memória e concentração interferem com o funcionamento normal das pessoas com dor crónica, diminuindo a sua capacidade para enfrentar as exigências quotidianas, que se constituem como fontes importantes de mal-estar e que influenciam adversamente as relações dos pacientes com as pessoas mais próximas.

Para Esteves e colaboradores (2001), é preciso não esquecer que entre os objetivos da intervenção psicológica em pacientes com dor crónica geralmente conta-se com o aumento do nível de atividade, a volta ao trabalho e o alívio da tensão emocional, em suma, o retomar na medida do possível, as atividades habituais do paciente. No entanto, é provável que em muitos dos casos alcançar estes objetivos terapêuticos se vá limitando ou impedindo pela influência negativa que têm os problemas de memória e de concentração no funcionamento quotidiano.

Os mesmos autores referem que as alterações cognitivas em pacientes com dor crónica são um campo de investigação ainda recente e, talvez por isso, a dificuldade existente na compreensão destas em pacientes com dor. Por outro lado, asseguram que o mecanismo de dor é deveras complexo, o que dificulta a separação das variáveis influenciadoras no seu processo. Não obstante este facto, os autores referem que há dados que já se encontram provados, tais como:

- a) Os pacientes com dor crónica apresentam alterações no funcionamento da memória e estas, são frequentemente, a base das suas queixas;

- b) As alterações cognitivas, nomeadamente ao nível da memória têm grande influência no seu funcionamento normal, diminuindo a sua capacidade para lidar com as exigências do dia-a-dia, constituindo-se como fonte importante de mal-estar;
- c) Apesar de a evidência não ser conclusiva, não parece que a medicação administrada para a dor, por si só, possa ser responsável por estas alterações;
- d) As alterações no estado de ânimo não parecem explicar os défices de memória, apesar de se encontrarem relacionadas com as alterações visíveis nos mecanismos atencionais;
- e) Os pacientes com dor crónica diferem dos sujeitos sãos na forma como processam a informação e, particularmente, mostram-se afetados ao nível da memória.

As alterações cognitivas e com especial enfoque na memória e na concentração, acarretam uma dose adicional de sofrimento nos pacientes com dor crónica e, provavelmente, a sua presença, impede o atingir de determinados objetivos terapêuticos, sobretudo aqueles que se relacionam com o nível de atividade (Crombez et al., 1998; Dworkin & Siefried, 1994).

Pelo facto das alterações cognitivas não serem diretamente decorrentes da administração farmacológica e pelo facto de não cessarem quando há uma intervenção direta sobre os estados de ânimo dos pacientes, torna-se importante que estes aspetos se tornem objeto de avaliação inicial em todos os pacientes com dor crónica, utilizando-se instrumentos fiáveis e válidos nos programas de intervenção psicológica, cujas estratégias terapêuticas se devem orientar para os défices de memória e de concentração (Elorza et al., 1997; Franco et al., 2004).

Para além de uma intervenção específica, num primeiro momento, deve também realizar-se uma intervenção educativa com objetivo de informar o paciente que este é um problema frequente, diminuindo os seus níveis de angústia e de sofrimento que estas alterações aportam (Castel et al., 2006a; Montejo et al., 1999).

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

---

## **CAPÍTULO IV – PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos da presente investigação, pelo que se inicia com a questão de investigação e os objetivos, as hipóteses e variáveis consideradas, a caracterização dos participantes e do material, bem como a descrição do procedimento de administração do mesmo.

### **4.1. Tipo de Estudo**

O presente estudo tem uma natureza quantitativa, com recurso a um método de recolha de dados por questionário. Os dados foram submetidos a análises estatísticas. Segundo Almeida e Freire (2007), a investigação quantitativa pretende explicar, prever e controlar os fenómenos, procurando regularidades e leis, através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas. Trata-se, portanto, de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis.

Constitui-se, igualmente, como um estudo correlacional comparativo, pois tem como intuito correlacionar duas ou mais variáveis e compreender as relações que ocorrem entre elas, pretendendo comparar dois grupos (Almeida & Freire, 2007).

### **4.2. Questão de Investigação e Objetivos**

A questão de investigação do presente trabalho pode ser colocada da seguinte forma:

*Terão os pacientes com dor crónica mais perceção sobre as suas falhas de memória, ansiedade e depressão do que aqueles sem dor crónica?*

Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo é analisar a relação existente entre a perceção de falhas de memória, a ansiedade e a depressão, no seio de pacientes com e sem dor crónica.

Como objetivos específicos pretende-se analisar se a perceção de falhas de memória, a ansiedade e a depressão apresentam variações quando se consideram variáveis como a ausência/presença da dor crónica, o sexo e a idade nos dois grupos de pacientes.

### **4.3. Variáveis Consideradas e Hipóteses de Estudo**

As variáveis consideradas no presente estudo, dada a sua natureza exploratória, podem ser definidas como: i) primárias, que se assumem como as variáveis principais e únicas possuindo peso no momento da conclusão; ii) secundárias, que são importantes para a avaliação da situação em estudo e; iii) complementares, que permitem caracterizar a amostra do estudo (Vaz Freixo, 2010).

Em seguida, são descritas e operacionalizadas as variáveis do presente estudo.

#### **4.3.1. Variáveis Primárias**

Na presente investigação considerou-se como variáveis primárias a perceção de falhas de memória, a dor, a ansiedade e a depressão.

#### **4.3.2. Variáveis Secundárias**

Neste grupo de variáveis considera-se, de modo mais específico a presença/ausência de dor crónica, o sexo (masculino e feminino), a idade e a intensidade da dor (máxima, mínima e usual) na última semana.

#### **4.3.3. Variáveis Complementares**

Nestas, estão incluídas as variáveis que apenas servem para caracterizar os participantes do presente estudo. Nelas estão incluídas as variáveis: estado civil

(solteiro, casado, viúvo e divorciado/separado), escolaridade (ler e escrever, primária incompleta, estudos médios, estudos superiores), ocupação (dona de casa, trabalhador não especializado, trabalhador qualificado, administração/comércio, profissional individual/empresário e outros), situação de baixa (sim, não e duração em meses) e invalidez (sim, não e duração em meses).

#### **4.3.4. Formulação de Hipóteses**

Tendo em consideração a recolha bibliográfica realizada e os objetivos do estudo, foram definidas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crónica e a ansiedade** (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996; Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004; Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos & Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

**Hipótese 2 – Há diferenças significativas na ansiedade entre os indivíduos com e sem dor crónica** (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996;

Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004; Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos & Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

**Hipótese 3 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crônica e a depressão** (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996; Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004; Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos & Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

**Hipótese 4 – Há diferenças significativas na depressão entre os indivíduos com e sem dor crônica** (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996; Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004; Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos & Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

**Hipótese 5 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crónica e a percepção de falhas de memória** (Antepohl et al., 2003; Dick et al., 2002; Dick & Rashiq, 2007; Eccleston, 1994, 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Etherton et al., 2006; Gervais et al., 2001; Glass & Park, 2001; Glass, 2006; Grace et al., 1999; Grigsby et al., 1995; Grisard & Plaghki, 1999; Grisard & Van der Linden, 2001; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Iezzi et al., 1999; Landrø et al., 1997; Leavitt & Katz, 2006; Muñoz & Esteve, 2005; Park et al., 2001; Schnurr & MacDonald, 1995; Sletvold et al., 1995; Solberg Nes et al., 2009; Suhr, 2003).

**Hipótese 6 – Há diferenças significativas na percepção de falhas de memória entre os indivíduos com e sem dor crónica** (Antepohl et al., 2003; Dick et al., 2002; Dick & Rashiq, 2007; Eccleston, 1994, 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Etherton et al., 2006; Gervais et al., 2001; Glass & Park, 2001; Glass, 2006; Grace et al., 1999; Grigsby et al., 1995; Grisard & Plaghki, 1999; Grisard & Van der Linden, 2001; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Iezzi et al., 1999; Landrø et al., 1997; Leavitt & Katz, 2006; Muñoz & Esteve, 2005; Park et al., 2001; Schnurr & MacDonald, 1995; Sletvold et al., 1995; Solberg Nes et al., 2009; Suhr, 2003).

**Hipótese 7 – Prevê-se uma relação significativa entre a percepção de falhas de memória e a ansiedade** (Burt et al., 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Garcia-Nieto et al., 2008; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Hart et al., 2003; Iezzi et al., 1999; Keenan et al., 1996; Landrø et al., 1997; Ling et al., 2010; Linton, 2005; Muñoz & Esteve, 2005; Garcia-Nieto et al., 2008; O’Sullivan et al., 2002; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

**Hipótese 8 – Prevê-se uma relação significativa entre a percepção de falhas de memória e a depressão** (Burt et al., 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Garcia-Nieto et al., 2008; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Hart et al., 2003; Iezzi

et al., 1999; Keenan et al., 1996; Landrø et al., 1997; Ling et al., 2010; Linton, 2005; Muñoz & Esteve, 2005; Garcia-Nieto et al., 2008; O'Sullivan et al., 2002; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

**Hipótese 9 – Há diferenças significativas na percepção de falhas de memória entre homens e mulheres** (Bassols et al., 1999; Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001).

**Hipótese 10 – Há diferenças significativas na ansiedade entre homens e mulheres** (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Keefe et al., 2000; Réthelyi et al., 2001; Serrano-Atero et al., 2002a,b; Suhr, 2003).

**Hipótese 11 – Há diferenças significativas na depressão entre homens e mulheres** (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Keefe et al., 2000; Réthelyi et al., 2001; Serrano-Atero et al., 2002a,b; Suhr, 2003).

**Hipótese 12 – Há diferenças significativas na percepção de falhas de memória quando se considera a idade** (Bassols et al., 1999; Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001).

**Hipótese 13 – Há diferenças significativas na ansiedade quando se considera a idade** (Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Ferrer, 1991; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Park et al., 2001; Prieto, 1999).

**Hipótese 14 – Há diferenças significativas na depressão quando se considera a idade** (Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Ferrer, 1991; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Park et al., 2001; Prieto, 1999).

#### 4.4. Participantes

No presente estudo integraram 100 sujeitos, dos quais 50 inserem-se no grupo de dor crônica e 50 no grupo sem dor crônica. A sua caracterização encontra-se espelhada na Tabela 2.

**Tabela 2**  
*Caraterização dos Participantes*

	Grupo com dor crônica (n=50)		Grupo sem dor crônica (n=50)	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	33	<b>66,0</b>	36	<b>72,0</b>
Masculino	17	34,0	14	28,0
<b>Idade</b>				
25/35	4	8,0	16	32,0
36/45	8	16,0	11	22,0
Mais de 45	38	<b>76,0</b>	23	<b>46,0</b>
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	3	6,0	8	16,0
Casado	35	<b>70,0</b>	35	<b>70,0</b>
Viúvo	3	6,0	5	10,0
Divorciado/Separado	9	18,0	2	4,0
<b>Escolaridade</b>				
Ler e escrever	2	4,0	3	6,0
Primária incompleta	15	30,0	2	4,0
Primária completa	19	<b>38,0</b>	24	<b>48,0</b>
Estudos médios	10	20,0	14	28,0
Estudos superiores	4	8,0	7	14,0
<b>Ocupação</b>				
Dona de casa	11	22,0	13	26,0
Trabalhador não especializado	18	<b>36,0</b>	6	12,0
Trabalhador qualificado	8	16,0	15	<b>30,0</b>
Administração/comércio	5	10,0	10	20,0
Profissional/empresário	3	6,0	6	12,0
Outros	5	10,0	-	-
<b>Baixa</b>				
Sim	11	22,0	-	-
Não	39	<b>78,0</b>	-	-
<b>Invalidez</b>				
Sim	23	46,0	-	-
Não	27	<b>54,0</b>	-	-

Pela análise da Tabela 2 verifica-se que no grupo dos pacientes com dor crónica, a maioria pertencia ao sexo feminino, com mais de 45 anos ( $M=49,68$ ;  $DP=8,83$ ), casados, com habilitações ao nível da instrução primária completa e pertencentes a um nível socioprofissional integrado no trabalho não especializado. No que concerne à baixa e à invalidez, constata-se que grande parte dos inquiridos não estava com baixa laboral e não tinha nenhum tipo de invalidez.

No grupo dos sujeitos sem dor crónica, verifica-se que grande parte pertencia ao sexo feminino, com mais de 45 anos ( $M=43,52$ ;  $DP=11,58$ ), casados, 48% possui habilitações ao nível da instrução primária completa e 30% com um nível socioprofissional integrado no trabalho qualificado.

Relativamente à dor crónica, constata-se, pela análise da Tabela 3, que metade dos inquiridos sofria de dor crónica há 115,26 meses. Verifica-se ainda que, estes sujeitos apresentavam uma média na intensidade máxima de dor de 7,38 ( $DP=2,04$ ), na mínima de 4,30 ( $DP=2,30$ ) e na usual (que sempre têm) de 5,64 ( $DP=2,16$ ).

**Tabela 3**  
*Caraterização da Dor Crónica*

	Grupo com dor crónica ( $n=50$ )			
	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Dor (meses)	115,26	94,00	10	396
Intensidade de dor (0-10)				
Máxima	7,38	2,04	1	10
Mínima	4,30	2,30	0	10
Usual (média)	5,64	2,16	0	10

#### 4.5. Material

Para concretizar o estudo, tornou-se fundamental recolher informação junto dos participantes do mesmo. Para tal, utilizou-se o *Memory Failures Everyday* (MFE), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e a *Escala Numérica da Dor* (END),

que são instrumentos utilizados diariamente na Unidade da Dor do Hospital Universitário de Tarragona Joan XIII (Espanha) e que foram cedidos pelo Dr. Antoni Castel, psicólogo da Clínica de Dor, do Hospital em causa.

Para além destes instrumentos, utilizou-se ainda um questionário sociodemográfico (cf. Anexo A) com o objetivo de recolher informações sobre os participantes relativamente ao sexo, à idade, ao estado civil, à escolaridade, à ocupação, à baixa médica/duração e à invalidez/duração.

#### ***4.5.1. Memory Failures Everyday***

O questionário MFE foi desenvolvido por Sunderland, Harris e Gleave (1984) numa investigação com sujeitos com dano cerebral, com intuito de avaliar o grau em que o sujeito percebe que a sua memória se encontra afetada, bem como as partes da mesma que apresentam um défice. Trata-se de um instrumento que avalia especificamente a percepção de deterioração mnésica, por isso muito utilizado em ambiente clínico.

No presente estudo utilizou-se a versão espanhola utilizada na Unidade da Dor do Hospital de Tarragona, que foi desenvolvida por Garcia Martínez e Sánchez-Cánovas (1994). Esta versão é composta por 28 itens sobre situações e atividades da vida diária, numa escala de 9 pontos (desde “não ocorreu nenhuma vez nos últimos três meses” a “ocorreu mais do que uma vez por dia”). Em Espanha, para além desta versão existe a proposta por Montejo Carrasco, Montenegro-Peña e Sueiro-Abad (2012a,b) que detém apenas 3 opções de resposta (0=nunca/raramente; 1=algumas vezes; 2=frequentemente/sempre).

Todos os itens encontram-se correlacionados entre si pelo que se obtém uma pontuação total que é representativa do nível de deterioração da memória quotidiana (Garcia Martínez & Sánchez-Cánovas, 1994).

No estudo de Baddeley (1993), com uma população com patologia, de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, obtiveram-se pontuações entre 28 e 58, indicadoras de uma boa memória, entre 59 e 116, como indicadoras de uma memória média e, entre 117 e 243, indicadoras de uma memória afetada. Estes pontos de corte são os utilizados no hospital acima referido.

Baddeley (1993) denotou igualmente, que variáveis como o sexo, a proveniência geográfica e a formação académica não apresentavam efeitos significativos nos resultados da prova.

Recentemente Montejo Carrasco et al. (2012a), pelo facto do MFE ser um questionário muito utilizado no contexto clínico espanhol, realizaram a análise das suas qualidades psicométricas. Assim, numa amostra de 193 participantes, com idades entre os 19 e os 64 anos, os autores encontraram uma boa correlação média entre itens ( $r = 0,94$ ;  $p < 0,001$ ) e um alfa de Cronbach de 0,83. Num outro estudo realizado com 647 sujeitos com idades entre os 19 e os 64 anos, Montejo Carrasco et al. (2012b), os autores encontraram um valor de alfa de Cronbach de 0,87.

Por fim, Montejo Carrasco, Montenegro-Peña, Sueiro-Abad e Fernández-Blázquez. (2011), num estudo com 245 sujeitos, com uma idade média de 39,9 anos, compararam os valores de percentis e pontuações nas duas versões do MFE (a versão de 9 opções de resposta que é a original e a de 3 opções de resposta), como se apresenta na Figura 7.

Datos de tendencia central y percentiles		
Estadísticos	MFE 1 (1-9)	MFE 2 (0,1,2)
Media	65,02	14,88
Mediana	59,50	14,00
Moda	43	10
Desviación Típica	23,782	7,291
Percentiles	Puntuaciones MFE 1	Puntuaciones MFE 2
5	36,15	5,00
10	40,30	6,00
15	43,00	7,00
20	44,00	8,60
25	46,00	10,00
30	48,90	10,00
35	51,00	11,00
40	53,00	12,00
45	56,00	13,00
50	59,50	14,00
55	62,00	15,00
60	67,00	16,00
65	69,00	17,00
70	75,00	18,00
75	81,00	19,00
80	84,40	20,00
85	91,00	22,05
90	103,70	25,00
95	111,00	29,00

**Figura 7:** Tendência Central e Percentis (versão original e versão de Montejo Carrasco et al., 2011, p. 8).

#### **4.5.2. Hospital Anxiety and Depression Scale**

A HADS é uma escala desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), constituída por 14 itens de escolha múltipla e de fácil compreensão, administração e cotação. Foi utilizada a versão espanhola deste instrumento, desenvolvida por Tejero e colaboradores (1986).

Este instrumento avalia a ansiedade e a depressão num contexto clínico (excluindo os departamentos hospitalares psiquiátricos), apesar de a sua fidelidade ter sido demonstrada também em outros contextos (Zigmond & Snaith, 1983).

Esta escala é utilizada em doentes em contexto hospitalar ou regime de ambulatório (Zigmond & Snaith, 1983). A HADS possui algumas características diferenciadoras: i) foi traduzida para diferentes línguas e é amplamente utilizada em diferentes culturas, numerosas populações, vários grupos etários e em estudos com propósitos diversos; ii) é uma escala breve e fácil de ser administrada e cotada; iii) é

uma escala de autorresposta; iv) separa a ansiedade da depressão; v) enfatiza a anedonia; vi) evita sintomas que podem estar contidos nas doenças somáticas; e vii) é facilmente compreendida e aceita pelos pacientes, uma vez que não aborda sintomas psicopatológicos sérios (Meneses, Pais-Ribeiro, Silva, & Giovagnoli, 2008).

A HADS é uma escala que é constituída por duas sub-escalas independentes, ou seja, a HADS-A, para avaliação da ansiedade (sete itens ímpares) e a HADS-D, para avaliação da depressão (sete itens pares) [Zigmond & Snaith, 1994].

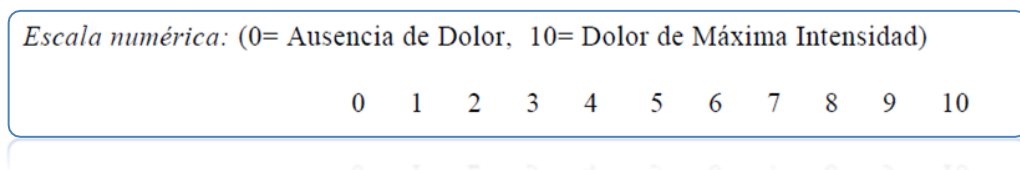
Estas duas subescalas contêm um sistema de cotação independente, obtendo-se indicadores relativos à ansiedade e à depressão (Zigmond & Snaith, 1983) separadamente. A junção destas duas subescalas permite a avaliação do afeto negativo (Ferreira, Sennfelt, & Luís, 2005), apesar desta última dimensão não ser consensual e universalmente aceita (Meneses, 2005; Meneses et al., 2008).

Os 14 itens da HADS são cotados entre 0 a 3 pontos, pelo que se obtém, separadamente, o indicador da ansiedade e da depressão. Os valores oscilam entre o mínimo de 0 pontos e um máximo de 21 pontos (Zigmond & Snaith, 1983). Os autores propõem dois sistemas de cotação da escala: se os valores obtidos forem iguais ou inferiores a 7 valores, considera-se ausência de ansiedade ou depressão, se se situarem entre 8 e 10 pontos, considera-se a existência de provável ansiedade ou depressão e se os resultados forem superiores a 11 pontos indica a presença significativa de ansiedade ou depressão (Zigmond & Snaith, 1983); ou então, entre 0-7 normal, entre 8-10 baixa, entre 11-14 moderada e entre 15-21 grave (Zigmond & Snaith, 1983).

Este instrumento de avaliação demonstrou ter boas qualidades psicométricas ao nível da validade, fidelidade e sensibilidade (Bennett, 2002; Ferreira et al., 2005; Meneses, 2005; Meneses et al., 2008; Silva, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003; Zigmond & Snaith, 1983).

### 4.5.3. Escala Numérica da Dor

A END é uma escala perante a qual o paciente indica as intensidades máximas, mínima e usual da dor que sentiu na semana anterior, através de uma escala numérica com valores compreendidos entre 0 e 10 pontos, conforme a Figura 8: o valor 0 indica ausência de dor e o valor 10 indica a maior dor possível (Dworkin & Siefried, 1994; Jensen et al., 1999).



**Figura 8:** Escala Numérica da dor

A END é uma escala amplamente utilizada, assumindo a dor como um conceito simples e unidimensional que é medido mediante a sua intensidade. É uma escala discreta, não contínua e podem ser assumidos intervalos iguais entre categorias nas análises estatísticas (Serrano-Atero et al., 2002b).

Apresenta boas qualidades psicométricas ao nível da validade e da fidelidade (teste-reteste) e mostrou-se um válido instrumento de medida para valorar a resposta a um determinado tratamento selecionado (Serrano-Atero et al., 2002b).

### 4.5.4. Qualidades Psicométricas dos Instrumentos

Neste ponto apresentam-se as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, mais concretamente as análises relativas à fidelidade e sensibilidade dos resultados, por comparação aos estudos espanhóis.

Assim sendo, a fidelidade<sup>8</sup> foi analisada em função do valor do alfa de Cronbach, cujos resultados são apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4**  
*Fidelidade do FME*

	Número de Itens	Estudo Montejo Carrasco et al. (2012a) N=193	Estudo Montejo Carrasco et al. (2012b) N=647	Estudo Atual N=100
FME	28	0,83	0,87	0,96

Ao se observar a Tabela 4 verifica-se que os valores de alfa de Cronbach oscilam entre 0,83 no estudo de Montejo Carrasco et al. (2012a) e 0,96 no nosso estudo. Os valores encontrados garantem que o FME apresenta uma elevada consistência entre os itens.

Relativamente à HADS, os valores encontrados estão espelhados na Tabela 5.

**Tabela 5**  
*Fidelidade da HADS*

	Número de Itens	Zigmond & Snaith (1983) N=100	Tejero et al. (1983) N=66	Estudo Atual N=100
Ansiedade	7	0,80	0,81	0,92
Depressão	7	0,76	0,82	0,94

<sup>8</sup> Consiste na análise do grau de confiança ou exatidão que se pode ter na informação obtida (Almeida & Freire, 2007). Este conceito apresenta duas significações mais habituais: (i) estabilidade temporal, ou seja, o instrumento avalia o mesmo quando aplicado em dois ou mais momentos diferentes aos mesmos sujeitos e; (ii) consistência interna ou seja homogeneidade dos itens. No segundo tipo de fidelidade, procura-se analisar, numa aplicação apenas, o grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem o instrumento

Pela análise da Tabela 5 verifica-se que os valores de fidelidade são valores que apontam para a robustez da escala, sendo que os valores de alfa de Cronbach mais elevados se encontram patentes no presente estudo, em ambas as dimensões.

No que diz respeito à sensibilidade<sup>9</sup> a Tabela 6 apresenta os resultados encontrados no presente estudo.

**Tabela 6**  
*Sensibilidade das Escalas Utilizadas*

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DP</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
FME	77,40	72,00	3,783	0,501	0,805	28	228
Ansiedade	8,63	8,00	5,018	0,446	-0,541	0	20
Depressão	5,47	4,90	5,070	0,930	-0,044	0	20

Pela análise da Tabela 6 verifica-se que os valores da média e da mediana em todas as escalas estão próximos e que os valores de assimetria e de curtose não se afastam muito da unidade. Por conseguinte, estes resultados permitem assegurar que todas as escalas se mostraram sensíveis, i.e., foram capazes de discriminar os sujeitos.

#### **4.6. Procedimento**

A administração dos instrumentos decorreu na Unidade da Dor do Hospital Joan XXIII de Tarragona (Espanha). A proposta relativa ao presente estudo e os seus objetivos foram apresentados à Diretora da Unidade da Dor, Dra. Rull e ao psicólogo responsável Dr. Castel, através de carta concebida para o efeito. Mediante autorização do referido psicólogo, foi solicitada a participação de todos os pacientes com dor, garantindo desta forma a igualdade de oportunidades de integração no processo de pesquisa. Quanto aos sujeitos sem dor, com a ajuda dos funcionários do hospital e com

<sup>9</sup> Refere-se à capacidade dos resultados discriminarem os sujeitos e esta foi calculada com o recurso à análise dos valores da média e mediana que não deverão encontrar-se afastados, tendo em consideração os coeficientes de assimetria e de curtose, os quais não deverão distanciar-se da unidade (Almeida & Freire, 2007).

o recurso a contactos a alguns centros sociais<sup>10</sup>, conseguiu-se a amostra deste grupo de participantes. Puderam participar no presente estudo sujeitos de ambos os sexos com e sem dor crónica.

A todos os pacientes foram apresentados os objetivos do estudo e a forma como o mesmo decorreria, tendo-se explicitado o carácter voluntário da sua participação, mediante consentimento escrito e esclarecido dos participantes.

Aos pacientes que se mostraram disponíveis para integrar o presente estudo, foi-lhes administrado o protocolo de avaliação<sup>11</sup>, iniciando-se com o Questionário Sociodemográfico, seguindo-se o MFE, a HADS e a END.

Durante a administração destes instrumentos não foram encontradas quaisquer dificuldades de preenchimento, na medida em que a investigadora se encontrava presente no local, auxiliando os pacientes no seu preenchimento. Com cada paciente não houve preocupação em haver uma limitação em termos de tempo, pelo que a administração foi realizada consoante o envolvimento e os níveis de focalização/atenção de cada sujeito. Houve administrações que tiveram que ser segmentadas em vários dias, optando-se por ir administrando os questionários, ao mesmo tempo que se alternava com uma entrevista direta.

Os instrumentos foram recolhidos e os dados introduzidos no programa estatístico S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*), para o seu tratamento.

---

<sup>10</sup> Nestas instituições não foi necessário a apresentação de autorizações de administração.

<sup>11</sup> Por questões éticas e por indicação da orientadora do presente estudo, um exemplar do protocolo de avaliação, bem como cópia das devidas autorizações será entregue aos membros do júri no dia da defesa pública da presente dissertação.

## CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados encontrados ao nível das estatísticas correlacionais e diferenciais. Para uma melhor organização dos resultados encontrados no presente estudo, os mesmos serão apresentados em função das hipóteses formuladas.

### **Hipótese 1 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crónica e a ansiedade.**

Através das análises correlacionais<sup>12</sup>, analisou-se o coeficiente de correlação existente entre a duração e a intensidade da dor e a ansiedade. Os resultados podem ser observados na Tabela 7.

**Tabela 7**  
*Correlações entre a Duração, a Intensidade da Dor e a Ansiedade (n=50)*

	Dor (em meses)	Dor máxima	Dor mínima	Dor usual
Ansiedade	0,367 (0,01)	0,566 (0,00)	0,497 (0,01)	0,596 (0,00)

Verifica-se que a ansiedade se encontra positivamente correlacionada com a intensidade da dor, sendo a correlação mais elevada com a dor usual.

<sup>12</sup> A análise das correlações entre variáveis define o tipo de estudos inerentes ao método correlacional de investigação em Psicologia e Educação. Relativamente à intensidade é importante referir que a grandeza estatística do coeficiente de correlação entre duas variáveis pode oscilar entre -1.00 e +1.00. Assim sendo, um valor de zero significa ausência de correlação, tornando-se esta correlação cada vez mais perfeita quanto mais se aproximar da unidade. As correlações podem ser positivas (+1.00) ou negativas (-1.00), dependendo das oscilações dos resultados nas duas variáveis, ou seja, se estas ocorrerem no mesmo sentido ou em sentido inverso (Almeida & Freire, 2007).

O método correlacional de investigação situa-se entre os métodos descritivos, compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e estudos experimentais. No que diz respeito aos primeiros, o método correlacional consegue ir para além de uma mera descrição dos fenómenos, visto que o investigador consegue deste modo estabelecer relações entre as variáveis, quantificando também tais relações. É importante salientar que se não existir qualquer tipo de relacionamento entre duas variáveis não é possível encontrar diferenças sistemáticas nos valores de uma em função dos valores da outra e vice-versa (Almeida & Freire, 2007).

**Hipótese 2 – Há diferenças significativas na ansiedade entre os indivíduos com e sem dor crónica.**

Por conseguinte, através de uma análise diferencial com recurso ao *t* de *Student*, procurou-se analisar as diferenças ao nível da ansiedade, quando se tem em consideração a presença/ausência da dor crónica, conforme se mostra na Tabela 8.

**Tabela 8**

*Diferenças de Médias na Ansiedade em Função da Presença/Ausência de Dor*

	Grupo com dor (n=50)		Grupo sem dor (n=50)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
	Ansiedade	<b>11,32</b>	4,97	5,94		

Pela análise da Tabela 8 verifica-se que são os sujeitos que pertencem ao grupo com dor que apresentam maiores níveis de ansiedade por comparação aos sujeitos do grupo sem dor.

Os resultados correlacionais e diferenciais obtidos mostram que níveis elevados de intensidade de dor se encontram associados com níveis elevados de ansiedade, sendo que a ansiedade se mostra prevalente no seio de pacientes com dor. Estas constatações já tinham sido encontradas em diversas investigações (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996; Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004; Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos &

Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

De facto, a ansiedade (também associada ao medo e à tristeza) é uma emoção que se encontra associada a doenças, uma vez que o confronto com estas e o tratamento a que muitas vezes os pacientes são submetidos, acabam por ser vivenciados como situações *stressantes* (Janssen & Arntz, 1996).

No caso específico da dor, as dificuldades dos pacientes surge pois estes nem sempre sabem muito bem lidar com ela e, conseqüentemente, sentem-se ansiosos perante uma situação desconhecida e ameaçados (Williams et al., 2000).

Acredita-se, também que a ansiedade possa constituir-se como uma resposta psicológica dos pacientes com dor perante o seu estado de saúde, aceitando-se que com a sua intensificação está associada à percepção da dor percebida (Henningsen et al., 2003).

Tendo em consideração os resultados obtidos, consideram-se **confirmadas** as hipóteses 1 e 2.

### **Hipótese 3 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crónica e a depressão.**

Analisou-se, também, o coeficiente de correlação entre a duração e intensidade da dor e a depressão, como se pode observar na Tabela 9.

**Tabela 9**

*Correlações entre a Duração, Intensidade da Dor e a Depressão (n=50)*

	Dor (em meses)	Dor máxima	Dor mínima	Dor usual
Depressão	0,453 (0,01)	0,699 (0,01)	0,721 (0,00)	0,742 (0,00)

Na Tabela 9 constata-se que a depressão apresenta uma correlação positiva com a duração e intensidade da dor, sendo a correlação mais elevada a estabelecida com a dor usual.

**Hipótese 4 – Há diferenças significativas na depressão entre os indivíduos com e sem dor crónica.**

Ao se analisarem as diferenças ao nível da depressão quando o grupo de sujeitos é considerado, os resultados estão patentes na Tabela 10.

**Tabela 10**

*Diferenças de Médias na Depressão em Função da Presença/Ausência de Dor*

	Grupo com dor (n=50)		Grupo sem dor (n=50)		t	p
	M	DP	M	DP		
Depressão	8,94	4,76	2,00	2,15	9,381	0,00

A análise da Tabela 10 permite afirmar que são os sujeitos que se encontram no grupo com dor que apresentam níveis mais elevados de depressão, quando comparados com aqueles que se inserem no grupo de sujeitos sem dor.

Tal como anteriormente analisado para a ansiedade, também a relação entre a ansiedade e a dor foi profusamente estudada, encontrando-se maiores níveis de depressão em amostras com dor crónica (Asmundson et al., 1996; Asmundson et al., 1997; Asmundson et al., 1999; Brandão; 1995; Casado & Urbano, 2001; Coelho, 2001; Crombez et al., 1998; Crombez et al., 1999; Eccleston & Crombez, 1999; Echeburúa, 1993; Feldman et al., 1999; Ferrer, 1991; Ferrer et al., 1994b; Figueiró, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Hayes et al., 2002; Hetem, 1997; Janssen & Arntz, 1996; Lebovits & Bassman, 1996; Linton, 1991; Madland et al., 2000; McCracken, 1997; McCracken et al., 1998; McCracken & Iverson, 2001; Monsalve et al., 2000; Pérez-Pareja et al., 2004;

Peters et al., 2002; Pimenta, 1999; Santos & Sebastiani, 1996; Teng et al., 2005; Turk et al., 1995; Turk et al., 1998; Turk & Okifuji, 2002; Williams et al., 2000).

As correlações positivas entre a depressão e a duração e intensidade da dor são muitas vezes sub-diagnosticadas, pois os pacientes nem sempre relatam sintomas que se encontram associados à depressão (Casado & Urbano, 2001). O seu foco de atenção é para a sua dor (Santos & Sebastiani, 1996), sendo que todas as queixas se constituem ao redor desta (Turk & Okifuji, 2002).

Na verdade, a experiência de dor aporta consigo uma perda de saúde e, conseqüentemente, uma mudança na vida do próprio paciente (Hetem, 1997). Este, apercebe-se das mudanças que a sua condição de vida acarretou, assim como outras mudanças associadas, como por exemplo a sua autonomia funcional, o que acaba por acentuar o seu sentimento de tristeza, de desânimo e de preocupação (Santos & Sebastiani, 1996).

A depressão é também acolhida, a par da ansiedade, como uma resposta psicológica face ao estado de saúde vivido pelo paciente, aceitando-se, igualmente, que a sua intensificação se associe à percepção de dor percebida (Henningesen et al., 2003).

Tendo em consideração os resultados encontrados, **confirmam-se** as hipóteses 3 e 4 em análise.

**Hipótese 5 – Prevê-se uma relação significativa entre a duração e intensidade da dor crônica e a percepção de falhas de memória.**

Analisou-se ainda o coeficiente de correlação entre a duração e a intensidade da dor e a percepção de falhas de memória, conforme se pode analisar na Tabela 11.

**Tabela 11***Correlações entre a Duração, Intensidade da Dor e a Percepção de Falhas de Memória (n=50)*

	Dor (em meses)	Dor máxima	Dor mínima	Dor usual
Percepção de Falhas de Memória	0,281 (0,03)	0,572 (0,00)	0,569 (0,00)	0,614 (0,00)

Pela análise da Tabela 11, verifica-se que a percepção de falhas de memória se encontra correlacionada positivamente com a duração e a intensidade da dor, sendo a correlação mais elevada aquela que se relaciona com a dor usual.

**Hipótese 6 – Há diferenças significativas na percepção de falhas de memória entre os indivíduos com e sem dor crónica.**

Analisando a existência de diferenças ao nível da percepção de falhas de memória quando se consideram os sujeitos com e sem dor crónica, os resultados diferenciais são apresentados na Tabela 12.

**Tabela 12***Diferenças de Médias em Função da Percepção de Falhas de Memória*

	Grupo com dor (n=50)		Grupo sem dor (n=50)		t	p
	M	DP	M	DP		
Percepção de Falhas de Memória	<b>95,60</b>	49,57	49,20	17,81	6,229	0,00

Quando se observa a Tabela 12 constata-se que são os sujeitos pertencentes ao grupo com dor, que apresentam uma maior percepção de falhas de memória, quando comparados com os que pertencem ao grupo sem dor.

Os resultados correlacionais sugerem que quanto maior a duração e intensidade de dor percebida do paciente, maior a percepção de falhas de memória e os diferenciais

mostram que é no seio dos pacientes com dor onde existe uma maior percepção de falhas de memória. Estas constatações entre a dor e as falhas de memória já foram estudadas em diversas investigações (Antepohl et al., 2003; Dick et al., 2002; Dick & Rashiq, 2007; Eccleston, 1994, 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Etherton et al., 2006; Gervais et al., 2001; Glass & Park, 2001; Glass, 2006; Grace et al., 1999; Grigsby et al., 1995; Grisard & Plaghki, 1999; Grisard & Van der Linden, 2001; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Iezzi et al., 1999; Landrø et al., 1997; Leavitt & Katz, 2006; Muñoz & Esteve, 2005; Park et al., 2001; Schnurr & MacDonald, 1995; Sletvold et al., 1995; Solberg Nes et al., 2009; Suhr, 2003).

De facto, os problemas atencionais e os problemas relativos à memória são comuns nos pacientes com dor crónica, tal como referido por Dick e colaboradores (2002). Isto acontece porque o paciente possui uma atenção muito focalizada para a sua dor, o que o impede de estar atento a outros estímulos à sua volta (Solberg Nes et al., 2009).

Quanto maior a intensidade de dor sentida, maior comprometimento ao nível da sua focalização em outros estímulos atencionais e mnésicos (Hart et al., 2000).

Por outro lado, importa referir que os pacientes com dor crónica, é comum relatarem a existência de falhas de memória associadas a níveis de ansiedade e de depressão, o que poderia suscitar que as falhas de memória se encontrassem mais diretamente relacionadas com o estado de humor, do que propriamente com a dor em si (Gervais et al., 2001; Suhr, 2003). Todavia, diversos estudos (Esteves et al., 2001; Leavitt & Katz, 2006; Muñoz & Esteve, 2005) têm assinalado falhas de memória em pacientes com dor quando os sintomas de depressão são isolados, o que acaba por colocar de lado esta hipótese.

Paralelamente, é comum aceitar-se que a intensidade da dor interfere no rendimento e na realização de tarefas que exigem atenção, concentração e memorização (Eccleston, 1994; Etherton et al., 2006), o que reforça os dados obtidos no presente estudo, a este nível.

Por outro lado ainda, sabe-se que as falhas de memória, de atenção e de concentração podem também acentuar-se com o uso de psicofármacos e com a própria percepção e interpretação que o paciente faz da sua dor (Pereira et al., 2001), havendo evidências que mostram que a dor crônica é um fenómeno de aprendizagem mal-adaptativa (Arnstein et al., 1999), que se encontra relacionado com os padrões dinâmicos que caracterizam a matriz neural (Sardá Junior et al., 2005). Assim, os pacientes com dor, em função da intensidade com a qual sentem essa mesma dor, apresentam-se mais vulneráveis na forma como lidam e percebem a mesma (Gervais et al., 2001).

Atendendo aos resultados obtidos, considera-se que a hipótese 5 e 6 estão **confirmadas**.

**Hipótese 7 – Prevê-se uma relação significativa entre a percepção de falhas de memória e a ansiedade.**

Analisou-se também o coeficiente de correlação entre a ansiedade e a percepção de falhas de memória nos dois grupos considerados (com e sem dor), conforme apresenta a Tabela 13.

**Tabela 13**

*Correlações entre a Perceção de Falhas de Memória e a Ansiedade, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)*

	Ansiedade	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Perceção de Falhas de Memória	0,461 (0,00)	0,289 (0,04)

Os resultados encontrados permitem afirmar que há uma correlação positiva entre a perceção de falhas de memória, nos dois grupos, com a ansiedade sendo a mais elevada aquela que ocorre no seio dos pacientes com dor crónica.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos diversos que relacionam as falhas de memória com a ansiedade em pacientes com dor crónica (Burt et al., 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Garcia-Nieto et al., 2008; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Hart et al., 2003; Jezzi et al., 1999; Keenan et al., 1996; Landrø et al., 1997; Ling et al., 2010; Linton, 2005; Muñoz & Esteve, 2005; Garcia-Nieto et al., 2008; O'Sullivan et al., 2002; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

Os pacientes com ansiedade acabam por ver o seu rendimento cognitivo comprometido, nomeadamente aquele que envolve tarefas de memorização (Garcia-Nieto et al., 2008; Schnurr & MacDonald, 1995). São os pacientes que apresentam mais níveis de catastrofismo que possuem maiores níveis de deterioração cognitiva, tal como Muñoz e Esteve (2005) assinalam.

A ansiedade pode ser vista como mediadora dos processos cognitivos uma vez que influencia as tarefas de memorização (Sardá Junior et al., 2005). A ela, encontram-se associados os processos encefálicos que também participam nos fenómenos de regulação dos pensamentos, dos sofrimentos, das angústias e dos medos (Burgmer et al., 2009; Munguia-Izquierdo et al., 2008).

Por conseguinte e tal como Esteve et al. (2001) advogam, têm sido referenciados em diversos estudos como detentores de um papel fundamental no funcionamento cognitivo e, mais concretamente, no processo de memorização que é influenciado por diversos fatores, entre os quais os níveis de ansiedade do sujeitos (Burt et al., 1995).

Apesar destas evidências, não há ainda em pacientes com dor crónica, uma clarificação relativamente à existência entre as falhas de memória e ansiedade (Keenan et al., 1996; Linton, 2005; O’Sullivan et al., 2002), pela disparidade de resultados a que os diversos estudos têm chegado. As evidências mostram que quanto maior forem os níveis de ansiedade, maior é o comprometimento ao nível da memória nos pacientes com dor (Schnurr & McDonald, 1995), no entanto, a ideia de que as falhas de memória possam estar mais relacionadas com os estados de humor do que com a dor em si, mantém-se em discussão, carecendo de um maior aprofundamento para a sua compreensão (Ling et al., 2010).

Atendendo aos resultados encontrados, considera-se **confirmada** a hipótese 7.

**Hipótese 8 – Prevê-se uma relação significativa entre a percepção de falhas de memória e a depressão.**

Quando se analisa o coeficiente de correlação entre a percepção de falhas de memória e a depressão, os resultados são apresentados na Tabela 14.

**Tabela 14**

*Correlações entre a Percepção de Falhas de Memória e a Depressão, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)*

	Depressão	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Percepção de Falhas de Memória	0,755 (0,00)	0,005 (0,97)

Pela observação da Tabela 14 constata-se que a percepção de falhas de memória se encontra correlacionada positivamente com a depressão no grupo dos pacientes com dor crónica, não havendo, no entanto, correlações significativas entre estas duas variáveis no grupo dos pacientes sem dor crónica.

Estes resultados são congruentes com diversos estudos que relacionaram os problemas de memória e outras alterações cognitivas com os estados de depressão em pacientes com dor crónica (Burt et al., 1995; Eccleston et al., 1997; Esteve et al., 2001; Garcia-Nieto et al., 2008; Grisard et al., 2002; Hart et al., 2000; Hart et al., 2003; Iezzi et al., 1999; Keenan et al., 1996; Landrø et al., 1997; Ling et al., 2010; Linton, 2005; Muñoz & Esteve, 2005; Garcia-Nieto et al., 2008; O'Sullivan et al., 2002; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

A justificação para estes resultados é muito análoga às justificações dadas para a ansiedade, já que se está perante estados de ânimo. Por isso e tal como Esteve et al. (2001) referenciam, não há uma clarificação unanimemente aceite pelos investigadores quanto à relação direta entre os problemas de memória e a depressão, já que nela participam uma série de variáveis que podem influenciar a relação (Keenan et al., 1996; Linton, 2005; O'Sullivan et al., 2002). Na verdade, os estados de ânimo e mais especificamente a depressão são tidos, em vários estudos, como um elemento central e mediador no processamento e funcionamento cognitivo, nomeadamente, ao nível da memorização (Burt et al., 1995; Sardá Junior et al., 2005).

Assim, assume-se que quanto maior forem os níveis de depressão maior será o comprometimento ao nível dos processos mnésicos em pacientes com dor (Schnurr & McDonald, 1995), apesar de persistir a ideia de que esta relação carece de um aprofundamento maior, para se tornam mais clara e compreensível (Ling et al., 2010).

Na verdade, assume-se também que os pacientes que possuem depressão acabam por ver o seu rendimento comprometido em tarefas de memorização (Burgmer et al., 2009; Munguia-Izquierdo et al., 2008; Garcia-Nieto et al., 2008; Schnurr & MacDonald, 1995).

Perante os resultados encontrados está **confirmada** a hipótese 8 do presente estudo.

**Hipótese 9 – Há diferenças significativas na perceção de falhas de memória entre homens e mulheres.**

Através do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) analisaram-se as diferenças na perceção de falhas de memória, quando a ausência/presença de dor é considerada e o sexo. A Tabela 15 mostra os resultados obtidos.

**Tabela 15**

*Diferenças de Médias na Perceção de Falhas de Memória em Função do Sexo*

	Grupo com dor (N=50)				Grupo sem dor (N=50)				$\chi^2$	p
	Masculino (n=17)		Feminino (n=33)		Masculino (n=14)		Feminino (n=36)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Perceção de Falhas de Memória	96,35	65,17	95,21	40,47	44,71	20,48	50,94	16,64	78,867	0,00

Ao se analisar os resultados constantes na Tabela 15 verifica-se que são os sujeitos masculinos pertencentes ao grupo de dor que apresentam maior perceção de falhas de memória, quando comparados com os restantes. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos em diversas investigações que analisaram as falhas de memória em função do sexo dos pacientes (Bassols et al., 1999; Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001).

Apesar de se ter encontrado suporte empírico para os resultados encontrados, há quem defenda que são as mulheres, com dor crónica, que apresentam um maior comprometimento ao nível da memória (Bassols et al., 1999), já que são elas que tendencialmente apresentam maiores níveis de ansiedade e de depressão (Elorza et al., 1997).

Uma das justificações para serem os homens, no presente estudo, a apresentarem podem ser de diversa ordem. Estes homens podem ser aqueles que lidam mais facilmente com situações geradoras de *stress* emocional, já que se sabe que esta vivência condiciona os rendimentos cognitivos (Burt, Zembar, & Niederehe, 1995; Glass & Park, 2001; Hart, Martelli, & Zasler, 2000; Landrø, Stiles, & Sletvold, 1997; Pincus, Fraser, & Pearce, 1998; Suhr, 2003) e na percepção destas por parte dos pacientes com dor crónica (Gervais, Russell, & Green, 2001; Grace et al., 1999; Muñoz & Esteve, 2005; Schnurr & MacDonald, 1995; Suhr, 2003).

Uma outra justificação para estes resultados podem remeter-nos para idades mais avançadas dos homens (Bassols et al., 1999; Iezzi et al., 1999;) e para a existência de alguma deterioração cognitiva (Esteve et al., 2001; Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001), que acabariam por condicionar o seu rendimento ao nível da memória.

**Confirma-se**, assim, a hipótese 9 do presente estudo.

**Hipótese 10 – Há diferenças significativas na ansiedade entre homens e mulheres.**

Analisando agora as diferenças ao nível da ansiedade, a Tabela 16 apresenta os resultados a que se chegou.

**Tabela 16***Diferenças de Médias na Ansiedade em Função do Sexo*

	Grupo com dor (N=50)				Grupo sem dor (N=50)				$\chi^2$	<i>p</i>
	Masculino (n=17)		Feminino (n=33)		Masculino (n=14)		Feminino (n=36)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Ansiedade	10,0	6,103	12,00	4,22	4,07	2,97	6,67	3,26	39,181	0,00

Os resultados observáveis na Tabela 16 asseguram que são as mulheres que pertencem ao grupo com dor que apresentam mais níveis de ansiedade por comparação aos restantes. Na verdade, os resultados agora encontrados são congruentes com os obtidos em diversos estudos (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Keefe et al., 2000; Réthelyi et al., 2001; Serrano-Atero et al., 2002a,b; Suhr, 2003).

Na verdade, a prevalência de ansiedade no grupo das mulheres já é um dado muito documentado ao nível da investigação (APA, 2003; Elorza et al., 1997). Esta associação entre o sexo feminino e a ansiedade pode ligar-se a diversos fatores biopsicossociais, como as oscilações hormonais, o *stress* vivenciado no dia-a-dia e a sobrecarga de tarefas (profissionais e familiares) que podem comprometer a qualidade de vida destas mulheres (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Serrano-Atero et al., 2002a).

Por outro lado, importa referir que o sexo tem-se mostrado como variável moderadora da experiência da dor (Ferrer, 1991), sendo que são as mulheres que relatam níveis mais altos de dor e maior incapacidade física do que os homens (Keefe et al., 2000; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001).

São as mulheres que tendem a dar mais informação sobre os sintomas emocionais por comparação aos homens, apresentando índices de somatização e de ansiedade mais

elevados (Elorza et al., 1997). Por conseguinte, Keefe e colaboradores (2000) mencionam que estas diferenças de sexo se explicam através da influência de uma educação diferencial entre homens e mulheres, sendo que a sociedade reforça a livre expressão da dor na rapariga mas não no rapaz.

De facto, a perda do corpo saudável e ativo pode significar, para muitas pessoas com doenças crónicas (nomeadamente mulheres), a perda de autonomia e independência. É comum que apresentem também perdas do círculo social pelas limitações impostas pela doença e sintomatologia, alterando a dinâmica social e principalmente afetiva (Santos & Sebastiani, 1996).

Tendo estes dados como referência, considera-se **confirmada** a hipótese 10.

**Hipótese 11 – Há diferenças significativas na depressão entre homens e mulheres.**

Quando se analisam as variações da depressão, a Tabela 17 apresenta os resultados obtidos.

**Tabela 17**  
*Diferenças de Médias na Depressão em Função do Sexo*

	Grupo com dor (N=50)				Grupo sem dor (N=50)				$x^2$	$p$
	Masculino (n=17)		Feminino (n=33)		Masculino (n=14)		Feminino (n=36)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Depressão	8,65	5,67	19,09	4,31	2,57	2,90	1,78	1,79	69,236	0,00

A análise da Tabela 17 permite afirmar que são os sujeitos femininos que se integram no grupo com dor que apresentam níveis de depressão mais elevados quando comparados aos restantes. Estes resultados são idênticos aos obtidos em outras

investigações (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Keefe et al., 2000; Réthelyi et al., 2001; Serrano-Atero et al., 2002a,b; Suhr, 2003).

As justificações para a depressão são análogas às concedidas para a ansiedade, já que há uma comorbilidade entre a ansiedade e a depressão (Kaplan et al., 1997), sendo que o DSM-IV-TR (APA, 2003), refere igualmente uma prevalência do transtorno depressivo entre 5% a 9% para as mulheres e entre 2% a 3% para homens adultos.

Questões hormonais, biopsicossociais e culturais parecem justificar os resultados agora encontrados (Bernik, 1999; Bernik & Vieira Filho, 1998; Keefe et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001; Santos & Sebastiani, 1996).

Por conseguinte, considera-se **confirmada** a hipótese 11 do presente estudo.

**Hipótese 12 – Há diferenças significativas na perceção de falhas de memória quando se considera a idade.**

Recorrendo-se novamente às análises correlacionais para analisar a relação entre a idade e a perceção de falhas de memória nos dois grupos considerados (com e sem dor crónica), a Tabela 18 apresenta os resultados encontrados.

**Tabela 18**

*Correlações entre a Perceção de Falhas de Memória e a Idade, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)*

	Idade	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Perceção de Falhas de Memória	0,300 (0,02)	0,161 (0,26)

Pela análise da Tabela 18 observa-se que a perceção de falhas de memória se encontra positivamente correlacionada com a idade no grupo com dor crónica,

sugerindo que a perceção de falhas de memória tendem a aumentar à medida que aumenta a idade do sujeito. No grupo dos sujeitos sem dor crónica, não foram encontradas correlações significativas.

Estes resultados são congruentes com os obtidos em diversos estudos que relacionam os problemas de memória com a idade (Bassols et al., 1999; Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001).

De facto, constata-se que a dor crónica apresenta uma maior probabilidade de aumentar com a idade, ao mesmo tempo que há o aumento das limitações físicas, cognitivas e emocionais (Bassols et al., 1999), o que envolve o rendimento cognitivo (ao nível da memória) destes sujeitos (Elorza et al., 1997; Keogh et al., 2000).

O comprometimento das áreas de memória pode associar-se igualmente à intensidade de dor sentida e à consciência de limitação que os pacientes têm, de que já nada podem fazer (Park et al., 2001; Prieto, 1999).

**Confirma-se**, assim, a hipótese 12 do presente estudo.

**Hipótese 13 – Há diferenças significativas na ansiedade quando se considera a idade.**

Na Tabela 19 encontram-se os resultados correlacionais existentes entre a ansiedade e a idade, em função da presença/ausência de dor crónica.

**Tabela 19**

*Correlações entre a Ansiedade e a Idade, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)*

	Idade	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Ansiedade	0,299 (0,03)	0,149 (0,30)

Ao se observar a Tabela 19 verifica-se que há uma correlação positiva entre a ansiedade e a idade no seio dos pacientes com dor crónica, que assinala que são os mais velhos que apresentam níveis de ansiedade mais elevados.

Estes resultados mostram-se alinhados com os obtidos em diversas investigações (Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Ferrer, 1991; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Park et al., 2001; Prieto, 1999).

Como já referido anteriormente, a dor tende a aumentar com a idade e, conseqüentemente, outras limitações surgem associadas o que acaba por acentuar a dificuldade do paciente para lidar com a dor e com essas limitações (Ferrer, 1991), acarretando sentimentos de ansiedade e de depressão (Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Riley & Gilbert, 2001).

Estas vivências acabam por levar o paciente a vivenciar um menor controlo significativo nas suas vidas, o que terá, logicamente, um impacto sobre os seus sintomas de ansiedade e de depressão (Hetem, 1997; Prieto, 1999).

Perante os resultados alcançados, considera-se **confirmada** a hipótese 13.

**Hipótese 14 – Há diferenças significativas na depressão quando se considera a idade.**

As correlações entre a depressão e a idade dos sujeitos, em função da presença/ausência de dor crónica estão apresentadas na Tabela 20.

**Tabela 20**

*Correlações entre a Depressão e a Idade, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)*

	Idade	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Depressão	0,581 (0,02)	0,207 (0,15)

Ao se observar a Tabela 20 constata-se uma correlação positiva significativa entre a depressão e a idade no seio dos pacientes que pertencem ao grupo de dor crónica, assinalando que são os mais velhos que apresentam níveis de depressão mais elevados. Estes resultados mostram-se congruentes com os resultados obtidos em outros estudos (Carvajal et al., 1991; Ferreira et al., 2005; Ferrer, 1991; Gervais et al., 2001; Hetem, 1997; Kaplan et al., 1997; Park et al., 2001; Prieto, 1999).

Estes resultados podem ser justificados pelo que anteriormente se referiu sobre a ansiedade e, nesse sentido, considera-se **confirmada** a hipótese 14.

## Reflexões Finais

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão em pacientes com dor, por comparação a sujeitos sem dor. Os principais resultados da presente investigação podem ser sistematizados da seguinte forma:

- a) A duração e intensidade da dor estão relacionadas positivamente com a ansiedade;
- b) A duração e intensidade da dor estão relacionadas positivamente com a depressão;
- c) A duração e intensidade da dor estão relacionadas positivamente com a percepção de falhas de memória;
- d) A percepção de falhas de memória está relacionada positivamente com a ansiedade nos pacientes com dor;
- e) A percepção de falhas de memória está relacionada positivamente com a depressão nos pacientes com dor;
- f) Há maior percepção de falhas de memória nos pacientes com dor;
- g) Há maior ansiedade e depressão nos pacientes com dor;
- h) São os homens com dor que apresentam maior percepção de falhas de memória;
- i) São as mulheres com dor que apresentam maior ansiedade e depressão;
- j) As falhas de memória aumentam com a idade nos pacientes com dor;
- k) A ansiedade e depressão aumentam com a idade nos pacientes com dor.

Estes resultados eram esperados ao ter-se em conta os resultados obtidos em outras investigações. As análises estatísticas realizadas permitem confirmar a existência de relações entre a dor, a ansiedade e a depressão, sendo que a percepção de falhas de memória estariam mais relacionadas com a depressão.

Apesar dos resultados do presente estudo permitiram uma maior clarificação da compreensão das relações entre a percepção de falhas de memória, ansiedade e depressão em pacientes com dor crónica, subsistem algumas limitações que importa referenciar.

Destas, destaca-se pela sua importância, a dimensão reduzida da amostra, o que inviabilizou a realização de estatísticas com a utilização de outras variáveis que se consideram importantes, tais como o NSE, o estado civil, as habilitações e a ocupação, que se têm mostrado relevantes em outros estudos realizados (Casado & Urbano, 2001; Crombez et al., 1998; McCracken, 1997; Madland et al., 2000; Teng et al., 2005; Williams et al., 2000).

Não obstante esta limitação sentida, considera-se que a expressão das variáveis que integraram o presente estudo, permitiu sobressair o peso da depressão nos estados de dor crónica dos pacientes. As evidências mostram que os pacientes com dor e com depressão encontram-se mais vulneráveis ao suicídio, bem como em adotar um conjunto de comportamentos de evitamento, que acabam por condicionar a sua atividade física (Hayes et al., 2002; McCracken & Iverson, 2001). A inatividade que o medo provoca, por sua vez, leva a uma debilitação da musculatura e a uma alteração de outros processos fisiológicos, muitas vezes, irreversíveis (Feldman et al., 1999; Santos & Sebastiani, 1996).

Alguns dos postulados cognitivos sugerem que a dor física pode pressupor, para alguns pacientes, a razão perfeita para a sua depressão, i.e., a desculpa para o seu estado de ânimo (Asmundson et al., 1996). Desta forma, a depressão pode tornar-se o corolário da dor, mas também o pode fazer por outras vias comportamentais ou fisiológicas (Echeburúa, 1993). De facto, a depressão é a emoção mais associada à dor e existem numerosos estudos que mostram como as pessoas com mais depressão são as que sentem mais dor (Crombez et al., 1999).

Isto acontece porque, tal como Esteve e colaboradores (2001) propõem, como base num modelo de processamento das emoções, a dor é um esquema, uma vez que quando se experimenta, em repetidas ocasiões, uma dor associada a outras emoções, como tristeza, medo, angústia, entre outras, constrói-se um esquema que representa, ao mesmo tempo, as qualidades sensoriais e emocionais da experiência da dor. No fundo, o esquema de dor que se armazena na memória do paciente, contém uma representação dos estímulos nociceptivos associados com as emoções, sensações e imagens.

Com esta ideia poder-se-ia explicar como é que, quase de forma automática, a experiência sensorial da dor pode provocar mal-estar emocional, uma vez que ativa os núdulos emocionais ou como é que as emoções negativas podem facilitar a sensação dolorosa.

Defende-se a ideia de que a dor é multicausal e, provavelmente, para cada paciente, as explicações serão (certamente) singulares e os mecanismos associados terão um peso diferente na explicação de cada caso em concreto.

Neste sentido, importa referir que o papel do psicólogo se revela de extrema importância. A sua intervenção deverá ser uma intervenção multidisciplinar, como já anteriormente referido, mas também, uma intervenção que focalizada na dor e na associação que esta pode apresentar com os estados de humor e, conseqüentemente, com as alterações cognitivas.

A intervenção deste profissional, mediante a nossa experiência, deverá radicar no recurso a tratamentos interdisciplinares, uma vez que estes se mostram mais efetivos. Os tratamentos psicossociais, combinados com os tratamentos médicos, aportam melhores resultados em conjunto do que em separado, já que também se apresentam como mais rentáveis, na medida em que reduzem as baixas laborais, a medicação, as visitas médicas, entre outros (Moix-Queraltó, 2005).

Não existe, no entanto, um protocolo de tratamento interdisciplinar que possa ser aplicado de forma estandardizada. A maioria destes tratamentos possuem uma filosofia educativa, cujo objetivo não é tanto limitar-se a prescrever, mas também a educar os pacientes para que eles saibam enfrentar, de forma adequada, a sua dor. Por outro lado, muitos dos tratamentos realizados em Espanha com este tipo de pacientes, são em grupo o que reduz a possibilidade de uma intervenção mais individual.

Não obstante, o papel do psicólogo nestes tratamentos multidisciplinares deveria contemplar diferentes técnicas, tais como: a conceptualização, técnicas de relaxamento para aliviar a dor, técnicas de hipnose, de reestruturação cognitiva, treino em assertividade, condicionamento instrumental para diminuir os comportamentos de evitamento, higiene do sono, sexualidade, aumento de atividades distratas, organização do tempo, entre outros.

Ao se associarem as diversas técnicas em função das necessidades específicas dos pacientes, o psicólogo estaria a proporcionar uma maior qualidade de vida aos pacientes com dor, assim como uma abordagem mais abrangente e focalizada nas suas limitações e dificuldades.

## Referências Bibliográficas

- Al Absi, M., & Rokke, P. (1991). Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain*, 46(1), 43-51.
- Almeida, A., Barcelos, A., Antunes, A., Pimenta, A., Figueiredo, A., Raposo, A., et al. (2004). *Dor crónica músculo-esquelética*. Estudo apresentado no congresso de Pain Associate's International Network (5 a 6 de Novembro). Funchal, Portugal.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Ed.). Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (APA, 2003). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Angelotti, G. (2001). Tratamento da dor crónica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um Diálogo com a psiquiatria* (pp. 535-545). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Antepohl, W., Kiviloog, L., Anderson, J., & Gerdle, B. (2003). Cognitive impairment in patients with chronic whiplash-associated disorder - A matched control study. *NeuroRehabilitation*, 18, 307-315.
- Apkarian, A., Yamaya, S., Sonty, S., Levy, R., Harden, N., Parrish, T., & Gitelman, D. (2004). Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *The Journal of Neuroscience*, 24(46), 10410-10415.
- Araújo, A., Linhares, C., & Coelho, M. (2004). O que há de psicológico na dor crónica: Uma reflexão sobre o acompanhamento psicológico a pacientes com dor crónica. *Científico*, 4(1), 65-72.
- Araújo-Soares, V., & Figueiredo, M. (2001). Dor: A hidra das sete cabeças. *Revista Portuguesa de psicossomática*, 3(2), 159-183.

- Araújo-Soares, V., McIntyre, T., & Figueiredo, M. (2002). Depressão na dor crónica: Implicações para a intervenção. *Teoria, Investigação e Prática Psicológica*, 7(2), 375-397.
- Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80(3), 483-491.
- Arntz, A., Dreesen, L., & Jong, P. (1994). The influence of anxiety on pain: Attention an attributional mediators. *Pain*, 56, 307-314.
- Asmundson, G., Jacobson, S., Allerdin, M., & Norton, G. (1996). Social phobia in disable workers with chronic musculoskeletal pain. *Behavior Research and Therapy*, 34, 939-943.
- Asmundson, G., Kuperos, J., & Norton, G. (1997). Do patients with chronic pain selectively attend to pain-related information? Preliminary evidence for the mediating role of fear. *Pain*, 72, 27-32.
- Asmundson, G., Norton, P., & Norton, G. (1999). Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119.
- Baddeley, A. (1993). Working memory and conscious awareness. In A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, & P. E. Morris (Eds), *Theories of memory* (pp. 11-28). UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa - Núcleo de Cuidados Paliativos – Centro de Bioética (pp. 65-91).
- Barrondo, S., Sánchez-García, J., González, J., Fernández, C. & Suárez, L. (2001). Epidemiología. In J. Garcia, M. Garcia, M. Garcia-Portilla, & P. Martínez (Eds.),

*Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp.1-16)

Espanha: Masson.

Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Cañellas, M., Banõs, J. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83, 9-16.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Bernik, M. (1999). *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp.

Bernik, M., & Vieira Filho, A. (1998). Depressão na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 55, 771-780.

Bonica, J., & Loeser, J. (1990) History of pain concepts and therapies. In J. Bonica, J. Loeser, & W. Fordyce (Eds.), *The management of pain* (2nd ed., Vol. 1, pp. 2-17). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bonica, J., & Loeser, J. (2000). History of pain concepts and therapies. In J. Loeser, S. Butler, C. Chapman, & D. Turk (Eds.), *Bonic's management of pain* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 3-16). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Brandão, M. (1995). *Psicofisiologia*. São Paulo: Atheneu.

Brandimonte, M., Einstein, G., & McDaniel, M. (1996). *Prospective memory: Theory and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Burgmer, M., Gaubitz, M., Konrad, C., Wrenger, M., Hilgart, S., Heuft, G. (2009). Decreased gray matter volumes in the cingulo-frontal cortex and the amygdale in patients with fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 71, 566-573.

- Burns, J. (1997). Anger management style and hostility: Predicting symptom-specific physiological reactivity among chronic low back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine, 20*, 505-522.
- Burns, J., Johnson, B., Devine, J., Mahoney, N., & Pawl, R. (1998). Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1055-1062.
- Burns, J., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R., & Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 81-91.
- Burns, J., Wiegner, S., Derleth, M., Kiselica, K., & Pawl, R. (1996). Linking symptom-specific physiological reactivity to pain severity in chronic low back pain patients: A test of mediation and moderation models. *Health Psychology, 16*, 319-326.
- Burt, D. B., Zembar, M. J., & Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin, 117*, 285-305.
- Cailliet, R. (1999). *Dor, mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Camacho, L., & Anarte, M. (2001). Importancia de las creencias en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología, 19*, 453-470.
- Camacho, L., & Anarte, T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema, 15*(3), 464-470.
- Carvajal, C., Rebolledo, P., Trucco, M., & Oyarzoen, F. (1991), Síndrome de dolor lumbar y depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 29*, 114-118.
- Casado, M., & Urbano, M. (2001). Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés, 7*(2-3), 273-282.

- Castel, A., Llop, T., & Cosi, S. (2006b). Memory complaints and cognitive performance in a sample of chronic pain patients: Fibromyalgia versus back pain. *European Journal of Pain*, *10*, S111-S112.
- Castel, A., Perez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2006a). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgia pain: Comparison between hypnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, *11*(4), 463-468.
- Catalano, E., & Hardin, K. (2004). *Dores crónicas, um guia para tratar e prevenir*. São Paulo: Summus.
- Caudill, M. (1995). *Managing pain before it manages you*. New York: Guilford Press.
- Coelho, M. (2001). A dor da perda da saúde. In V. Angerami-Camon (Org.), *Psicossomática e psicologia da dor* (pp. 69-92). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Coniam, S., & Diamond, A. (1999). *Controlo da dor crónica* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordioli, A. (1998). *Psicoterapias: Abordagens actuais* (2ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P. (1998). When Somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, *75*, 187-198.
- Crombez, G., Vlaeyen, J., Heuts, P., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, *80*, 329-339.
- Chaitow, L. (1993). *The book of pain relief: A comprehensive self-help guide to easing and treating both chronic and short-term pain*. San Francisco: Thorsons.

- Dick, B. D., & Rashiq, S. (2007). Disruption of attention and working memory traces in individuals with chronic pain. *Anesthesia & Analgesia*, *104*(5), 1223-1229.
- Dick, B., Eccleston, C., & Crombez, G. (2002). Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and musculoskeletal pain patients. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research*, *47*, 639-644.
- Donoghue, P., & Siegel, M. (2003). *Sick and tired of feeling sick and tired: Living with invisible chronic illness*. New York: Norton Press.
- Dworkin, R. H., & Siefried, R. N. (1994). Are all those pain ratings necessary? *Pain*, *58*, 279-280.
- Dworkin, S., Von Korff, M., & LeResche, L. (1990). Multiple pains and psychiatric disturbance: An epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, *47*(3), 239-244.
- Eccleston, C. (1994). Chronic pain and attention: A cognitive approach. *British Journal of Clinical Psychology*, *33*, 535-547.
- Eccleston, C. (1995). Chronic pain and distraction: An experimental investigation into the role of sustained and shifting attention in the processing of chronic persistent pain. *Behavior Research Therapy*, *33*(4), 391-405.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A Cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, *125*, 356-366.
- Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S., & Stannard, C. (1997). Attention and somatic awareness in chronic pain. *Pain*, *72*, 209-215.
- Echeburúa, E. (1993). *La ansiedad crónica: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Eudema.

- Elorza J., Casas, J., & Casáis Martínez, L. (1997). Aspectos psiquiátricos del dolor. In Torres (ed.), *Tratamiento y conceptos generales del dolor* (pp. 9-25). Madrid: Ed. Martínez Roca.
- Erro, G., Unzue, A., & Cuadrado, F. (2001). Evaluación de la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico. *Cuadernos de Medicina Psicosomatica y Psiquiatria de Enlace*, 58, 19-27.
- Esteve, M. R., Ramírez, C., & López-Martínez, A. E. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 119-127.
- Etherton, J., Bianchini, K., & Ciota, M. (2006). Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index. *Spine Journal*, 6, 61-71.
- Feldman, S., Schaffer-Neitz, R., & Downey, G. (1999). Pain, negative mood and perceived support in chronic pain patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 776-785.
- Ferreira, B., Sennfelt, D., & Luís, A. (2005). Prevalência e depressão nos doentes seguidos na unidade terapêutica de dor do Hospital Fernando Fonseca. *Psilogos*, 1 (2), 95-101.
- Ferrer, V. (1991). *Dolor crónico: Análisis de factores psicosociales y de personalidad que pueden influir en su percepción*. Tese de Doutoramento apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Islas Baleares.
- Ferrer, V., Gonzalez-Barrón, R., & Manassero, M. (1994a). Evaluación psicosocial del paciente con dolor crónico: Una revisión. *Dolor*, 9, 162-170.

- Ferrer, V., Gonzalez-Barrón, R., & Manassero, M. (1994b). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomatica*, 28-29, 91-101.
- Figueiró, J. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In M. Carvalho (Org.), *Um estudo multidisciplinar* (pp. 140-158). São Paulo: Summus Editorial.
- Fishbain, D., Cutler, R., Rosomoff, H., & Rosomoff, R. (1997). Chronic pain associated depression antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-137.
- Flor, H., & Birbaumer, N. (1991). Comprehensive assessment and treatment of chronic back pain patients without physical disabilities. In M.R. Bond, J.E. Charlton & C.J. Woolf (Eds), *Proceedings of the 6th World Congress on Pain, Progress in Pain Research Management* (vol. 4, pp. 229-234). Amsterdam: Elsevier.
- Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta analytic review. *Pain*, 49, 221-230.
- Flor, H., Knost, B., & Birbaumer, N. (2002). The role of operant conditioning in chronic pain: An experimental investigation. *Pain*, 95, 111-118.
- Fonseca, F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Franco, L., Garcia, F., & Picabia, B. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies. *Actas de Espanha de Psiquiatria*, 32(2), 82-91.
- Fundação António Prudente (2002). *Dor – Mensuração. Centro de Tratamento e pesquisa hospitalar do Câncer*. Consultado em [http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=39](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39), 6 de Julho 2011

- Gallagher, R., & Verma, S. (1999). Managing pain and comorbid depression: A public health challenge. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(3), 203-220.
- Garcia Martínez, J., & Sánchez-Cánovas, J. (1994). Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE) *Boletín de Psicología*, 43, 89-107.
- Garcia-Nieto, N., Ortega-Ladrón de Cagama, E., & Ruiz de Santos, E. (2008). Déficit de memoria en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 5-12.
- Gaskin, M., Greene, A., Robinson, M., & Geisser, M. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- George, F. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Consultado em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Gervais, R. O., Russell, A. S., & Green, P. (2001). Effort testing in patients with fibromyalgia and disability incentives. *Journal of Rheumatology*, 28(8), 1892-1899.
- Glass, J. M. (2006). Cognitive dysfunction in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: New trends and future directions. *Current Rheumatology Reports*, 8, 425-429.
- Glass, J. M., & Park, D. C. (2001). Cognitive dysfunction in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, 3, 123-127.
- Gonçalves, A. (2002). Aspectos psicológicos da dor crónica. *Dor*, 10, 5-9.
- Grace, G. M., Nielson, W. R., Hopkins, & Berg, M.A. (1999). Concentration and memory deficits in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 21(4), 477-487.

- Grigsby, J., Rosenberg, N. L., & Busenbark, D. (1995). Chronic pain is associated with deficits in information processing. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 403–410.
- Grisard, J. M., & Van der Linden, M. (2001). Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain*, 94, 305-313.
- Grisard, J. M., Van der Linden, M., & Masquelier, E. (2002). Controlled processes and automaticity in memory functioning in fibromyalgia patients: Relation with emotional distress and hypervigilance. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 24(8), 994-1009.
- Grisard, J., & Plaghki, L. (1999). Impairment selective attention in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 3, 325-333.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenções psicológicas em grupos em contexto de saúde*. Lisboa: Climepsi
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. (2005). O Peso das perturbações depressivas Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., & Bombardier, C. (2002). Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Evidence-Based Nursing*, 5(4), 116-121.
- Hacpille L. (1994). *A dor cancerosa e o seu tratamento: Abordagem global em cuidados paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hagberg, M., Kilbom, A., Bockle, P., & Fine, L. (1993). Strategic for prevention of work related musculoskeletal disorders. *News Applied Ergonomics*, 24, 64-67.
- Hallberg, L., & Carlsson, S. (1998). Anxiety and coping in chronic pain. *European Journal of Pain*, 2, 309-319.

- Hart, R. P., Martelli, M. F., & Zasler, N. D. (2000). Chronic pain and neuropsychological functioning. *Neuropsychology Review*, *10*(3), 131-149.
- Hart, R. P., Wade, J. B., & Martelli, M. F. (2003). Cognitive impairment in patients with chronic pain: the significance of stress. *Current Pain Headache Reports*, *7*, 116-126.
- Hayes, S., Pankey, J., & Gregg, J. (2002). *Anxiety and acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Henningesen, C., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 528-533.
- Hetem, L. (1997). Diagnóstico diferencial dos transtornos de ansiedade. In L. Hetem & G. Graeff (Org.), *Ansiedade e transtornos de ansiedade* (pp. 228-247). Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional.
- Hetem, L., & Graeff, F. (2004) *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu.
- Iezzi, T., Archibald, Y., & Barnett, P. (1999). Neurocognitive performance and emotional status in chronic pain patients. *Journal of Behavior Medicine*, *22*(3), 205-216.
- Iezzi, T., Duckworth, M., & Vuong, L. (2004). Predictors of neurocognitive performance in chronic pain patients. *International Journal of Behaviour Medicine*, *11*(1), 56-61.
- Jamison, R., & Virts, K. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, *28*, 283-287.
- Janssen, S., & Arntz, A. (1996). Anxiety and pain: Attentional and endorphinergic influences. *Pain*, *66*, 145-150.

- Jensen, M. P., Turner, J. A., & Romano, J. M. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83, 157-162.
- Jensen, M., & Karoly, P. (1992a). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. Turk & R. Melzack (Eds.) *Handbook of pain assessment* (pp. 135-151). New York: Guilford.
- Jensen, M., & Karoly, P. (1992b). Pain-specific beliefs, perceived symptom severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 123-130
- Jensen, M., Turner, J., Romano, J., & Fisher, L. (1999). Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*, 83(2), 157-162.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.
- Keefe, F., Lefebvre, J., Egert, J., Affleck, G., Sullivan, M., & Caldwell, D. (2000). The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: The role of catastrophizing. *Pain*, 87, 325–334.
- Keenan, P., Jacobson, M., Soleymani, R., Mayes, M., Stress, M., & Yaldoo, D. (1996). The effect on memory and chronic prednisone treatment in patients with systemic disease. *Neurology*, 47, 1396-1402.
- Kelly, S., & Lloyd, D. (2007). Retrieving autobiographical memories of painful events activates the anterior cingulate cortex and inferior frontal gyrus. *Journal of Pain*, 8(4), 307-314.

- Keogh, E., Hatton, K., & Ellery, D. (2000). Avoidance versus focused attention and the perception of pain: Differential effects for men and women. *Pain, 85*(1-2), 225-230.
- Kerns, R., Rosenberg, R., & Jacob, M. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 57-67.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A., Walters, E., & Wang, P. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association, 289*(23), 3095-3105.
- Kewman, D.G., Vaishampayan, N., Zald, D., & Han, B. (1991). Cognitive impairment in musculoskeletal pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 21*, 253-262.
- Kreitler, S., Gohar, H., Ezer, T., & Niv, D. (1999). Pain characteristics and their psychosocial and clinical correlates. *The Pain Clinic, 11*(4), 313-327.
- Kurita, G., & Pimenta, C. (2000). Dor crônica e adesão ao tratamento, aspectos terapêuticos culturais e emocionais. *Revista Simbidor, 1*(2), 88-95.
- Landrø, N. I., Stiles, T. C., & Sletvold, H. (1997). Memory functioning in patients with primary fibromyalgia and major depression and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(3), 297-306.
- Leavitt, F., & Katz, R. S. (2006). Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology, 33*, 127-132.
- Lebovits, A., & Bassman, L. (1996). Psychological aspects of chronic pain management. In M. Lefkowitz & A. Lebovits (Eds.), *A practical approach to pain management* (pp. 1124-1128). Boston: Little, Brown & Company.

- Ling, J., Heffernan, T., Luczakiewicz, K., & Stephens, R. (2010). Subjective ratings of prospective memory deficits in chronic pain. *Psychological Reports, 106*, 905-917.
- Linton, S. (1991). Memory for chronic pain intensity: Correlates of accuracy. *Perceptual and Motor Skills, 72*, 1091-1095.
- Linton, S. J. (2005). Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? *European Journal of Pain, 9*, 355-361.
- Linton, S., & Ryberg, M. (2001). A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: A randomized controlled trial. *Pain, 90* (1-2), 83-90.
- Loeser, J. (2001). *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Loeser, J., & Melzack, R. (1999). Pain: An overview. *TheLancet, 353*, 1607.
- Lupien, S. J., & Lepage, M. (2001). Stress, memory, and the hippocampus: You can't live with it, can't live without it. *Behavior Brain Research, 127*, 137-158.
- Lupien, S. J., & McEwen, B. S. (1997). The acute effects of corticosteroids on cognition: Integration of animal and human model studies. *Brain Research Review, 24*, 1-27.
- Madland, G., Feinmann, C., & Newman, S. (2000). Factors concerned with origins of anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain, 84*, 225-252.
- Magni, G., Marchetti, M., Moreschi, C., Rigatti-Luchinni, S., & Merskey, H. (1993). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the national health and nutrition examination. Epidemiologic follow-up survey. *Pain, 53*, 163-168.

- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain, 56*, 289-297.
- Marchand, S. (1998). *Le phénomène de la douleur*. Comprendre pour soigner. Paris: Masson.
- Marques, A., Rhoden, P., Siqueira, L., & Oliveira, J. (2001). Avaliação da dor em pacientes com fibromialgia, osteoartrite e lombalgia. *Revista Hospitalar e Clínica, 56*(1), 5-10.
- Martín, L., & Bulbena, A. (2006). Ansiedad y dolor. *Dolor, 21*, 11-20.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1992). *Dolor. Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona: Salvat.
- McCracken, L. (1997). Attention to pain persons with chronic pain: A behavioural approach. *Behavioral Therapy, 28*, 271-281.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*, 21-27.
- McCracken, L., & Iverson, G. (2001). Predicting complaints of impaired cognitive functioning in patients with chronic pain. *Journal of Pain Symptom Management, 21*(5), 392-396.
- McCracken, L., Faber, S., & Janeck, A. (1998). Pain-related anxiety predicts nonspecific physical complaints in persons with chronic pain. *Behaviour Research Therapy, 36*(6), 621-630.
- McCracken, L., Gross, R., Aikens, J., & Carnrike, C. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 927-933.

- McCracken, L., Gross, R., Sorg, P., & Edmands, T. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behavior Research and Therapy*, *31*, 647-652.
- McCracken, L., Zayfert, C., & Gross, R. (1992). The pain anxiety symptom scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, *50*, 67-73.
- McDaniel, M. A., & Einstein, G. O. (2000). Strategic and automatic processes in prospective memory retrieval: A multiprocess framework. *Applied Cognitive Psychology*, *14*, S127-S144.
- McNeil, R., & Burnett, M. (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery. *Behavior Research and Therapy*, *30*, 513-520.
- Melzack, R. (1990). The tragedy of needless pain. *Scientific American*, *262*, 27-33.
- Melzack, R. (1998). Pain and stress: Toward understanding chronic pain. In M. Saborin, F. Craik, & M. Robert (Eds.), *Advances in Psychological Science* (vol. 2, pp. 63-85). Londres: Taylor and Francis.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: contributo no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey, & N. Bogduk (Eds.), *Classification of chronic pain, IASP task force on taxonomy* (2nd ed., pp. 209-214). Seattle: IASP Press.
- Michalski, D., & Hinz, A. (2006). Anxiety and depression in chronic back pain patients: Effects on beliefs of control and muscular capacity. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *56*(1), 30-38.
- Ministério da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Mohallem, A., & Rodrigues, A. (2007). *Enfermagem oncológica*. S. Paulo: Editora Manole.
- Moix-Queraltó, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología*, 36(1), 37-60
- Monsalve, V., Cerdá-Olmedo, G., Mínguez, A., & Andrés, J. (2000). Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, 6-11.
- Montejo, P., Carrasco, P., Montenegro, M., Reinoso, A. I., De Andres, M. E., & Claver, M. D. (1999). Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, 199-208.
- Morin, C., Douglas, G., & Wade, J. (1998). Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 14(4), 311-314.
- Munguia-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., Moliner-Urdiales, D., & Reverter-Masia, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: Relación con dolor y ansiedad. *Psicothema*, 20, 427-431.
- Muñoz, M., & Esteve, R. (2005). Reports of memory functioning by patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 21(4), 287-291.
- O'Sullivan, L., Ross, R., & Hill, C. 2002. Potential of bacteriocin-producing lactic acid bacteria for improvements in food safety and quality. *Biochimie*, 84, 593-604.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Okifuji, A., Turk, D., & Curran, S. (1999). Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 1-12.

- Pande, K., Tripathi, S., & Kanoi, R. (2005). Limited clinical utility of pain drawing in assessing patients with low back pain. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 18(2), 160-162.
- Park, D. C., Glass, J. M., & Minear, M. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism*, 44(9), 2125-2133.
- Patil, P., Apfelbaum, J., & Zacny, J. (1995). Effects of a cold-water stressor on psychomotor and cognitive functioning in humans. *Physiology Behavior*, 58(6), 1281-1286.
- Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M., & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: A critical review and proposals for long-term dosing. *Journal of Pain Symptom Manage*, 22(2), 672-687.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Peters, M., Vlaeyen, J., & Kunnen, A. (2002). Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients?. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 85-103.
- Phipps., W., Long, B., Barbara, C., & Woods, N. (1999). Enfermagem médico – cirúrgica: Conceitos e prática clínica. Lisboa: Lusodidacta.
- Pimenta, C. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In M. Carvalho (Org.), *Um estudo multidisciplinar* (pp. 31-46). São Paulo: Summus.
- Pimenta, C. (2001). Dor crónica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 288-294.
- Pincus, T., Fraser, L., & Pearce, S. (1998). Do chronic pain patients stroop on pain stimuli? *British Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 49-58.

- Prieto, V. (1999). *El dolor crónico. Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta*. Valencia: Promolibro.
- Quartilho, M. (2001). Dor Crónica: Aspectos psicológicos, sociais e culturais. *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26, 255-262.
- Rajala, U., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusimaki, A., & Kivela, S. (1995). Musculoskeletal pains and depression in a middle-aged finish population. *Pain*, 61(3), 451-457.
- Ramos, F., Sennfelt, J., Amaral, M., & Valente, P. (1996). Economia da saúde e saúde mental: Os custos da depressão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14(2), 53-68.
- Rashiq, S., Schopflocher, D., & Taenzer, P. (2008). *Chronic pain: A health policy perspective*. Canada: Wiley-VCH.
- Rebolledo P. (2002). Enfoque psiquiátrico del paciente escarado. In *Tratamiento integral del paciente con úlceras por presión* (pp. 63-67). Chile: HTS.
- Rebolledo, P., González, M., Soto, M., Galilea, E., & Carbonel, C. (1999). Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados del trabajo. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*, 1(1), 63-65.
- Réthelyi, J., Berghammer, R., & Kopp, M. (2001). Comorbidity of pain associated disability and depressive symptoms in connection with socio-demographic variables: Results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain*, 93(2), 115-121.
- Rey, R. (1993). *The history of pain*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rico, T., & Barbosa, A. (1995). *Dor: Do neurónio à pessoa*. Lisboa: Permanyer.
- Riley, J., & Gilbert, G. (2001). Orofacial pain. Symptoms: An interaction between age and sex. *Pain*, 90, 245-256.

- Robaina, A., León, P., & Sevilla, M. (2000). Epidemiologia de los trastornos osteomioarticulares en el ambiente labora. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 16(6), 531-539.
- Roelofs, J., Peters, M., Zeegers, M., & Vlaeyen, J. (2002). The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related stimuli amongst chronic pain patients: A meta-analysis. *European Journal of Pain*, 6, 273-281.
- Sá, E., Veiga, C., Matela, S., Morais, R., Silva, R., Seixas, A., & Gonçalves, S. (2005). A dor e sofrimento: Algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1/2), 101-113.
- Santos, C., & Sebastiani, R. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crónica. In V. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira.
- Sardá Júnior, J., Cruz, R., & Jablonski, S. (2005). Dor crónica e défices de memória: Uma abordagem neurocognitiva. In J. Figueiró, G. Angelotti, & C. Pimenta (Org.), *Dor e saúde mental* (pp. 178-195). S. Paulo: Atheneu.
- Sauro, M., Jorgensen, R., & Pedlow, C. (2003). Stress, glucocorticoids, and memory: A meta-analytic review. *Stress*, 6(4), 235-245.
- Schnurr, R. F., & MacDonald, M. R. (1995). Memory complaints in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 11(2), 103-111.
- Schwob, M. (1997). *A dor*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Serrano-Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., Garcia-Saura, P., Serrano-Alvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista de la Sociedade Española del Dolor*, 9, 109-121.
- Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(XX), 185-194.

- Simon, G., VonKorff, M., Piccinelli, M., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptom and depression. *The New England Journal of Medicine*, *341*(18), 1329-1335.
- Sjogren, P., Thomsen, A., & Olsen, A. (2000). Impaired neuropsychological performance in chronic nonmalignant pain patients receiving long-term oral opioid therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, *19*(2), 100-108.
- Sletvold, H., Stiles, T., & Landrø, N.I. (1995). Information processing in primary fibromyalgia, major depression and health controls. *Journal of Rheumatology*, *22*, 137-142.
- Solberg Nes, L., Roach, A. R., & Segerstrom, S. C. (2009). Executive functions, selfregulation, and chronic pain: A review. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *37*(2), 173-183.
- Spaeth, M., & Briley, M. (2009). Fibromyalgia: A complex syndrome requiring a multidisciplinary approach. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *24*, S3-S10.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British Journal of Psychiatry*, *168* (suppl. 30), 109-116.
- Strahl, C., Kleinknecht, R., & Dinnel, D. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 863-873.
- Suhr, J. A. (2003). Neuropsychological impairment in fibromyalgia. Relation to depression, fatigue, and pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 321-329.
- Sunderland, A., Harris, J. E., & Gleave, J. (1984). Memory failures everyday life following severe head injury. *Journal of Clinical Neurology*, *6*, 127-142.

- Takei, E., & Schivoletto, S. (2000). Como diagnosticar e tratar a ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 57, 7.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farre, J. M. et al. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista do Departamento de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 13, 233-238.
- Teng, C., Humes, E., & Demetrio, F. (2005). Depression and medical comorbidity. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Thunberg, K. A., Carlsson, S. G., & Hallberg, L. R. M. (2001). Health care professionals' understanding of chronic pain: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(1), 99-105.
- Torrubia, R., & Baños, J. (2002). Evaluación clínica del dolor. In A. Aliaga, J. Baños, C. Barutell, J. Molet, & A. Rodríguez de la Serna (Eds.), *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica* (2ª ed., pp. 49-55). Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Turk, D. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. Gatchel, & D. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook* (pp. 3-32). New York: Guilford.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1994). A cognitive-behavioral approach to pain management. In P. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (3rd ed., pp. 1337-1348). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Turk, D., & Rudy T. (1992). Classification logic and strategies in chronic pain. In D. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 409-428). New York: The Guilford Press.

- Turk, D., Okifuji, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: Role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain, 61*, 93-101.
- Turk, D., Okifuji, A., Sinclair, J., & Starz, T. (1998). Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: Clinical and statistical significance. *Arthritis Care Research, 11*, 186-195.
- Turner, J., Jensen, M., & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*, 115-125.
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología, 84*, 41-58.
- Vallejo, M., & Comeche, M. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Vallesi, A., Mussoni, A., Mondani, M., Budai, R., Skrap, M., & Shallice, T. (2007). The neural basis of temporal preparation: insights from brain tumor patients. *Neuropsychologia, 45*(12), 2755-2763.
- Vasconcelos, M. (2006). *Tratamento da dor – Incrivelmente fácil*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Vastag, B. (2004). Cientistas descobrem conexões cerebrais entre as dores física e emocional. *Journal of the American Medical Association, 2*(9), 714-716.
- Verdejo-Garcia, A., Lopez-Torrecillas, F., Pita Calandre, E., Delgado-Rodriguez, A., & Bechara, A. (2009). Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Archives of Clinical Neuropsychology, 24*, 113-122.
- von Korff, M., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry, 30*, 101-108.

- Walitt, B., Roebuck-Spencer, T., & Bleiberg, (2008). Automated neuropsychiatric measurements of information processing in fibromyalgia. *Rheumatology International*, 28(6), 561-566.
- Wall, P. (2002). *Dor, a ciência do sofrimento*. Porto: Âmbar.
- Weickgenant, A., Slater, M., Patterson, T., Atkinson, J., Grant, I., & Garfin, S. (1993). Coping activities in chronic low back pain: Relationship with depression. *Pain*, 53, 95-103.
- Williamson, G., & Schulz, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly. *Journal of Gerontology*, 47, 367-372.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Williams, J., Watts, F., Macleod, C., & Mathews, A. (2000). *Psicologia Cognitiva e perturbações emocionais*. Lisboa: Climepsi.
- Wúlf, J. (1998). Fibromialgia: Aspectos psicopatológicos y psicosociales. *Dolor*, 13, 88-98.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361- 370.

**Anexo A**

---

