



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO

CARACTERIZAÇÃO DA DOR EM INTÉRPRETES DE LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA EM  
CONTEXTO ESCOLAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em

Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos

Por

Inês Marques Peres

Lisboa, 2022



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO

CARACTERIZAÇÃO DA DOR EM INTÉRPRETES DE LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA EM  
CONTEXTO ESCOLAR

CHARACTERIZATION OF PAIN IN PORTUGUESE SIGN LANGUAGE INTERPRETERS IN  
SCHOOL CONTEXT

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em

Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos

Por

Inês Marques Peres

Sob a orientação da Professora Doutora Rita Canaipa

Lisboa, 2022



## 1 RESUMO

A profissão de intérprete de Língua Gestual revela diversas exigências em termos físicos, cognitivos e emocionais. Tem sido descrita a presença de dor e elevados níveis de depressão e de ansiedade nestes profissionais. No entanto, a literatura é escassa quanto à saúde destes profissionais especificamente a trabalhar em contexto escolares e no ensino português.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a presença de dor em intérpretes de Língua Gestual Portuguesa que exercem funções em contexto escolar e comparar essas queixas com as de outro grupo que trabalha no mesmo contexto (professores). A perceção de dor e a saúde física e mental foram avaliadas através de um questionário sociodemográfico e dos seguintes questionários: o McGill Pain Questionnaire (MPQ) que mede a qualidade e intensidade da dor; o Five Factors Inventory (NEO-FFI) que avalia características de personalidade; o Pain Catastrophizing Scale (PCS) que avalia perceção de pensamentos catastróficos e o Short Form Health Survey (SF-36v2) que mede a perceção do estado de saúde.

De um total de 42 intérpretes foi constituída uma subamostra com 21 intérpretes que foi emparelhada com uma outra de 21 professores. Verificou-se que nos intérpretes, ter menos formação e trabalhar em ciclos de estudos mais baixos estava associado a maiores queixas de dor e perceção de saúde mais negativa. Os intérpretes que apresentavam estilos cognitivos relacionados com emoções negativas, sensação de desespero e menor abertura a novas experiências revelavam mais dor e pior perceção de saúde.

Este estudo pretende contribuir para a identificação de fatores que têm impacto na dor e na perceção de saúde de intérpretes de língua gestual a trabalhar em contexto escolar. A continuação desta linha de investigação poderá fornecer novas pistas para a prevenção e intervenção em indivíduos em risco de desenvolver quadros de dor ou perturbação emocional no contexto desta atividade profissional.

Palavras-chave: Intérpretes de Língua Gestual Portuguesa, Dor, Perceção de saúde, Catastrofização

## 2 ABSTRACT

A sign language interpreter's job is very demanding physically, cognitively and emotionally. These professionals often complain of pain problems and of high levels of depression and anxiety. However, the literature is scarce when it comes to these professionals' health, especially the ones working in schools and in the Portuguese educational system.

The purpose of this study was to identify and characterize the presence of pain in a population of Portuguese Sign Language interpreters working in schools and compare those complaints to those of another group of professionals that work in the same workplace (teachers). The perception of pain and the physical and mental health were evaluated through a sociodemographic survey and these questionnaires: the McGill Pain Questionnaire (MPQ), which evaluates the quality and intensity of pain; the Five Factors Inventory (NEO-FFI), which evaluates personality traits; the Pain Catastrophizing Scale (PCS), which evaluates the perception of catastrophic thinking and the Short Form Health Survey (SF-36v2), which measures the perception of health status.

Of a total of 42 interpreters, a sub-sample of 21 was created, which was then paired with another sub-sample of 21 teachers. In the interpreters group, it was verified that factors such as having less formation and working in lower study cycles were associated with more pain complaints and a more negative health perception. The interpreters that presented cognitive styles related to higher levels of negative emotions, a greater feeling of helplessness and a less openness to new experiences and learnings presented more pain and a worst perception of physical health.

This study aims to play a role in the identification of factors that have impact in the pain complaints and in the health perception of sign language interpreters working in schools. A further investigation of this subject may specify and present new approaches to the prevention and intervention among individuals who are in risk of developing cases of pain or emotional distress in their work environment.

Keywords: Portuguese sign language interpreters, pain, health perception, catastrophizing

### 3 AGRADECIMENTOS

Percorrido este trajeto, quero agradecer a todos aqueles que tornaram esta investigação possível.

Em primeiro lugar, o meu mais sincero agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Rita Canaipa, pela compreensão, orientação e encorajamento no decorrer deste trabalho.

A todos os participantes deste estudo, cuja disponibilidade tornou possível a investigação.

À Professora Dra. Cristina Gil e à Professora Ângela Cabral, pela sua disponibilidade no esclarecimento das minhas dúvidas.

A todos os meu familiares e amigos, que sempre souberam encontrar uma forma de me apoiar.

## ÍNDICE

<b>1</b>	<b>RESUMO</b> .....	<b>I</b>
<b>2</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>II</b>
<b>3</b>	<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>III</b>
<b>4</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>3</b>
5.1	Evolução Histórica do Conceito de dor .....	3
5.2	A teoria do Portão de Melzack e Wall e o seu contributo para a compreensão da dor .....	4
5.3	Definição atual de Dor.....	6
5.4	Tipologia da dor- Classificação quanto à sua duração .....	8
5.5	Tipologia da dor- Classificação quanto ao seu tipo.....	9
5.6	Dimensões da dor e fatores psicossociais.....	10
5.7	Fatores psicológicos e a dor: a cognição e a experiência da dor .....	11
5.8	Catastrofização da dor .....	12
5.9	Fatores psicológicos e a dor: a personalidade e a experiência da dor.....	14
5.10	Fatores psicológicos e a dor: ansiedade e depressão e a experiência da dor.....	15
<b>6</b>	<b>O Intérprete de Língua Gestual Portuguesa</b> .....	<b>17</b>
6.1	O intérprete de Língua Gestual Portuguesa no contexto escolar .....	20
6.2	As exigências cognitivas do trabalho do intérprete .....	22
6.3	As exigências emocionais do trabalho do intérprete de Língua Gestual .....	25
6.4	Exigências físicas (musculoesqueléticas) do Intérprete .....	26
<b>7</b>	<b>PROBLEMAS EM ESTUDO</b> .....	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGIAS</b> .....	<b>30</b>
8.1	Tipologia do Estudo.....	30
8.2	Participantes.....	30
8.3	Instrumentos de recolha de dados.....	31
8.4	Procedimentos de recolha de dados.....	34
8.5	Processamento dos dados.....	35
<b>9</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
<b>9.1</b>	<b>ESTUDO 1</b> .....	<b>37</b>
9.1.1	Caracterização Demográfica da População.....	37
<b>9.2</b>	<b>ESTUDO 2</b> .....	<b>41</b>
9.2.1	Caracterização Demográfica da População.....	41
9.2.2	Condições clínicas e hábitos de saúde .....	44
9.2.3	Avaliação da dor.....	46
9.2.4	Características e Sintomas Associados à Dor .....	50
9.2.5	Avaliação das características psicológicas e clínicas .....	53

9.2.6	Correlações entre a Dor e as Características Demográficas e Individuais .....	55
9.2.7	Correlações entre as Diferenças Individuais na Personalidade, a dor e a percepção do Estado de Saúde .....	57
9.2.8	Correlações entre a Catastrofização e a dor .....	60
9.2.9	Correlações entre a Dor e a Percepção do Estado de Saúde .....	64
<b>10</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
10.1	Caracterização geral das populações em estudo .....	67
10.2	Relação entre a dor e características demográficas Intérpretes e professores .....	71
10.3	Relação entre as diferenças individuais de personalidade (NEO-FFI) e a percepção do estado de saúde e a dor.....	72
10.4	Relação entre as características psicológicas (PCS) a percepção do estado de saúde e a dor 74	
10.5	Relação entre a dor e a percepção de saúde .....	75
<b>11</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>78</b>
<b>12</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>80</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1:** Caracterização Demográfica de Cada Grupo

**Tabela 2:** Caracterização da Saúde geral das Intérpretes

**Tabela 3:** Caracterização Demográfica de Cada Grupo

**Tabela 4:** Caracterização da Saúde geral da População de Cada Grupo

**Tabela 5:** Resultados da Questão sobre a Localização da Dor do MPQ para Ambos os Grupos

**Tabela 6:** Resultados da Questão sobre a Intensidade da Dor do MPQ da Dor para Ambos os Grupos

**Tabela 7:** Resultados da Questão sobre as Características e Sintomas Associados à Dor do Questionário MPQ da dor para Ambos os Grupos

**Tabela 8:** Resultados da Média, Desvio padrão e Mediana e testes de Mann-Whitney do Questionário MPQ para Ambos os Grupos

**Tabela 9:** Resultados da Média, Desvio padrão e testes de Mann-Whitney das Principais Medidas dos Questionários Utilizados por Grupo

**Tabela 10:** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Características Demográficas e os Questionários MPQ e SF-36V2 nos Dois Grupos em Estudo

**Tabela 11:** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários NEO-FFI o SF-36V2 e o MPQ em Ambos os Grupos

**Tabela 12:** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários PCS o SF-36V2 e o MPQ em Ambos os Grupos

**Tabela 13:** Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários o MPQ e o SF-36V2 em Ambos os Grupos

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1:** *Caracterização do Estado Civil de Cada Grupo*

**Gráfico 2:** *Caracterização do Ciclo em que Exercem Funções de Cada Grupo*

**Gráfico 3:** *Caracterização das Doenças Referenciadas em Cada Grupo*

**Gráfico 4:** *Localização da dor nas Professoras*

**Gráfico 5:** *Localização da dor nas Intérpretes*

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

MPQ- McGill Pain Questionnaire

NEO-FII- Five Factors Inventory

PCS- Pain Catastrophizing Scale

SF-36v2- Short Form Health Survey

IASP- Internantional Association for the study of pain

LGP- Língua Gestual Portuguesa

## 4 INTRODUÇÃO

Os intérpretes de Língua Gestual Portuguesa em contexto escolar, para além de estabelecerem uma ponte de comunicação entre os alunos, professores e funcionários surdos e as pessoas ouvintes que fazem parte da comunidade escolar, desempenham um papel ativo a nível linguístico e pedagógico nesse mesmo contexto (Almeida et al., 2012).

Diversos estudos destacam que a atenção e a gestão do trabalho de interpretação pode ser uma atividade cognitiva exigente, o que pode contribuir para níveis intensos de stress e problemas de saúde física e mental (Woodcock & Fischer, 2008). Os perigos inerentes à empatia emocional com as emoções do outro sem a adequada capacidade de proteção (Harvey, 2003), as reações emocionais a um determinado tema ou situação, a fadiga e o desconforto são fatores que podem afetar a resistência física e psicológica do intérprete (Woodcock & Fischer, 2008). Além do esforço cognitivo, outros estudos demonstram ainda a existência de riscos de perturbações músculo-esqueléticas e dor relacionadas com a natureza deste trabalho (Cohn et al., 1990; DeCaro et al., 1992; Feuerstein & Fitzgerald, 1992; Meals et al., 1988; Stedt, 1992).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, (Raja et al., 2020, p.7). A forma como a dor é vivenciada/percecionada é multidimensional (Moroni & Laurent, 2006) e varia em termos emocionais, cognitivos e comportamentais (Sousa, 2002). O estímulo da dor e a sua intensidade, conjugados com fatores fisiológicos e psicossociais são responsáveis pelo desencadear e pela manutenção da dor (Marquez, 2011).

Sabendo que os intérpretes em contexto escolar são expostos a um ambiente profissional exigente do ponto de vista social, emocional e físico e que fatores de stress psicológicos, comportamental, afetivos e socioculturais desempenham um importante papel no desencadear e manutenção de dor, esta dissertação tem como objetivo principal caracterizar a presença de dor nos Intérpretes de Língua Gestual em contexto escolar no Ensino Básico e Secundário. Pretende-se obter dados sobre a presença de dor e sua caracterização quanto a dimensões físicas e impacto funcional,

bem como quanto à sua relação com dimensões emocionais relevantes. O segundo objetivo é comparar as características da dor, o impacto funcional e a relação com dimensões emocionais entre dois grupos profissionais que desempenham o seu trabalho em contexto escolar: Intérpretes de Língua Gestual e Professores.

Pretende-se, assim, contribuir para um melhor conhecimento sobre as dificuldades específicas dos intérpretes de Língua Gestual Portuguesa, em termos de saúde física e mental em contexto escolar e, desta forma, salientar a necessidade de revisão da Lei 89/99, cuja recomendação ao governo data de 26 de Novembro de 2021.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Evolução Histórica do Conceito de dor

As primeiras teorias desenvolvidas com o objetivo de compreender a experiência da dor enquadravam-se num modelo biomédico linear. De acordo com este modelo, apenas as alterações físicas eram consideradas como causas de doença, e esta doença consistia numa manifestação orgânica, sendo percebida como uma resposta automática a um fator externo (Ogden, 2004, p. 313). Neste contexto, a dor deveria ser um produto direto da lesão. Não havendo lesão visível, não poderia haver dor e quanto maior a lesão maior a dor. Tal perspectiva não poderia estar mais longe da realidade. O modelo biopsicossocial vem pôr em causa esta concepção, destacando que saúde e doença se integram num contínuo onde interagem de forma complexa dimensões biológicas, psicológicas e sociais. A dor resulta da interação destes múltiplos fatores, tendo todos eles a possibilidade de contribuir para a percepção da dor (Wiech K, 2016).

Ao longo do século XX foi-se reconhecendo a importância que as componentes emocionais e cognitivas desempenhavam na experiência da dor. Durante a II Guerra Mundial, Henry Beecher descreveu a sua surpresa pelo facto de os soldados em campo de batalha, ainda que com ferimentos significativamente mais graves, considerarem ter dor menos intensa e requererem menos medicação do que o que habitualmente acontecia aos civis nos hospitais. Estas observações evidenciavam a elevada variabilidade na percepção de cada indivíduo em relação à sensação dolorosa, que caracteriza este fenómeno (Benedetti, 2016).

Em 1946, Beecher, assumindo uma perspectiva biopsicossocial, afirmou que a dor sentida nem sempre correspondia à quantidade de área lesionada e que fatores psicológicos pareciam ter um papel crucial no desencadear e na modificação da dor (Beecher, 1946; Bonica, 1991). Em 1950, o anestesista John Bonica propõe a utilização do conceito de “dor clínica”, por considerar que melhor destaca a dor enquanto experiência complexa e polivalente, e propondo assim uma abordagem multidisciplinar à dor crónica. Em 1953, publicou o livro intitulado “The Management of Chronic Pain”, documento onde o tratamento da dor numa perspectiva multidimensional foi explorado (García et al., 2015; Witte, 2011). Em 1961, fundou a primeira clínica de dor na

Universidade de Washington e mais tarde, em 1974, fundou a Associação Internacional para o Estudo da Dor (Gutiérrez & Cadena, 2001), ainda hoje a principal organização científica que integra investigadores das diferentes áreas do estudo da dor.

Nas últimas décadas, diversos estudos têm demonstrado que a intensidade da dor varia significativamente entre indivíduos e também no mesmo indivíduo e que, perante o mesmo grau de lesão nos tecidos, cada pessoa relata a intensidade e qualidade de dor de formas diferentes (Filligim, 2017). Mais recentemente também tem sido destacado que a dor varia também de forma marcada no mesmo indivíduo ao longo do tempo (sejam meses, dias, horas ou minutos), (Treister et al., 2019).

## 5.2 A teoria do Portão de Melzack e Wall e o seu contributo para a compreensão da dor

Em 1965, Melzack e Wall propõem a Teoria do Portão de Controlo da Dor que destaca a centralidade das dimensões psicológicas na reação e percepção individual da dor. De acordo com esta teoria, ainda que a dor deva ser compreendida como resultante de um sistema que envolve estímulos indutores (nocivos) e respostas (dor), trata-se de um fenómeno mais complexo, mediado por uma rede de processos ascendentes (do estímulo até à percepção consciente) e descendentes (da percepção consciente até ao estímulo) do sistema nervoso. Esta teoria foi a primeira a desenvolver uma possível explicação sobre os mecanismos fisiológicos que contribuem para a ausência de uma relação direta entre a intensidade dos estímulos e a dor percebida (Melzack & Wall, 1965). Propuseram que a medula espinal e o cérebro atuariam como um portão que filtraria a entrada de informação nociceptiva (dolorosa) enviada pela periferia. Desta forma, essa informação seria modulada, podendo ser aumentada ou diminuída, consoante as vias que a medula espinal ativaria: fibras nociceptivas ou as não nociceptivas, que abririam ou fechariam o portão (Melzack & Wall, 1965; Loeser, 2006). A ativação destas vias ascendentes ativa diversas regiões do cérebro que vão processar essa informação tendo em conta as emoções, as expectativas do indivíduo e as suas experiências dolorosas anteriores. É com base na ativação dessas áreas que o indivíduo reage à dor (Melzack, 1993). Deste modo, o modelo conceptualiza a dor como uma experiência que integra componentes

sensoriais-discriminativas, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativas (Herndon et al., 2008; Melzack & Casey, 1968).

A componente sensorial-discriminativa, que integra os elementos fisiológicos da percepção da dor diz respeito às qualidades sensoriais da dor, permitindo a percepção da intensidade e localização do estímulo doloroso. A dor também apresenta uma componente afetivo-motivacional que constrói a interpretação emocional e a resposta motivacional da dor. De facto, a dor é muitas vezes acompanhada de sentimentos de angústia, de emoções negativas e ansiedade (Wiech & Tracey, 2009), o que pode inibir ou facilitar a informação sensorial ascendente, influenciando a percepção de dor (Melzack & Casey, 1968; Melzack et al., 2001). Por fim, a dimensão cognitivo-avaliativa permite a análise e interpretação das sensações experienciadas, contribuindo para a percepção consciente da dor, bem como para a capacidade de avaliar e reportar a mesma (Melzack et al., 2001). Em resumo, este modelo, destaca a forma como os processos psicológicos e biológicos influenciam a forma como a dor é vivenciada, interferindo na abertura ou fecho do “portão da dor” e assim contribuindo para a complexidade e variabilidade na experiência da dor (Melzack, 1993).

Apesar de alguns dos mecanismos fisiológicos mais específicos sugeridos por esta Teoria do Portão terem sido questionados em estudos posteriores, esta teoria revelou-se um marco importante para a mudança na compreensão de percepção dos mecanismos de percepção consciente da dor (Ogden, 2004, p. 115).

Hoje em dia, é reconhecida a complexidade e multidimensionalidade da experiência da dor, que envolve dimensões fisiológicas, sensoriais, afetivas, psicológicas, comportamentais e interpretativas (McGrath, 1994).

### 5.3 Definição atual de Dor

Em 1979, a International Association For the Study of Pain (IASP), definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”, (IASP, 1979, p.249). Esta é um processo individual, complexo, subjetivo e multidimensional, que embora por norma esteja associado a causas físicas como uma área real ou potencialmente lesada do corpo, pode existir sem que existam áreas lesadas identificadas (IASP, 1986,1994). Segundo a IASP (1986), pelo facto de a dor ser subjetiva alguns indivíduos relatam experiência dolorosa mesmo quando não se observa uma causa fisiológica; outros reportam intensidades de dor diferentes perante o mesmo estímulo doloroso e alguns reportam intensidades de dor semelhantes a estímulos de intensidade e de natureza diferentes.

Apresentando-se como um estado psicológico relacionado com experiências prévias como eventos dolorosos, estados emocionais, história pessoal e familiar (IASP, 1986) a dor é vivenciada e percebida de formas diferentes por cada indivíduo, quer a nível emocional, comportamental ou cognitivo (Sousa, 2002). Esta pode estar ainda em relação com questões religiosas, culturais e crenças. O significado atribuído à dor é pessoal e cada indivíduo difere na forma como a expressa quer a nível verbal quer comportamental (Dias & Brito, 2002).

A definição proposta pela IASP foi aceite pela maioria dos profissionais de saúde e investigadores da área da dor e foi adotada por diversas organizações profissionais. No entanto, apesar da definição incluir os aspetos multidimensionais, o aumento da investigação nesta área levou a que alguns especialistas defendessem a necessidade de uma reavaliação dessa definição. Devido ao facto de a avaliação da dor exigir que o indivíduo indique a sua intensidade através de auto-relato, a definição de dor acabava por não se adaptar a pessoas que apresentavam uma situação clínica (por exemplo, demência) ou de desenvolvimento (por exemplo, na primeira infância) que não lhes permitisse a verbalização da dor (Batalha, 2016). Outro aspeto menos positivo apontado a esta definição, mas mais difícil de ultrapassar, prende-se com o facto de esta destacar um olhar sobre a dor mais científico, ignorando a multiplicidade das interações mente-corpo (Morris, 2003). Segundo Williams & Craig (2016), a definição

de 1979 exclui fatores cognitivos e sociais que são inerentes à experiência dolorosa. Para outros autores como Carr et al. (2005), o termo “desagradável” não é o mais adequado por não captar toda a expressividade e sofrimento que pode estar inerente à dor aguda e crônica.

Loeser & Treede (2008), defendem que a definição de dor não reflete todas as perspectivas inerentes a esta, pois a dor crônica, por ser na perspectiva destes autores uma doença, possui o seu próprio curso clínico, sendo assim mais do que um sintoma. No sentido de alterar a definição inicial proposta, vários autores propuseram as suas alternativas. Para Cohen et al. (2018), a definição de dor não refletia a experiência somática que reflete no indivíduo a seu receio de uma ameaça externa à sua integridade corporal e existencial. Por sua vez, Wright (2011) defende que a dor, por ser de base, uma experiência sensitiva e emocional desagradável pode evoluir motivando o indivíduo a adotar um comportamento que evite ou minimize a lesão tecidual, ou promova a sua recuperação.

As questões colocadas à definição da dor foram reconhecidas pela IASP, o que culminou na revisão da definição em 2020. A dor é atualmente entendida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, (Raja et al., 2020, p.7). A esta definição foram acrescentados seis pontos orientadores: (1) a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em diferentes graus/níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais; (2) a dor e a Nocicepção são fenômenos distintos; a dor não pode ser inferida apenas pela atividade em neurônios sensoriais; (3) o conceito de “dor” é algo que os indivíduos aprendem ao longo das suas experiências de vida; (4) o relato de uma pessoa sobre uma experiência como sendo uma de dor deve ser respeitado; (5) embora geralmente tenha um papel adaptativo, a dor pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; (6) a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para expressar a dor, a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano ou um ser vivo não humano sinta dor (Raja et al., 2020). Apesar de continuar a ser difícil definir esta experiência complexa, esta definição tenta ultrapassar as limitações da definição anterior e orientar da melhor forma a investigação e prática clínica nesta área.

#### 5.4 Tipologia da dor- Classificação quanto à sua duração

A dor pode ter origem em diversas causas e afetar inúmeros tecidos, bem como apresentar diversas durações. A sua classificação é dificultada pela sua complexidade, por isso, parâmetros como a duração, a localização e a possível associação a alguma patologia devem ser tidos em conta (Guyton & Hall, 2011).

Tendo em conta o critério temporal, a dor pode ser aguda ou crónica (Guyton & Hall, 2011). A principal causa da dor aguda é o excesso de atividade do sistema nociceptivo. Este sistema atua como um sinal de alerta e possui uma função biológica importante. Por norma, apresenta-se associado a traumatismos nos tecidos ou inflamação, queimaduras, fraturas ou doenças (Batalha, 2016).

A dor aguda combina a lesão tecidual com a dor, ansiedade e o medo, podendo estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo. Esta possui uma duração inferior a três meses e vai diminuindo progressivamente consoante a cura ocorre (Batalha, 2016). Quando não controlada, a sua cura pode ser retardada e levar a um sofrimento prolongado, podendo evoluir para dor crónica (Batalha, 2016; Guyton & Hall, 2011).

A dor crónica decorre assim, do prolongamento da dor aguda. Tem uma duração igual ou superior a 3-6 meses, persistindo muitas vezes para além da cura da lesão que lhe deu origem. Esta pode ainda manifestar-se sem que exista uma lesão aparente (Marquez, 2011; Teixeira, 2009). É caracterizada por estados de hiperexcitabilidade persistentes em que o sistema nervoso não consegue restabelecer a atividade neuronal para níveis normais. Os indivíduos que apresentam este tipo de dor descrevem-na como um choque elétrico, queimadura, formigueiro, dormência ou comichão (Batalha, 2016). Sendo multidimensional, é caracterizada por uma complexidade biológica, psicológica e social (Cherubino et al., 2012) e, tal como descrito na definição, pode ser gerada na ausência de estímulo nocivo. Os fatores psicológicos, comportamentais, afetivos e socioculturais desempenham um importante papel. A sua presença constante afeta o indivíduo em diversas dimensões, como a física, psicológica, emocional, social, laboral, familiar e relacional (Butchart et al., 2009; Hwang et al., 2011).

## 5.5 Tipologia da dor- Classificação quanto ao seu tipo

A dor é provocada por estímulos nocivos que podem ser mecânicos, térmicos, elétricos e químicos presentes no meio ambiente, mas também pode surgir de lesões viscerais ou mesmo na ausência de um estímulo (Derbyshire et al., 2004). Em termos neurofisiológicos a classificação da dor baseia-se nos mecanismos desencadeadores, diferenciando-se em Nociceptiva e Não Nociceptiva.

A dor Nociceptiva pode ser ainda classificada como dor visceral ou dor somática. A dor visceral tem origem nos órgãos internos e pode revelar infecção e inflamação, enquanto que a dor somática é uma dor proveniente da pele, músculos, articulações, ossos ou ligamentos. Esta pode ser superficial apresentando-se como uma dor aguda imediata provocada por pequenas feridas ou queimaduras ou poderá ainda ser desencadeada por uma causa mais profunda, como ruturas ou fraturas ósseas que ocorrem ao nível dos músculos, ossos, articulações, ligamento, tendões ou vasos sanguíneos (Moffat & Rae, 2011).

A dor Não Nociceptiva é produzida por disfunções nas células nervosas, surge no sistema nervoso periférico e pode ser classificada como neuropática ou simpática. A dor neuropática ocorre devido a uma lesão ou disfunção do Sistema Nervoso Central ou Sistema Nervoso Periférico que, por norma, persiste mesmo após o acontecimento que a desencadeou, caracterizando-se, assim, como temporária ou crónica. Esta pode ocorrer, tal como anteriormente referido, sem que uma área de lesão seja detetada, manifestando-se de diversas formas através de sensação de queimadura, agulhadas, choques, podendo ou não ser acompanhada por formigueiro ou adormecimento de uma determinada parte do corpo (Klaumann et al., 2008).

A dor simpática surge pela hiperatividade da componente simpática do sistema nervoso vegetativo, que controla o fluxo sanguíneo nos tecidos. Esta ocorre após uma fratura ou uma lesão nos tecidos moles e manifesta-se através da hipersensibilidade cutânea à volta do local lesionado, não sendo transmitida por recetores de dor específico (Castro-Lopes et al., 2010).

## 5.6 Dimensões da dor e fatores psicossociais

Tal como já anteriormente sublinhado, hoje em dia a dor é considerada não apenas como um sinal neurológico/fisiológico, mas sim como um conjunto de fatores fisiológicos e psicossociais (Marquez, 2011). O tipo de estímulo e a intensidade da estimulação conjugados com os fatores psicofisiológicos são responsáveis pelo seu desencadear e manutenção (Marquez, 2011). Estas componentes, para além de se interligarem também sofrem influências de outros fatores como os fatores culturais e de personalidade, que se irão refletir na forma como o indivíduo assimila e vivencia a dor (Silva & Filho, 2011). O estudo da dor engloba assim, a dimensão sensorial, emocional e cognitiva (Bouckenaere, 2007).

A dimensão sensório-discriminativa permite que o indivíduo perceciono ao mesmo tempo a noção de intensidade, localização e tipo de dor. Este tipo de processamento está associado à atividade do córtex somatosensitivo secundário. A dimensão afetiva relaciona-se com a resposta emocional e afetiva à dor provocada, e a dimensão cognitiva influencia a perceção da dor através das experiências passadas e possíveis projeções futuras da mesma. As dimensões afetiva e cognitiva estão associadas à atividade do córtex do cíngulo anterior e insula anterior, que são responsáveis pela sensação de desagradabilidade da dor, (Bouckenaere, 2007).

Sendo encarada como um processo biopsicossocial, os modelos atuais da dor, seja aguda ou crónica, conceptualizam-na não apenas na perspetiva biológica, como também na perspetiva psicológica e social, percecionado o indivíduo como um todo (Soares & McIntyre, 2000). Assim, uma vez que a dor é influenciada por todas estas dimensões, deve ser diagnosticada e tratada de acordo com o modelo biopsicossocial (Rodrigues, 2007).

A dor crónica interfere com o estilo de vida do indivíduo, alterando os seus hábitos de sono e provocando incapacidade e limitações no seu dia-a-dia, diminuindo assim a sua qualidade de vida (Costa et al., 2007). Por exemplo, pode alterar o estado de humor, potenciando sintomas depressivos, ansiedade, problemas de sono e agressividade (Dias & Brito, 2002). Determinadas variáveis psicossociais, como hábitos pouco saudáveis, e alguns aspetos sociodemográficos, como a idade, a cultura, a

escolaridade e o sexo, também exercem influência na dor (Sá et al., 2009) e se relacionam com a forma como o indivíduo compreende o processo doloroso (Frutuoso & Cruz, 2004).

No quadro da perspectiva biopsicossocial, uma adequada avaliação e compreensão da dor e do seu impacto na vida do indivíduo, é crucial para determinar os diversos fatores que possam estar na sua base e/ou que possam contribuir para o seu agravamento. De entre os diversos fatores que a influenciam a dor, a existência de barreiras como crenças ou pensamentos automáticos negativos assume um papel central que deve ser devidamente estudado (Frutuoso & Cruz, 2004).

## 5.7 Fatores psicológicos e a dor: a cognição e a experiência da dor

Aaron Beck (1970) desenvolveu o modelo cognitivo-comportamental que destaca a relevância das dimensões cognitivas no funcionamento do indivíduo. O modelo que propõe tem por base três princípios: (1) o comportamento é afetado pela cognição, especificamente pelos pensamentos e percepções; (2) os pensamentos automáticos do indivíduo podem ser monitorizados e apresentam uma influência central e (3) a mudança comportamental pode ocorrer através do ultrapassar dos vieses cognitivos, que alteram os pensamentos e promovem maior adaptação comportamental (Beck, 1970, p.184-200).

A forma como o indivíduo percebe e assimila a informação e o que se passa consigo e à sua volta determina o seu comportamento e influencia a forma como se sente emocionalmente, (Knapp & Beck, 2008). As distorções cognitivas são, assim, os pensamentos ou crenças disfuncionais que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros ou sobre o mundo que o rodeia. Esses pensamentos surgem de forma automática condicionando a forma como o indivíduo percebe e assimila as situações, (Moura & Koller, 2008).

Este tipo de cognições que ocorrem de uma forma imediata quando se está a experienciar ou relembrar uma determinada situação, por surgirem de forma espontânea são frequentemente considerados pelos indivíduos como as mais fiéis, (Wright et al., 2008). Podem ser reais ou não e podem ser baseados em crenças ou

pressupostos errados que, através de esquemas precoces mal-adaptados, impulsionam episódios de ansiedade e depressão, (Leahy, 2006). Na perspectiva de Beck, estes têm por base esquemas que se desenvolveram na infância e, por isso, são muitas vezes crenças nucleares ou crenças centrais. Nesse sentido, funcionam como uma espécie de filtro para as experiências e pensamentos atuais, sendo ajustados pelo próprio indivíduo e pela opinião de outras pessoas importantes para ele, (Knapp & Beck, 2008). Os modelos cognitivos e emocionais dos esquemas desadaptativos são auto-destruidores e são iniciados no período da infância, repetindo-se ao longo da vida, (Young et al., 2003). As crenças centrais disfuncionais levam o indivíduo a distorcer a informação, gerando sofrimento (Oliveira & Vieira, 2009) e são fruto das relações interpessoais e dos fatores socioculturais.

Em resumo, as distorções cognitivas desencadeiam pensamentos automáticos negativos que poderão estar na base de sofrimento emocional e do desenvolvimento de perturbações psicológicas como a depressão e ansiedade (Powell et al., 2008). Acredita-se que este tipo de pensamentos automáticos poderá ter também um papel central na experiência da dor. Crenças que acentuam o carácter negativo e ausência de controlo sobre a dor, também designada de catastrofizações, têm-se revelado fatores que contribuem significativamente para o desencadear e estabelecimento de dor crónica (Deary et al., 2007).

## 5.8 Catastrofização da dor

Quando as experiências de vida, sobretudo as precoces, estão relacionadas com acontecimentos que envolvem dor e com processos negativos de pensamento, parecem desempenhar uma função importante na manifestação de pensamentos automáticos negativos do tipo catastrófico (Sullivan et al., 2001). Segundo o modelo cognitivo-comportamental, a catastrofização é um pensamento automático negativo que resulta de distorções cognitivas na avaliação das situações em que o indivíduo pressupõe que algo de terrível e fora do seu controlo irá acontecer (Beck, 1976). “A situação é, assim, percebida de uma forma distorcida o que promove pensamentos de impotência e desespero, e incapacidade de imaginar um desfecho positivo” (Beck &

Knapp, 2008, p.54-64).

Segundo Sullivan et al., (2001), a catastrofização é uma orientação cognitiva negativa exagerada a uma dor real ou que ainda nem sequer ocorreu, mas que o indivíduo amplifica e acerca da qual pensa repetidamente “ruminando”. Muitas vezes também se sente desamparado e sem forma de controlar a situação. Em indivíduos com dor crónica esta catastrofização espelha, de facto, a falta de controlo sobre a dor e a presença constante de pensamentos automáticos negativos (Jones et al., 2003).

A catastrofização pode ser dividida em quatro fases: o pessimismo sobre uma situação que ocorre, a incapacidade pessoal para lidar com a mesma, o desespero e a necessidade contante de analisar o problema, o que pode desencadear uma maior intolerância à dor (Jones et al., 2003).

No que diz respeito ao construto, a catastrofização envolve três dimensões importantes que caracterizam o seu carácter multidimensional: (1) a maximização, que se traduz no aumento ou exagero da intensidade da dor percebida; (2) a ruminação, que se caracteriza pela presença constante de pensamentos negativos e que é no fundo, uma forma de pensamento circular, e (3) o desamparo, ou sentimento de desesperança, que leva a que o indivíduo considere que a dor assumiu o controlo da sua própria vida (Sullivan et al., 1996).

Segundo Martins et al., (1996) e Crombez et al., (2003), parece existir correlação entre a catastrofização e o aumento da intensidade da dor e a disfunção psicossocial, em indivíduos com dor crónica. Quando os estados emocionais negativos e distorções nos processos cognitivos prevalecem, a capacidade do indivíduo utilizar estratégias de coping eficazes no confronto com a dor podem ficar comprometidas (Claar et al., 2008).

## 5.9 Fatores psicológicos e a dor: a personalidade e a experiência da dor

Além da catastrofização, a investigação na área da dor e das perturbações de somatização tem demonstrado que a personalidade também pode ter um papel importante na percepção da dor.

Um dos modelos de personalidade mais influentes é o modelo “Big Three” de Eysenck (1976). De acordo com este modelo a construção da personalidade é influenciada por fatores biológicos e pela relação genética - meio ambiente do indivíduo. Como o nome indica, integra três dimensões que são: a (1) Extroversão que pode ser caracterizada como a tendência do indivíduo para a sociabilidade, vivacidade, atividade, assertividade, procura de sensações, despreocupação, domínio e aventura; o (2) Neuroticismo caracterizado pela ansiedade, depressão, culpabilidade, baixa auto-estima, tensão, irracionalidade, timidez, tristeza e labilidade emocional e o (3) Psicoticismo que pode ser caracterizado como a tendência do indivíduo para a agressividade, frieza afetiva, egocentrismo, impessoalidade, impulsividade, psicopatia e tendência antissocial, falta de empatia, criatividade e rigidez (Eysenck, 1976).

Os modelos mais atuais, baseiam-se neste primeiro modelo de Eysenck, mas sugerem a presença de cinco grandes fatores globais de personalidade: (1) Neuroticismo, (2) Extroversão, (3) Abertura à Experiência, (4) Amabilidade e (5) Conscienciosidade (McCrae & Costa, 1987). Segundo este modelo o Neuroticismo caracteriza-se pela desadaptação versus estabilidade emocional do indivíduo, avaliando a tendência deste a experienciar emoções negativas como a preocupação, a ansiedade e a irritabilidade (Barrick & Mount, 1991; Digman, 1990; John P., 1990; McCrae & Costa, 1985), o medo, a tristeza, a raiva, baixa tolerância à frustração e a dificuldade em lidar com o *stress* (Lima & Simões, 2000). Este fator de personalidade parece estar especialmente relacionado com a dor. Indivíduos com pontuações elevadas em questionários que avaliam esta dimensão revelam maior risco de vir a sofrer dor crónica (Deary et al., 2007).

A Extroversão está relacionada com o comportamento interpessoal e pode ser descrita como a tendência do indivíduo para ser sociável, assertivo, falador, ativo, enérgico, otimista (Lima & Simões, 2000), de confiança, dinâmico e poderá estar também

associada a sentimentos de felicidade (Digman,1990; Lucas et al., 2000; Watson et al., 1992).

A Abertura à Experiência é descrita como a flexibilidade de pensamento. Indivíduos com elevada abertura à experiência procuram proactivamente novas experiências, são imaginativos e revelam sensibilidade estética, curiosidade e capacidade de explorar novas experiências e interesses culturais (John, 1990; Lima & Simões, 2000; Peabody & Goldberg, 1989).

A amabilidade está relacionada com as relações interpessoais e expressa a tendência para ser agradável, altruísta, modesto, para ter sensibilidade, ser simpático e disponível para ajudar os outros (Lima & Simões, 2000). Por fim, a Conscienciosidade avalia a tendência para o indivíduo para ser determinado, cumpridor e apresentar força de vontade (Lima & Simões, 2000).

Segundo Allemand et al. (2008), os domínios propostos têm como objetivo resumir as principais diferenças individuais dos traços de personalidade humana que parecem ser intrínsecas ao indivíduo e que se desenvolvem de forma independente sobre as influências ambientais (Terracciano et al., 2005). Tal como referido, os estudos na área da dor têm destacado a importância dos traços de Neuroticismo no risco e exacerbar de condições de dor crónica. Parece que esta se trata assim de uma característica psicológica que, tal como a Castastrofização, poderá ter especial relevância na interação entre as emoções, cognições e a perceção da dor.

#### 5.10 Fatores psicológicos e a dor: ansiedade e depressão e a experiência da dor

A ansiedade surge através do medo patológico que antecipadamente ativa medidas contra a ameaça, funcionando como um sinal de alarme ou de defesa (Lumley et al., 2011; Yager, & Gitlin, 2000) que, por vezes, é acompanhado por manifestações fisiológicas (Yager, & Gitlin, 2000). A ansiedade é um estado emocional associado a sentimentos de mal-estar, apreensão em relação ao presente e futuro e preocupação descontrolada. Nos indivíduos que dela sofrem as expectativas de risco e a falta de tranquilidade são permanentes (Gatchel et al., 2007; Telles & Barbosa, 2009). Surgem associados à ansiedade cognições de vigilância, mas ao mesmo tempo falta de

concentração, confusão, pensamentos catastróficos, irritabilidade, necessidade de isolamento e imobilidade. Estes pensamentos são frequentemente acompanhados por sintomas somáticos como taquicardia, sudorese, secura na boca, vertigens, espasmos, tremores, ondas de calor e de frio, sensação de aperto no peito, dificuldade em engolir. São frequentemente experienciados também sintomas comportamentais e perceptivos como a despersonalização e hiperestésias, como por exemplo a hiperacusia (Yager & Gitlin, 2000).

Todos os indivíduos se confrontam ao longo da sua vida com ansiedade. Nesse sentido, a ansiedade pode ser entendida como algo natural e promotor de desenvolvimento: potencia respostas adequadas aos desafios e exigências colocadas ao longo da vida. Contudo, em determinadas situações ou indivíduos esta ansiedade por ser demasiado intensa ou então demasiado prolongada no tempo, dando origem a perturbações emocionais e de saúde mais geral (Turk & Monarch, 2002).

Vivenciar e reproduzir mentalmente o medo de forma repetida pode levar a ansiedade antecipatória. Esta tem sido apresentada como um fator relevante que contribui para o aumento da dor crónica. Tal como referido, a ansiedade é percecionada como uma resposta emocional negativa e por isso mesmo, tanto pode ser acompanhada por reações fisiológicas como pode exacerbar sintomas já presentes previamente (Angelotti, 2008; Bair et al., 2008; Fillingim et al., 2009; Lumley et al., 2011; Sullivan, 2012). Tem sido demonstrado que elevados níveis de ansiedade e stress poderão aumentar cognições negativas em relação à dor e aumentar a sua intensidade. A ansiedade que decorra de experienciar frequentemente dor crónica pode diminuir a resistência por parte do indivíduo à dor, desencadeando um maior sofrimento, maior dificuldade de obter alívio e uma maior interferência na qualidade de vida do indivíduo (Gatchel et al., 2007; Turk & Monarch, 2002).

Além da ansiedade, sentimentos relacionados com humor negativo estão também relacionados com a dor. O humor negativo está associado a sintomas psíquicos como o desinteresse, a despersonalização e ansiedade, bem como a sintomas somáticos como dor, agitação, insónias, fadiga, alterações de apetite e manifestações dermatológicas.

As perturbações de humor, de que a Depressão é exemplo, são consideradas multifatoriais, mas podem ter uma maior relação com fatores e predisposições biológicas, ou podem ser mais de natureza reativa, quando ocorre uma reação

desadaptada ao stress ambiental ou quando existe perturbação do humor secundária a patologia somática (Gatchel et al., 2007; Telles & Barbosa, 2009; Turk & Monarch, 2002).

O modelo teórico da depressão mais referenciado é o modelo cognitivo da depressão proposto por Aaron Beck, que está organizado em três conceitos base: (1) a tríade cognitiva, o indivíduo tem uma visão negativa sobre si mesmo, sobre o meio externo e sobre o futuro; (2) estes padrões cognitivos são estáveis e (3) verificam-se pensamentos automáticos que correspondem a erros sistemáticos no pensamento, visões enviesadas e frequentemente desligadas da realidade (Beck, 1964, p. 561-571).

Quando conjugada com a dor crónica, a depressão tende a levar a alienação do indivíduo em relação à sua existência diminuindo assim, a sua qualidade de vida (Bair et al., 2008; Turk & Monarch, 2002). A probabilidade de desinteresse do indivíduo pelo mundo exterior e a sua sensibilidade aumentam. Sinais como o autoisolamento social, dificuldades na realização de atividades, pensamentos pessimistas e autodestrutivos e o autoconceito negativo, tornam-se recorrentes. Os indivíduos com sintomatologia depressiva vivenciam a dor em níveis mais elevados e com uma maior duração no tempo (Dias & Brito, 2002; Turk & Monarch, 2002; Turk & Wilson, 2010).

## 6 O INTÉRPRETE DE LÍNGUA GESTUAL PORTUGUESA

Atualmente a profissão do Intérprete de Língua Gestual Portuguesa é regulamentada pela Lei 88/99 de 5 de julho, que define intérpretes de Língua Gestual Portuguesa como os: “profissionais que interpretam e traduzem a informação de língua gestual para a língua oral ou vice-versa, por forma a assegurar a comunicação entre pessoas surdas e ouvintes”.

Os primeiros cursos profissionalizantes de intérpretes de Língua Gestual Portuguesa, em Portugal surgem em 1989, ministrados inicialmente apenas pela Associação Portuguesa de Surdos e posteriormente, também, pela associação de Surdos do Porto. Apoiados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional e pela Comissão Europeia, estes cursos surgem com o principal objetivo de qualificar profissionais nesta área, (Carvalho, 2007, p.15).

Os primeiros intérpretes a concluírem a sua formação nestas associações foram os filhos ouvintes de pais surdos, considerados os intérpretes da primeira geração, que por terem crescido num ambiente bilingue, contactando com ambas as línguas: a Língua Gestual Portuguesa e a Língua Portuguesa, foram os primeiros a realizar a “ponte” de comunicação entre as pessoas ouvintes e surdas, embora de forma informal e não profissionalizada, (Pedreira, 2021).

O primeiro curso superior para intérpretes de Língua Gestual Portuguesa, surge na Escola Superior de Educação de Setúbal, em 1997. Com a sua criação, a formação especializada e académica destes profissionais começou a ser regulamentada e acreditada (Lourenço, 2021). Em anos posteriores, surgiram em 2001, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto o bacharelato de Tradução e Interpretação em Língua Gestual Portuguesa, em 2005 a Licenciatura em Língua Gestual Portuguesa na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra e, em 2005/2006, o Mestrado em Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa (Carvalho, 2007, p.25).

Atualmente este profissional pode exercer as suas funções de interpretação em diversos contextos, como: seminários, conferências, aulas ou outras atividades universitárias, no contexto judicial (como por exemplo, a interpretação de um julgamento), no contexto religioso (como por exemplo, a interpretação de uma missa) e no sistema de saúde, com a interpretação de uma consulta médica (Pereira, 2011). No entanto, cada contexto, pelo seu ambiente particular, apresenta desafios diferentes no exercício das suas funções. Tendo o intérprete de LGP de se adaptar a essas diferenças, questões de formalidade, terminológicas e de posicionamento são alguns fatores que este profissional tem de ter em conta quando presta os seus serviços. Ao longo da sua carreira, mesmo por questões de enriquecimento do currículo, é natural que os intérpretes sejam versáteis ou requisitados para diversos tipos de contextos. Segundo Loureço (2021), o intérprete de LGP pode atuar em diversas áreas, no entanto os documentos atuais referentes a esta profissão não preveem normas específicas para alguns contextos de atuação.

Desde a sua publicação em 1999, da Lei 89/99, até aos dias de hoje, o processo de formação dos Intérpretes de LGP sofreu diversas alterações, resultando na atual diversidade de formação destes profissionais. No entanto, a lei que regulamenta o

exercício da profissão não acompanhou a evolução da mesma, não sendo atualizada desde a sua aprovação (Lourenço, 2021).

A petição levada a cabo pela Associação Nacional de Profissional da Interpretação- Língua Gestual, tendo em vista a regulamentação da Profissão de intérpretes de LGP, deu entrada na Assembleia a 15 de Março de 2019. No dia 9 de junho de 2020 foram discutidas e aprovadas em reunião plenária da Assembleia três propostas que tinham como principais objetivos propor a alteração da lei que regula a profissão de intérprete e a valorização desta profissão (Assembleia da República, 2020).

A aprovação das três propostas culmina numa resolução, apresentada a 26 de Novembro de 2021, que recomenda ao Governo a valorização e regulamentação da profissão de Intérprete de Língua Gestual. Nesta resolução são solicitadas como principais medidas, a revisão da Lei 89/99, o regulamento das condições de acesso ao exercício da profissão de Intérprete de LGP, o contrato de intérprete para o serviço público e a dignificação e valorização esta profissão (Assembleia da República, 2021).

Na Lei 89/99 estão previstas questões éticas e deontológicas do profissional desta área. O código de Ética e Linhas de Conduta do Intérprete de LGP, em vigor atualmente, foram elaboradas pela Associação de Intérpretes de Língua Gestual Portuguesa. No entanto, e tal como acontece com a própria lei que prevê os princípios comportamentais destes profissionais, este código não acompanhou a evolução da profissão e o exercício em diversos contextos.

No sentido de atualização deste código, a Associação Nacional e Profissional da Interpretação- Língua Gestual, aprova na sua Assembleia Geral Ordinária de 16 de julho de 2016, uma nova versão (Lourenço, 2021).

Segundo o que consta neste documento, a sua elaboração teve como principal objetivo compor uma base orientadora clara e precisa no âmbito da intervenção profissional dos intérpretes de LGP. Os principais pontos sobre os quais se debruça este novo código de ética e Linhas de Conduta do intérprete de LGP, são: a função do Intérprete, as suas aptidões e profissionalismo, os princípios éticos e linhas de conduta da sua profissão, as condições de trabalho, o contexto educacional e outros contextos (ANAPI-LG, 2016).

Tanto a lei 89/99 como o Código de Ética e Linhas de Conduta do Intérprete de LGP, são instrumentos que tem como objetivo a proteção profissional do Intérprete de LGP

e de todas as entidades ou indivíduos que utilizem os seus serviços. Assim, sabendo que os intérpretes em contexto escolar são expostos a um ambiente profissional exigente do ponto de vista social, emocional e físico, que são expostos a fatores de stress psicológicos, comportamental, afetivos e socioculturais e que a presença de dor e a sua intensidade, conjugados com fatores fisiológicos e psicossociais são responsáveis pelo desencadear e pela manutenção da dor (Marquez, 2011), a atualização da lei e estes dois documentos são fundamentais para que este profissional se sinta protegido profissionalmente, enquanto exerce as suas funções.

### 6.1 O intérprete de Língua Gestual Portuguesa no contexto escolar

Com a necessidade de os alunos surdos terem acesso ao conhecimento no contexto académico, surge a implementação do ensino Bilingue em Portugal através do Despacho n.º 7520/98, no qual o intérprete passa a integrar o contexto escolar (Moreira *et al.*, 2013). Neste contexto educativo o intérprete exerce as suas funções não só em sala de aula, interpretando tudo o que é transmitido pelo professor, pelos alunos ouvintes e surdos, como também, entre professores e funcionários surdos e as pessoas ouvintes que fazem parte da comunidade escolar. Assegura também a interpretação em reuniões com docentes e pais/encarregados de educação surdos, visitas de estudo e outras atividades (Magalhães, 2013; Pereira, 2011).

Sendo um mediador entre a comunidade escolar e a comunidade surda, o intérprete necessita de se familiarizar com questões e conteúdos académicos específicos dos diferentes níveis de ensino, devendo para isso colaborar com toda a comunidade educativa (Brunson, 2005).

Em resultado deste trabalho colaborativo, os seus limites de ação e as suas escolhas são testados (Pereira, 2011). Por vezes, surgem situações em que sem quebrar o seu Código de Ética e Deontologia, o intérprete tem de realizar o seu trabalho satisfazendo a necessidade quer da comunidade surda escolar bem como da ouvinte. No entanto, no caso do aluno surdo, quando surge uma situação considerada grave e tratando-se este de um menor de idade, parâmetros como o sigilo profissional devem ser quebrados, devendo o intérprete alertar o professor responsável para a situação. Torna-se necessário em algumas situações contradizer o código para o bem dos alunos

(Sousa, 2015).

Neste contexto, são diversos os desafios que se colocam ao exercício da sua profissão, como a inexistência de vocabulário na Língua Gestual para interpretação de conteúdos específicos de algumas disciplinas. O que historicamente se deveu em grande parte à privação dos direitos das pessoas surdas, como a acessibilidade às várias áreas do conhecimento. Atualmente, este ponto dificulta a transmissão dos conteúdos escolares. Por outro lado, a variância sobre o domínio da Língua Gestual por parte dos jovens surdos. Também tem sido considerado como muito frequente a falta de apoio, incentivo e valorização do seu trabalho. O desconhecimento por parte da comunidade educativa das suas funções e a escassez de recursos visuais, quando o método utilizado pelo docente é meramente expositivo também representam um desafio ao trabalho do intérprete em contexto escolar (Sousa, 2015).

No desempenho da interpretação podem interferir fatores externos, como as condições acústicas não serem as melhores para a perceção da mensagem, a irregularidade do discurso, a sua complexidade e o tom de voz dos oradores. Podem ainda verificar-se interferências com o processamento a nível motor. Por exemplo, fatores como a humidade, o calor, o frio, os odores, a fadiga e o desconforto também podem interferir em termos psicológicos com o trabalho do intérprete, reduzindo a sua resistência. Em termos sociais e emocionais, o intérprete pode inconscientemente passar os seus sinais de desconforto perante um tema ou uma situação que ocorra através das escolhas linguísticas que produz, da entoação que utiliza e da sua expressão corporal. No entanto, quando estas situações ocorrem, este deve ser capaz de as detetar e recorrer a estratégias que permitam ultrapassar a situação (Woodcock & Fischer, 2008). Por tudo isto, estudos realizados por Schwenke (2012), Schwenke et al., (2014) e Adigun (2019), destacam que o trabalho de interpretação pode levar a elevados níveis de stress e conseqüente burnout.

Em 2012, Schwenke estudou 117 intérpretes *freelancer* que trabalhavam com contratos independentes, em diferentes contextos, com o objetivo de explorar o processo de burnout associado a fatores como de apoio social, tomada de decisão e níveis de desgaste. Através da aplicação de um questionário onde estes fatores eram avaliados e recorrendo ao questionário Maslach Burnout Inventory-Human Services

Survey, os autores concluíram que os intérpretes apresentaram níveis médios para a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

Num segundo estudo da mesma equipa Schwenke et al., (2014) avaliaram ainda a relação entre o perfeccionismo, o stress, estratégias de coping e o burnout, numa amostra de 238 intérpretes de Língua Gestual em diferentes contextos. Os resultados sugeriram que o stress é o meio condutor para a associação entre o perfeccionismo e o burnout e que as estratégias de coping não têm impacto na associação entre as variáveis perfeccionismo e burnout, nem entre perfeccionismo e stress.

Por sua vez, o autor Adigun, em 2019, para determinar quais as contribuições que a carga horária, o volume de trabalho e o género pudessem ter no desenvolver do burnout nos intérpretes africanos, aplicou um questionário demográfico e o Inventário de Burnout de Maslach, numa amostra de 87 participantes de 12 países africanos. O autor concluiu que a carga horária e o controlo do trabalho são os principais fatores determinantes para o burnout nos intérpretes de Língua de Sinais Africanos. No seu conjunto estes estudos destacam a multiplicidade de fatores (internos, externos, físicos e emocionais) que poderão interferir na ligação entre exigência profissional e o impacto na saúde dos intérpretes de Língua Gestual.

## 6.2 As exigências cognitivas do trabalho do intérprete

A interpretação é caracterizada por uma sucessão de operações mecânicas de codificação e descodificação, nas quais o intérprete necessita de compreender o sentido das palavras empregues no discurso do locutor para que sejam transmitidas ao recetor. O sistema de processamento de informação do intérprete começa com a receção da mensagem por um canal específico, como o visual ou auditivo. Após a perceção da mensagem é reconhecida a nível semântico e registada na memória de trabalho enquanto o intérprete procede a uma correspondência da palavra ao gesto ou vice-versa, na sua memória a longo prazo. No decorrer da sua interpretação, este monitoriza o seu trabalho através das suas próprias sensações corporais e pela reação dos intervenientes (Woodcock & Fischer, 2008).

Não equivalendo a interpretação à relação direta entre gesto-palavra, o intérprete tem de recorrer a sinónimos para transmitir o discurso na língua alvo, sem

que o significado e a coerência sejam alterados (Silva, 2012). Por vezes, este tem de reter na sua memória de trabalho a informação por forma a obter o seu significado completo e assim proceder, através da memória a longo prazo, à correspondência do significado na língua alvo. Assim, toda a informação ainda não interpretada é retida e organizada à espera de ser compreendida para ser produzida para logo depois se passar à próxima informação. Esta tarefa é realizada enquanto o discurso do orador continua a decorrer, assim a atenção do intérprete tem de ser distribuída não só pela receção e compreensão da mensagem, como também na monitorização e compreensão de novas informações recebidas (Woodcock & Fischer, 2008).

Uma vez que a atenção possui um limite e exigindo este processo um grande esforço cognitivo, considera-se que para a interpretação manter a sua qualidade, o intérprete deve realizar o seu trabalho durante 20 a 30 min (Silva, 2012). A atenção e a gestão do trabalho de interpretação podem ser uma atividade cognitiva exigente (Woodcock & Fischer, 2008), na qual o intérprete executa o processamento da informação da Língua fonte para a Língua alvo, realizando escolhas a nível lexical, estrutural, semântica e de pragmática, de forma a aproximar-se de forma adequada à origem da mensagem (Quadros, 2002). Para que o seu trabalho seja desenvolvido de uma forma fiel, o intérprete deve ter em conta os aspetos técnicos, a correção linguística, a condição cultural e social dos intervenientes (Almeida, 2010b).

Existem dois tipos de interpretação, a simultânea e a consecutiva. A interpretação simultânea, sendo a mais usual, ocorre quando o intervalo de tempo é curto entre a receção da mensagem, vinda da Língua fonte e a produção da mesma na Língua alvo, sendo as duas atividades, a receção e a interpretação, realizadas em paralelo (Goméz, 2020). Esta por ser composta por várias fases que se sobrepõe é uma atividade complexa e exige uma grande carga cognitiva (Paradis, 1994). Nesta são utilizados de forma sobreposta dois códigos linguísticos com ritmos e produções que são impostas ao intérprete pelo locutor da língua fonte (Riccardi, 1999).

Segundo Christoffels et al., (2006), o tempo que decorre entre o input e o output da mensagem, designado de *time lag*, é simultâneo, sendo que a compreensão ocorre numa língua e a produção noutra. Dividindo a sua atenção entre múltiplos focos, o intérprete deve realizar uma constante monitorização para que não ocorram trocas linguísticas.

Para Cokely (1985), a habilidade que o intérprete possui para entender e selecionar as estruturas sintáticas e os elementos léxicos da língua oral depende da sua competência linguística nessa mesma língua. O limite de tempo mínimo de atraso do qual o intérprete dispõe para realizar a sua interpretação, não deve ser ultrapassado, caso contrário as informações contextuais perdem-se.

Betty Colonomo inspirando-se na obra de Seleskovitch (1978), propôs o modelo integrado de Colonomos (1989,1992,1997) que tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos. Atualmente este modelo propõe que após receção da mensagem o intérprete procede à sua compreensão e produz a mesma, tomando decisões relativas à sua forma de produção na língua alvo (Monikowsky & Winston, 2011). Para isso, necessita de recorrer a imagens mentais sobre as possíveis representações do que está a ser transmitido no momento em que realiza o seu processo de interpretação. A intenção da pessoa, bem como a sua forma de falar, os seus aspetos culturais, os sentimentos e ideias também devem ser tido em conta durante a realização da interpretação (Colonomos, 2015).

Foi através do trabalho de Gile (2009) que começou a ser investigado o processamento neuronal no cérebro do intérprete no momento da interpretação. Segundo estes estudos, a interpretação simultânea é caracterizada por esforços: de audição e análise, de memória, de produção, e de coordenação. Para que a interpretação seja realizada sem que ocorra nenhum problema, nenhum dos esforços mencionados pode ser excessivo, não devendo a capacidade total de processamento para os esforços ser superior à capacidade total de processamento disponível do indivíduo (Gile, 2009).

Seeber (2011), inspirando-se no modelo de esforços de Gile, defende que a dificuldade em termos cognitivos da interpretação simultânea ocorre porque são desempenhadas em simultâneo duas tarefas, a compreensão e a produção, que competem entre si pelos recursos disponíveis. A partir desta ideia, o autor propõe o Modelo de Carga Cognitiva que inclui as estratégias utilizadas na interpretação simultânea. Este modelo inclui estratégias como: a tradução literal, adaptação, alteração da ordem, ampliação, omissão, equivalências, explicação e transposição. As repercussões e alterações na carga cognitiva são geridas pelos intérpretes através do silêncio, das pausas, da fragmentação do texto, da antecipação, entre outras, (Seeber,

2011).

### 6.3 As exigências emocionais do trabalho do intérprete de Língua Gestual

A síndrome de Burnout é considerada multifatorial e envolve três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Maslach et al., 2001). Segundo Carlin & Ruiz (2010), esta pode manifestar-se em situações indutoras de maior stress evidenciando sinais como diminuição progressiva de energia, desmotivação e uma marcada perda de interesse pelo trabalho. Isto pode culminar num estado de esgotamento, acompanhado por vários sintomas de ansiedade e depressão.

De acordo com o estudo de Maslach et al., (2001), parece existir uma maior incidência de burnout em profissionais que estejam em contacto direto, prolongado e emocionalmente intenso com outras pessoas, o que é o caso dos intérpretes de língua gestual. Assim, devido ao contacto permanente com terceiros, as exigências da atividade dos intérpretes podem contribuir para que experienciem altos níveis de stress e a um conseqüente esgotamento (Maslach et al., 2001).

Um risco inerente à profissão de intérprete é a empatia emocional para com a dor do outro. Para a sua auto-proteção emocional o intérprete deve munir-se de ferramentas que o auxiliem no ato de interpretações mais delicadas (Harvey, 2003).

Isto pode causar um impacto de longa duração na forma, como o profissional experiência e lida com as suas próprias situações de vida (Zenizo, 2013). A interpretação de situações com maior tensão, em que o intérprete tem de transmitir a mensagem, o tom de voz e a forma como os intervenientes se expressam, são situações em que, apesar de o intérprete saber que tem de agir de uma forma neutra e não se envolver emocionalmente na situação, acaba por ser psicologicamente inevitável um certo nível de envolvimento emocional (Harvey, 2003). Segundo Harvey (2003), sendo este um fator que varia de profissional para profissional, o intérprete deve criar um balanço quanto à quantidade de empatia sentida de forma que mantenha algum nível de distanciamento protetor.

Para Dean & Pollard (2001), o stress profissional vivenciado pelos intérpretes pode ainda estar relacionado com fatores como: as questões da confidencialidade

colocadas na prática, as exigências vindas do contexto, a falta de apoio no trabalho, o limite na tomada de decisões na interpretação e a falta de supervisão que afetam a forma como a interpretação é realizada, influenciando e resultando frequentemente em exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal.

De acordo com Woodcock & Fischer (2008), as várias horas de trabalho com pouco tempo de descanso, algo que também é frequente no trabalho dos intérpretes, podem ser fatores que causam ou agudizam stress cognitivo, mental e físico.

Estudos realizados por Pereira (2011) e Devilly et al., (2009), consideram que há ainda fatores que podem ser determinantes na exaustão e problemas emocionais do intérprete, como o facto de o trabalho do intérprete ser muitas vezes posto em causa por outros, o que destabiliza e pode impedir o sucesso na sua interpretação. Acresce ainda a linguagem pouco perceptível utilizada pelo orador no decorrer do seu discurso, o que pode causar inseguranças no intérprete, sendo-lhe muitas vezes atribuída a culpa pelo não entendimento do discurso por parte do interlocutor. Por fim, o apoio limitado, a subrecarga de trabalho e a prática de papéis ambíguos bem como a exposição do seu trabalho podem ser ainda fatores que contribuem para a elevada exigência da sua profissão.

#### 6.4 Exigências físicas (musculoesqueléticas) do Intérprete

A interpretação simultânea, para além de ser exigente a nível cognitivo, também apresenta exigências a nível físico. Segundo o estudo de Woodcock e Fischer (2008), as várias horas de trabalho com poucas pausas de descanso e os movimentos repetitivos dos membros superiores conduzem estes profissionais ao stress cognitivo, mental e físico, podendo desenvolver problemas a nível musculoesquelético.

Diversos autores como Freeman & Rogers, (2010), Fischer et al., (2012), sublinham que a má postura corporal adotada pelo intérprete na realização das suas funções pode provocar lesões por esforço repetitivo sobretudo nas mãos, dedos, punhos, cotovelos, braços, pescoço, costas, cintura, antebraço e ombros. Resultante destas lesões o intérprete pode sentir dor, dormência, sensação de peso, fadiga ou perda de força (Silva, 2010).

Estudos realizados por Bongers et al., (2002) e Latko et.al, (1999), indicam que a repetição, a força, o stress, a exposição mecânica, a postura, a baixa temperatura, a vibração e o ritmo do orador, são fatores que estão relacionados com o desenvolvimento de distúrbios nas extremidades dos membros superiores e consequente dor musculoesquelética.

Segundo o estudo realizado por Webb & Napier (2015), as principais causas de fadiga resultantes em problemas de saúde identificadas nos intérpretes resultam, no entanto, da conciliação de fatores pessoais, com obrigações familiares e profissionais. O estudo de Donner (2012), demonstrou que os intérpretes enfrentam altas pressões físicas e cognitivas, que podem desencadear distúrbios musculares e vulnerabilidade psicológica. Também no seu estudo concluiu que os intérpretes mais jovens e iniciantes estão menos expostos à pressão, ao contrário dos mais experientes que ao lidarem com esta estão mais propensos a contrair dores. Segundo Qin et al. (2008), quanto maior a dor física no punho e nas costas dos intérpretes, maior é a pressão e o seu cansaço físico.

Segundo Woodcock, K. & Fischer (2008), à atividade de intérprete de Língua Gestual estão associados vários fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento e exacerbação dos seus sintomas, e já referenciados ao longo deste trabalho tais como: o trabalho dificultado, o ambiente, o estilo de interpretação que inclui a má postura, a força exagerada ao realizar os gestos e, o stress emocional e físico. De acordo com o seu estudo, a prevenção e alívio dos sintomas por parte dos intérpretes devem incluir métodos de autocuidado como o aquecimento antes da atividade, o exercício físico e a dieta. O confronto adequado dos fatores de pressão emocional são outro ponto fulcral.



A revisão apresentada demonstra que o trabalho do intérprete de Língua Gestual pode ser uma atividade cognitiva exigente, à qual estão associados fatores de risco físicos e emocionais.

Estudos realizados por Schwenke (2012), Adigun (2019) e Schwenke et al., (2014), sugerem que o trabalho desenvolvido pelo Intérprete de Língua Gestual pode levar a elevados níveis de stress e consequente burnout que parecem ser resultado da subrecarga de trabalho, apoio limitado e da prática de papéis ambíguos. A conjugação destes fatores cognitivos, emocionais e físicos podem contribuir para o desenvolvimento de dor crónica.

Diversos estudos demonstram a existência de riscos de perturbações músculo-esqueléticas e dor relacionadas com a natureza deste trabalho (Cohn et al., 1990; Feuerstein & Fitzgerald, 1992; Meals et al., 1988). Segundo Bower (2015), os Intérpretes de Língua Gestual sofrem altas taxas de lesão por movimentos cumulativos e esgotamentos. Segundo Stedt (1992), 87,5% dos intérpretes experimentaram pelo menos dois sintomas de lesões por esforço repetitivo. O estudo realizado por DeCaro et al., (1992) demonstrou que 45% dos intérpretes apresentavam dor associada a lesões nos membros superiores.

Fatores como as variáveis biomecânicas da força, a repetição, as posturas inadequadas, o descanso ou a recuperação inadequada (Feuerstein et al., 1997), o stress, o ritmo do orador (Fischer et al., 2012), os perigos inerentes à empatia emocional com a dor do outro (Harvey, 2003), as reações inconscientes a um determinado tema ou situação, a fadiga e o desconforto, são fatores que podem afetar a resistência física e psicológica do intérprete (Woodcock & Fischer, 2008).

Estudos conduzidos por Dean & Pollart, (2001) e Caselli et al., (2020), demonstram que os riscos associados à saúde do Intérprete de Língua Gestual variam em função do ambiente de trabalho específico em que se encontram. Segundo estes mesmos estudos, o contexto educacional e a vídeo-interpretação foram os que apresentaram maiores riscos associados à saúde do Intérprete.

Neste sentido, e face ao pouco conhecimento sobre a saúde física e mental dos intérpretes portugueses o presente trabalho tem como objetivo principal estudar a presença de queixas de dor e a sua relação com dimensões cognitivas e emocionais em intérpretes de língua Gestual Portuguesa (ouvintes) que trabalhem em contexto escolar. Os objetivos mais específicos são:

1. Identificar e caracterizar a presença de dor nos Intérpretes de Língua Gestual Portuguesa em contexto escolar no Ensino Básico e Secundário. Pretende-se obter dados sobre a presença de dor e sua caracterização quanto a dimensões físicas e impacto funcional, bem como quanto à sua relação com dimensões emocionais relevantes.

2. De forma a compreenderem-se as especificidades do trabalho de intérprete, este estudo tem como segundo objetivo comparar as queixas e características da dor, o impacto funcional e a relação destas com as dimensões emocionais, entre dois grupos profissionais que desempenham o seu trabalho em contexto escolar: Intérpretes de Língua Gestual (ouvintes) e Professores (ouvintes não gestuantes).

## 8 METODOLOGIAS

### 8.1 Tipologia do Estudo.

A presente dissertação realizou-se através de um estudo analítico do tipo prospetivo e transversal.

### 8.2 Participantes

Para este estudo foram recrutados professores (ouvintes não gestuantes) e intérpretes de LGP (ouvintes) a trabalhar em contexto escolar em Portugal. A amostra deste estudo foi a que foi possível obter através do contacto com as instituições escolares. Para ambos os grupos foram utilizados como critérios de Inclusão: (1) Ser maior de idade (2) exercer funções de intérprete ou professor numa escola para a educação Bilingue no território português, (3) Lecionar ou Interpretar em turmas integradas,

com alunos surdos e ouvintes, (4) Lecionar ou Interpretar em turmas de alunos surdos, (5) ser capaz de dar o seu consentimento para a participação no estudo.

Os critérios de exclusão foram: (1) presença de diagnóstico de uma doença reumática, psiquiátrica ou neurológica que envolvessem o aumento da sintomatologia dolorosa ou perturbação emocional grave; (2) Os professores de educação física por estarem mais predispostos ao exercício físico e por a condição física ser um fator que influencia a dor, foram excluídos deste estudo.

### 8.3 Instrumentos de recolha de dados

Como instrumentos de recolhas de dados, foram utilizados cinco questionários para se proceder a uma comparação entre estes grupos.

#### **Questionário Sociodemográfico**

Foi aplicado um questionário sociodemográfico com o intuito de recolher informações sobre características de base dos participantes e realizar o despiste de fatores que possam aumentar ou diminuir o risco de dor, tais como: a idade, tempo de serviço, habilitações académicas, estado civil, historial de dor crónica, diagnóstico de doença psicológica, toma de medicação e atividade física.

#### **Questionário de McGill da dor (McGill Pain Questionnaire-MPQ)**

Este instrumento tem como objetivo medir a qualidade e a intensidade da dor sentida. O Questionário McGill Pain Questionnaire- MPQ apresenta quatro partes e é constituído por 78 palavras que descrevem a dor, e que estão divididas em quatro classes: (1) A sensorial, referente às características temporais, espaciais, de pressão e tensão (ex: latejante, lancinante, cortante, ardente). (2) A afetiva, que está associada a sentimentos de cansaço e medo (ex: cansativa, sufocante, aterradora, cruel, que enlouquece). (3) A avaliativa, referente à avaliação global da situação vivenciada pelo indivíduo, fortemente influenciada por vivências anteriores associadas à dor (ex: inquietante, intensa). (4) A classe mista, que consiste num grupo de palavras sinónimas

em que é avaliada a forma de caracterização da dor (ex: irritante, angustiante, exasperante).

Na primeira parte solicita-se ao indivíduo que indique a localização específica e a profundidade da experiência dolorosa. Na segunda parte pretende-se obter as qualidades específicas da dor. Na terceira parte pretende-se recolher informação sobre as propriedades temporais da experiência dolorosa. A quarta parte tem como objetivo avaliar a intensidade da dor presente, através de uma escala de Likert que varia entre 1 (“Ligeira”) e 5 (“insuportável”). A esta escala são adicionadas questões que pretendem obter informação sobre a maior ou menor intensidade da dor. Um resultado superior a 30 é indicador de uma psicométrica pobre, o que significa, níveis mais elevados de dor (Melzack, 1975).

O Questionário MPQ, determina a experiência dolorosa de forma válida, confiável e com adequada validade construtiva, a versão portuguesa apresenta boas qualidades psicométricas (Figueiral et al., 2002).

### **Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (Five Factors Inventory NEO-FFI)**

O Inventário dos Cinco fatores de Personalidade (NEO-FFI) dos autores Costa & McCrae (1989) é uma versão abreviada do NEO PI-R, elaborada como medida rápida, fiável e válida dos cinco domínios da personalidade do adulto (Lima & Simões, 2000). Este foi elaborado por forma a abranger as medidas de personalidades de acordo com os cinco domínios distintivos: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade. Composto por 60 itens é avaliado de acordo com uma escala de Likert que varia entre 0 (“Discordo Fortemente”) e 5 (“concordo totalmente”).

O Questionário BFI é válido e fiel, tendo diversos estudos confirmado a relação entre diversas variáveis psicológicas com os seus domínios e relação entre as suas escalas (Costa & McCrae, 1989; Lima & Simões, 2000). A versão original deste instrumento foi desenvolvida por Costa & McCrae (1989) e foi posteriormente adaptada à população portuguesa por Lima & Simões (2000).

### **Escala de Catastrofização da dor (Pain Catastrophizing Scale – PCS)**

Para medir a percepção do indivíduo relativamente a um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor, foi aplicada a Escala de Catastrofização da dor (Pain Catastrophizing Scale – PCS). Esta escala é composta por 13 itens avaliados através de uma escala Likert que varia entre o 0 (nunca) e o 4 (sempre). A sua cotação total varia entre o 0 e 52 e é obtida através da soma dos valores. Os itens desta escala correspondem a três dimensões cuja cotação pode ser obtida através da soma dos seus itens específicos: Ruminação- soma dos itens 8, 9, 10 e 11, maximização- soma dos itens 6, 7 e 13 e desamparo- soma dos itens 1, 2, 3, 4, 5, e 12. Valores mais elevados demonstram níveis mais elevados de catastrofização (Azevedo et al.,2007).

### **Questionário de Estado de Saúde (Short Form Health Survey SF-36V2)**

Para avaliar a percepção do intérprete em relação à sua saúde foi aplicado o questionário de saúde 36 versão resumida (Short Form Health Survey SF-36V2), 2.ª versão portuguesa, validado e adaptado culturalmente por Ferreira, 2000a, 2000b.

Este instrumento é composto por 36 itens agrupados em oito dimensões: (1) capacidade funcional, referente a limitações físicas na realização de atividades físicas devido a problemas de saúde. (2) Os aspetos físicos, referente a limitações na realização de atividades diárias devido a problemas físicos. (3) Os aspetos emocionais, referente a limitações na realização de atividades diárias devido a problemas emocionais. (4) Os aspetos sociais, referente a limitações na realização de atividades sociais devido a problemas físicos e emocionais. (5) A dor corporal, referente a limitações na realização de atividades devido a dores corporais. (6) A saúde mental, relacionada ao bem-estar e psicológico e ao seu inverso a ansiedade. (7) O estado geral de saúde, referente à percepção geral que o próprio indivíduo possui sobre a sua condição de saúde. (8) A vitalidade, referente aos níveis de energia e ao seu inverso os níveis de fadiga.

Os 36 itens são de resposta fechada e classificados através de uma escala de likert que varia consoante o número do item. Em cada uma das dimensões, as

pontuações dos itens são codificadas, somadas e transformadas em uma escala de 0 a 100, em que um valor mais elevado corresponde a um melhor estado de saúde. Este instrumento demonstra boas propriedades psicométricas (Ferreira, 1998; Ferreira, 2000a; 2000b).

#### 8.4 Procedimentos de recolha de dados

O projeto deste estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Anexo 1). Após a receção do parecer favorável, deu-se início à recolha de dados. Todo o estudo foi desenvolvido de acordo com os princípios de Helsínquia.

Os participantes foram recrutados em escolas de referência para a educação bilingue do ensino básico e secundário de Portugal Continental, Açores e Madeira. Estes foram separados em dois grupos: o grupo em estudo (os intérpretes ouvintes) e o grupo de controlo (os professores ouvintes não gestuantes). Ambos os grupos lecionavam e interpretavam em turmas integradas, com alunos surdos e ouvintes.

Primeiramente foi estabelecido o contato com as respetivas escolas através do envio de um e-mail a solicitar a divulgação e apelo à participação do público-alvo. Nesse e-mail foi anexo o link de acesso ao formulário que continha os questionários utilizados como método deste estudo. O consentimento na participação deste estudo era dado após a leitura da primeira página onde são fornecidas a explicação do estudo, o seu procedimento e suas implicações. Caso o participante aceitasse as suas condições clicava no botão seguinte e iniciava o estudo propriamente dito. A ordem de apresentação dos questionários foi a da descrição dos instrumentos: questionário sócio-demográfico, questionário de McGill da dor (McGill Pain Questionnaire-MPQ), inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (NEO-FFI), escala de Catastrofização da dor (Pain Catastrophizing Scale – PCS) e o questionário de Estado de Saúde (Short Form Health Survey SF-36V2).

## 8.5 Processamento dos dados

Os dados foram obtidos através de um formulário online que continha os questionários utilizados neste estudo e analisados por meio do software SPSS versão 27. Para analisar os dados demográficos foi utilizada estatística descritiva e para analisar a normalidade da distribuição das variáveis a comparar entre grupos, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. Quando se verificou que as variáveis não seguiam uma distribuição normal, optou-se pela realização de testes não paramétricos.

Os dois grupos em estudo foram emparelhados tendo em conta a variável demográfica: idade. No sentido de verificar se as variáveis quanto ao Estado Civil e ao Ciclo de ensino evidenciavam diferenças entre grupos, realizou-se o teste Qui-Quadrado e para as restantes variáveis, Anos de Serviço e Anos de Escolaridade, realizou-se o teste não paramétrico para amostras independentes de Mann-Whitney. As correlações entre as variáveis foram analisadas através do coeficiente de correlação de Spearman. A significância da estatística considerada foi de  $p \leq 0.05$ .



## 9 RESULTADOS

Este estudo contou com um número total de 101 participantes, dos quais 40 eram intérpretes e 61 eram professores. O grupo dos intérpretes era composto apenas por elementos do sexo feminino e no grupo dos professores 14 eram do sexo masculino e 47 do sexo feminino. Uma vez que são conhecidas as diferenças existentes entre homens e mulheres na percepção da dor (em termos gerais, maior sensibilidade à dor por parte das mulheres em relação aos homens), (Fillingim et al., 2009) e sendo o número de participantes do sexo masculino muito baixo, optou-se por estudar apenas os participantes do sexo feminino. O número de homens não seria suficiente para realizar uma comparação entre o sexo e poderia dificultar a análise dos resultados. Assim, os 14 elementos do sexo masculino foram excluídos do estudo.

### 9.1 ESTUDO 1

Num primeiro estudo procurou-se analisar os resultados obtidos a partir das respostas de todas as intérpretes e professoras.

#### 9.1.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

De acordo com o que pode ser observado na tabela 1 de um total de 87 (N=87) participantes que compõe a amostra, 47 (n=47) são professoras e 40 (n=40) intérpretes. As professoras apresentavam idades compreendidas entre os 62 e os 27 anos com uma  $M = 47.53$ ,  $DP = 9.42$ . As Intérpretes apresentavam idades entre os 57 e os 23 anos com uma  $M = 35.73$ ,  $DP = 7.43$ . No sentido de verificar se as diferenças entre estas variáveis eram significativas, após a verificação que a distribuição destas variáveis não se revelava normal através do teste Shapiro-Wilk, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para duas amostras independentes. Este indicou que as diferenças entre grupos eram significativas  $U = 304.5$ ,  $p = < 0.001$ . Nesta amostra, as professoras eram mais velhas do que as intérpretes e apresentavam mais anos de serviço  $U = 270.5$ ,  $p = < 0.001$ . No que se refere aos anos de escolaridade, estas

diferenças não eram significativas  $U = 764.5$ ,  $p = > 0.001$ . Ambos os grupos apresentavam um mínimo de 12 anos de estudo e um máximo de 22.

No sentido de verificar a independência das variáveis quanto ao Estado Civil e ao Ciclo em que lecionavam realizou-se o teste Qui-Quadrado que indicou diferenças entre os grupos,  $\chi^2 = 8.217$ ,  $p = 0.042$  e  $\chi^2 = 37.297$ ,  $p = <0.001$ , respetivamente. Relativamente ao estado civil, foi possível observar que 54.4% das professoras eram casadas e as intérpretes apresentam um valor mais elevado de 57.5% para a condição de solteiras. No que diz respeito aos ciclos em que exerciam funções, as professoras apresentam um valor mais elevado de 46,8% para a leção no 3º ciclo e secundário e as intérpretes apresentam um valor mais elevado de 40% para o 2 e 3º ciclos.

**Tabela 1**

*Caracterização Demográfica de Cada Grupo*

	Professoras (N=47)		Intérpretes (N=40)		U	$\chi^2$	p
	M (DP)	n (%)	M (DP)	n (%)			
Idade	47.53 (9.42)		35.73 (7.43)		304.5		< 0.001
Mínimo	27		23				
Máximo	62		57				
Anos de serviço	23.57 (9.45)		11.20 (6.68)		270.5		< 0.001
Mínimo	2		1				
Máximo	40		30				
Anos de Escolaridade	16.13 (2.70)		15.97 (1.62)		764.5		> 0.001
Mínimo	12		12				
Máximo	22		22				
Estado Civil						8.217	0.042
Solteira		15 (31.9)		23(57.5)			
Casada		27 (57.4)		13(32.5)			
União de Facto		3 (6.4)		4 (10)			
Viúva		2 (4.3)		-			
Ciclo em que leciona						37.297	<0.001
3º ciclo		13 (27.7)		5 (12.5)			
2 e 3º ciclo		2 (4.3)		16 (40)			
Secundário		10 (21.3)		15 (37.5)			
3º e Secundário		22 (46.8)		1 (2.5)			
2,3º e Secundário		-		3 (7.5)			

No que diz respeito às características de saúde geral das intérpretes desta amostra, é possível observar na Tabela 2 que no que respeita à presença de doença crónica 75% afirmam não ter qualquer diagnóstico. Das doenças referenciadas destaca-se a maior percentagem de 10% para as doenças musculoesqueléticas. Todas as intérpretes avaliadas negam ainda a presença de doenças psicológicas.

No que refere à toma de medicação diária, 67.5% afirmam não tomar medicação. Quando a toma de fármacos se verifica 22.5% referem toma de medicação por motivos de dor e inflamações. Quando questionadas se realizaram outro tipo de tratamentos, a percentagem mais elevada de 7.5% correspondeu a tratamentos alternativos.

A maioria das intérpretes (67.5%) descreve a prática regular de exercício físico, sendo que a maioria pratica entre 1 a 2 vezes por semana.

**Tabela 2***Caracterização da Saúde geral das Intérpretes*

	Intérpretes (N=40)
	<i>n (%)</i>
Doença crónica	
Não	30 (75.0)
Sim	10 (25.0)
Tipo de Doença	
Musculoesquelética	4 (10.0)
Dermatológica	2 (5.0)
Respiratória	1 (2.1)
Neurológica	-
Doença Psicológica	-
Outras	3 (7.5)
Medicação Diária	
Não	27 (67.5)
Sim	13 (32.5)
Tipos de medicação	
Dor e inflamação	9 (22.5)
Problemas respiratórios	1 (2.5)
Problemas Sanguíneos	1 (2.5)
Ansiedade e depressão	-
Outros	3 (7.5)
outro tipo de Tratamentos realizados	
Tratamento convencional	1 (2.5)
Tratamento alternativo	3 (7.5)
Pratica Exercício Físico	
Não	13 (32.5)
Sim	27 (67.5)
Frequência do exercício físico	
1-2 vezes por semana	12 (30.0)
2-3 vezes por semana	5 (12.5)
3-4 vezes por semana	3 (7.5)
4-5 vezes por semana	5 (12.5)
Mais de 5 vezes	3 (7.5)

## 9.2 ESTUDO 2

Uma vez que as comparações dos dados demográficos entre os grupos revelaram a diferença entre as intérpretes e as professoras em variáveis que poderão influenciar as variáveis em estudo, nomeadamente a idade, optou-se por selecionar as participantes para a análise, construindo dois grupos emparelhados pelo critério de idade. Os resultados que se apresentam de seguida, dizem assim respeito a essa mesma amostra emparelhada.

### 9.2.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

De acordo com o que pode ser observado na tabela 3, o emparelhamento da amostra permitiu a criação de 2 grupos com características mais semelhantes em relação à idade. De um total de 42 (n=42) participantes que compõe a amostra, 21 (n=21) são professoras e 21 (n=21) são intérpretes. As professoras apresentaram idades compreendidas entre os 27 e os 57 anos com uma  $M = 39.48$ ,  $DP = 6.90$ . As Intérpretes apresentaram idades entre os 27 e os 57 anos com uma  $M = 39.10$ ,  $DP = 6.95$ . No sentido de verificar se as diferenças de idades entre os grupos eram significativas, foi realizado o teste não paramétrico para duas amostras independentes, Mann-Whitney que indicou que as diferenças de idade não eram significativas  $U = 203.0$ ,  $p = 0.659$ , bem como os anos de serviço  $U = 159.0$ ,  $p = 0.120$  e os anos de escolaridade  $U = 186.5$ ,  $p = 0.362$ . Assim, as professoras e intérpretes não apresentam diferenças significativas nestas variáveis.

Relativamente ao estado civil, podemos observar na tabela 2 que 52.4% das professoras são solteiras e que 42.9% das intérpretes apresentam o mesmo valor para a condição de solteiros e casados. No que diz respeito aos ciclos em que exercem funções, as professoras apresentam um valor mais elevado de 52,4% para a lecionação no 3º ciclo e secundário e as Intérpretes apresentam o valor de 38.1% para a interpretação no 2 e 3º ciclos e Secundário.

No sentido de verificar a presença, ou não, de diferenças entre grupos nas variáveis Estado Civil e ao Ciclo em que leciona, realizou-se o teste não paramétrico Qui-

Quadrado que indicou diferenças significativas entre os grupos,  $\chi^2 = 1.650$ ,  $p = 0.648$  e  $\chi^2 = 19.600$ ,  $p = <0.001$ , respetivamente.

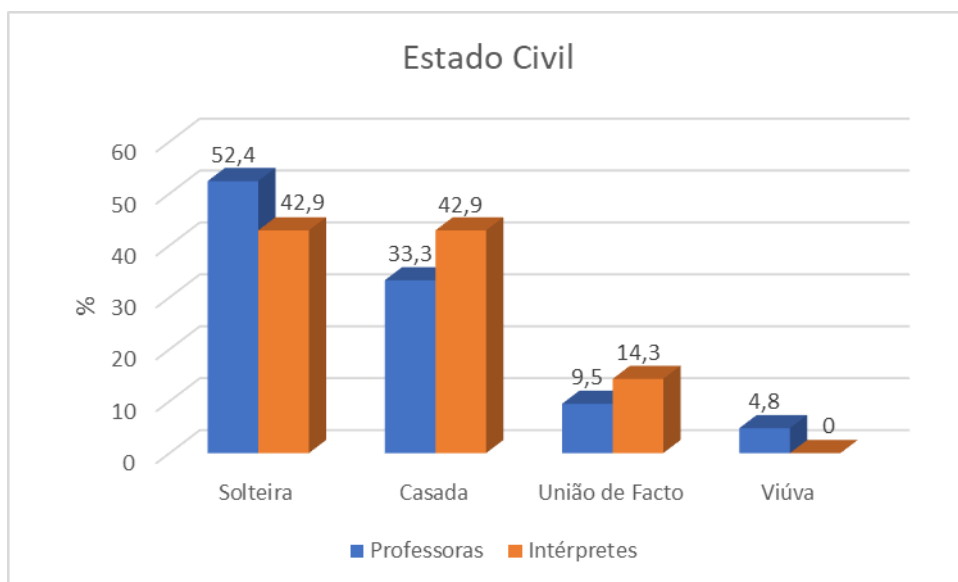
**Tabela 3**

*Caracterização Demográfica de Cada Grupo*

	Professoras (N=21)		Intérpretes (N=21)		U	$\chi^2$	P
	M (DP)	n (%)	M (DP)	n (%)			
Idade	39.48 (6.90)		39.10 (6.95)		203.0		0.659
Mínimo	27		27				
Máximo	57		57				
Anos de Serviço	17.05 (8.51)		13.48 (6.18)		159.0		0.120
Mínimo	2		4				
Máximo	34		29				
Anos de Escolaridade	16.06 (3.54)		16.48 (1.94)		186.5		0.362
Mínimo	12		12				
Máximo	19		22				
Estado Civil						1.650	0.648
Solteira		11 (52.4)		9 (42.9)			
Casada		7 (33.3)		9 (42.9)			
União de Facto		2 (9.5)		3 (14.3)			
Viúva		1 (4.8)		-			
Ciclo em que leciona						19.600	<0.001
3ºciclo		4 (19.0)		2 (9.5)			
2 e 3ºciclo		2 (9.5)		8 (38.1)			
Secundário		4 (19.0)		8 (38.1)			
3º e Secundário		11 (52.4)		-			
2,3º e Secundário		-		3 (14.3)			

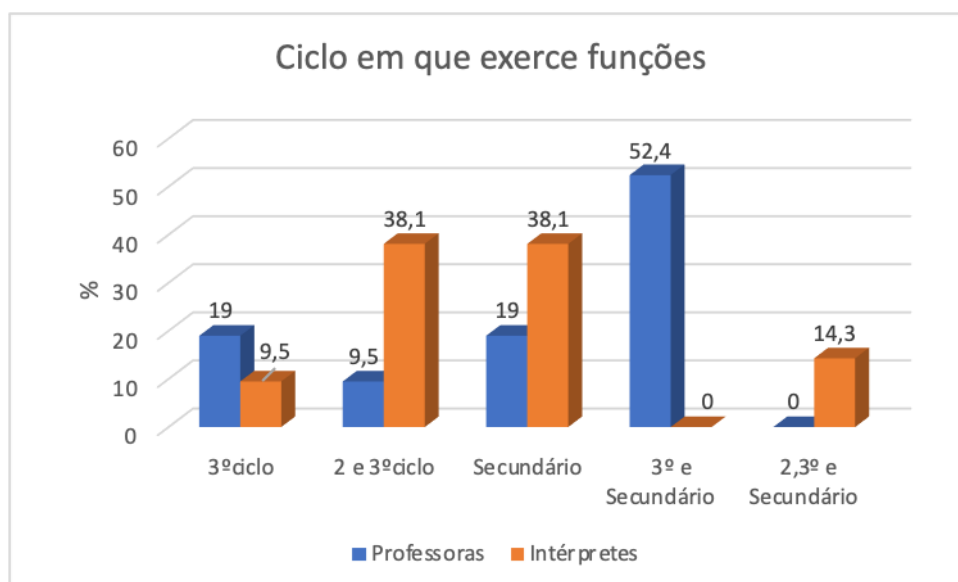
### Gráfico 1

*Caracterização do Estado Civil de Cada Grupo*



### Gráfico 2

*Caracterização do Ciclo em que Exercem Funções de Cada Grupo*



## 9.2.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS E HÁBITOS DE SAÚDE

No que diz respeito às características de saúde geral, é possível observar na Tabela 4 que no que respeita à presença de doença crónica 81% tanto de professoras como de intérpretes afirmam não ter qualquer diagnóstico. Das doenças referenciadas, as professoras possuem a percentagem mais elevada de 9.5% para doenças respiratórias e as intérpretes 14.3% para as doenças musculoesqueléticas. Todos as intérpretes avaliadas negam ainda a presença de doenças psicológicas, mas 9.5% das professoras afirma apresentar doença psicológica.

No que refere à toma de medicação diária, 76.2% tanto professoras como intérpretes afirmam não tomar medicação. No grupo das professoras há referência a diversos tipos de medicação, mas o número de indivíduos que referem tomar cada um dos tipos de fármaco é baixo e no grupo das intérpretes, 23.8% referem toma de medicação para dor e inflamações. Quando questionadas se realizaram outro tipo de tratamentos, 14.3% das professoras que responderam afirmativamente apresentam uma percentagem mais elevada para tratamentos convencionais com 9.5%.

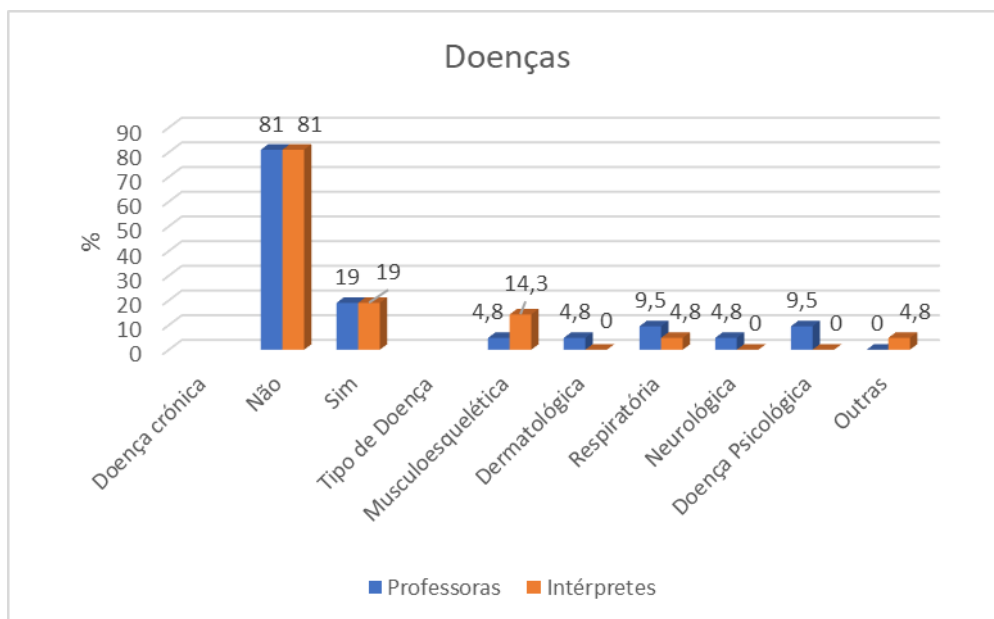
Relativamente à mesma questão 9.5% das intérpretes que responderam afirmativamente apresentam uma percentagem igual de 4.8%, quer para a realização de tratamentos convencionais quer alternativos. A maioria das professoras (66.7%) e das intérpretes (61.9%) descreve a prática regular de exercício físico, sendo que a maioria pratica entre 1 a 2 vezes por semana. Dados os valores baixos em cada nível das variáveis não foi possível fazer análise quantitativa das diferenças entre grupos.

**Tabela 4***Caracterização da Saúde geral da População de Cada Grupo*

	Professoras (N=21)	Intérpretes (N=21)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Doença crónica		
Não	17 (81)	17 (81)
Sim	4 (19)	4 (19)
Tipo de Doença		
Musculoesquelética	1 (4.8)	3 (14.3)
Dermatológica	1 (4.8)	-
Respiratória	2 (9.5)	1 (4.8)
Neurológica	1 (4.8)	-
Doença Psicológica	2 (9.5)	-
Outras	-	1 (4.8)
Medicação Diária		
Não	16 (76.2)	16 (76.2)
Sim	5 (23.8)	5 (23.8)
Tipos de medicação		
Dor e inflamação	1 (4.8)	5 (23.8)
Problemas respiratórios	1 (4.8)	-
Problemas Sanguíneos	1 (4.8)	-
Ansiedade e depressão	1 (4.8)	-
Outros	1 (4.8)	-
outro tipo de Tratamentos realizados		
Tratamento convencional	1 (4.8)	1 (4.8)
Tratamento alternativo	2 (9.5)	1 (4.8)
Pratica Exercício Físico		
Não	7 (33.3)	8 (38.1)
Sim	14 (66.7)	13 (61.9)
Frequência do exercício físico		
1-2 vezes por semana	4 (19.0)	7 (33.3)
2-3 vezes por semana	3 (14.3)	2 (9.5)
3-4 vezes por semana	1 (4.8)	2 (9.5)
4-5 vezes por semana	3 (14.3)	1 (4.8)
Mais de 5 vezes	3 (14.3)	1 (4.8)

### Gráfico 3

#### Caracterização das Doenças Referenciadas em Cada Grupo



#### 9.2.3 AVALIAÇÃO DA DOR

Para avaliação da dor foi utilizado o Questionário de McGill da dor (MPQ). Tal como pode ser verificado pela tabela 5, no que diz respeito à localização da dor não nos parece adequado uma análise das diferenças devido ao baixo número de elementos em cada célula. Contudo, é possível verificar que há uma tendência para que as intérpretes reportem a presença de dor sobretudo no pescoço, região lombar, antebraço e mão. As professoras apresentam mais dores de cabeça, no antebraço e mão. A frequência de dor parece ser mais elevada nas professoras do que nas intérpretes, sendo que nas primeiras é sobretudo interna e nas intérpretes tende a ser interna/externa. Há ainda 23.8% (n=5) professoras que refere, não ter dor, o que não acontece no grupo das intérpretes.

**Tabela 5**

*Resultados da Questão sobre a Localização da Dor do MPQ para Ambos os Grupos*

	Professoras (N=21) n (%)		Intérpretes (N=21) n (%)	
	Interna	Externa e Interna	Interna	Externa e Interna
<b>Localização da Dor</b>				
Cabeça	5(23.8)	-	-	2(9.5)
Pescoço e lombar	-	-	-	11(52.4)
Antebraço e mão	5(23.8)	-	6(28.6)	-
Peito	-	-	2(9.5)	-
Trapézio e lombar	4(19.1)	-	-	-
Pernas	2(9.5)	-	-	-
Nenhuma	5(23.8)	-	-	-

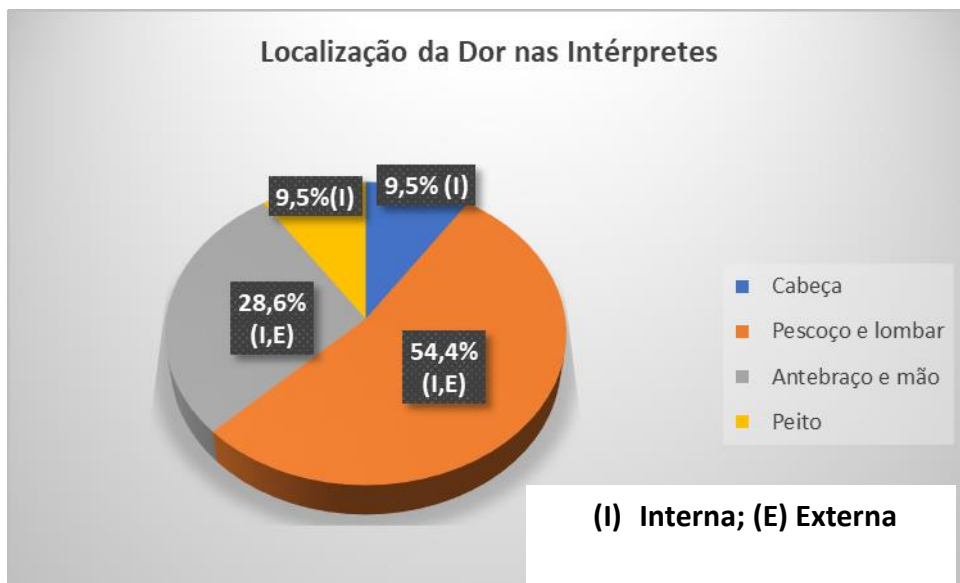
**Gráfico 4**

*Localização da dor nas Professoras*



## Gráfico 5

### Localização da dor nas Intérpretes



No que diz respeito à intensidade da dor neste momento, tal como pode ser observado na tabela 6, tanto intérpretes como professoras qualificam-na na sua maioria como ligeira. Quanto à intensidade no seu pior período, as intérpretes relatam na sua maioria como sendo desconfortável e as professoras como sendo horrível. No que respeita à intensidade da dor no seu melhor período, intérpretes e professoras qualificam-na na sua maioria como ligeiras. A frequência de dor parece ser ligeiramente mais elevada nas professoras do que nas intérpretes, sendo que as primeiras a relata com maior frequência como horrível e as intérpretes como desconfortável.

**Tabela 6**

*Resultados da Questão sobre a Intensidade da Dor do MPQ da Dor para Ambos os Grupos*

	Intensidade da Dor				
	<i>n (%)</i>				
	Ligeira	Desconfortável	Angustiante	Horrível	Insuportável
<b>Intérpretes (N=21)</b>					
Neste momento	10(47.6)	9(42.9)	2(9.5)	-	-
Pior período	-	9(42.9)	3(14.3)	5(23.8)	4(19.0)
Melhor período	16(76.2)	5(23.8)	-	-	-
Pior dor de Dentes	2(9.5)	2(9.5)	3(14.3)	5(23.8)	9(42.9)
Pior dor estômago	-	4(19.0)	4(19.0)	7(33.3)	6(28.6)
Pior dor de cabeça	-	2(9.5)	3(14.3)	7(33.3)	9(42.9)
<b>Professoras (N=21)</b>					
Neste momento	12(57.1)	7(33.3)	2(9.5)	-	-
Pior período	-	3(14.3)	3(14.3)	11(52.4)	4(19.0)
Melhor período	15(71.4)	6(28.6)	-	-	-
Pior dor de Dentes	-	2(9.5)	2(9.5)	7(33.3)	10(47.6)
Pior dor estômago	3(14.3)	-	5(23.8)	10(47.6)	3(14.3)
Pior dor de cabeça	-	-	2(9.5)	10(47.6)	8(38.1)

#### 9.2.4 CARACTERÍSTICAS E SINTOMAS ASSOCIADOS À DOR

Relativamente às características e sintomas associados à dor, tal como medida pelo Questionário MPQ pode observar-se, através da tabela 7, que no que se refere à análise do padrão da dor, as professoras apresentam um valor mais elevado de 38.1%, para a dor rítmica, intermitente e periódica. Por sua vez, as intérpretes apresentam uma frequência mais elevada de 47.6% para o padrão de dor contínua, fixa e constante. Quando questionadas se tomam algum analgésico para a dor, a percentagem mais elevada de resposta afirmativas pertence às intérpretes com 61.9%.

Em ambos os grupos podemos observar que a percentagem de sono considerado “bom” é igual para ambos os grupos, 57.1%. No entanto, as intérpretes são quem mais refere a presença de “sono irregular” (42.9%), ainda que a diferença seja pequena em relação às professoras (38.1%). No que respeita à ingestão de alimentos, 90.5% das professoras e 85.7% das intérpretes considera também que seja “boa”.

No que respeita aos sintomas associados à dor, as dores de cabeça são o sintoma que se destaca em ambos os grupos, sendo que apresenta um valor ligeiramente mais baixo de 42.9% para as professoras e 47.6% para as intérpretes. Nenhuma das diferenças indicadas atinge, no entanto, significância estatística.

**Tabela 7**

*Resultados da Questão sobre as Características e Sintomas Associados à Dor do Questionário MPQ da dor para Ambas os Grupos*

	Professoras (N=21)	Intérpretes (N=21)		
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$\chi^2$	<i>P</i>
Padrão da dor			1.222	0.543
Continua, fixa e constante	7 (33.3)	10(47.6)		
Rítmica, intermitente e Periódica	8 (38.1)	5(23.8)		
Breve, momentânea e transitória	6 (28.6)	6 (28.6)		
Toma algum analgésico			0.865	0.352
Não	11 (52.4)	8 (38.1)		
Sim	10 (47.6)	13 (61.9)		
Sono			1.059	0.589
Bom	12 (57.1)	12 (57.1)		
Irregular	8 (38.1)	9 (42.9)		
Não consigo dormir	1 (4.8)	-		
Ingestão de Alimentos			2.027	0.363
Boa	19 (90.4)	18 (85.7)		
Alguma	1 (4.8)	3 (14.3)		
Pouca	1 (4.8)	-		
Sintomas associados à dor			2.144	0.829
Náuseas	3 (14.3)	3 (14.3)		
Dores de Cabeça	9 (42.9)	10(47.6)		
Tonturas	2 (9.5)	2 (9.5)		
Sonolência	1 (4.8)	-		
Diarreia	-	1 (4.8)		
Outras	6 (28.5)	5 (23.8)		

No sentido de verificar se existiam diferenças significativas, relativamente às características da dor entre grupos, foi realizado o teste não paramétrico para duas amostras independentes, Mann-Whitney que revelou diferenças significativas entre professoras e intérpretes no Questionário MPQ da dor na subescala mista ( $U = 136.0$ ,  $p = 0.032$ ) e uma tendência, ainda que não significativa para o total das subclasses ( $U = 145.0$ ,  $p = 0.057$ ), tal como pode ser observado na tabela 8. Estes resultados sugerem que as intérpretes descrevem a presença de níveis mais elevados da componente mista e uma tendência também para descreverem níveis da componente sensorial da dor mais elevadas do que as professoras.

No que diz respeito à intensidade da dor, é de destacar que ao contrário do que ocorria nas subescalas anteriores, em que as intérpretes apresentavam valores mais elevados, na intensidade da dor esse padrão, ainda que de forma não significativa, inverte-se, e são as professoras que reportam mais intensidade.

**Tabela 8**

*Resultados da Média, Desvio padrão e Mediana e testes de Mann-Whitney do Questionário MPQ para Ambos os Grupos*

	Professoras (N=21)		Intérpretes (N=21)		U	p
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn		
<i>Questionário MPQ</i>						
Sensorial	18.85(3.88)	20.0	21.00 (3.14)	21.0	153.5	0.090
Afetiva	6.23 (1.30)	6.0	6.33 (1.15)	6.0	202.5	0.634
Avaliativa	2.04 (0.92)	2.0	2.38 (1.20)	2.0	187.0	0.381
Mista	7.14 (2.22)	7.0	8.61 (2.53)	9.0	136.0	0.032
Total	34.28(6.81)	33.0	38.33(6.04)	38.0	145.0	0.057
Intensidade da Dor	18.57(3.29)	19.00	17.6(3.49)	18.0	186.0	0.382

### 9.2.5 AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E CLÍNICAS

Foi também realizada a comparação da pontuação dos questionários utilizados para medir diferenças individuais, entre professoras e intérpretes. Na tabela 9 podem ser observadas as médias e os desvios padrões das subescalas e totais dos questionários utilizados neste estudo.

Em relação ao Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (NEO-FFI) não se verificaram diferenças significativas entre os grupos em nenhuma das escalas que compõem o instrumento.

As intérpretes revelam pontuações mais elevadas em todas as escalas da Escala de Catastrofização da dor (PCS). O teste não paramétrico para duas amostras independentes, Mann-Whitney, demonstrou que o grupo das intérpretes apresenta valores significativamente mais elevados do que o das professoras nas subescalas da Ruminação  $U = 126.0$ ,  $p = 0.017$  e no total da escala  $U = 139.5$ ,  $p = 0.041$ . Isto sugere que as intérpretes apresentam níveis mais elevados de pensamentos negativos em relação aos acontecimentos associados à dor, bem como maior intensidade e desconforto causados pela dor na execução de atividades usuais.

Relativamente ao Questionário de Estado de Saúde (SF-36V2) verifica-se uma tendência para a existência de diferenças significativas na pontuação da subescala de percepção de saúde física entre professoras e intérpretes  $U = 144.5$ ,  $p = 0.052$ , e diferenças que atingem a significância nas pontuações da subescala da dor corporal  $U = 134.0$ ,  $p = 0.028$ . Deste modo, as professoras reportam melhor percepção de saúde em relação às limitações causadas por problemas físicos e consideram o seu estado de saúde em relação à dor, como sendo melhor, quando comparado com as intérpretes.

**Tabela 9**

*Resultados da Média, Desvio padrão e testes de Mann-Whitney das Principais Medidas dos Questionários Utilizados por Grupo*

	Professoras (N=21)		Intérpretes (N=21)		U	P
	M (DP)	Mdn	M (DP)	Mdn		
<b>NEO-FFI</b>						
Neuroticismo	20.04 (8.71)	21.0	21.47 (9.49)	23.0	189.5	0.435
Extroversão	31.76 (6.11)	32.0	33.33 (4.91)	32.0	189.5	0.434
Abertura	27.66 (5.26)	28.0	29.80 (7.37)	29.0	186.5	0.391
Amabilidade	34.47 (4.16)	34.0	34.38 (3.91)	34.0	220.0	0.990
Conscienciosidade	37.04 (6.02)	37.0	36.33 (6.27)	35.0	200.5	0.614
<b>PCS</b>						
Ruminação	6.80 (3.51)	6.0	10.04 (4.93)	11.0	126.0	0.017
Maximização	4.14 (2.65)	3.0	5.52 (3.69)	6.0	171.0	0.209
Desamparo	7.90 (5.46)	7.0	10.76 (5.76)	10.0	160.5	0.130
Total	18.85(10.54)	17.0	26.33(12.80)	27.0	139.5	0.041
<b>SF-36V2</b>						
Capacidade Funcional	90.71(9.25)	95.0	86.66(14.17)	90.0	197.5	0.555
Aspetos Físicos	4.27 (0.98)	4.75	3.83 (0.88)	4.0	144.5	0.052
Aspetos Emocionais	4.31 (0.99)	5.0	4.06 (0.87)	4.0	169.0	0.176
Aspetos Sociais	77.38(22.91)	75.0	68.45(21.51)	75.0	165.5	0.157
Dor Corporal	68.38(28.82)	74.0	54.47(21.09)	51.0	134.0	0.028
Saúde Mental	38.28 (9.68)	36.0	41.33 (9.06)	40.0	176.5	0.264
Estado Geral de saúde	64.38(20.67)	72.0	62.57(22.95)	62.0	211.5	0.820
Vitalidade	49.52 (4.44)	50.0	48.33 (6.19)	50.0	193.0	0.460

### 9.2.6 CORRELAÇÕES ENTRE A DOR E AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E INDIVIDUAIS

Para verificar a relação entre a pontuação no Questionário MPQ e as restantes medidas demográficas e características individuais foram analisadas as correlações de Spearman em cada um dos grupos, tal como demonstra a tabela 10.

Os resultados mostraram que no grupo dos intérpretes, a idade se correlaciona significativamente com a subescala avaliativa  $r(442) = 0.045, p < 0.05$ . Isto sugere, de tal como esperado, que quanto mais velhas as intérpretes, mais elevada é a pontuação na avaliação global da dor vivenciada. Por outro lado, foi possível ainda encontrar correlações entre os anos de escolaridade e a mesma componente da dor, mas no sentido inverso: quanto maior o nível de escolaridade dos intérpretes, menores os níveis de dor nesta componente  $r(455) = -0.038, p > 0.05$ . O ciclo em que lecionam correlacionou-se negativamente com as subescalas sensorial  $r(466) = -0.033, p > 0.05$ , afetiva  $r(626) = -0.002, p > 0.01$  e com o total das subclasses  $r(463) = -0.035, p < 0.01$ . Exercer funções de intérprete em níveis de escolaridade mais elevados, ou seja, com crianças mais velhas, parece estar relacionado com menores níveis de dor.

No grupo das professoras, verificam-se as correlações semelhantes, ou seja, as pontuações na subescala sensorial  $r(522) = -0.015, p > 0.05$ , na subescala afetiva  $r(541) = -0.011, p > 0.05$  e no total das subclasses  $r(542) = -0.011, p > 0.05$ , tal como demonstra a tabela 10 correlacionam-se negativamente com níveis de ensino.

Quando relacionadas as características demográficas com Questionário SF-36V2, não foram encontradas correlações, em ambos os grupos.

**Tabela 10**

*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Características Demográficas e os Questionários MPQ e SF-36V2 nos Dois Grupos em Estudo*

	Características Demográficas				
	Idade	Anos de Serviço	Anos de Escolaridade	Estado Civil	Ciclo em que leciona
<b>Intérpretes (N=21)</b>					
MPQ					
Sensorial	.343	.008	-.144	.227	-.466*
Afetiva	.418	.289	.047	.094	-.626**
Avaliativa	.442*	.144	-.455*	.286	-.305
Mista	-.042	.040	-.058	.298	-.051
Total	.319	.042	-.149	.281	-.463*
SF-36V2					
Capacidade Funcional	.069	.057	-.159	.300	-.425
Aspetos Físicos	-.319	-.083	.243	.088	.028
Aspetos Emocionais	-.210	-.144	-.145	-.069	-.177
Aspetos Sociais	-.178	-.138	.146	.322	-.055
Dor Corporal	-.429	-.175	.274	.203	.165
Saúde Mental	-.063	-.044	-.224	-.411	.131
Estado Geral de Saúde	-.106	-.011	.176	-.222	-.088
Vitalidade	.161	-.300	.377	.367	-.334
<b>Professoras (N=21)</b>					
MPQ					
Sensorial	-.123	-.261	.108	.422	-.522*
Afetiva	-.220	-.224	.140	.096	-.541*
Avaliativa	-.002	-.301	.122	.036	-.086
Mista	-.170	-.410	-.248	.349	-.416
Total	-.100	-.327	.044	.323	-.542*
SF-36V2					
Capacidade Funcional	.185	.114	.027	.248	-.121
Aspetos Físicos	-.010	.200	-.106	-.048	.207
Aspetos Emocionais	.159	.323	-.085	.014	.153
Aspetos Sociais	.063	.179	-.193	-.046	.316
Dor Corporal	.070	.409	.004	.278	.422
Saúde Mental	-.238	-.345	.271	-.058	-.306
Estado Geral de Saúde	.111	.119	-.153	.239	.165
Vitalidade	.053	.267	-.319	-.155	-.280

\* A correlação é significativa no nível 0.05 \*\* A correlação é significativa no nível 0.01

### 9.2.7 CORRELAÇÕES ENTRE AS DIFERENÇAS INDIVIDUAIS NA PERSONALIDADE, A DOR E A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

As correlações de Spearman entre o Questionário NEO-FFI e o Questionário SF-36V2 podem ser encontradas na tabela 11. Verificou-se a presença de correlações negativas significativas, no grupo das intérpretes, entre a subescala do neuroticismo com os aspetos sociais  $r(570) = -0.007, p < 0.01$  e saúde mental  $r(568) = -0.007, p < 0.01$ , o que significa que quanto mais elevada a tendência para experimentar emoções negativas mais baixa a percepção do estado de saúde, quanto ao impacto de problemas físicos e emocionais na realização de atividades sociais e pior o bem-estar psicológico. Verificaram-se ainda correlações negativas entre a subescala de extroversão e a saúde mental  $r(478) = -0.029, p > 0.05$ , sugerindo que quanto mais elevada a tendência para ser sociável e otimista menor é a interferência do bem-estar psicológico. Por outro lado, quanto mais elevados os valores de conscienciosidade melhor a percepção de saúde em relação à vitalidade  $r(530) = 0.013, p > 0.05$ , o que significa que quanto maior é a tendência para ser determinado, cumpridor e possuir força de vontade maior os níveis de energia.

Referente ainda ao grupo das intérpretes, quando analisadas as correlações entre o NEO-FFI com o MPQ, a subescala da abertura à experiência apresenta correlação negativa com a componente intensidade da dor  $r(679) = -0.001, p < 0.01$ , o que sugere que quanto mais elevados os níveis associados a uma procura proactiva pela vivencia de novas experiências mais baixa é a intensidade da dor nas intérpretes. A subescala da conscienciosidade apresenta correlação negativa com a componente mista  $r(518) = -0.016, p < 0.05$ , sugerindo que quanto maior é a tendência para ser determinado, cumpridor e possuir força de vontade mais baixa a pontuação nesta componente.

No grupo das professoras, analisadas as correlações entre o Questionário NEO-FFI e o Questionário SF-36V2, tal como demonstra a tabela 10, verificámos a presença de correlações negativas significativas entre a subescala do neuroticismo e os aspetos emocionais  $r(597) = -0.004, p > 0.01$ , sociais  $r(626) = -0.002, p > 0.01$  e o estado geral da saúde  $r(688) = -0.001, p < 0.01$  e correlações positivas com a saúde mental  $r(845) = -0.001, p < 0.01$ , o que significa que quanto mais elevada a tendência para experimentar

emoções negativas melhor é a percepção geral do estado de saúde quanto às limitações em saúde e ao impacto de problemas físicos e emocionais na realização de atividades sociais e menor é a interferência do bem-estar psicológico. Verificaram-se ainda correlações negativas entre a subescala da abertura à experiência com a subescala dos aspectos físicos  $r(458) = -0.037, p < 0.05$ , com os aspectos sociais  $r(597) = -0.010, p < 0.05$  e a dor corporal  $r(525) = -0.015, p < 0.05$ , o que sugere que quanto mais elevada a procura pela vivência de novas experiências melhor a percepção do estado de saúde quanto ao impacto de problemas físicos e emocionais na realização de atividades sociais e mais baixa a intensidade da dor.

Por sua vez, o grupo das professoras não apresenta correlações entre o NEO-FFI com o MPQ.

**Tabela 11**

*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionários NEO-FFI o SF-36V2 e o MPQ em Ambos os Grupos*

	NEO-FFI				
	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Amabilidade	Conscienciosidade
<b>Intérpretes(N=21)</b>					
<b>SF-36V2</b>					
Cap. Funcional	-.321	.295	.138	-.083	-.212
Asp. Físicos	-.244	-.010	-.049	-.189	-.056
Asp. Emocionais	-.090	.268	.433	.112	.308
Aspetos Sociais	-.570**	.258	-.130	.059	-.152
Dor Corporal	-.368	.065	-.086	-.023	-.354
Saúde Mental	-.568**	-.478*	.036	-.136	-.137
Est. Geral Saúde	-.425	.091	.012	-.202	-.062
Vitalidade	.340	.041	.347	.166	.530*
<b>MPQ</b>					
Sensorial	.076	-.167	-.083	-.159	.193
Afetiva	.017	.024	.214	.208	.120
Avaliativa	.020	.206	-.313	.154	.077
Mista	.349	-.224	-.014	-.050	.518*
Total	.123	-.092	-.069	-.033	.375
Intensidade dor	-.212	-.037	-.679**	-.188	-.281
<b>Professoras(N=21)</b>					
<b>SF-36V2</b>					
Cap. Funcional	-.179	.099	-.094	-.047	.036
Asp. Físicos	-.401	-.052	.058*	-.114	-.090
Asp. Emocionais	-.597**	-.103	-.302	-.112	-.252
Aspetos Sociais	-.626**	.208	-.547*	.056	.110
Dor Corporal	-.377	-.226	-.525*	-.269	-.127
Saúde Mental	.845**	-.161	.239	.029	-.209
Est. Geral Saúde	-.668**	.115	-.276	.127	-.300
Vitalidade	.323	-.139	-.017	.006	-.086
<b>MPQ</b>					
Sensorial	.304	-.019	.250	.008	.076
Afetiva	.257	.009	.323	-.090	-.132
Avaliativa	.151	-.021	.192	.029	.057
Mista	.401	-.166	.166	.166	.010
Total	.333	.001	.332	.067	.072
Intensidade dor	.074	.035	-.101	.212	.168

\* A correlação é significativa no nível 0,05 \*\* A correlação é significativa no nível 0,01

## 9.2.8 CORRELAÇÕES ENTRE A CATASTROFIZAÇÃO E A DOR

### Grupo das intérpretes

De destacar, na tabela 12, as correlações inesperada e de difícil interpretação que surge no grupo das intérpretes. Quando analisadas as correlações entre o PCS com o MPQ, a pontuação total do Questionário PCS, demonstrou uma correlação negativa com a Intensidade da dor  $r(449) = -0.041, p > 0.05$  e a subescala do desamparo com a dor corporal  $r(477) = -0.029, p > 0.05$ , isto sugere que quanto maior o desânimo menor a intensidade da dor e quanto mais desamparados as intérpretes se sentem menor é a sua dor corporal.

No grupo das intérpretes, quando analisadas as correlações entre o Questionário PCS e o Questionário SF-36V2, verificou-se a presença de correlações entre a subescala da ruminação e a capacidade funcional  $r(451) = -0.040, p > 0.05$  e entre a subescala da maximização com as subescalas da capacidade funcional  $r(463) = -0.035, p > 0.05$ , com os aspetos sociais  $r(508) = -0.019, p > 0.05$  e o estado geral de saúde  $r(467) = -0.033, p > 0.05$ , como pode ser verificado pela tabela 12. Estas correlações indicam que quanto mais elevada a tendência para experimentar emoções negativas e tendência para o exagero na apreciação da ameaça mais baixa é a capacidade do individuo para realizar atividades físicas. Quanto mais elevada a tendência para o exagero na apreciação da ameaça pior é a percepção do estado de saúde quanto ao impacto de problemas físicos, emocionais, na realização de atividades sociais e na apreciação da sua saúde atual em geral.

Pontuações elevadas na subescala de desamparo correlacionam-se negativa e significativamente com a percepção do estado de saúde, mais especificamente com a capacidade funcional  $r(444) = -0.044, p > 0.05$ , os aspetos físicos  $r(525) = -0.015, p < 0.05$  os aspetos sociais  $r(577) = -0.006, p > 0.01$  e positivamente com a vitalidade  $r(457) = -0.037, p < 0.05$ , o que sugere que quanto mais elevada a desvalorização da capacidade e dos recursos de gestão e controlo da experiência de dor mais baixa é a capacidade do individuo para realizar atividades físicas, bem como a percepção do estado de saúde quanto ao impacto de problemas físicos e emocionais na realização de atividades sociais e maior os níveis de energia e fadiga. A pontuação total do

Questionário PCS demonstrou também correlações negativas significativas com a capacidade funcional  $r(520) = -0.016, p < 0.05$ , os aspetos sociais  $r(522) = -0.015, p < 0.05$ , com o estado geral de saúde  $r(480) = -0.037, p < 0.05$ , o que indicam que maior o desânimo mais baixa é a percepção do estado de saúde nestas subescalas.

### **Grupo das professoras**

No grupo das professoras, tal como demonstra a tabela 12, a correlações de Spearman entre o PCS e o SF-36V2, verificámos a correlação significativa negativa entre a subescala da ruminação com as subescalas dos aspetos físicos  $r(441) = -0.041, p > 0.05$ , aspetos emocionais  $r(467) = -0.033, p > 0.05$ , aspetos sociais  $r(639) = -0.033, p < 0.01$ , e estado geral de saúde  $r(645) = -0.001, p > 0.01$ . Estas correlações indicam que quanto mais elevada a tendência para experimentar emoções negativas mais baixa é a capacidade do individuo para realizar atividades físicas, pior a percepção do estado de saúde em geral. Verificam-se ainda correlações negativas entre a subescala da maximização e as subescalas aspetos físicos  $r(723) = -0.001, p < 0.01$ , aspetos emocionais  $r(753) = -0.001, p > 0.05$ , aspetos sociais  $r(756) = -0.001, p < 0.01$ , dor corporal  $r(537) = -0.012, p < 0.05$ , estado geral de saúde  $r(471) = -0.001, p > 0.05$ . Assim, quanto mais elevada a tendência para o exagero na apreciação da ameaça mais baixa pontuação nas subescalas e pior a intensidade e desconforto originado pela dor.

Pontuações elevadas na subescala de desamparo correlacionam-se significativamente com uma pior percepção do estado de saúde em termos emocionais  $r(455) = -0.038, p > 0.05$ , Sociais  $r(619) = -0.003, p > 0.01$ , e estado geral da saúde  $r(684) = -0.001, p < 0.01$ . O que sugere que quanto maior a desvalorização da capacidade e dos recursos de gestão e controlo da experiência de dor pior é a percepção do estado geral de saúde.

De forma semelhante, o total das subclasses do questionário PCS demonstra correlações negativas significativas com os aspetos físicos  $r(480) = -0.028, p > 0.05$ , aspetos emocionais  $r(455) = -0.020, p > 0.05$ , aspetos sociais  $r(743) = -0.001, p < 0.01$  com estado geral da saúde  $r(706) = -0.001, p < 0.01$ , o que indica que quanto maior o desânimo pior é a percepção do estado geral de saúde, nestas subescalas.

Quanto mais elevada a ruminação  $r(735) = 0.001, p < 0.01$ , maximização  $r(725) = 0.001, p < 0.01$ , o desamparo  $r(672) = 0.001, p < 0.01$  e a pontuação total da escala  $r(763) = 0.001, p < 0.01$ , maior é a interferência do bem-estar psicológico, saúde mental.

Referente ainda grupo das professoras, quando analisada as correlações entre o PCS e o Questionário MPQ, verificámos que a maximização se correlaciona significativamente com a sensorial  $r(606) = -0.004, p > 0.01$ , com a afetiva  $r(528) = -0.014, p > 0.05$  e com a total das subclasses  $r(564) = -0.008, p > 0.01$ . A subescala do desamparo correlacionou-se significativamente com a sensorial  $r(521) = -0.015, p > 0.01$ , com a afetiva  $r(586) = -0.005, p > 0.05$  e com a total das subclasses  $r(555) = -0.009, p > 0.05$ . O que sugere que quanto mais elevados são os níveis de apreciação à ameaça e desvalorização da capacidade e dos recursos de gestão e controlo da experiência dolorosa pior são os níveis globais da situação dolorosa vivenciada pelo indivíduo, bem como sentimentos negativos associados e pior as características temporais, espaciais, de pressão e tensão associados à dor. A subescala total das subclasses do Questionário PCS, apresentou correlações significativas com a subescala sensorial  $r(521) = -0.015, p > 0.05$ , com a afetiva  $r(551) = -0.010, p > 0.01$  e com a total das subclasses  $r(563) = -0.008, p > 0.01$ , do Questionário MPQ, indicando assim que quanto maior o desânimo pior são os níveis associados às componentes sensorial, afetiva e total do Questionário MPQ.

**Tabela 12**

Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre os Questionário PCS o SF-36V2 e o MPQ em Ambos os Grupos

	PCS			
	Ruminação	Maximização	Desamparo	Total
<b>Intérpretes(N=21)</b>				
SF-36V2				
Cap. Funcional	-.451*	-.463*	-.444*	-.520*
Asp. Físicos	.062	-.153	-.525*	-.254
Asp. Emocionais	.047	-.180	-.097	.010
Aspetos Sociais	-.308	-.508*	-.577**	-.522*
Dor Corporal	-.056	-.270	-.477*	-.362
Saúde Mental	.261	.393	.234	.345
Est. Geral Saúde	-.299	-.467*	-.430	-.480*
Vitalidade	.080	.115	.457*	.322
MPQ				
Sensorial	-.004	-.035	.207	.150
Afetiva	-.157	-.347	.202	-.008
Avaliativa	-.148	-.027	.042	-.045
Mista	.053	.203	.232	.173
Total	-.011	-.016	.238	.147
Intensidade dor	-.401	-.232	-.394	-.449*
<b>Professoras(N=21)</b>				
SF-36V2				
Cap. Funcional	-.171	-.267	-.164	-.218
Asp. Físicos	-.441*	-.723**	-.391	-.480*
Asp. Emocionais	-.467*	-.753**	-.455*	-.505*
Aspetos Sociais	-.639**	-.756**	-.619**	-.743**
Dor Corporal	-.334	-.537*	-.263	-.374
Saúde Mental	.735**	.725**	.672**	.763**
Est. Geral Saúde	-.645**	-.471*	-.684**	-.706**
Vitalidade	.362	.161	.284	.315
MPQ				
Sensorial	.407	.606**	.521*	.544*
Afetiva	.329	.528*	.586**	.551**
Avaliativa	.155	.208	.218	.232
Mista	.261	.330	.266	.315
Total	.412	.564**	.555**	.563**
Intensidade dor	.068	-.020	-.013	.028

\* A correlação é significativa no nível 0,05 \*\* A correlação é significativa no nível 0,01

### 9.2.9 CORRELAÇÕES ENTRE A DOR E A PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

De destacar algumas correlações positivas inesperadas, que podem sugerir que são difíceis de interpretar. No grupo das professoras a subescala afetiva do MPQ demonstra correlações positivas com a subescala da saúde mental  $r(541) = 0.011$ ,  $p > 0.05$ , do Sf-36V2. A subescala total das subclasses de MPQ demonstra correlações positivas com a saúde mental  $r(538) = 0.012$ ,  $p > 0.05$ , e a vitalidade  $r(443) = 0.044$ ,  $p < 0.05$ , do Sf36, Tal como podem ser verificadas pela tabela 13.

No grupo das intérpretes, quando analisadas as correlações de Spearman entre o Questionário MPQ e o Questionário SF-36V2, verificou-se a presença de correlações entre as subescalas, avaliativa  $r(573) = -0.007$ ,  $p > 0.01$ , mista  $r(445) = -0.043$ ,  $p < 0.01$  e o total das subclasses  $r(504) = -0.020$ ,  $p > 0.05$ , com a subescala dor corporal, sugerindo, tal como esperado, que quanto maior os níveis de caracterização e avaliação associadas à dor pior a intensidade e desconforto originados por esta. Verificam-se ainda correlações negativas entre a intensidade da dor e a subescala aspetos emocionais  $r(454) = -0.039$ ,  $p > 0.05$ , o que sugere que quanto maior é a intensidade da dor pior são as limitações na saúde devido a problemas emocionais. A subescala mista e a vitalidade  $r(470) = -0.032$ ,  $p > 0.05$  apresentaram uma correlação negativa, o que sugere que quanto mais elevados os níveis de caracterização da dor mais baixos são os níveis de energia.

Realizada a mesma análise no grupo das professoras, verificámos a presença de correlações negativas significativas entre a subescala **sensorial** com a subescala os aspetos físicos  $r(537) = -0.012$ ,  $p > 0.05$ , aspetos emocionais  $r(476) = -0.032$ ,  $p > 0.05$ , aspetos sociais  $r(605) = -0.004$ ,  $p > 0.01$ , dor corporal  $r(479) = -0.028$ ,  $p > 0.05$  e positivamente com a saúde mental  $r(536) = -0.02$ ,  $p > 0.05$ , o que significa que quanto maiores os níveis na caracterização temporal, espacial, de pressão e tensão da dor pior a percepção do estado de saúde componente física, emocional, social, bem estar psicológico e intensidade e desconforto originados pela dor. A subescala **afetiva** demonstra correlação com os aspetos físicos  $r(511) = -0.018$ ,  $p > 0.05$ , aspetos sociais  $r(579) = -0.006$ ,  $p > 0.01$ , dor corporal  $r(564) = -0.008$ ,  $p > 0.01$  com o estado geral de saúde  $r(619) = -0.003$ ,  $p > 0.01$ . O que indica que quanto maior o nível sentimentos negativos pior é a percepção do estado geral de saúde, nestas subescalas.

Verificaram-se ainda correlações negativas entre a subescala **avaliativa** com os aspetos físicos  $r(670) = -0.001, p < 0.01$ , aspetos sociais  $r(474) = -0.030, p > 0.05$ , dor corporal  $r(541) = -0.011, p > 0.05$  e positivamente com a vitalidade  $r(477) = -0.029, p > 0.05$ . Assim, quanto mais elevados os níveis na componente na dimensão avaliativa pior a perceção do estado de saúde nos componentes aspetos físicos, sociais, dor corporal e pior os níveis de fadiga. A subescala **mista** demonstra correlação com os aspetos sociais  $r(535) = -0.012, p > 0.05$  e com a dor corporal  $r(472) = -0.031, p > 0.05$  e a subescala total das subclasses do MPQ demonstra correlação com os aspetos físicos  $r(610) = -0.003, p > 0.01$ , os aspetos sociais  $r(672) = -0.001, p < 0.01$ , a dor corporal  $r(609) = -0.003, p > 0.01$ , o estado geral da saúde  $r(458) = -0.037, p > 0.05$ . Assim, pontuação mais elevada no Questionário de MPQ, portanto, mais dor, está associada a pior perceção do estado de saúde nas dimensões indicadas.

**Tabela 13**

*Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman entre o Questionário MPQ e o SF-36V2 em Ambos os Grupos*

	MPQ					
	Sensorial	Afetiva	Avaliativa	Mista	Total	Inten. da Dor
<b>Intérpretes (N=21)</b>						
SF-36V2						
Capacidade Funcional	-.014	.162	.002	-.183	-.057	.033
Aspetos Físicos	-.227	-.317	-.392	-.336	-.327	-.072
Aspetos Emocionais	.230	.226	.021	-.036	.175	-.454*
Aspetos Sociais	-.038	-.079	-.099	-.314	-.159	.192
Dor Corporal	-.432	-.331	-.573**	-.445**	-.504*	.171
Saúde Mental	-.138	-.211	-.213	-.151	-.189	-.285
Estado Geral de Saúde	.212	.357	-.079	-.094	.126	.018
Vitalidade	.232	.301	-.184	-.470*	.353	-.217
<b>Professoras (N=21)</b>						
SF-36V2						
Capacidade Funcional	-.217	-.364	-.311	-.089	-.241	-.277
Aspetos Físicos	-.537*	-.511*	-.670**	-.390	-.610**	.025
Aspetos Emocionais	-.476*	-.274	-.360	-.208	-.429	-.146
Aspetos Sociais	-.605**	-.576**	-.474*	-.535*	-.672**	.077
Dor Corporal	-.479*	-.564**	-.541*	-.472*	-.609**	.128
Saúde Mental	.536*	.541*	.143	.418	.538*	-.098
Estado Geral de Saúde	-.363	-.619**	-.205	-.263	-.458*	.274
Vitalidade	-.353	.257	.477*	.407	.443*	-.415

\* A correlação é significativa no nível 0,05 \*\* A correlação é significativa no nível 0,01



## 10 DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo identificar e caracterizar a presença de dor em intérpretes de Língua Gestual Portuguesa (ouvintes) a trabalhar em contexto escolar e relacionar estas queixas com a sua saúde física e mental. Em segundo lugar, pretendeu-se comparar a presença de dor nesta população com uma população de professores (ouvintes não gestuantes). Verificou-se que apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis demográficas e às características de personalidade, encontravam-se diferenças na perceção de estado de saúde e na perceção da dor. Os intérpretes consideravam ter mais dor e uma pior perceção de estado de saúde sobretudo nas suas dimensões físicas e funcionais. As correlações entre variáveis psicológicas e a perceção de saúde foram também diferentes entre os grupos, sendo que se encontram menos correlações e geralmente mais fracas entre as cognições (por exemplo, entre a catastrofização, a perceção de estados emocionais) e a dor nos intérpretes, por comparação com os professores.

### 10.1 Caracterização geral das populações em estudo

Neste estudo foi possível recolher dados de 42 intérpretes de Língua Gestual Portuguesa trabalhar em contexto escolar. Este grupo que apresentava idades à volta dos 36 anos e em média cerca de 11 anos de serviço, no momento trabalhando maioritariamente com crianças mais velhas, no 2º, 3º ciclo do básico e no ensino secundário.

Em termos de saúde a maior parte dos participantes, não apresentavam na sua maioria doenças crónicas, nem tomavam medicação regularmente, podendo por isso e segundo esta perspetiva, ser considerados saudáveis. Ainda assim, há que destacar que 22.5% (n=9) dos intérpretes diziam tomar medicação para dor e inflamações. Este valor absoluto não é muito elevado, mas reforça a ideia de que as queixas relacionadas com dor estão presentes neste grupo profissional. Verificou-se, ainda, que a maior parte dos participantes praticavam exercício físico.

Numa segunda análise procurou-se compreender de forma mais específica a população de intérpretes usando como grupo de controlo os professores, que também exerciam a sua profissão em contexto escolar. Poderão existir diversos aspetos que distinguem as funções destes dois grupos profissionais, mas ambos partilham pelo menos o contexto de trabalho e assim, pensou-se que seria o mais próximo de um possível grupo de controlo. Após uma primeira análise com um número mais elevado de intérpretes (n=40) e professores (n=47), procedeu-se à seleção de uma sub-amostra para permitir a comparação entre as populações. Esta seleção da amostra permitiu emparelhar os participantes tendo em conta a sua idade, já que diferenças de idade acentuadas poderiam contribuir para dificultar a comparação. As queixas de dor e o aumento dos problemas de saúde que acompanham o avanço da idade poderiam condicionar ainda mais as comparações. Assim, no final analisaram-se 42 participantes, 21 intérpretes e 21 professoras, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 27 e os 57 anos. Estes dois grupos não apresentavam também diferenças significativas nas variáveis demográficas estudadas e, no geral, exerciam funções no 2 e 3º ciclos e no ensino Secundário (ainda que se tenham encontrado diferenças, que podem estar relacionadas com a forma como as escolas se organizam em ciclos, podendo ter 2º ciclo e 3º, ou 3º e secundário, etc.)

Em termos de saúde, a maior parte dos participantes, intérpretes ou professores não apresentavam na sua maioria doenças crónicas, nem tomavam medicação regularmente. Ainda assim, também neste grupo e tal como indicado anteriormente há que destacar que 23.8% (n=3) das intérpretes diziam tomar medicação para dor e inflamações. Ainda em relação aos hábitos de saúde, verificou-se que em ambos os grupos a maior parte dos participantes praticavam exercício físico.

A análise dos resultados do questionário de dor utilizado (MPQ) indicam que as intérpretes descrevem ter alterações músculo-esqueléticas mais acentuadas do que as professoras, sobretudo no pescoço, região lombar, antebraço e mão, sendo que a sua dor tende a ser interna/externa. Por outro lado, as queixas de dor das professoras são sobretudo mais dores de cabeça, no antebraço e mão sendo sobretudo a sua dor interna. De referir que cerca de 24% das professoras diz não ter dor. Estas diferenças

em termos de presença e localização da dor fazem sentido, pois as intérpretes de Língua Gestual Portuguesa têm uma maior necessidade de utilizar os membros superiores, o que poderá aumentar a probabilidade de desenvolver perturbações músculo-esqueléticas nessas regiões do corpo e provocar uma sensação de dor interna/externa.

De facto, diversos estudos destacam que a interpretação pode resultar em dor e desconforto debilitante nas mãos, braços, ombros e costas. Segundo Scheuerle et al., (2000), os intérpretes relataram dor e desconforto durante e após a realização do seu trabalho. Noutro estudo, realizado por Roman & Samar (2015) com intérpretes que trabalhavam num centro de vídeo-chamada, verificou-se que os participantes identificaram o pescoço como sendo a região do corpo com maior incidência de dor. Por sua vez, no estudo realizado por Johnson & Feuerstein (2005), os intérpretes apontaram as regiões da mão e punho como sendo as com maior incidência de dor.

Além da localização, no padrão da dor há uma ligeira tendência, não significativa para ser mais contínuo, fixo e constante nas intérpretes e mais rítmica, intermitente e periódica nas professoras. Quanto à intensidade, ambos os grupos qualificam a sua dor como ligeira no seu melhor período, no entanto, as professoras apresentam uma pior qualificação para a sua dor no seu pior período, do que as intérpretes. Provavelmente, o facto de as intérpretes terem uma dor mais contínua pode explicar que a sintam como menos intensa do que as professoras que sentem dor mais ocasionalmente. Por fim, em relação às características da dor, verificou-se que as intérpretes consideram significativamente mais a sua dor como “mista”, comparando com as professoras.

Em relação às características de personalidade medidas pelo NEO-FFI, verificou-se que tal, como seria de esperar pelo facto de serem características de base e relativamente estáveis, que não havia diferenças entre os grupos.

Os resultados dos instrumentos que avaliavam características psicológicas indicaram maior tendência para a Catastrofização no grupo das intérpretes do que no das professoras. Apesar dos valores das subescalas não serem todos significativos, pelo menos no que diz respeito ao construto geral (pontuação total) e sobretudo no que diz respeito à Ruminação os valores são significativamente mais elevados.

Diversos estudos, apontam que fatores como a confiabilidade e as exigências do contexto, em particular as que expõem o intérprete a uma maior tensão acabam por induzir o intérprete a um certo nível de envolvimento emocional. A falta de confiança sobre o que está a ser interpretado a tensão e a frustração sentidas de uma forma constante podem levar os intérpretes a sentirem maior níveis de stress e consequentemente a avaliarem as situações como piores e focarem-se mais na ruminação dos assuntos (Dean & Pollard, 2001; Devilly et al., 2009; Harvey, 2003; Pereira, 2011; Schwenke, 2012).

A catastrofização é uma das características psicológicas que mais se associa ao risco de vir a desenvolver dor crónica e outros sintomas sem explicação médica (Deary et al., 2007; Jones et al., 2003; Sullivan et al., 2001) pelo que a verificação da sua presença nas intérpretes deve ser melhor estudada futuramente. Isto poderá permitir compreender os motivos da sua presença nestes profissionais de uma forma mais marcada do que noutros profissionais (como os professores) que também trabalham no contexto escolar.

Já no que diz respeito à perceção do estado de saúde, ainda que os resultados sugiram a presença de bons níveis de perceção de estado de saúde, em muitas subescalas não se encontrem diferenças significativas entre os dois grupos em estudo, é de referir que as intérpretes apresentam uma pior perceção dos aspetos físicos e consideram ter maior dor corporal do que as professoras. Também aqui se salienta a ideia de que as intérpretes se sentem fisicamente mais limitados do que as professoras.

Estes valores são relativamente semelhantes aos encontrados noutros estudos com o mesmo instrumento: Guarinello et al., (2017) identificaram a dor como um fator que afeta de maneira negativa o desempenho nas funções do Intérprete. Também Shiozawa & Lisboa, 2019, apontam para que a dor seja um fator com impacto negativo no bem-estar destes profissionais.

## 10.2 Relação entre a dor e características demográficas Intérpretes e professores

A idade dos intérpretes parece exercer influencia na forma como estes avaliam a dor, quanto mais velhos os intérpretes, mais elevada é a pontuação na componente avaliativa da dor. Ainda que os mais velhos desta amostra ainda não tenham idade muito avançada (máximo situa-se perto dos 57 anos), é de esperar que mais idade esteja associado a maior desgaste, maior probabilidade de lesões passadas e que se associe a maior dor numa profissão como a de intérprete que parece estar relacionada com um elevado desgaste. Por outro lado, quanto maior o nível de escolaridade dos intérpretes, menores os níveis de dor nesta componente. Não é fácil interpretar estes resultados, mas por um lado é sabido que níveis de escolaridade mais elevados estão associados a menor dor crónica (Karran et al., 2020) e é possível sugerir que mais formação académica possa ajudar o intérprete a saber melhor lidar com as exigências da sua profissão, com repercussões positivas na saúde.

Um outro aspeto que este estudo permitiu captar foi a tendência, quer em intérpretes quer em professoras, para se associarem níveis de dor mais elevados em profissionais a exercer funções em níveis de escolaridade mais baixos. As dimensões sensoriais e afetivas e a presença de dor (independentemente do tipo) parecem mais elevadas nestes casos, sugerindo que poderão existir exigências mais elevadas nos profissionais que trabalham com populações escolares de nível etário mais baixo. Este parece assim, ser um fator comum aos dois grupos profissionais.

No que diz respeito aos intérpretes, esta tendência também se verificou nos estudos realizados por Pollard et al., 2021, Brunson, 2011 e Casselli et al., 2020.

Nas professoras, esta tendência também se verificou no estudo realizado por Borrvalho et al., 2020, que relatam a existência de distúrbios músculo-esqueléticos mais acentuados nos professores do ensino pré-escolar. Os mesmos autores ainda constataam uma diminuição destes problemas à medida que o nível de ensino aumenta, estes resultados são coincidentes com os resultados obtidos por Fernández-Puig et al., 2015b, Borba et al., 2015, Ferreira-Esteves et al., 2014, Kokkinos, 2007, Scheuch et al., 2015, Yue et al., 2012.

De referir que não se encontraram correlações entre as características demográficas e a percepção do estado de saúde, sugerindo que os fatores demográficos apresentam pouca relevância para a percepção de estado de saúde nos indivíduos estudados.

### 10.3 Relação entre as diferenças individuais de personalidade (NEO-FFI) e a percepção do estado de saúde e a dor

Neste estudo procurou-se ainda compreender as relações entre variáveis individuais, como a personalidade e a percepção de estado de saúde e a dor, mais especificamente. Os resultados mostraram que em ambos os grupos, uma pontuação mais elevada no neuroticismo se relaciona com uma pior percepção de saúde nos seus aspetos sociais e de saúde mental. Esta relação entre neuroticismo, ou seja, a tendência para os sentimentos negativos, e pior saúde mental tem sido bastante documentada na literatura da psicologia (John P., 1990; Lima & Simões, 2000; McCrae & Costa, 1985). Curiosamente, parece ser no caso das intérpretes exclusiva para componentes emocionais. Tudo leva a crer que nesta amostra, não são as características do neuroticismo que se relacionam com queixas de dor nas suas dimensões mais físicas.

As dimensões de extroversão e conscienciosidade também parecem ter importância na percepção de saúde, sendo que a primeira se relaciona com pior saúde mental, mas a segunda, a conscienciosidade, que indica o grau em que os indivíduos são capazes de planear e de se organizarem está associada a maior percepção de vitalidade. No entanto, ainda que os indivíduos refiram mais vitalidade, revelam maior dor na componente mista. Não há propriamente dados de literatura que permitam interpretar estas correlações ambíguas, e esta característica de personalidade, que geralmente é considerada bastante positiva pelas entidades empregadoras, deve ser melhor estudada. É possível que estes indivíduos se sintam mais motivados e com maior vitalidade, ainda que apresentem mais tendência a ter queixas de dor. Eventualmente, o maior envolvimento profissional que tendem a ter e que lhes parece trazer satisfação, pode trazer em contrapartida, um aumento de dor.

A predisposição do intérprete para uma maior conscienciosidade também foi encontrada no estudo realizado por Bontempo et al., 2014, em intérpretes de Língua Gestual Britânica. Por sua vez a extroversão foi encontrada pelos mesmos, nos intérpretes dos países da língua inglesa. Por sua vez, Guarinello et al., (2017), recorrendo ao mesmo instrumento-SF36, relatou pontuações baixas obtidas pelos intérpretes nos domínios da dor, aspetos emocionais e saúde mental, sugerindo assim que estes fatores induzem a um maior stress psicológico e alterações no seu estado geral de saúde. Estes dados são também corroborados por Shiozawa & Lisboa, 2019, que sugeriram que estes fatores podem ter um impacto negativo na qualidade de vida do intérprete e que esta também poderá ser influenciada pela dor.

Pela positiva, e no que diz respeito especificamente à dor nas intérpretes, os resultados sugerem que a tendência para maior abertura à experiência, para os indivíduos procurar relacionar-se com novos aspetos da vida e viver emoções novas, poderá ter um efeito protetor em relação à dor: pontuações mais elevadas na escala de abertura estão relacionadas com menor intensidade de dor no MPQ. Esta tendência para uma maior abertura à experiência também foi encontrada por Bontempo et al., 2014, que relatam a abertura à experiência, a estabilidade emocional a extroversão e autoestima como fatores que influenciam a competência dos intérpretes.

No grupo das professoras, pontuações mais elevadas na abertura à experiência também estão correlacionadas com pior dor corporal no SF36. Ainda que as subescalas que demonstrem correlações sejam diferentes, os resultados vão no mesmo sentido.

De destacar que no grupo das professoras nenhuma das características de personalidade se relaciona com os resultados no questionário de dor MPQ. mas há relação entre personalidade e percepção de estado de saúde nos professores, sobretudo nas escalas emocionais, sociais e de saúde mental.

#### 10.4 Relação entre as características psicológicas (PCS) a percepção do estado de saúde e a dor

Este estudo mostrou ainda que no grupo das intérpretes aqueles que apresentam maior tendência para se focarem na dor, desvalorizam a sua capacidade de gestão e controlo da mesma (Ruminação, Desamparo, Maximização), parecem ter pior percepção de saúde, mais limitações físicas e na realização de atividades sociais. Também o autor Lisboa, 2019 relatou no seu estudo relações entre o desgaste físico e mental como fatores que contribuem para uma pior percepção da qualidade de vida do intérprete.

Estes fatores cognitivos também parecem exercer influência, na percepção de dor corporal e na intensidade da dor, ainda que de uma forma negativa, sugerindo que quanto maior o desânimo maior a intensidade da dor e quanto mais desamparados os intérpretes se sentem maior é a sua dor corporal.

Foi possível verificar que as que se sentiam mais desamparados eram as que consideravam ter mais dor (medida através da escala de dor do SF36v2) e o total da escala de catastrofização também se correlacionava com uma maior intensidade de dor medida pelo MPQ. A forma como avaliam o desconforto originados pela sua dor e o eventual exagero na apreciação de ameaça da dor parece, no entanto, estar associado apenas a limitações físicas, à realização de atividades sociais e a uma pior percepção do estado de saúde. Esta ideia vai de encontro aos estudos de Bontempo e Napier (2011), Guarinello et al., (2017), Lisboa, (2019), Shiozawa & Lisboa, (2019), Woodcock & Fischer (2008) e Webb & Napier, (2015), que indicam que a componente emocional, a dor, o desgaste físico, a conciliação de atividades pessoais e profissionais contribuem para uma pior percepção por parte do intérprete sobre o seu desempenho profissional e qualidade de vida e saúde.

A relação entre a Catastrofização e dor e percepção de saúde não será certamente específica para as intérpretes, sendo frequentemente relatada como um fator de risco crucial para vir a desenvolver e manter dor crónica na população em geral (Crombez et al., 2003; Deary et al. 2007; Martins et al., 1996). O presente estudo salienta a relevância dos fatores cognitivos e a necessidade de trabalhar nesta área junto de populações cujos desafios profissionais possam ainda acentuar o risco de

desenvolver dor crónica ou outras perturbações emocionais. Diversos estudos vão de encontro a esta ideia demonstrando que as exigências cognitivas, a conciliação de fatores pessoais e profissionais e a empatia emocional, podem desencadear distúrbios musculares e vulnerabilidade psicológica nos Intérpretes (Donner, 2012; Harvey, 2003; Webb & Napier, 2015).

De facto, no grupo das professoras, verificam-se ainda um maior número de correlações entre as diversas subescalas de catastrofização e a perceção de estado de saúde, nas suas mais variadas dimensões. Nestas relações é observada a tendência para considerarem ter pior saúde e mais limitações nas suas atividades sociais e emocionais os que apresentam um foco na dor e exagero na sua apreciação de ameaça (Ruminação, Desamparo e Maximização). À exceção da escala de capacidade funcional e de vitalidade, as anteriores relações geram, nas professoras, uma pior perceção sobre o seu estado de saúde e forma como avaliam o desconforto provocado pela dor.

Curiosamente, e ao contrário do que acontece com o grupo de intérpretes em que apenas se encontra uma correlação entre o total do PCS e a intensidade da dor. No grupo das professoras, há um número muito superior de correlações entre a Maximização, Desamparo e subescala total com as subescalas sensoriais, afetiva e subescala total do MPQ. Isto poderá indicar que há uma relação mais direta no grupo das professoras entre fatores cognitivos e aumento da dor. Eventualmente, nas intérpretes, outros fatores poderão esbater esta relação, tais como número de horas de trabalho, formação para lidar com as exigências físicas, etc.

#### 10.5 Relação entre a dor e a perceção de saúde

Este estudo permitiu ainda verificar a relação entre a dor e a perceção que os indivíduos têm da sua saúde. Neste sentido, no caso das intérpretes encontrou-se a esperada correlação entre as subescalas do MPQ e subescala de dor corporal do Sf36v2: quanto maior a dor no MPQ maior a perceção de dor corporal no Sf36v2. Mais interessante, verificou-se que a intensidade da dor parece ter uma relação destacada com a perceção de estado emocional medida pelo Sf36v2. A subescala mista do MPQ também apresentou relação com a vitalidade do Sf36v2 sugerindo que quanto mais

elevado o nível de caracterização mista da dor mais baixa é a perceção de energia. As intérpretes que sentiam maior intensidade da dor tinham pior perceção de saúde emocional.

De forma interessante, e mais ou menos no sentido do que já tinha acontecido entre os instrumentos anteriores, encontraram-se diversas relações entre a dor nas professoras e a sua perceção de estado de saúde. Possivelmente, isto significará que nas intérpretes estes dois fenómenos dor e estado de saúde não apresentam relações tão fortes e, como referido, outros fatores poderão ser mais determinantes para esta relação.

### **LIMITAÇÕES DE ESTUDO**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas e tidas em conta nos próximos estudos. Uma das principais limitações prende-se com a dimensão da amostra, o facto de esta ser pequena limita a sua representatividade tanto a nível profissional, como a nível geográfico.

Outra limitação apresentada por estudo é a difícil comparação entre as duas populações, por estas apresentarem diferenças na natureza do trabalho desenvolvido, pela responsabilidade inerente à sua profissão e pela utilização diária da Língua Gestual Portuguesa por um grupo, mas não pelo outro.

Para além disto, foram utilizados questionários de auto-relato, que mais facilmente estão sujeitos a enviesamentos.

A escolha dos instrumentos para a realização deste estudo foi limitada devido à sua duração de tempo de resposta e pela forma como estes foram aplicados. Através da escolha de outros instrumentos poderíamos ter conseguido obter dados mais detalhados e relevantes.

Em estudos posteriores seria importante proceder à recolha de uma amostra maior para dessa forma obter maior representatividade, recorrer a outras metodologias experimentais (nomeadamente, a avaliação da perceção da dor induzida, através do estudo de limiares de dor, modulação da dor, etc.) e proceder à recolha de dados do ambiente profissional que possam ser importantes na saúde dos intérpretes.

Condicionantes como a carga horária semanal praticada pelo intérprete, a acumulação de funções, a percepção do intérprete quanto à sua valorização profissional, são certamente variáveis que deverão ser tidas em conta em próximos estudos.

## 11 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar e caracterizar a presença de dor numa população de intérpretes de Língua Gestual Portuguesa a trabalhar em contexto escolar.

Tem vindo a ser referido que os intérpretes neste contexto estão sujeitos a níveis elevados de stress e de esforço físico, o que poderá ter consequências na qualidade do seu trabalho, na sua saúde física e emocional. Para procurar avaliar as especificidades do estado de saúde, as queixas de dor e a sua relação com características físicas e emocionais do intérprete neste contexto recorreu-se à comparação com um grupo de professores.

Os resultados mostraram que os intérpretes consideram ter mais dor, sobretudo na parte superior do corpo. Esta é descrita como uma dor interna/externa e mais contínua, do que a dos professores. Os intérpretes apresentam uma pior perceção de saúde, sobretudo nas suas dimensões físicas e, também uma maior presença de crenças de catastrofização e desamparo, do que os professores. Para os intérpretes ter menos formação parece estar relacionado com a pior perceção de saúde. Verificou-se ainda, em ambos os grupos estudados, que lecionar em ciclos de estudos mais baixos está associado a mais dor.

Destacou-se também, que os intérpretes com pontuações mais elevadas no fator de personalidade de abertura à experiência apresentavam menor intensidade de dor. No grupo dos professores, encontraram-se mais correlações entre dimensões físicas e emocionais do que no grupo dos intérpretes. Provavelmente a maior importância do desgaste físico poderá justificar que estas relações não sejam tão diretas e facilmente identificadas no grupo dos intérpretes.

Esta dissertação destaca a importância de estudar com maior detalhe os fatores que contribuem para a pior perceção de estado de saúde e maiores queixas de dor nos intérpretes de Língua Gestual Portuguesa em contexto escolar. O objetivo final é que de futuro a investigação nesta área venha a traduzir-se numa maior consciência da importância destes mesmos fatores e no desenvolvimento de planos de prevenção e intervenção que promovam uma maior adaptação e saúde dos intérpretes a trabalhar em contexto escolar. Este trabalho, sendo pioneiro em Portugal e com um timing de

relevância e aplicabilidade, pretende salientar a necessidade de revisão da Lei 89/99.

## 12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adigun, O. (2019). Burnout among sign language interpreters in Africa. *Journal of Gender, Information and Development in Africa*, 8(3), p.91-109.  
DOI:10.31920/2050-4284/2019/8n3a5
- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A. (2008). Age differences in five Personality domains across the life span. *Developmental Psychology*, May;44(3), p.758-770.  
DOI: 10.1037/0012-1649.44.3.758
- Almeida, A., Monay, E., Gonçalves, J., Dias, P., Coelho, R. & Nunes, V. (2012). Intérprete educacional: mediador da formação do conhecimento e identidade. Retirado de: [http://www.congressotils.com.br/anais/anais/tils2012\\_traducao\\_questao\\_almeidamonay.pdf](http://www.congressotils.com.br/anais/anais/tils2012_traducao_questao_almeidamonay.pdf)
- Almeida, M. (2010). Os intérpretes de língua gestual portuguesa na escola – ética e deontologia no âmbito educacional. *Surdo Notícias*, n.º 4, setembro, p. 22-23.  
Retirado : <http://hdl.handle.net/10400.26/5667>
- Angelotti, G. (2001). Tratamento da dor crônica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivocomportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*, p. 535-545. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Nacional e Profissional da Interpretação – Língua Gestual. (2016). Revisão do Código de Ética e Deontológico do Intérprete de Língua Gestual Portuguesa. Retirado: <https://anapilg.pt/codigo-de-etica-e-deontologico-do-ilgp/>
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., & Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-37.  
Retirado: [https://www.aped-dor.org/socios/material\\_bibliografico/diversos\\_Questionarios\\_Dor-Rev\\_DOR\\_Volume15-n4-2007.pdf](https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_Questionarios_Dor-Rev_DOR_Volume15-n4-2007.pdf)
- Bair, M., Wu, J., Damush, T., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70(8), p.890-897.  
Doi: 10.1097/PSY.0b013e318185c510
- Barrick, R., & Mount, M. K. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, p.1-26  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1991.tb00688.x>

- Batalha, L. (2016) Avaliação da dor. Coimbra: ESEnfC; Manual de estudo -Versão 1  
Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private> ID:120681
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press. As Cited In. Paykel, E. (1987). Cognitive Therapy and the emotional disorders: Beck. *British Journal of Psychiatry*, 150(6) p.870-871. Doi:10.1192/S0007125000214918
- Beck, A. (1964). Thinking and Depression. II. Theory and Therapy. *Archives of general psychiatry*, 10, p.561–571.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), p.184–200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beecher, K. (1946). Pain in Men Wounded in Battle. *Annals of surgery*, 123(1), p.96–105. PMID: 17858731; PMCID: PMC1803463.
- Benedetti, F. (2016). Beecher as Clinical Investigator: Pain and the Placebo Effect. *Perspectives in biology and medicine*, 59(1), p.37–45.  
<https://doi.org/10.1353/pbm.2016.0022>
- Bongers, M., Kremer, M., & ter Laak, J. (2002). Are psychosocial factors risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist? A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, p.315-342. Doi: 10.1002/ajim.10050.
- Bonica, J. (1991). History of pain concepts and pain therapy. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 58(3), p.191-202. PMID: 1875956
- Bontempo, K., & Napier, J. (2011). Evaluating emotional stability as a predictor of interpreter competence and aptitude for interpreting. *Interpreting*, 13(1), p.85–105. <https://doi.org/10.1075/intp.13.1.06bon>
- Bontempo, K., Napier, J., Hayes, L., & Brashear, V. (2014). Does personality matter? An international study of sign language interpreter disposition. *Translation and Interpreting*, Março 6(1), p.23-46. DOI:10.12807/ti.106201.2014.a02
- Borba, B., Diehl, L., Santos, A., Monteiro, J., & Marin, A. (2015). Burnout syndrome in teachers: A comparative study between the public and private education. *Psicologia Argumento*, 33, p.270-281. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO04>

- Borrvalho, L., Jesus, S., Viseu, J., & Candeias, A. (2020). Avaliação da saúde dos professores portugueses: O Questionário de Saúde Docente. *PSICOLOGIA*, 34(1), p.195–213. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1475>
- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation medicine-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 28(1), p.167-183. DOI 10.3917/cpc.028.0167
- Bower, K. (2015). Stress and burnout in video relay service (VRS) interpreting. *Journal of Interpretation*, 24(1), Article 2.  
Retirado: <http://digitalcommons.unf.edu/joi/vol24/iss1/2>
- Brunson, J. L. (2011). Video relay service interpreters: Intricacies of sign language access. Gallaudet University Press.  
Retirado: [https://www.academia.edu/30880740/Research\\_Studies\\_in\\_Interpretation\\_from\\_Gallaudet\\_University\\_Doctoral\\_Students](https://www.academia.edu/30880740/Research_Studies_in_Interpretation_from_Gallaudet_University_Doctoral_Students)
- Butchart, A., Kerr, A., Heisler, M., Piette, D., & Krein, L. (2009). Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *The Clinical journal of pain*, 25(4), p.293–298.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31818bf574>
- Capela, C., Loura, R. (2008). Perturbações de dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(5), p.30-35. Retirado: <http://hdl.handle.net/10400.10/516>
- Carlin, M., & Ruiz, E., (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología/ Annals of Psychology*, 26(1), p.169–180. Retirado: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>
- Carr, B., Loeser, J., & Morris, B. (2005). Narrative, pain and suffering. *Seattle: IASP Press* p.325-354.  
Retirado: [https://www.academia.edu/1323589/narrative\\_and\\_pain\\_toward\\_an\\_integrative\\_model](https://www.academia.edu/1323589/narrative_and_pain_toward_an_integrative_model)
- Carvalho, P. V. (2007). *Breve História dos Surdos em Portugal*. (1a ed.). Lisboa: Surd'Universo
- Caselli, N. K., Hall, W. C., & Henner, J. (2020). American Sign Language interpreters in public schools: An illusion of inclusion that perpetuates language deprivation. *Maternal and Child Health Journal*, 24(11), p.1323–1329. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02975-7>

- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). A dor crónica em Portugal. Portugal, Lisboa: Pain Proposal. Retirado: <https://docplayer.com.br/3287860-A-dor-cronica-em-portugal.htm>
- Cherubino, P., Sarzi-puttini, P., Zuccaro, M., & Labianca, R. (2012). The Management of Chronic Pain in Important Patient Subgroups. *Clin Drug Investig*, p.35–44. DOI: 10.2165/11630060-000000000-00000
- Christoffels, K., Groot, B., & Kroll, F. (2006). Memory and language skills in simultaneous interpreters: The role of expertise and language proficiency. *Journal of Memory and Language*, 54(3), p.324–345. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.12.004>
- Claar, L., Simons, E., & Logan, E. (2008). Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*, 138(1), p.172–179. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.005>
- Cohen, M., Quintner, J., & Van, S. (2018) Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Rep*;3:e634. Doi: 10.1097/PR9.0000000000000634
- Cohn, L., Lowry, M., & Hart, S. (1990). Overuse syndromes of the upper extremity in interpreters for the deaf. *Orthopedics*, 13(2), p.207–209. <https://doi.org/10.3928/0147-7447-19900201-11>
- Cokely, D. R. (1985). Towards a sociolinguistic model of the interpreting process: Focus on ASL and English (Interpreting, sign language). Georgetown University. Retirado: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Towards+a+sociolinguistic+model+of+the+interpreting+process%3A+Focus+on+ASL+and+English&author=D+Cokely&publication\\_year=1985](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Towards+a+sociolinguistic+model+of+the+interpreting+process%3A+Focus+on+ASL+and+English&author=D+Cokely&publication_year=1985)
- Colonomos, B. (2015.). Integrative Model of Interpreting, Supplemental Notes & Diagrams.p.1-7.Bilingual Mediation Center, Inc. Retirado:<http://www.diinstitute.org/wp-content/uploads/2016/03/IMI-Supplemental-Colonomos-2015.pdf>
- Costa, C., Santos, C., Alves, P. & Costa, A. (2007). Dor Oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, (6), p.855-867. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30380-9](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30380-9)
- Costa, P. & McCrae, R. (1989). Personality continuity and the changes of adult life. In *Storandt, M. & VandenBos, G. (Eds.), The adult years: Continuity and change. p. 41-77. Washington, DC: American Psychological Association.*

- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L. & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*, 104(3), p.639–646. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00121-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00121-0)
- Dean, K., & Pollard, R., (2001). Application of demand-control theory to sign language interpreting: implications for stress and interpreter training. *Journal of deaf studies and deaf education*, 6(1), p.1–14. <https://doi.org/10.1093/deafed/6.1.1>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical psychology review*, 27(7), p.781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- DeCaro, J., Feuerstein, M., & Hurwitz, A. (1992). Cumulative trauma disorders among educational interpreters. Contributing factors and intervention. *American annals of the deaf*, 137(3), p.288–292. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0483>
- Derbyshire, W., Whalley, G., Stenger, A., & Oakley, A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*, 23(1), p.392-401. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2004.04.033
- Despacho n.º 7520/98, de 6 de maio. Diário da República n.º 104 - II Série. Ministério da Educação – Gabinete da Secretária de Estado da Educação e Inovação.
- Deville, J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(4), p.373–385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Diário da Assembleia da República. (2020). Série I, nº 62, 1ª Sessão Legislativa da XIV Legislatura, p.65. Retirado: Debates Parlamentares - Diário 062, p. 65 (2020-06-09) ([parlamento.pt](http://parlamento.pt))
- Diário da Assembleia da República. (2021). II Série-A, nº52, 3ª Sessão Legislativa da XIV Legislatura, p. 17. Retirado: Debates Parlamentares - Diário 052, p. 1 (2021-12-07) ([parlamento.pt](http://parlamento.pt))
- Dias, M., & Brito, J. (2002). No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*, 1(10), p.91-105. DOI: 10.14417/ap.286

- Digman, J. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, p.417-440. DOI:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221
- Donner, A. (2012). A Biomechanical Assessment of Early and late sign language learners: impact on work style and musculoskeletal disorder risk. (*Master`s thesis*) Rochester institute of technology.  
Retirado:<https://scholarworks.rit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=9882&context=theses>
- Eysenck, J. (1976). The measurement of personality. *Psychological Medicine*, 7(3), p.546.<http://doi.org/10.1017/S0033291700004621>
- Ferreira, P. L. (1998). A Medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Documento de Trabalho 2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (1/2), 55-66.
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (3), 119-127.
- Ferreira-Esteves, A., Santos, D., & Rigolon, R. (2014). Avaliação comparativa dos sintomas da síndrome de burnout em professores de escolas públicas e privadas. *Revista Brasileira de Educação*.Out, 19(59),p.987-1002.  
DOI:10.1590/S1413-24782014000900009
- Feuerstein, M., & Fitzgerald, T. (1992). Biomechanical factors affecting upper extremity cumulative trauma disorders in sign language interpreters. *Journal of occupational medicine: official publication of the Industrial Medical Association*, 34(3), p.257–264.  
<https://doi.org/10.1097/00043764-199203000-00009>
- Feuerstein, M., Carosella, M., Burrell, M., Marshall, L., & Decaro, J. (1997). Occupational upper extremity symptoms in sign language interpreters: Prevalence and correlates of pain, function, and work disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7(4),p.187-205. doi: 10.1023/B:JOOR.0000010855.47587.0a
- Figueiral A. Adaptação Cultural e Linguística do Instrumento de Medida: McGill Pain Questionnaire. (Monografia). Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2002.
- Fillingim, R. (2017). Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain. Apr;158 Suppl 1(Suppl 1): p.11-18.*  
Doi: 10.1097/j.pain.0000000000000775.

- Filligim, R., King, C., Ribeiro, M., Williams, B., & Riley, J. (2009). Sex, gender and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5), p.447-485. Doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Fischer, L., Marshall, M., & Woodcock, K. (2012). Musculoskeletal disorders in sign language interpreters: a systematic review and conceptual model of musculoskeletal disorder development. *Work (Reading, Mass.)*, 42(2), p.173–184. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1342>
- Freeman, K., & Rogers, L. (2010). Identifying movement patterns and severity of associated pain in sign language interpreters. *College Student Journal*, 44(2), p.325. Retirado:<https://link.gale.com/apps/doc/A228428419/AONE?u=anon~7505fd74&sid=googleScholar&xid=afb5fe51>
- Fruutuoso, j., & Cruz, R. (2004). Relato verbal na avaliação psicológica da dor. *Avaliação Psicológica*, 3(2), p.107-114. Retirado:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v3n2/v3n2a05.pdf>
- García, M., Biedma, L., & Serrano, R. (2015) Sociology of Labor Pain. In: Capogna G. (eds) Epidural Labor Analgesia. charper: Epidural Analgesia in Labour from a Sociological Perspective – A Case Analysis of Andalusia. *Spain Springer, Cham*. p. 77 [https://doi.org/10.1007/978-3-319-13890-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-13890-9_4)
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gile, D. (2009). The Effort Models of interpreting. *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*. p, 157-190. Revised edition. DOI:10.1075/btl.8
- Gómez, L. (2020). Técnicas de interpretación del sentido figurado del español a la Lengua de Señas Colombiana en el aula. (Master's thesis). *Universidad del Valle*. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10893/18041>
- Guarinello, A., Lisboa, T, Pereira A., Santos I., Iachinski L., Marques J. & Silva R. (2017) Qualidade de vida do profissional intérprete de língua de sinais. *Distúrbios da Comunicação, São Paulo*, v. 29, n. 3, p. 462-469. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i3p462-469>
- Gutiérrez, G., & Cadena, L. (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Brief historical research on pain study*, 4(10), p.26-30. <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

Guyton, C., Hall, E. (2011) Tratado de Fisiologia Médica. 12.a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 617-630.

Retirado:<https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/2019/Abril/Tratado%20de%20Fisiologia%20M%C3%A9dica.pdf>

Harvey, A. (2003). Shielding yourself from the perils of empathy: the case of sign language interpreters. *Journal of deaf studies and deaf education*, 8(2), p.207–213. <https://doi.org/10.1093/deafed/eng004>

Herndon, M., Hutchison, W., Berdine, J., Stacy, A., Chen, T., Farnsworth, D., Dang, D., Fermo, D., & Ambulatory Care, Cardiology, and Pain and Palliative Care Practice and Research Networks of the American College of Clinical Pharmacy (2008). Management of Chronic Nonmalignant Pain with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. *Pharmacotherapy*, 28(6), p.788–805. <https://doi.org/10.1592/phco.28.6.788>

Hwang, S., Wilkins, E., Chambers, C., Estrabillo, E., Berends, J., & MacDonald, A. (2011). Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment and barriers to management. *Journal Pain* 12(2), p.12-73. Doi: 10.1186/1471-2296-12-73

International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain. Supplement*, 3, S1–S226.

International Association for the Study of Pain (1979) Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy*. (1979). *Pain*, 6(3), p.249-252.

International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy (1994). Part III: Part terms- A current list with definitions and notes on usage. In Merskey, & N. Bogduk (Eds.), *Classification of Chronic Pain* (pp.209-214), (2nd ed.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.

Qin, J., Marshall, M., Mozrall, J. & Marschark, M. (2008). Effects of pace and stress on upper extremity kinematic responses in sign language interpreters. *Ergonomics*, 51:3, p.274-289, DOI: 10.1080/00140130701617025

John, P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. *Handbook of personality: Theory and research*, p. 66–100. *The Guilford Press*.

Retirado: <https://psycnet.apa.org/record/1990-98135-003>

- Johnson, L., & Feuerstein, M. (2005). An interpreter's interpretation: sign language interpreters' view of musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(3), p.401–415. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-5946-5>
- Jones, A., Rollman, B., White, P., Hill, L., & Brooke, I. (2003). The relationship between cognitive appraisal, affect, and catastrophizing in patients with chronic pain. *The journal of pain*, 4(5), p.267–277. [https://doi.org/10.1016/s1526-5900\(03\)00630-8](https://doi.org/10.1016/s1526-5900(03)00630-8)
- Karran, L., Grant, R., & Moseley, L.(2020). Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain. Nov*;161(11),p.2476-2493.Doi: 10.1097/j.pain.0000000000001944.
- Klaumann, R., Wouk, F., Sillas, T. (2008). Patofisiologia da dor. *Archives of Veterinary Science*, v. 13, n. 1, p. 1-12. <http://dx.doi.org/10.5380/avs.v13i1.11532>
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl2),p.54–64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Knigga, M. (2018). A comparison of occupational stress studies in signed language interpreting [Unpublished master's thesis, Rochester Institute of Technology, Rochester, NY]. As cited in. Pollard, Q., Dean, K., Samar, J., Knigga, M., & Taylor, L. (2021). Desregulação de cortisol entre intérpretes da Língua Americana de Sinais em diferentes ambientes de trabalho: Confirmação dos riscos à saúde ocupacional. *Interpretação e Sociedade*, 1(1), p.28-50. <https://doi.org/10.1177/27523810211036238>
- Kokkinos, M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77(1), p.229–243. <http://dx.doi.org/10.1348/000709905X90344>
- Kurita, P., & Pimenta, A. (2003). A adesão ao tratamento da dor crónica. *Arquivo da neuropsiquiatria*, 61 (2B). <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000300017>
- Lacerda, C. (2006). A inclusão escolar de alunos surdos: O que dizem os alunos, professores e intérpretes sobre esta experiência. *Cad. Cedes*, 26 (9), pp. 163-184. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622006000200004>
- Latko, A., Armstrong, J., Franzblau, A., Ulin, S., Werner, A., & Albers, W. (1999). Cross-sectional study of the relationship between repetitive work and the prevalence of upper limb musculoskeletal disorders. DOI: 10.1002/(sici)1097-0274(199908)36:2<248::aid-ajim4>3.0.co;2-q

Lei n.º 89/99 de 5 de julho. Diário da República n.º 154 - I Série A. Assembleia da República. Portaria n.º 83-A/2009 de 22 de janeiro. Diário da República n.º 15 - I Série. Ministério das Finanças e da Administração Pública.

Leahy, R. (2006). Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do terapeuta. Porto Alegre, ARTMED, p.360.

Retirado: [www.academia.edu/46252697/Te\\_cnicas\\_de\\_terapia\\_cognitiva\\_manual\\_do\\_terapeuta\\_LEAHY\\_Robert\\_L](http://www.academia.edu/46252697/Te_cnicas_de_terapia_cognitiva_manual_do_terapeuta_LEAHY_Robert_L)

Lei n.º 89/99 de 5 de julho.(1999). Diário da República, I Série - A, N.º 154 – 5-7-1999.

Lima, M. P., & Simões, A. (2000). NEO-PI-R Manual Profissional (1ª ed.). Lisboa: CEGOC.

Lisboa, L. (2019). Qualidade de Vida dos Profissionais que Utilizam Libras na Educação. Centro Virtual de Cultura Surda. *Revista Virtual de Cultura Surda*. Ed. Nº 26 / Set. DOI: 10.3895/rbqv.v11n1.9100

Loeser, J. (2006). Chapter 2 Pain as a disease. *Handbook of clinical neurology*, 81, p.11–20. [https://doi.org/10.1016/S0072-9752\(06\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S0072-9752(06)80006-0)

Loeser, J., & Treede, R. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137(3),p. 473–477. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025>

Lourenço, V. (2021). *Intérprete de Língua Gestual Portuguesa-Origem e Evolução. Motivação, Formação, Legislação, condições de Trabalho, Carreira e Intervenção*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.hanle.net/10400.14/37716>

Lucas, E., Diener, E., Grob, A., Suh, M., & Shao, L. (2000). Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), p.452–468. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.452>

Lumley, M., Cohen, J., Borszcz, G., Cano, A., Radcliffe, A., Poster, L., & Keefe, F. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 9(67), p.942-968. Doi: 10.1002/jclp.20816

MacDonald, G. (2008). Use of pain threshold reports to satisfy social needs. *Pain Research & Management*, 13(4), p.309–319. <https://doi.org/10.1155/2008/289575>

- Machado AF. Contributo para o processo de validação da Versão Portuguesa da McGill Pain Questionnaire. (Monografia). Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2006.
- MAGALHÃES, Ana & COSTA, Vânia. (2015). O estágio: um pilar fundamental. In: Barbosa, S. (Coord.). SER Intérprete de Língua Gestual Portuguesa. Rio Tinto: Mosaico de Palavras Editora, p.13-37, 2015.
- Magalhães, L. (2013). O papel do intérprete de libras na sala de aula inclusiva. *Revista Brasileira de Educação e Cultura*, 7, Jan-jun 2013, pp. 73-86. Retirado: <https://periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura/article/view/108>
- Marquez, J. (2011). A dor e os seus aspetos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), p.28-32. <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200010>
- Martins, L., França, A. & Kimura, M. (1996) Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Revista Latino-am. enfermagem*, 4(3), p.5-18. DOI:10.1590/S0104-11691996000300002
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, p.397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCrae, R., & Costa, T. (1985). Openness to experience. *Perspectives in personality*, vol. I, p. 145-172. *Greenwich, CT: JAI Press*.  
Retirado: <https://www.researchgate.net/profile/Paul-Costa/publication/279427874>
- McCrae, R., Costa, T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol*. Jan;52(1),p.81-90. Doi: 10.1037//0022-3514.52.1.81.
- McGrath., A. (1994). Psychological aspects of pain perception. *Archives of oral biology*, 39 *Suppl*, p.55S–62S. [https://doi.org/10.1016/0003-9969\(94\)90189-9](https://doi.org/10.1016/0003-9969(94)90189-9)
- Meals, A., Payne, W., & Gaines, R. (1988). Functional demands and consequences of manual communication. *The Journal of hand surgery*, 13(5),p.686–691. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(88\)80124-2](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(88)80124-2)
- Melzack, R. (1993). Pain: past, present and future. *Canadian journal of experimental psychology = Revue canadienne de psychologie experimentale*, 47(4),p.615–629. <https://doi.org/10.1037/h0078871>

- Melzack, R., & Casey, L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model. As cited In. Kenshalo, D. (Ed.) 1968, *The skin senses* p. 423-443. *Springfield, IL: Charles C.*  
Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/233801589>
- Melzack, R., & Wall, D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), p.971-979. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Melzack, R., Coderre, J., Katz, J., & Vaccarino, L. (2001). Central neuroplasticity and pathological pain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 933, p.157–174. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05822.x>
- Mendoza, R. (2010). Figura del intérprete de lengua de signos en educación. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 8, pp. 1-7.  
Retirado: <https://www.feandalucia.ccoo.es/plantillai.aspx?p=10&d=22>
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)
- Moffat, R., & Rae, C. (2011). Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14, p.12-15. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2010.10.011>
- Monikowski, C. & Winston, A. (2011). Interpreting and interpreter education. *Handbook of Deaf Studies, Language, and Education, Vol. 1, 2nd edition. New York, NY: Oxford University Press.* DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199750986.001.0001
- Moreira, J., Alves, C. & Freire, M. (2013). Intérprete de língua gestual portuguesa: especificidade contextuais. *Mediações – Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal.*  
Retirado: <https://mediacoes.es.eip.pt/index.php/mediacoesonline>
- Moroni, C., & Laurent, B. (2006). Influence de la douleur sur la cognition. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(1), p.21-30.  
Retirado: [https://www.researchgate.net/profile/Christine-Moroni/publication/7221851\\_Pain\\_and\\_cognition/links/0fcfd50605797dc027000000/Pain-and-cognition.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christine-Moroni/publication/7221851_Pain_and_cognition/links/0fcfd50605797dc027000000/Pain-and-cognition.pdf)
- Morris, B. (2003) The challenges of pain and suffering. In: Jensen TS, Wilson PR, Rice ASC, editors. *Clinical pain management: chronic pain. London: Arnold.* pp. 3–14 Retirado: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Clinical+Pain+Management:+Chronic+Pain&author=DB+Morris&author=TS+Jensen&author=PR+Wilson&author=ASC+Rice&publication\\_year=2003&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Clinical+Pain+Management:+Chronic+Pain&author=DB+Morris&author=TS+Jensen&author=PR+Wilson&author=ASC+Rice&publication_year=2003&)

- Moura, A. & Koller, S. (2008). A criança na visão de homens acusados de abuso sexual: um estudo sobre distorções cognitivas. *Psico-USF*, 13(1), p. 85-94. Retirado: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/hqfkXbLZsBssDYPjfVfVnyB/?format=pdf&lang=pt>
- Oliveira, C., Pires, A., & Vieira, T. (2009) A terapia cognitiva de Aaron Beck como Reflexividade na alta modernidade: Uma sociologia do conhecimento. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 25 (4), p.637-645.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400020>
- Orgen, J. (2004) *Psicologia da Saúde*. 2ª. Lisboa: Climepsi Editores p.113-115 Pain terms: a list with definitions and notes on usage.
- Paradis, M. (1994). Toward a Neurolinguistic Theory of Simultaneous Translation: The Framework. *International Journal of Psycholinguistics*, 10, 319—335  
Retirado:[https://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Toward+a+Neurolinguistic+Theory+of+Simultaneous+Translation%3A+The+Framework#d=gs\\_cit&t=1655764489480&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AjpmZlniLF\\_QJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Den](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Toward+a+Neurolinguistic+Theory+of+Simultaneous+Translation%3A+The+Framework#d=gs_cit&t=1655764489480&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AjpmZlniLF_QJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Den)
- Peabody, D., & Goldberg, R. (1989). Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), p.552–567. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.3.552>
- Pereira, T. (2011). Intérprete de língua gestual portuguesa: sobre a sua (in)visibilidade no sistema educativo. (Mater's thesis). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/57454>
- Pollard, Q., Dean, K., Samar, J., Knigga, M., & Taylor, L. (2021). Cortisol dysregulation among American Sign Language interpreters in different work settings: Confirmation of occupational health risks. *Interpreting and Society*, 1(1), p.28–50.  
<https://doi.org/10.1177/27523810211036238>
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo Comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), p.73-80  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Qin, J., Marshall, M., Mozrall, J., & Marschark, M. (2008). Effects of pace and stress on upper extremity kinematic responses in sign language interpreters. *Ergonomics*, 51(3), 274–289. <https://doi.org/10.1080/00140130701617025>

Quadros, R. (2002). O tradutor e intérprete de língua brasileira de sinais e língua portuguesa. *Secretaria de Educação Especial; Programa Nacional de Apoio à Educação de Surdos - Brasília*, p.94.

Retirado de: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/tradutorlibras.pdf>

Raja, N., Carr, B., Cohen, M., Finnerup, B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, J., Mogil, S., Ringkamp, M., Sluka, A., Song, J., Stevens, B., Sullivan, D., Tutelman, R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), p.1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

RICCARDI, A. (1999). Interpretazione simultanea: strategie generali e specifiche. p. 161-174. *Editora: Hoepli. (Master's thesis). Università degli Studi di Trieste*, Retirado: <http://hdl.handle.net/11368/1688330>

Rodrigues, A. (2007). Dor Crónica – Estudo de repercussão na ansiedade, na depressão e nas atividades de vida diária.p.28-30. (Master's thesis). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10284/682>

Roman, A., & Samar, V. (2015) "Workstation Ergonomics Improves Posture and Reduces Musculoskeletal Pain in Video Interpreters. *Journal of Interpretation: Vol. 24: Iss. 1, Article 7.*

Retirado: <http://digitalcommons.unf.edu/joi/vol24/iss1/7>

Ronald Melzack R. the McGill Pain Questionnair: major properties and scoring methods. *Pain* 1975 Sep;1(3):277-99

Sá, K., Baptista, A., Matos, M & Lessa, I. (2009). Prevalência de dor crónica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), p.622-630. DOI:10.1590/S0034-89102009005000032

Scheuch K., Haufe E., & Seibt R. (2015). Teachers' health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112, p.347–56. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.0347>

Schwenke, J., Ashby, S., & Gnilka, B. (2014). Sign language interpreters and burnout: The effects of perfectionism, perceived stress, and coping resources. *Interpreting*, 16(2), p.209–232. <https://doi.org/10.1075/intp.16.2.04sch>

Schwenke, Tomina CI & CT (2012) "Sign Language Interpreters and Burnout. *Journal of Interpretation: Vol. 20: Iss. 1, Article 7.*

Retirado: <http://digitalcommons.unf.edu/joi/vol20/iss1/7>

- Seeber, G. (2011). Cognitive load in simultaneous interpreting: Existing theories — new models. *Interpreting*, 13(2), p.176–204. <https://doi.org/10.1075/intp.13.2.02see>
- Shiozawa, C., & Lisboa, L. (2019). Dor e qualidade de vida de profissionais intérpretes de língua brasileira de sinais. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Março* 11(1). DOI:10.3895/rbqv.v11n1.9100
- Silva, C. (2010). Dor Lombar Crónica e Qualidade de Vida. (Master's thesis) Universidade de Coimbra, <http://hdl.handle.net/10316/199930>
- Silva, G. (2012). Olhos que ouvem... Mãos que falam: proposta de um guia didático de LGP para alunos ouvintes. (Master's thesis). p.16-26. Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologia. Retirado: <http://hdl.handle.net/10437/4067>
- Silva, J. & Filho, N. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*, 12 (2), p.138-151. Retirado de: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200011>
- Soares, V., & McIntyre., (2000). É possível viver apesar da dor!...Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1),p.101-112.  
Retirado: <https://www.researchgate.net/publication/262625758>
- Sousa, F. (2002). Dor: O quinto sinal vital. *Revista Latino-americana enfermagem*, 10(3),p.446-447.Retirado: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>
- Sousa, S. (2015). Representações sociais do trabalho do intérprete de língua gestual portuguesa em contexto educativo: estudo com professores e intérpretes. (Master's thesis). Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/4909>
- Stedt, J. (1992). Interpreter's wrist. Repetitive stress injury and carpal tunnel syndrome in sign language interpreters. *American annals of the deaf*, 137(1), p.40–43. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0428>
- Sullivan, M. (2012). The communal coping model of pain catastrophizing: Clinical and research implications. *Canadian Psychological Association*, 53(1), p.32-41. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026726>
- Sullivan, J., Bishop, R., & Pivik, J. (1996). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), p.524. DOI:10.1037//1040-3590.7.4.524

- Sullivan, J., Thorn, B., Haythornthwaite, A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, A., & Lefebvre, C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain, 17*(1), p.52–64. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00008>
- Teh, F., Zaslavsky, M., Reynolds, F., & Cleary, D. (2010). Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosomatic medicine, 72*(1), p.61–67. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c2a7a8>
- Teixeira, M. (2009). Fisiopatologia da dor. As Cited In. Neto, O., Costa, C., Siqueira., J, & Teixeira, M. Dor: Princípios e prática. *Porto Alegre, Brasil: Artmed*, p. 145-175. ISBN 9788536317014
- Telles, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina – Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa, 22*(1), p.89-98. ISSN: 1646-0758
- Terracciano, A., McCrae, R., Brant, J., & Costa, P. (2005). Hierarchical linear modeling analyses of the NEO-PI-R Scales in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging, 20*(3), p.493–506. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.3.493>
- Treister, R., Honigman, L., Lawal, D., Lanier, K., & Katz, P. (2019). A deeper look at pain variability and its relationship with the placebo response: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of naproxen in osteoarthritis of the knee. *Pain. Jul;160*(7), p.1522-1528. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001538.
- Turk, D., & Monarch, S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. p. 3–29. Retirado:<https://psycnet.apa.org/record/2003-04573-001>
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., Cleeland, C., Dionne, R., Farrar, J. T., Galer, B. S., Hewitt, D. J., Jadad, A. R., Katz, N. P., Kramer, L. D., Manning, D. C., McCormick, C. G., McDermott, M. P., McGrath, P., Quessy, S., Rappaport, B. A., & Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 106*(3), p.337–345. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.08.001>
- Turk, D., & Wilson, H. (2010). Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reports, 14*(2), p.88-95. Doi: 10.1007/s11916-010-0094-x

- Watson, D., Clark, A., McIntyre, W., & Hamaker, S. (1992). Affect, personality, and social activity. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), p.1011–1025. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.6.1011>
- Webb, S., & Napier, J. (2015). Job Demands and Resources: An exploration of sign language interpreter educators' experiences. *International Journal of Interpreter Education* 7(1), p.23-50.  
Retirado: [www.semanticscholar.org/paper/Job-demands-and-resources%3A-An-exploration-of-sign-Napier-Webb/db2d11dab71984a5de7912d89df4c0ea25681f78](http://www.semanticscholar.org/paper/Job-demands-and-resources%3A-An-exploration-of-sign-Napier-Webb/db2d11dab71984a5de7912d89df4c0ea25681f78)
- Wiech, K. (2016). Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception. *Science. Nov 4;354(6312)*, p.584-587.  
Doi: 10.1126/science.aaf8934. PMID: 27811269.
- Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms. *NeuroImage*, 47(3), p.987–994.  
Doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.05.059.
- Williams, A., & Craig, D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), p. 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>
- Witte, W. (2011). Schmerz und Anästhesiologie: Aspekte der Entwicklung der modernen Schmerztherapie im 20. Jahrhundert [*Pain and anesthesiology: aspects of the development of modern pain therapy in the twentieth century*]. *Der Anaesthetist*, 60(6), p.555–566. <https://doi.org/10.1007/s00101-011-1874-3>
- Woodcock, K. & Fischer, S. (2008). Occupational Health and Safety for Sign Language Interpreters. *Workplace Safety and Insurance Board Research Advisory Council Grant #0523 Toronto ON: Ryerson University*.  
Retirado: <https://www.casli.ca/resources/Documents/OHSGuideforSLI.pdf>
- Wright, J., Basco, M., & Thase, M. (2008). Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. *Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, Natal. p.224 Porto Alegre: Artmed*. Retirado: <http://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/955>
- Wright A. (2011). A criticism of the IASP's definition of pain. *'Journal of Consciousness Studies' Vol 18, No.9-10*, p.19-44.  
Retirado: [https://www.researchgate.net/publication/263421336\\_A\\_criticism\\_of\\_the\\_IASP's\\_definition\\_of\\_pain](https://www.researchgate.net/publication/263421336_A_criticism_of_the_IASP's_definition_of_pain)

Yager, J., & Gitlin, J. (2000). Clinical manifestations of psychiatric disorders. B. Sadock & V. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (7th ed.)*, p.1676-1749. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003) Schema therapy: a practitioner's guide. *New York: The Guilford Press- Library of Congress, III. Title*. P.91-94.  
*Retirado:* <https://smartlib.umri.ac.id/assets/uploads/files/772b0-schema-therapy.pdf>

Yue, P., Liu, F., & Li, L. (2012). Neck/shoulder pain and low back pain among school teachers in China, prevalence and risk factors. *BMC public health, 12, Article nº789*.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-789>

Zenizo, A. (2013). Self-care in the field of interpreting (master's thesis). *Western Oregon University, Monmouth, Oregon*. *Retirado:* <https://digitalcommons.wou.edu/theses/3>

# ANEXOS



### Parecer sobre o projeto nº 125

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Mandato 2019/2023

<b>Projeto de Investigação</b> Na reunião do dia 18 de fevereiro de 2021 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora principal. Após apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
<b>Título:</b> Caracterização da dor em intérpretes de língua Gestual Portuguesa em contexto escolar
<b>Investigador Principal:</b> Inês Marques Peres <b>Orientadores:</b> Rita Isabel Mangerico Canaipa
<b>Documentos que constam do processo de submissão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Formulário CES – UCP</li><li>- CV dos investigadores</li><li>- Protocolo de investigação</li><li>- Cronograma de Atividades</li><li>- Folha de informação ao participante – formulário de consentimento</li><li>- Declaração sobre proteção de dados</li><li>- Declaração de conflitos de interesses</li><li>- Declaração do orientador</li><li>- Declaração de aprovação pelo CC da UC-ICS</li><li>- Questionários</li></ul>
<b>Resumo:</b> <p>Conforme informação submetida pelos investigadores, a atenção e a gestão do trabalho de interpretação pode ser uma actividade cognitiva exigente (Woodcock, K. e Fischer, 2008). Estudos realizados por Heller, Stansfield &amp; Langholtz, 1986 e Watson, 1987, sugerem que este trabalho pode levar a elevados níveis de stress e consequente burnout.</p> <p>Outros trabalhos destacam ainda a existência de riscos de perturbações músculo-esqueléticas e dor relacionadas a longos períodos de Interpretação. Segundo Stedt, 1992, 87,5% dos intérpretes experimentaram pelo menos dois sintomas de lesões por esforço repetitivo. Outro estudo realizado por DeCaro, Feuerstein, &amp; Hurwitz, 1992 demonstrou que 45% dos intérpretes apresentavam dor associada a lesões nos membros superiores. Assim, a exposição e a exigência do trabalho neste contexto podem conduzir o intérprete a elevados níveis de stress e burnout e consequentemente à dor e lesões. A investigação das características da dor e dos factores que lhe estão associados poderá trazer conhecimentos importantes para um maior bem-estar e qualidade de vida dos intérpretes. (...)</p> <p>Diversos estudos (Hagberg et al., 1987; Meals et al., 1988; Feuerstein and Fitzgerald, 1992; Cohn, 1990, DeCaro et al., 1992, Stedt, 1992) demonstram ainda a existência de riscos de perturbações músculo-esqueléticas e dor relacionadas com a natureza deste trabalho. Factores como as variáveis biomecânicas da força, a repetição, as posturas inadequadas, o descanso ou a recuperação inadequada (Feuerstein et. al., 1997, p. 188), o stress, o ritmo do orador (Fischer et al., 2012), os perigos inerentes à empatia emocional com a dor do outro sem a proteção psicológica de auto-afirmação (Harvey, 2003, p. 211), as reacções inconscientes a um determinado tema ou situação, a fadiga e o desconforto, são factores que podem afetar a resistência física e psicológica do intérprete. (Woodcock, K. e Fischer, 2008).</p> <p>Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, esta é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”. A forma como a dor é vivenciada/percebida é multidimensional (Maroni &amp; Bernard, 2006) e varia em termos emocionais, cognitivos, e comportamentais (Sousa, 2002). O estímulo da dor e a sua intensidade conjugado com factores fisiológicos e psicossociais são responsáveis pelo desencadear e manutenção da</p>



dor (Marquez, 2011). A dor surge devido a estímulos específicos que são processados pelos recetores da dor, os nociceptores. Estes recetores respondem a temperatura, a vibração, a distensão e outros estímulos ameaçadores, bem como à presença de substâncias químicas libertadas por células danificadas. Contudo, a dor também pode estar presente na ausência de um estímulo nocivo. Em ambos os casos, os fatores psicológicos, comportamentais, afetivos e socioculturais desempenham um importante papel na percepção da dor e devem ser investigados.

### **Objectivos:**

- Pretende-se obter dados sobre a presença de dor e sua caracterização quanto a dimensões físicas e impacto funcional, bem como quanto à sua relação com dimensões emocionais relevantes
- O segundo objetivo desta dissertação é comparar as características da dor, o impacto funcional e a relação com dimensões emocionais entre dois grupos profissionais que desempenham o seu trabalho em contexto escolar: intérpretes e professores que lecionam a turmas integradas com alunos surdos no mesmo nível de ensino de forma a investigar os fatores que poderão ser específicos ao grupo profissional dos intérpretes.

### **Aspetos metodológicos:**

**Tipologia do estudo:** coortes prospectivo.

**População:** dois grupos, uma amostra de intérpretes e uma de professores que lecionam a turmas integradas com alunos surdos. Os participantes serão recrutados em escolas do ensino básico e secundário de Portugal Continental, Açores e Madeira e os grupos serão emparelhadas tendo em conta a idade, o sexo, o índice de massa corporal e o nível de atividade física.

**Exclusão:** Os critérios de exclusão serão o diagnóstico de uma doença reumática, psiquiátrica ou neurológica que envolva aumento da sintomatologia dolorosa ou perturbação emocional grave. Professores de educação física por estarem mais predispostos ao exercício físico e por a condição física ser um fator que influencia a dor, vão ser excluídos deste estudo

**Recrutamento:** Os participantes são recrutados através de informação fornecida pelas redes sociais e pelas escolas. Os questionários serão apresentados em papel ou em formato online, através de link próprio para efeitos de investigação. Em ambos os casos, será apresentado um consentimento informado com a explicação do estudo e dos seus procedimentos, sendo que apenas aqueles que aceitem as suas condições passarão à fase seguinte de preenchimento dos referidos questionários.

Para atingir os objetivos propostos vão ser recrutados participantes, que constituirão dois grupos, uma amostra de intérpretes e uma de professores que lecionam a turmas integradas com alunos surdos. Os participantes serão recrutados em escolas do ensino básico e secundário de Portugal Continental, Açores e Madeira. Os critérios de exclusão serão o diagnóstico de uma doença reumática, psiquiátrica ou neurológica que envolva aumento da sintomatologia dolorosa ou perturbação emocional grave. Professores de educação física por estarem mais predispostos ao exercício físico e por a condição física ser um fator que influencia a dor, vão ser excluídos deste estudo.

### **Variáveis:**

- **Dados socio-demográficos e hábitos:** idade, habilitações académicas, nível de atividade física, peso e altura, horas de atividade física por semana.
- **Avaliação da dor:** o questionário de dor McGill (MacGill Pain Questionnaire-MPQ)
- **Avaliação da personalidade:** questionário de personalidade (Big Five Inventory-BFI)
- **Escalas :** Short Form Health Survey 36-SF36; Pain Catastrophizing Scale – PCS

As Escalas encontram-se validadas para a população portuguesa.

### **Do instrumento de recolha de dados:**

Como instrumentos vão ser aplicados um grupo de questionários para se proceder a uma comparação entre estes grupos. Vai ser realizado um questionário sociodemográfico com o intuito de recolher informações individuais sobre os participantes que possam aumentar ou diminuir o risco de dor, tais como a idade, habilitações académicas, nível de atividade física, peso e altura, horas de atividade física por



semana, intensidade de dor na última semana. Vai ser aplicado o questionário de dor McGill (MacGill Pain Questionnaire-MPQ) este instrumento vai ter como objetivo medir a qualidade e a intensidade da dor sentida. Para averiguar se as diferenças individuais na personalidade do interprete poderão estar relacionadas com o aumento da dor e se estes fatores são diferentes entre intérpretes e professores será aplicado o questionário de personalidade o modelo dos cinco grandes fatores de personalidade (Big Five Inventory-BFI). Para avaliar a percepção do intérprete em relação à sua saúde será aplicado o questionário de saúde 36 versão resumida (Short Form Health Survey 36-SF36). Por fim, será ainda aplicada a Escala de Desânimo Associada à Dor (Pain Catastrophizing Scale – PCS). Este instrumento mede a percepção do individuo relativamente a um conjunto de pensamentos, percepções ou sentimentos associados à dor, através de três escalas: a ruminação, magnificação e o desânimo. Os dados vão ser analisados e no software SPSS (IBM, SPSS). Para analisar as variáveis demográficas e os resultados dos questionários será realizada estatística descritiva. Será analisada a normalidade da distribuição das variáveis a comparar entre grupos através do teste de Shapiro-Wilk e a verificar-se a normalidade, utilizar-se-ão teste de T. As correlações entre as variáveis serão analisadas através do coeficiente de correlação de Pearson.

**Da dimensão amostral :** não estimada

**Procedimentos:**

A recolha de dados será realizada através de um link fornecido pelo investigador. Na primeira página será apresentada a explicação do estudo e o consentimento informado. Assim, que o participantes aceite participar no estudo, avançando para a próxima etapa ser-lhe-á solicitado que responda a um conjunto de questionários.

**Do Centro de Estudo:** U Católica ICS

**Cronograma:** Adequado

**Plano de análise estatística:** Não presente

**Vulnerabilidade:**

Vulnerabilidade: não se identificam conflitos éticos emergentes.

Justificação vulnerabilidade: não aparenta envolver grupos vulneráveis

**Beneficência e valor social:**

Também não se esperam benefícios diretos para o participante (tal como indicado no CI). Contudo, o desenvolvimento deste estudo pode contribuir para o conhecimento deste problema de saúde e fornecer pistas para estratégias de prevenção e intervenção neste âmbito.

- O estudo apresenta um desenho compatível com os objetivos do estudo. As variáveis são compatíveis com o delineamento e os objetivos do estudo.
- O estudo preenche critérios de valor social, ético e científico pois procura um novo conhecimento potencialmente generalizável.

**Respeito pela Dignidade Humana:**

**Formulário de Consentimento:** A informação é adequada. Consentimento tácito

**Privacidade e Confidencialidade de Dados Pessoais:** Adequado e Conforme

Será atribuído um código a cada participante e este só será identificado na base de dados através desse código, não havendo nenhuma forma de ligar o nome do participante ao seu código. Para além disso, os dados demográficos recolhidos, por si só, não permitem a identificação do sujeito (idade, sexo, altura, peso, índice massa corporal, habilitações literárias, estado civil, profissão).

- 1- A equipa de investigação estará disponível para ser contactada pelo participante para colocar questões quanto ao tratamento dos seus dados e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento. O participante mantém os direitos em relação \*a informação prestada, como o direito de acesso, retificação, apagamento, oposição, limitação do tratamento e portabilidade, de acordo com a legislação aplicável.
- 2- Os dados pessoais dos titulares estarão apenas no consentimento informado sendo conservados



apenas durante o tempo em que decorrerá o estudo e a análise e tratamento dos dados, e permanecem no ICS, sob a guarda apenas do orientador do projeto até à finalização do projeto ou prazos legais estipulados.

- 3- Os dados demográficos e dos dados dos questionários são demasiado genéricos para permitirem identificação. Ainda assim, a essa base de dados apenas os investigadores envolvidos no projeto terão acesso durante o tempo da análise de dados.
- 4- Quaisquer dados obtidos não serão facultados a terceiros.
- 5- Os participantes recebem toda a informação no consentimento informado, assim como o nome e contacto dos investigadores e do responsável pela RGPD na instituição.

#### **Integridade e Idoneidade Científica**

Aprovado pelo CC da UCP; CV dos Investigadores compatível com experiência e competência profissional e de investigação com seres humanos.

#### **Aspetos a merecerem atenção:**

Este projeto cumpre preceitos éticos essenciais, respeito pela dignidade humana (autonomia – consentimento, população vulnerável e privacidade e confidencialidade de dados e o princípio da legalidade) e tem valor social e científico apropriado.

#### **Estiveram presentes na reunião nº 26 da CES-UCP**

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas  
Doutor Jerónimo Santos Trigo  
Doutor Pedro Garcia Marques  
Dr. Eugénio Fonseca  
Doutora Ana Mineiro Zaky  
Doutora Marta Brites  
Mestre Ivone Gaspar

#### **Conclusão**

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião de 18 de fevereiro de 2021, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, emitir **Parecer Favorável**.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas

18/02/2021



## Consentimento informado para os questionários aplicados em plataforma online

Caro/a Professor (a) e Intérprete de Língua Gestual

A presente investigação decorre no âmbito do Mestrado Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos da Universidade Católica Portuguesa, estando esta relacionada com a temática da caracterização da dor nos intérpretes em contexto escolar no Ensino Básico e Secundário. Os objetivos principais do estudo são: caracterizar a dor nos intérpretes que trabalham em contexto escolar no Ensino Básico e Secundário e avaliar a dor em diferentes profissionais escolares que desempenham funções em turmas integradas com alunos surdos no mesmo nível de ensino.

Os dados recolhidos neste questionário são utilizados somente para fins de investigação, respeitando a confidencialidade e anonimato. Agradecemos, desde já, a sua participação e colaboração através do preenchimento do questionário que se segue, tendo este, aproximadamente, uma duração de 10 minutos. As responsáveis pela investigação encontram-se disponíveis para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Investigadora: Inês Marques Peres

Orientadora: Professora Doutora Rita Canaipa.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO: A ORIGINAL PARA O PROCESSO E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



Ao clicar no botão seguinte, declara que aceita participar na presente investigação que decorre no âmbito do Mestrado Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos da Universidade Católica Portuguesa, relacionada com a caracterização da dor nos intérpretes em contexto escolar no Ensino Básico e Secundário, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

Declara igualmente que compreende que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais e que tem o direito a recusar a sua participação na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso e que a sua recusa em fazê-lo não terá consequências para si.

Declara conhecer o seu direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo.



## Questionário Sociodemográfico

Por Favor, assinale a opção que corresponde melhor à sua escolha ou responda por escrito quando solicitado.

Sexo:

Feminino

Masculino

Sou:

Intérprete

Professor

Idade \_\_\_\_\_

Há quantos anos exerce a sua profissão?

Quantos anos de escolaridade possui?

Em que ciclo(s) exerce a sua função?

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

União de Facto

Viúvo/a

É portador de alguma doença crónica?

Sim  Não

Se sim, indique qual: \_\_\_\_\_

Toma medicação diariamente?

Sim  Não

A medicação que toma serve para que efeitos?

Outro (s) tratamento(s) realizados no último mês: \_\_\_\_\_

Pratica exercício físico?

Sim

Não

Se sim: Quantas vezes por semana?

1-2 vezes por semana

2-3 vezes por semana

3-4 vezes por semana

4-5 vezes por semana

mais de 5 vezes por semana

NEO-FFI  
Lima & Simões (2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Responda a todas as questões.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.	0	1	2	3	4
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.	0	1	2	3	4
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).	0	1	2	3	4
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.	0	1	2	3	4
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.	0	1	2	3	4
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.	0	1	2	3	4
7. Rio facilmente.	0	1	2	3	4
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.	0	1	2	3	4
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.	0	1	2	3	4
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.	0	1	2	3	4
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.	0	1	2	3	4
12. Não me considero uma pessoa alegre.	0	1	2	3	4
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.	0	1	2	3	4
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.	0	1	2	3	4
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).	0	1	2	3	4
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).	0	1	2	3	4
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.	0	1	2	3	4
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.	0	1	2	3	4
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.	0	1	2	3	4
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).	0	1	2	3	4
22. Gosto de estar onde está a acção.	0	1	2	3	4
23. A poesia pouco ou nada me diz.	0	1	2	3	4
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	0	1	2	3	4
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.	0	1	2	3	4
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.	0	1	2	3	4
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).	0	1	2	3	4
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.	0	1	2	3	4
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.	0	1	2	3	4
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.	0	1	2	3	4
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).	0	1	2	3	4
32. Muitas vezes, sinto-me a reventar de energia.	0	1	2	3	4
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.	0	1	2	3	4
34. A maioria das pessoas que conheço gosta de mim.	0	1	2	3	4
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.	0	1	2	3	4



36. Muitas vezes aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.	0	1	2	3	4
37. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.	0	1	2	3	4
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.	0	1	2	3	4
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	0	1	2	3	4
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.	0	1	2	3	4
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir.	0	1	2	3	4
42. Não sou um(a) grande optimista.	0	1	2	3	4
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	0	1	2	3	4
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.	0	1	2	3	4
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.	0	1	2	3	4
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).	0	1	2	3	4
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.	0	1	2	3	4
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.	0	1	2	3	4
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).	0	1	2	3	4
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	0	1	2	3	4
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	0	1	2	3	4
52. Sou uma pessoa muito activa.	0	1	2	3	4
53. Tenho muita curiosidade intelectual.	0	1	2	3	4
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber.	0	1	2	3	4
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).	0	1	2	3	4
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.	0	1	2	3	4
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.	0	1	2	3	4
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.	0	1	2	3	4
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.	0	1	2	3	4
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	0	1	2	3	4



Copyright © 1995  
Michael J.L. Sullivan

## PCS

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

**0** – Nunca **1** – Ligeiramente **2** – Moderadamente **3** – Bastante **4** – Sempre

### *Quando estou com dores ...*

- 1 Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.
- 2 Sinto que não consigo continuar.
- 3 É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- 4 É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- 5 Sinto que já não aguento mais.
- 6 Fico com medo que a dor piore.
- 7 Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- 8 Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 Não consigo deixar de pensar nisso.
- 10 Estou sempre a pensar no quanto dói.
- 11 Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- 12 Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- 13 Pergunto -me se poderá acontecer algo grave.

## QUESTIONÁRIO MCGILL DA DOR

(Melzack R., 1980)

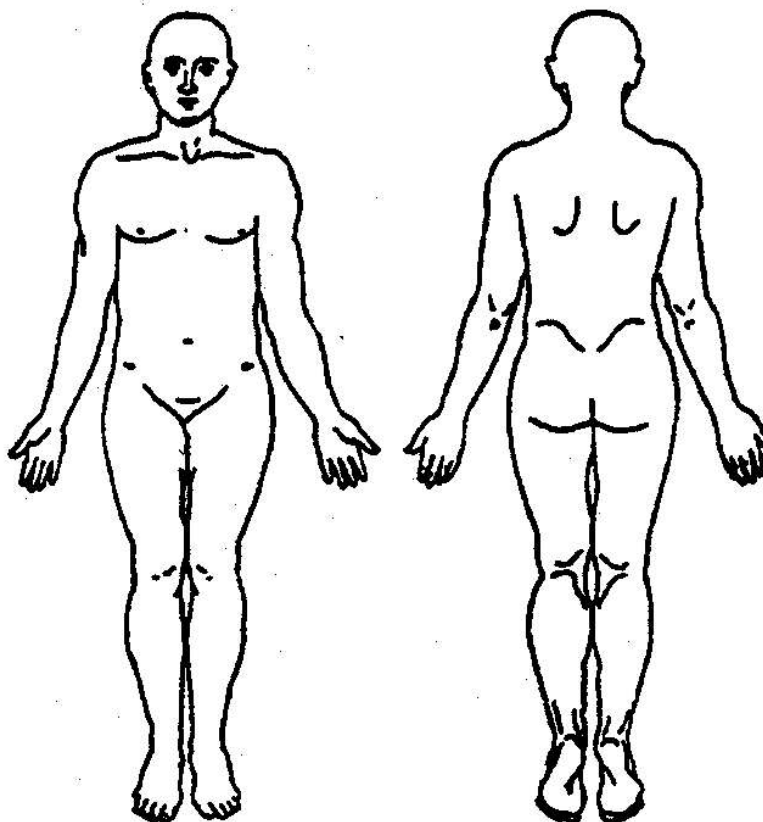
(Tradução e Adaptação Portuguesa: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2002).

Este questionário serve para obtermos um melhor conhecimento acerca da sua dor. As **quatro questões principais são:**

- A. - Onde se localiza a sua dor?
- B. - Como é a sua dor?
- C. - Como é que a dor varia ao longo do tempo?
- D. - Que intensidade apresenta a dor?

**É importante que refira como é a sua dor atualmente.**

**INSTRUÇÕES A.** – Por favor indique no desenho abaixo qual(uais) a(s) área(s) do corpo onde sente dor. Caso a dor seja externa, coloque um “E”; caso a dor seja interna coloque um “I” e caso a dor seja externa e interna coloque um “IE”.



**INSTRUÇÕES B.** – Alguns das seguintes palavras abaixo descrevem a sua **dor atual**. Escolha **APENAS** as palavras ou expressões que melhor descrevem a sua **dor neste momento**. Só poderá escolher uma **única palavra em cada subclasse de palavras/expressões (Exemplo: 1. Pulsátil, 2. Uma guinada, etc.)**. Não preencha qualquer subclasse de palavras/expressões que não seja adequada.

<b>1.</b>	
- VIBRANTE	<input type="checkbox"/>
- UM TREMOR	<input type="checkbox"/>
- PULSÁTIL	<input type="checkbox"/>
- LATEJANTE	<input type="checkbox"/>
- BATIDA	<input type="checkbox"/>
- PANCADA	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	
- BRUSCA	<input type="checkbox"/>
- REPENTINA	<input type="checkbox"/>
- UMA GUINADA	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	
- UMA PICADA	<input type="checkbox"/>
- MAÇADORA	<input type="checkbox"/>
- INCISIVA	<input type="checkbox"/>
- UMA	<input type="checkbox"/>
- PUNHALADA	<input type="checkbox"/>
- LANCINANTE	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	
- FINA	<input type="checkbox"/>
- CORTANTE	<input type="checkbox"/>
- LACERANTE	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	
- COMPRIMIDA	<input type="checkbox"/>
- PRESSÃO	<input type="checkbox"/>
- TORTURANTE	<input type="checkbox"/>
- UMA CÃIMBRA	<input type="checkbox"/>
- QUE ESMAGA	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	
- QUE PUXA	<input type="checkbox"/>
- ARREPENHA	<input type="checkbox"/>
- QUE ARRANCA	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	
- QUENTE	<input type="checkbox"/>
- ARDENTE	<input type="checkbox"/>
- ESCALDANTE	<input type="checkbox"/>
- ABRASADORA	<input type="checkbox"/>

<b>8.</b>	
- FORMIGUEIRO	<input type="checkbox"/>
- COMICHÃO	<input type="checkbox"/>
- ARDOR	<input type="checkbox"/>
- FERRUADA	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b>	
- ABORRECIDA	<input type="checkbox"/>
- QUE INCOMODA	<input type="checkbox"/>
- QUE ALEIJA	<input type="checkbox"/>
- MORDEDURA	<input type="checkbox"/>
- PESADA	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b>	
- QUE FRAGILIZA	<input type="checkbox"/>
- AGUDA	<input type="checkbox"/>
- ÁSPERA	<input type="checkbox"/>
- QUE RASGA	<input type="checkbox"/>
<b>11.</b>	
- CANSATIVA	<input type="checkbox"/>
- EXTENUANTE	<input type="checkbox"/>
<b>12.</b>	
- AFLITIVA	<input type="checkbox"/>
- SUFOCANTE	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b>	
- ASSUSTADORA	<input type="checkbox"/>
- PAVOROSA	<input type="checkbox"/>
- ATERRADORA	<input type="checkbox"/>
<b>14.</b>	
- CASTIGADORA	<input type="checkbox"/>
- ESGOTANTE	<input type="checkbox"/>
- CRUEL	<input type="checkbox"/>
- TORTURANTE	<input type="checkbox"/>
- INFERNAL	<input type="checkbox"/>

<b>15.</b>	
- HORROROSA	<input type="checkbox"/>
- QUE ENLOUQUECE	<input type="checkbox"/>
<b>16.</b>	
- INQUIETANTE	<input type="checkbox"/>
- PREOCUPANTE	<input type="checkbox"/>
- DESGASTANTE	<input type="checkbox"/>
- INTENSA	<input type="checkbox"/>
- INSUPOORTÁVEL	<input type="checkbox"/>
<b>17.</b>	
- QUE ALASTRA	<input type="checkbox"/>
- QUE IRRADIA	<input type="checkbox"/>
- PENETRANTE	<input type="checkbox"/>
- PERFURANTE	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b>	
- FIRME	<input type="checkbox"/>
- ADORMECIDA	<input type="checkbox"/>
- FISSURANTE	<input type="checkbox"/>
- APERTADA	<input type="checkbox"/>
- DILACERANTE	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b>	
- FRESCA	<input type="checkbox"/>
- FRIA	<input type="checkbox"/>
- GÉLIDA	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b>	
- IRRITANTE	<input type="checkbox"/>
- QUE ENJOA	<input type="checkbox"/>
- ANGUSTIANTE	<input type="checkbox"/>
- TERRÍVEL	<input type="checkbox"/>
- EXASPERANTE	<input type="checkbox"/>

**INSTRUÇÕES C.** – Escolha um grupo de palavras que descrevem o padrão da sua dor:

- 1 - Contínua, Fixa e Constante
- 2 - Rítmica, Intermitente e Periódica
- 3 - Breve, Momentânea e Transitória

**INSTRUÇÕES D.** – Os cinco termos seguintes que se seguem representam dor de intensidade crescente. Tendo em conta as opções de resposta (ligeira, desconfortável, angustiante, horrível, insuportável), coloque um **X** na resposta que melhor caracteriza as frases que se seguem.

1	2	3	4	5
Ligeira	Desconfortável	Angustiante	Horrível	Insuportável

Que palavra descreve a sua dor - <b>neste momento?</b>	1	2	3	4	5
Que palavra descreve a sua dor - <b>no pior período?</b>	1	2	3	4	5
Que palavra descreve a sua dor - <b>no melhor período?</b>	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - <b>a pior dor de dentes que já tenha tido?</b>	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - <b>a pior dor de estômago que já tenha tido?</b>	1	2	3	4	5
Que palavra descreve - <b>a pior dor de cabeça que já tenha tido?</b>	1	2	3	4	5

**E.** – Toma algum analgésico? Não  Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Sono	Ingestão alimentos	Sintomas Associados à Dor
Bom <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Não consigo dormir <input type="checkbox"/>	Boa <input type="checkbox"/> Alguma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Prisão de Ventre <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Outra. _____

**A ser preenchido somente pelo Investigador:**

PRI S (1-10) \_\_\_\_\_ A (11-15) \_\_\_\_\_ E (16) \_\_\_\_\_ M(S) (17-19) \_\_\_\_\_ M(AE) (20) \_\_\_\_\_  
 M(T) (17-20) \_\_\_\_\_ PRI(T) (1-20) \_\_\_\_\_

# QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**1. Em geral, diria que a sua saúde é:**

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

**2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:**

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

**3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.**

**Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?**

*(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)*

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. <b>Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. <b>Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir <b>um</b> lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 Km</b> .....	1	2	3
h. Andas <b>várias</b> centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar <b>uma</b> centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.

Copyright ©1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados

**4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas <b>últimas quatro semanas</b> ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

**5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?**

Quanto tempo, nas <b>últimas quatro semanas</b> ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou outras actividades .....	1	2	3	4	5
b. Fez <b>menos</b> do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades <b>menos</b> cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

**6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?**

<b>Nenhumas</b>	<b>Muito fracas</b>	<b>Ligeiras</b>	<b>Moderadas</b>	<b>Fortes</b>	<b>Muito fortes</b>
1	2	3	4	5	6

**8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Imenso</b>
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

**10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

<b>Sempre</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Algum tempo</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nunca</b>
1	2	3	4	5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.**

	<b>Absolutamente verdade</b>	<b>Verdade</b>	<b>Não sei</b>	<b>Falso</b>	<b>Absolutamente falso</b>
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5