



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Crenças sobre a doença, morbilidade psicológica e dimensões da dor em doentes com dor crónica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Manuel Filipe Pinto Lopes Cunha Sobral



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Crenças sobre a doença, morbilidade psicológica e dimensões da dor em doentes com dor crónica

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Manuel Filipe Pinto Lopes Cunha Sobral

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014

Agradecimentos

Um agradecimento particular a todos aqueles, que de algum modo deram o seu contributo em maior ou menor grau para que esta dissertação fosse e pudesse ser levada a cabo de modo frutífero.

Agradeço à Professora Eleonora Cunha Veiga Costa, pela orientação, aconselhamento e pela ajuda dada, no desenvolvimento e elaboração deste estudo.

Agradeço ao Hospital de Braga, local que me permitiu a recolha de dados. Um especial obrigado a todos os profissionais da Unidade da Dor, pelo trabalho que desempenham no acompanhamento da dor, mas também pelo carinho com que me receberam aquando da recolha de dados.

Agradeço em particular aos pacientes que participaram no presente estudo, tornando-o possível e dando o seu precioso contributo.

O meu sincero obrigado.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre dor crónica, percepção da doença e morbilidade psicológica, procurando explicar a existência de morbilidade psicológica em doentes com dor crónica. Tratou-se de um estudo observacional analítico-transversal com uma amostra de 200 doentes com dor crónica. Os instrumentos administrados incluíram um questionário sociodemográfico, versões traduzidas do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e do *Illness Perception Questionnaire – Brief* (IPQ-B). Verificaram-se correlações significativas entre todas as escalas de crenças e intensidade de dor, escala de ansiedade e de depressão. A partir de uma Regressão Linear Múltipla, verificou-se que a sintomatologia depressiva e ansiosa em doentes com dor crónica é melhor explicada pelas crenças de doença do que pela intensidade da dor. As crenças de doença são de elevada importância para a compreensão da dor crónica e da existência de morbilidade psicológica, devendo-se intervir nas crenças para melhorar a saúde física e mental dos doentes com dor crónica.

Palavras-chave: Dor Crónica; Percepções de Doença; Morbilidade Psicológica; Depressão; Ansiedade.

Abstract

This study aims to verify the existence of relationships between chronic pain, the illness perceptions and psychological morbidity by seeking to explain the existence of psychological morbidity in patients with chronic pain. This study is a analytic cross-sectional observational with a sample of two hundred patients with chronic pain. The instruments administered included a socio-demographic questionnaire, versions translated from the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) and *Illness Perception Questionnaire - Brief* (IPQ-B). The results found significant correlations were observed between all scales of belief and intensity of pain and the scales of anxiety and depression. From a Multiple Linear Regression, it was found that the symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain are better explained by illness perceptions rather than the intensity of pain. In conclusion, the illness perceptions are of great importance for the understanding of chronic pain and the existence of psychological

morbidity meaning that dealing with the belief of illness is essential to improve physical and mental health.

Key-words: Chronic Pain; Illness Perceptions, Psychological Morbidity; Depression; Anxiety.

Índice

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Capítulo I- Enquadramento teórico 8

1. Dor Crónica 8

1.1. Dor Cónica: características médicas e epidemiológicas 9

1.2. Classificação da dor crónica em função das suas características e localização 12

1.3. Modelos explicativos da dor 14

2. Influência de variáveis psicológicas na dor crónica 16

2.1. Crenças sobre a dor 18

2.2 Crenças e Prognóstico de dor crónica 19

2.3. Morbilidade psicológica e Dor Crónica 21

2.3.1. Dor Crónica e depressão 22

2.3.2. Dor Crónica e ansiedade 24

3. Dor crónica, crenças sobre a doença e morbilidade psicológica 26

Capítulo II- Investigação Empírica 29

4. Metodologia 29

4.1. Objetivos 29

4.2. Desenho de Estudo 29

4.3. Variáveis em Estudo 30

4.4. Hipóteses 30

4.5. Análises Exploratórias 31

4.6. Local de Recolha de Dados 31

4.7. Procedimentos de Recolha de Dados 31

4.8. Seleção e Recolha de Amostra	33
5. Caracterização da Amostra	34
5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	34
5.2. Caracterização Clínica da Amostra	35
5.3 Caracterização Psicossocial da Amostra	37
6. Instrumentos	39
6.1. Questionário Sociodemográfico	40
6.2. <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	40
6.3. <i>Illness Perception Questionnaire – Brief</i> (IPQ-B)	42
7. Procedimentos de Análise de Dados	44
Capítulo III- Resultados	45
Capítulo IV- Discussão dos Resultados	54
8. Limitações do Estudo	61
9. Conclusões e Implicações para a Prática	62
Bibliografia	64

Capítulo I- Enquadramento teórico

1. Dor Crónica

A dor define-se, segundo a *Internacional Association for the Study of Pain* (IASP), como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou sentida como tal, podendo ainda a dor ser descrita em termos do perigo de tal dano (Merskey & Bogduk, 1994). Esta definição, ainda é considerada a definição de maior validade e mais amplamente aceite, tendo uma importância acrescida na medida em que, pela primeira vez, se considerou que a dor nem sempre é uma consequência direta do dano tecidual, sendo que a dor pode ocorrer na ausência de uma lesão tecidual, pois abrange respostas emocionais, cognitivas e comportamentais influenciadas por fatores psicológicos e sociais (Kopf & Patel, 2010). Podemos afirmar que a dor, não se finda na sua dimensão física e orgânica, tendo ainda uma importante componente de cariz emocional e psicológica (Araoz, Burte & Carrese, 2007).

Tendo em conta esta definição, não são apenas consideradas as componentes biológicas, fisiológicas e químicas, subjacentes à experiência de dor, considerando-se também as dimensões emocionais e psicológicas, sendo que esta visão abrangente do evento doloroso é crucial para uma melhor compreensão da queixa dolorosa e em particular dos pacientes com dor crónica.

A existência da dor, deve-se em parte ao facto desta em certa medida ser adaptativa, considerando que a ausência de dor na vida humana acarreta diversos perigos (Bastos, 2005; Gomes, 2008). É de considerar como exemplo, os indivíduos que devido à insensibilidade congénita face à dor, não raras as vezes ferem-se com gravidade derivado de serem insensíveis à dor e assim não terem nenhum sinal corporal que lhes indique mau estar, alertando o organismo para que se empenhe numa ação protetora ou reparadora (Habib, 2003; Mackay, 2009).

A dor crónica, é definida como sendo uma dor contínua, de duração igual ou superior a seis meses, não desaparecendo em resultado do tratamento (APA, 2013; Quartilho, 2001).

Uma das especificidades da dor crónica é que esta se perpetua, apesar de ter diminuído ou desaparecido o dano tecidual, sendo que a dor crónica, ao contrário da dor

aguda, não assume a função adaptativa de alerta, pois não se verificam respostas neurovegetativas associadas ao sintoma (Rigotti & Ferreira, 2005).

Assumindo-se como um problema de saúde pública, a dor crónica tem associados danos pessoais e sociais, a par de incapacidade física, psicológica e das relações sociais, afetando por várias vezes o seio familiar, evidenciando assim a necessidade de dar resposta a esta problemática, tendo em vista facilitar a diminuição destes danos (Almeida, Kurita, Braga & Pimenta, 2010).

A dor crónica é uma experiência de sofrimento, que ultrapassa a condição de sintoma, assumindo-se como doença e tomando posse da vida cognitiva, emocional e sócio-relacional do indivíduo afetando-o nas diferentes áreas de vida nas suas dimensões física, psicológica e emocional (Kreling, Cruz & Pimenta, 2006; Seymour & Paz, 2004). Quando a dor se assume como crónica, esta torna-se uma parte da identidade do paciente e daqueles que o rodeiam, impondo significativas tensões emocionais, físicas e sociais no paciente e na sua família, causando mal-estar afetivo, sendo que estes pacientes, não raras as vezes apresentam sintomas de depressão e ansiedade (Sternbach, 1974).

Não se findando na experiência de dor e no seu sofrimento associado, a dor crónica tem implicações significativas na vida quotidiana, como a diminuição ou impossibilidade de trabalhar, impacto nas relações interpessoais e familiares, impacto na qualidade de vida, morbilidade psicológica em particular depressão e ansiedade, bem como custos económicos diretos e indiretos associados à forma de lidar com a dor (Cano, Gillis, Heinz, Geisser & Foran, 2004; Ohayon & Schatzberg, 2003; Roy, 2001; Roy, 2006). Deste modo, o diagnóstico de dor crónica tem repercussões significativas na qualidade de vida, nas atividades de vida diária e nos relacionamentos sociais (Seymour & Paz, 2004).

A duração prolongada e a intensidade da dor crónica potenciam um certo grau de incapacidade física que surge habitualmente acompanhado de sintomas vegetativos, tais como, perturbação do sono, do apetite, diminuição da atividade sexual e aumento da irritabilidade (Kanner, 1998).

1.1 Dor Cónica: características médicas e epidemiológicas

A dor, constitui-se como uma experiência sensorial desagradável, sendo que é habitualmente induzida por estímulos nódicos, ou seja, os estímulos com intensidade suficiente para serem lesivos ou potencialmente lesivos para a integridade tecidual (Angelotti, 2008).

A experiência de dor, é constituída por um processo complexo e dinâmico, denominado nocicepção. Este é o processo, a partir do qual os estímulos nócicos, são identificados por um conjunto de fibras nervosas periféricas, denominadas de nociceptores ou recetores nociceptivos, que conseqüentemente serão responsáveis pela transferência da informação dolorosa até ao sistema nervoso central (Grundy, 2002).

Os nociceptores são terminais nervosos livres não mielinizados e atuam no sentido da receção dos estímulos sensoriais que possam lesar os tecidos, fazendo a distinção entre estímulos nocivos e estímulos não nocivos, sendo que os nociceptores são responsáveis por transmitir o estímulo nocivo ao cérebro e a todo o sistema nervoso central, responsável pela sensação de dor (Woolf, 2004). Os nociceptores estão presentes na pele, no tecido muscular, nos órgãos viscerais e nas articulações (Wright, Graven-Nielsen, Davies & Arendt-Nielsen, 2002).

Os nociceptores podem ser classificados em quatro grupos distintos, podendo ser térmicos, polimodais, mecânicos e silenciosos (Rostovtseva, Bondareva & Agapov, 2009).

Nas vias da dor, existem cinco fases fundamentais sendo elas a fase de transdução dos sinais nervosos nos nociceptores, a fase em que se gera um potencial de ação, a fase de transmissão do potencial de ação para a medula no sistema nervoso central, sendo de seguida ativados os neurónios para transmitir a informação até ao tálamo e por fim a fase em que a informação nociceptiva é enviada até ao córtex cerebral, sendo que é nesse momento que os sinais nervosos são interpretados como dor (Fanfani, Masserini, Guarisco, Torchio & Allegri, 2012).

A dor crónica, é um grave problema de saúde em todo o mundo, estimando-se que atinja cerca de 19% da população adulta, um em cada cinco adultos na Europa (Fricker, 2003). Segundo o estudo de Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen e Gallacher (2006), a prevalência epidemiológica da dor crónica é também de 19% na Europa, contudo havendo diferenças significativas entre os países em estudo, sendo que a Noruega tem uma prevalência de dor crónica de 30% enquanto que Espanha tem o valor mais baixo do estudo, com uma prevalência de 12%.

Apesar de o fenómeno da dor e em particular a dor cónica, afetar gravemente a população mundial, existem diferenças particularmente quanto ao género, sendo que a prevalência de dor crónica é mais elevada em mulheres, estimando-se que numa população de pacientes com dor crónica, 56% sejam mulheres e 44% sejam homens tendo

os pacientes com dor crónica uma média de idade de 50 anos (Fricker, 2003; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).

O estudo de Jakobsson (2010) permitiu concluir que na Suécia, estima-se que a dor crónica tenha uma prevalência de 46% na população global sueca, mas que essa prevalência aumenta com a faixa etária dos pacientes, sendo que a faixa etária onde se verifica uma maior prevalência da dor crónica é entre os 60 e 74 anos.

De um modo geral, a prevalência de dor crónica afeta tanto países desenvolvidos como países em vias de desenvolvimento, contudo sendo mais frequente em mulheres e em pessoas mais velhas, verificando-se uma maior incidência quanto maior for a idade dos sujeitos (Tsang, Korff, Lee, Alonso, Karam, Angermeyer et al, 2008).

Em Portugal, os dados estatísticos apontados pelo Instituto Nacional de Estatística referentes ao ano de 2009, indicam que na população total residente em Portugal a prevalência de dor crónica era de 15,86%, afetando 1 685 501 sujeitos, havendo uma maior prevalência nas mulheres ao invés dos homens, 1 053 215 mulheres e 632 285 homens. A faixa etária em que se verificou uma maior incidência da dor crónica foi a faixa entre os 55 aos 64 anos, afetando 342 638 sujeitos (INE, 2010).

Relativamente à epidemiologia da dor crónica em Portugal, deve ser tido em conta o estudo de Castro-Lopes, Saramago, Romão e Paiva (2010), no âmbito da iniciativa internacional *Pain Proposal*, que aponta para que 36% dos adultos portugueses sejam afetados por dor crónica, sendo que apenas 16% é considerada dor crónica moderada a grave, indo de encontro aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010). Estima-se ainda que cerca de 50% dos sujeitos com dor crónica sejam afetados de forma grave a moderada nas suas atividades laborais e domésticas, sendo que 4% dos pacientes perderam o seu emprego, 13% obteve reforma antecipada, 35% referem estar insatisfeitos com o tratamento para a dor crónica e ainda 17% apresenta diagnóstico de depressão (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva, 2010).

A prevalência de dor crónica em Portugal, segundo Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias e Castro-Lopes (2012), é de 36.7 % na população portuguesa adulta, salientando-se a maior incidência de dor crónica em idosos, reformados, desempregados e sujeitos menos instruídos academicamente, bem como se verificou que 13 % dos sujeitos com dor crónica apresentam diagnóstico de depressão.

1.2 Classificação da dor crônica em função das suas características e localização

Keefe (1982) categorizou três tipos de dor, podendo a dor ser aguda, pré-crônica ou crônica. A dor aguda é descrita como sendo uma dor adaptativa em certo ponto, no sentido de que alerta o sujeito, para que evite um dano de maior gravidade. A dor pré-crônica caracteriza-se como sendo experimentada entre as fases aguda e crônica, sendo que este é um período importante na evolução da dor, na medida em que, ou a pessoa supera a dor, ou esta irá tornar-se em dor crônica. A dor crônica por sua vez é definida como sendo uma dor que dura além do tempo de cura normal, sendo de caráter contínuo e frequentemente perpétua a si mesma, ou seja, frequentemente a dor crônica conduz a comportamentos que provocam reforço, sendo que esse reforço produz mais comportamentos de dor.

Há uma longa lista de condições clínicas da dor crônica, sendo estas condições clínicas marcadas pelo local de lesão, que pode estar presente nas costas, na cabeça, nas pernas ou em qualquer outro local do corpo e é necessário também caracterizar a dor crônica quanto ao tipo de lesão, podendo esta lesão ser neuropática, muscular miofascial, articular, entre outras (Apkarian, Baliki & Geha, 2009).

A experiência de dor é constituída por duas fases, a primeira fase designa-se por dor epicrítica, caracterizada por uma dor inicial rápida e aguda e a segunda fase é de uma dor protopática que se caracteriza por uma dor lenta mais retardada, moderada e de longa duração, onde se pode classificar a dor crônica (Patel, 2010).

A dor crônica deve ser enquadrada a partir de quatro eixos: persistência temporal da dor; região corporal e seu alastramento; uso de medicamentos e utilização de cuidados de saúde (Pfungsten, Schops, Wille, Terp & Hildebrandt, 2000).

A dor crônica pode ser de três tipos: dor inflamatória nociceptiva que é causada por lesão tecidual, dor neuropática que é provocada por lesão no sistema somatossensitivo e sistema nociceptivo e ainda dor mista, provocada pelos dois mecanismos em conjunto (Bennett, Smith, Torrance & Lee, 2006).

A dor crônica inflamatória nociceptiva deve-se a uma inflamação tecidual que gera ativação constante dos nociceptores (Fanfani, Masserini, Guarisco, Torchio & Allegri, 2012). A dor neuropática, contudo, é causada por uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso somatossensitivo, sem existência de perigo de dano tecidual, podendo ser definida como periférica ou central (Treede, Jensen, Campbell, Cruccu, Dostrovsky, Griffin et al, 2008).

A dor neuropática periférica é induzida por traumas ou infecções nos nervos e gânglios periféricos, todavia a dor neuropática central é causada por lesões na medula espinhal, tronco cerebral ou córtex cerebral (Haanpaa & Hietaharju, 2010).

Quando a dor se deve a uma continuada contração muscular e à existência de pequenos nódulos de grande sensibilidade identificados a partir de apalpação muscular, classifica-se esta dor como dor miofascial. Maioritariamente, a dor miofascial é o resultado de uma combinação de fatores, dentro dos quais o traumatismo direto ou indireto, a exposição a tensão cumulativa e ainda falta de condicionamento físico, sendo que a dor crónica lombar ou lombalgia crónica, têm frequentemente a sua origem na dor crónica miofascial e não por compressão nervosa, instabilidade da coluna ou deterioração esquelética ou discal (Olaogun & Kopf, 2010).

Se a dor, for resultante de uma inflamação óssea por infeção, então é denominada dor osteomielítica, em que o osso e a medula óssea podem ser infetados, provocando dor profunda e constante, febre e espasmos musculares (Zimmerli, 2010).

Um dos quadros clínicos de dor crónica é a fibromialgia, sendo um síndrome caracterizado fortemente por dores fortes generalizadas por todo o corpo, fadiga, distúrbios do sono e rigidez muscular (Ittersum, Wilgen, Hilberdink, Groothoff & Schans, 2009; Schmidt, Grossman, Schwarzer, Jena, Naumann & Walach, 2011). O diagnóstico de fibromialgia é dado pela existência destes sintomas, desde que os mesmos não sejam melhor explicados por nenhuma outra doença somática, sendo ainda que não existe uma etiologia definida para a fibromialgia (Hauser, Eich, Herrmann, Nutzinger, Schiltenswolf, Henningsen, 2009).

Um outro quadro clínico de dor crónica que merece particular atenção é a artrite, sendo esta um quadro de dor provocado por inflamação das articulações, normalmente acompanhada de inchaço, rigidez muscular e dores acentuadas (Clark, Grist, Al-Kashi, Perretti & Malcangio, 2012). Etiologicamente a artrite pode ser dividida em osteoartrite, quando a sua etiologia é degenerativa e artrite reumatoide se a etiologia for inflamatória sistémica, sendo que a artrite reumatoide caracteriza-se por ser uma doença autoimune, na medida em que o sistema imunológico ataca os tecidos do próprio corpo, causando a artrite reumatoide (Lee, Nassikas & Clauw, 2011).

1.3 Modelos explicativos da dor

Inicialmente, os modelos explicativos da dor explicavam e descreviam a mesma a partir do modelo biomédico, caracterizando a dor como uma resposta automática a um fator externo, pois segundo este modelo a dor é encarada apenas como uma condição física (Ogden, 2012). Este modelo compreende os processos patológicos a partir da identificação de padrões observáveis de sintomas, a sua causa e curso dos sintomas, concentrando-se nos aspetos neurofisiológicos da dor e caracterizando-se por ser um modelo de doença que considera apenas processos orgânicos, não incluindo a importância de fatores psicológicos ou sociais na compreensão da dor (Bendelow, 2013).

Esta relação simples entre estímulo-resposta foi reforçada a partir da teoria da especificidade da dor, que é alicerçada na convicção mecanicista de que a dor é resultante de uma relação de estímulo e resposta e que no processo de dor existe um recetor específico e uma fibra sensorial associada que é sensível a um estímulo específico, sendo a intensidade da dor proporcional à magnitude da lesão (Moayedí & Davis, 2012).

De modo a conseguir uma integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais da dor, para uma melhor compreensão da mesma, deve ser tido em conta o modelo biopsicossocial, sendo a dor crónica à luz deste modelo uma condição com prejuízo físico e psicossocial, havendo a necessidade de considerar variáveis como os processos centrais na dimensão biológica, psicológica e social, inclusivamente dimensões somáticas, cognitivas e afetivas (Schulz-Gibbins, 2010).

Gatchel, Peng, Peters, Fuchs e Turk (2007), alicerçados no modelo biopsicossocial, fazem a distinção entre nociceção e dor, definindo a nociceção como o processo de estimulação dos nervos que transmitem informação ao cérebro acerca de potenciais danos nos tecidos, enquanto que a dor é definida como a perceção subjetiva resultante da transdução, transmissão e modulação de informação sensorial, sob influência de fatores genéticos, de aprendizagem, socioculturais e psicológicos, pois a dor, segundo o modelo biopsicossocial, não tem apenas um suporte físico e neurofisiológico, sendo também influenciada por dimensões psicológicas e sociais e pela experiência emocional de dor, procurando-se assim uma perspetiva multidimensional e não apenas centrada na dimensão biológica.

O modelo biopsicossocial, é hoje amplamente aceite como a abordagem mais heurística para a dor crónica. Este modelo apresenta a revisão dos processos básicos da neurociência da dor, a par dos fatores psicossociais. É um modelo que abarca as interações

dos fatores psicológicos e sociais com os processos cerebrais e neurológicos de modo a melhor compreender as suas influências para o estado de saúde e doença, bem como a etiologia, manutenção e exacerbação da dor crónica, a partir das interações entre variáveis cognitivas, recursos sociais e fatores de contexto (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Jordan, & Okifuji, 2011).

A investigação na dor foi marcada fortemente pela *Gate Control Theory of Pain* de Melzack e Wall, ou teoria do portão para o controlo da dor, tendo esta teoria salientado a existência de vias periféricas transmissoras do estímulo com os sistemas espinais de transmissão, que podia ser regulado por estruturas superiores (Bastos, 2005). Esta teoria, alicerça-se na existência de um mecanismo de modulação da dor localizado na região dorsal da medula, que atua como porta uma vez que impede ou deixa passar os impulsos nervosos que provêm dos nociceptores periféricos para os centros superiores, sendo ainda que é proposta a integração dos fatores neurológicos e fisiológicos com os fatores psicossociais, sugerindo que a dor não é resultante de um processo de estímulo e resposta (Apkarian, Baliki & Geha, 2009; Forgeron, King, Stinson, McGrath, MacDonald & Chambers, 2010).

A teoria do portão para o controlo da dor, foi a teoria de maior influência para a aceitação da relação entre os processos psicológicos e fisiológicos da dor, na medida em que integra os fatores físicos e psicológicos da dor, alterando a noção dualística de dor somática ou psicogénica (Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten & Hrabal, 2010).

Com o surgimento desta teoria é colocada em causa a ideia estabelecida pelo modelo biomédico que defendia que a dor estava diretamente relacionada com a quantidade de dano tecidual, estabelecendo nesta altura o carácter percetivo da dor (Bendelow & Williams, 1995).

A experiência da dor, segundo esta teoria ocorre nas fibras nervosas periféricas, na medula espinhal e no cérebro, sendo estes os principais “portões de controlo” para que se possa reduzir ou bloquear a transmissão da informação através do ponto de sinapse entre as fibras nervosas periféricas que transportam informação nociva e as células do corno dorsal da medula espinhal. Processos emocionais e cognitivos, têm influência na regulação dos portões de dor, sendo responsáveis em parte pela abertura e fecho do portão de dor, que levará a que a intensidade da dor seja alterada (Patel, 2010).

De acordo com esta teoria, as mensagens provenientes do cérebro bem como os fatores psicológicos, poderiam atuar sobre os portões de dor e influenciar a transferência

e modulação da dor, explicando assim a importância dos fatores psicológicos na percepção de dor (Ogden, 2012).

A teoria do portão para o controlo da dor, incluída no modelo biopsicossocial, foi pioneira em quebrar com a visão dualista de dor e salientando a importância de múltiplas estruturas neurológicas e dos processos psicológicos para a melhor compreensão de dor, realçando o caráter subjetivo da experiência de dor (Riddell, Racine, Craig & Campbell, 2013).

2. Influência de variáveis psicológicas na dor crónica

A dor crónica é como qualquer dor uma experiência marcadamente individual, incorporando dimensões físicas, psicológicas e sociais, na medida em que a dor crónica ocorre num largo espectro de severidade e por este motivo, o conhecimento dos mecanismos biológicos, por si só não é suficiente, para compreender e explicar os sintomas presentes em síndromes dolorosas crónicas. É necessário compreender as dimensões psicológicas associadas à vivência dolorosa, pois, seja qual for o tipo de dor, a sua intensidade e frequência, esta gera sofrimento físico e psicológico que levam o paciente com dor crónica a um desajuste funcional, a possível desenvolvimento de morbidade psicológica, mal-estar contínuo e decréscimo da qualidade de vida (Rice, 2008).

Os fatores psicológicos assumem-se como fatores de grande influência no início, no agravamento e na manutenção da dor em diversos quadros álgicos, notando que a experiência dolorosa engloba comportamentos manifestos de dor observados em posturas, gestos, expressões faciais, verbalizações e os aspetos sócio-culturais, tais como: atividade de trabalho, contexto ocupacional, nível de educação, organização social, estilo de vida, ganhos financeiros, fuga e esquiva de situações e/ou responsabilidades. A dor é uma experiência individual e subjetiva, podendo assim gerar dificuldades em ser relatada, contudo sendo descrita em todas as culturas como uma sensação desagradável, independente da sua duração ou origem (Linton & Shaw, 2011; Ogden, 2012).

O facto de ter sido verificado clinicamente, que pacientes com perfis clínicos semelhantes ou idênticos, apresentavam diferenças significativas quanto ao desajuste, níveis de incapacidade e dor sentida, sustentaram a necessidade e pertinência em investigar e estudar as variáveis psicossociais associadas à dor, para melhor compreender as relações entre as variáveis e a forma como se relacionam com as características de dor

e o impacto que têm nos pacientes (Arnow, Blasey, Constantino, Robinson, Hunkeler, Lee et al, 2011).

Na prática clínica, de acordo com o conceito biopsicossocial de cronicidade da dor, a dor crónica contextualiza-se como a dor que é agravada por fatores de risco como sensibilização central a estímulos dolorosos, depressão ou ansiedade, ou transtornos somatoformes, além de conflitos no trabalho ou na família (APA, 2013; Kopf & Patel, 2010).

Quanto mais duradoura e persistente for a dor, maior será a influência das variáveis psicossociais envolvidas na dor, considerando que as variáveis psicossociais afetam os estados de dor, nomeadamente a dor crónica, sobretudo a partir de três domínios, sendo eles a intensidade, qualidade e tolerância da dor. Crenças de dor, associam-se com traços de personalidade e questões culturais e sociais acerca da dor, salientando a perspectiva de que a dor pode ser sentida fisicamente mas apenas é percebida a partir das variáveis psicossociais, não se findando assim na dimensão física (Lee, Watson & Law, 2010).

Existe consenso científico, acerca da importância de fatores psicológicos, em particular fatores de depressão, *stress*, ansiedade e catastrofização, na predisposição para a dor, no curso e gravidade da dor crónica, início e cronicidade da dor e no prognóstico e tratamento da dor, atendendo ainda que o papel e a prevalência dos fatores psicológicos é variável, contudo quanto maior a intensidade da dor e a sua persistência, maior é a probabilidade de existirem fortes fatores psicossociais envolvidos na dor (Giannakopoulos, Nikitas, Keller, Rammelsberg, Kronmuller & Schmitter, 2010).

Os fatores psicológicos assumem assim uma grande relevância na compreensão da dor crónica e das suas implicações na vida dos pacientes, na medida em que são os fatores psicossociais que permitem conhecer, prever e intervir nas dimensões relacionais e funcionais dos pacientes com dor crónica, que permitem compreender as associações entre crenças de dor e sintomatologia psicopatológica, as influências na intensidade de dor, qualidade de vida, disfuncionalidade e diferenças inter-sujeitos quanto ao fenómeno da dor, sendo que é a partir da importância dos fatores psicossociais que é possível desenvolver modelos explicativos da dor crónica (Apkarian, Baliki & Geha, 2009).

2.1 Crenças sobre a dor

A dor tem uma forte componente subjetiva, na medida em que para além da componente sensorial, apresenta ainda uma componente emocional e uma componente de cariz cognitiva e avaliativa, considerando-se que a dor, segundo Melzack (1996), é interpretada de modo subjetivo, sendo que a dor constitui-se na forma como a pessoa afirma que a dor é quando a experiencia, dependendo assim a dor das interpretações e crenças subjetivas e individuais de cada sujeito, assumindo assim um carácter fortemente idiossincrático, muito pessoal e único. As crenças de dor e as suas interpretações variam mediante a avaliação individual que cada sujeito faz face à experiência dolorosa (Júnior & Figueiró, 2001).

As crenças de dor assumem-se como fatores de grande importância na medida em que é a partir das crenças de dor, que se justificam os diversos modos como os doentes percebem e percecionam a sua dor e em que medida é que esta os afeta, salientando-se assim a necessidade de compreender as crenças de dor, as atribuições causais de dor, as crenças de controlo da dor e as crenças que o sujeito tem acerca das suas capacidades de fazer frente à dor (Moreno, García & Pareja, 1999).

A dor é um fenómeno físico, mas ainda assim carregado de subjetividade. Para um mesmo estímulo nocivo, é possível verificar que existe uma grande diversidade interindividual no que diz respeito à intensidade da dor atribuída a um mesmo estímulo doloroso, apontando assim para que as crenças que os pacientes têm acerca da sua dor determinem a forma como esta é sentida e percebida, considerando sempre que a experiência de dor é uma experiência subjetiva única, resultante de uma avaliação cognitiva da informação sensorial nociva, a partir de um contexto pessoal e sob a influência de fatores genéticos e psicológicos (Nieto, Raichle, Jensen & Miró, 2012).

Os fatores cognitivos, assumem uma grande relevância na evolução e tratamento da dor crónica, devido à dimensão perceptiva da dor, considerando-se as crenças de doença como respostas cognitivas e emocionais à doença, que levarão a comportamentos de doença ou de saúde. As crenças de doença na dor, são o resultado da interpretação corporal de dor conjuntamente com a informação cultural, pessoal e emocional do sujeito (Wilgen, Ittersum & Kaptein, 2013).

São de grande importância na dor crónica, os fatores psicossociais como a percepção e crenças de doença, em particular a catastrofização, a auto eficácia e o *coping* (Glattacker, Heyduck & Meffert, 2012).

2.2 Crenças e Prognóstico de dor crónica

As crenças de doença têm uma forte relação na forma como a dor evolui, nas suas consequências e tratamento, considerando que quando na dor aguda as crenças de doença se assumem como falta de controlo da dor, desesperança e baixas expectativas de sucesso terapêutico, estas crenças assumem-se como um elevado fator de risco, para definir a cronicidade da dor (Wilgen, Ittersum & Kaptein, 2013).

As crenças de doença catastróficas têm uma forte relação com o grau de dor sentida, morbidade psicológica, disfuncionalidade e limitações sentidas (Woby, Roach, Urmston & Watson, 2007).

Segundo o estudo de Wilgen, Ittersum e Kaptein (2013), os pacientes com dor crónica tem uma perceção de doença mais negativa e catastrofista do que os pacientes com dor aguda, contudo mostram-se menos convictos de que os fatores psicológicos e as suas crenças, têm repercussões significativas no impacto, evolução e prognóstico da dor crónica, atribuindo maior relevo aos sintomas físicos da doença.

A catastrofização, o medo da dor e o sentimento de impotência, são fatores associados ao aumento da dor e ajustamento pobre face à dor (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004). Quanto às crenças de doença, a catastrofização é amplamente aceite como um fator psicológico fortemente associado ao desajuste face à dor e maiores níveis de incapacidade (Arnou et al, 2011).

A catastrofização é um processo psicológico caracterizado pela centralidade perceptiva nas ameaças, perceção negativa e catastrófica da dor, implicando altos níveis de disfuncionalidade, incapacidade de lidar com a dor, hospitalizações mais longas e pior prognóstico de reabilitação (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004). A catastrofização na dor crónica associa-se comumente à morbidade psicológica e pior prognóstico da dor (Turner, Jensen, Warmes & Cardenas, 2002).

O processo de catastrofização, está associado a um aumento da intensidade da dor na artrite e maior disfuncionalidade em doentes com osteoartrite (Keefe, Abernethy & Campbell, 2005).

Doentes com dor crónica sem explicação médica, são mais propensos a ter crenças desajustadas acerca da dor, a reagir catastroficamente à dor, ter um baixo controlo de dor e um baixo nível de compreensão da dor (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh & Wessely, 1998).

O sentimento de derrota, é caracterizado por desesperança, sentimento de incapacidade de controlo da dor e perda de autonomia, sendo que este sentimento de derrota está associado a crenças negativas acerca da dor e pensamentos catastróficos acerca da dor e das suas consequências, indicando que os pensamentos derrotistas e de catastrofização se associam a uma maior desabilidade face à dor e a uma maior morbidade psicológica, particularmente sintomatologia depressiva e ansiosa (Tang, Goodchild, Hester & Salkovskis, 2010).

Segundo Sharpe, Sensky e Allard (2001), os fatores psicossociais são de grande importância na predição do curso da artrite reumatoide, desajuste psicossocial e morbidade psicológica associada. Ainda no estudo destes autores, foi possível verificar que os pensamentos e crenças de doença desajustados conduzem o paciente para um pior prognóstico da doença, maior disfuncionalidade e deterioração do humor. O estudo evidencia ainda, a importância da percepção e crenças de doença que o paciente tem, para uma melhor adaptação à doença.

As crenças de dor e percepção de doença são também bastante relevantes no quadro de fibromialgia, sendo que pacientes com esta patologia usualmente apresentam crenças negativas acerca das consequências da doença, falta de compreensão e desesperança, agravando o seu estado clínico (Ittersum, Wilgen, Hilberdink, Groothoff & Schans, 2009).

As crenças de doença, quando são positivas e ajustadas, favorecem o tratamento da dor crónica (Glattacker, Heyduck & Meffert, 2012; Wilgen, Ittersum & Kaptein, 2013). A autoeficácia é bastante positiva no controlo da dor, enquanto confiança do sujeito sobre a capacidade de desenvolver um curso de ação capaz e suficiente de criar bons resultados terapêuticos, atingindo assim menores níveis de dor e de morbidade psicológica. A autoeficácia aliam-se também boas estratégias de *coping*, diminuindo os comportamentos de dor e aumentando a funcionalidade do paciente, destacando-se as estratégias de *coping* de relaxamento, distração da dor, ventilação emocional, suporte emocional e redefinição da dor (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004).

As crenças de dor, estão ainda intimamente associadas ao tratamento da dor crónica, sendo que por isso, não raras as vezes, se estrutura uma intervenção terapêutica baseada nas crenças de dor que os pacientes manifestam, procurando um tratamento individualizado de intervenção nas percepções e crenças de dor para diminuir os níveis de dor e a morbidade psicológica (Glattacker, Heyduck & Meffert, 2012; Traue, Jerg-Bretzke, Pflingsten & Hrabal, 2010; Vowles, Witkiewitz, Sowden, & Ashworth, 2014).

É de realçar a necessidade emergente de compreender as variáveis psicossociais envolvidas na dor crónica, particularmente as crenças de dor que os pacientes têm, de modo a compreender os comportamentos de saúde e de doença, bem como de modo a permitir desenvolver uma melhor intervenção terapêutica para a dor crónica (Wilgen, Ittersum & Kaptein, 2013).

2.3. Morbilidade psicológica e Dor Crónica

A dor crónica tem associadas repercussões psicológicas mais acentuadas do que na dor aguda, sendo possível frequentemente associar quadros de dor crónica com sintomatologia ansiosa e depressiva (APA, 2013; Cardoso, 1999; Glick & Marcus, 2008).

A dor predomina em muitas patologias médicas e surge, frequentemente, associada a outras perturbações (Turk & Rudy, 1992): perturbações do sono, da funcionalidade e alterações nos domínios sexual, laboral, familiar e social, condicionando o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes (Kelemen, Lee, Button, Presnell, Wilson & Holland, 2012); as quais são geradoras de emoções negativas e refletem-se na interação com os outros, podendo ainda influenciar de forma negativa a experiência de dor traduzindo-se num agravamento da dor percebida, o que agrava o sofrimento físico do doente e o prognóstico clínico (Quartilho, 1996; Jordan, & Okifuji, 2011).

A experiência de dor, em particular a dor crónica, é acompanhada de sofrimento emocional, provocando respostas emocionais de medo, ansiedade, raiva, frustração e depressão, desencadeadas pela tensão emocional e angústia sentida, que por sua vez conduzem à morbilidade psicológica (Linton & Shaw, 2011).

Quanto à morbilidade psicológica na dor crónica, é amplamente aceite que existe uma relação significativa entre a dor crónica e a presença de sintomatologia psicopatológica, sobretudo de natureza ansiosa e depressiva, devendo considerar-se que a existência de morbilidade psicológica associa-se a piores resultados terapêuticos, a um pior prognóstico clínico e a níveis superiores de incapacidade e disfuncionalidade (Apkarian, Baliki & Geha, 2009).

Pacientes com dor crónica, frequentemente apresentam morbilidade psicológica, porém esta é mais frequente em pacientes com dor crónica com sintomas físicos que não podem ser melhor explicados medicamente (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh & Wessely, 1998).

Apesar de frequentemente os pacientes com dor crónica apresentarem morbidade psicológica, particularmente sintomatologia depressiva e ansiosa, muitas vezes não são reunidos os critérios para perturbação, devendo ainda ser tido em conta, que a sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com dor crónica é mais comum em países desenvolvidos do que em países sub-desenvolvidos, contudo a gestão de comorbidade de dor crónica e sintomatologia psicopatológica é mais deficitária e acarreta maiores riscos em países sub-desenvolvidos do que em países desenvolvidos, pelo facto de que os primeiros apresentam um menor grau de alfabetização e de condições terapêuticas para a saúde mental (Tsang et al, 2008).

As sintomatologias ansiosa e depressiva correlacionam-se diretamente com os níveis de funcionalidade dos pacientes com dor, diminuindo essa funcionalidade, a partir de sentimentos e pensamentos negativos e mórbidos, sendo que a partir do momento em que existe morbidade psicológica em doentes com dor crónica, a disfuncionalidade dos mesmos é melhor explicada pela existência de sintomatologia psicopatológica, ao invés do efeito direto da dor, estimando-se que esta disfuncionalidade se associa em 93% à morbidade psicológica (Wegener, Castillo, Haythornthwaite, MacKenzie & Bosse, 2011).

Para além da intervenção médica na dor crónica, é salientada a necessidade de intervenção psicológica pela forte relação entre quadros de dor crónica e morbidade psicológica, devendo dar-se resposta à necessidade de uma intervenção psicológica tão cedo quanto possível, tendo em vista maximizar a resposta ao tratamento, reabilitar os pacientes e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no mesmo sentido em que se diminui a morbidade psicológica e o prognóstico clínico desfavorável, sempre partindo do pressuposto imperativo de que a intervenção psicológica deve atender às especificidades de cada paciente e deve ser conduzida de modo sinérgico com a intervenção médica (Clark, 2009).

2.3.1 Dor Crónica e depressão

Os pacientes que experienciam dor crónica com sintomatologia depressiva, têm um acentuado sofrimento, justificando assim a necessidade de uma melhor compreensão da relação existente entre dor crónica e depressão (Campbell, Clauw & Keefe, 2003).

A dor crónica, tem frequentemente associado o humor deprimido, estando a dor diretamente associada com a sintomatologia depressiva na medida em que o humor

depressivo aumenta a intensidade da dor e prolonga a sua duração, realçando-se que segundo Bair, Robinson, Katon e Kroenke (2003), 52% a 56% dos pacientes têm sintomatologia depressiva e 5 a 10% têm critérios para depressão *major*.

O estudo de Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh e Wessely (1998), permitiu verificar que 13.8% dos pacientes em estudo com sintomas de dor crónica não explicados medicamente, apresentavam diagnóstico para depressão *major*, enquanto que apenas 6.6% dos doentes com sintomas explicados medicamente apresentavam critérios para depressão *major*, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

A sintomatologia depressiva está bastante presente nos quadros de dor crónica, o que constitui um pior prognóstico, bem como uma maior diminuição funcional e uma pior resposta ao tratamento (Bravo, Mico, Rey-Brea, Perez-Nievas, Leza & Berrocoso, 2012). A comorbilidade de sintomatologia depressiva e dor crónica, afeta ainda significativamente a qualidade de vida dos pacientes (Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2008; Glombiewski, Hartwich-Tersek & Rief, 2010).

A existência de sintomatologia depressiva associada com dor crónica, aumenta as cognições negativas, a sensibilidade à dor, a tendência para que o paciente se isole socialmente, sentimento de incapacidade e inaptidão, potenciando a tríade cognitiva depressiva, caracterizada por uma visão negativa e conjunto de crenças negativas que o sujeito tem acerca de si, do mundo que o rodeia e do futuro, não tendo esperança (Valade, Fontenelle, Roos, Rousseau-Salvador, Ducros & Rusinek, 2012).

Quanto maior for a intensidade da dor e a distribuição corporal da área de dor, maior é a sintomatologia depressiva, sendo que a sintomatologia depressiva surge ou é potenciada pelo estado de dor e doentes com vários quadros de dor crónica apresentam maior sintomatologia depressiva do que doentes com apenas um diagnóstico de dor crónica (Gureje, Korff, Kola, Demyttenaere, He, Posada-Villa et al, 2008). Segundo estes autores, a sintomatologia depressiva, pode assumir as formas de anedonia, de perturbação depressiva *major* e perturbação distímica, surgindo com maior incidência em doentes com dor crónica generalizada ou dor crónica em vários locais do corpo, sendo que a sintomatologia surge rapidamente e é de remissão difícil uma vez que é mantida pela dor.

Existem diferenças significativas de género, quanto à dor e ao modo como os pacientes encaram e se ajustam à dor, tendo assim repercussões diretas na sintomatologia depressiva em homens e mulheres com dor crónica. A sintomatologia depressiva em paralelo com a dor crónica é assim mais prevalente em mulheres do que em homens, sendo que são também as mulheres quem apresenta maiores queixas de dor no que toca

ao nível de intensidade e disfuncionalidade (Filligim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams & Riley, 2009; Parmelee, Harralson, McPherron, DeCoster & Schumacher, 2012).

O estudo de Giannakopoulos, Nikitas, Keller, Rammelsberg, Kronmuller e Schmitter (2010), permitiu verificar que em doentes com dor crónica temporomandibular e dor crónica facial, a sintomatologia depressiva está bastante associada à dor em ambos os quadros clínicos, constatando que de um modo geral a população feminina com dor crónica apresenta mais sintomatologia depressiva, contudo a sintomatologia depressiva acomete mais as mulheres em quadros de dor crónica temporomandibular, enquanto na dor crónica facial a sintomatologia depressiva predomina em indivíduos do sexo masculino.

As crenças de dor e pensamentos de padrão negativo, estão mais associadas a sintomatologia depressiva e a um aumento da dor sentida, evidenciando-se assim que a sintomatologia depressiva é mediada pelas crenças de dor (Richardson, Ness, Doleys, Banos, Cianfrini & Richards, 2009).

Apesar de pacientes com sintomatologia depressiva e dor crónica apresentarem piores resultados de tratamento e mais queixas de dor do que pacientes com apenas dor crónica, a psicoterapia para depressão apresenta eficácia e bons resultados terapêuticos em pacientes com dor crónica e sintomatologia depressiva, sendo assim uma opção benéfica na procura de controlar e diminuir quer a intensidade da dor como a sintomatologia depressiva (Poleshuck, Talbot, Zlotnick, Gamble, Liu, Tu et al, 2010; Teh, Zaslavsky, Reynolds & Cleary, 2010).

2.3.2 Dor Crónica e ansiedade

A sintomatologia ansiosa e perturbações de ansiedade têm uma elevada prevalência e estão bastante associadas a vários tipos de condições médicas, incluindo a dor crónica, sendo de notar que a sintomatologia ansiosa acarreta maior preocupação acerca da dor, mal-estar e inquietação, sendo um preditor de um pior prognóstico clínico da dor crónica e de uma pior adesão terapêutica, implicando que doentes com dor crónica e sintomatologia ansiosa careçam de maiores cuidados de saúde, o que implica maiores custos económicos (Jordan, & Okifuji, 2011).

A ansiedade é um fator psicológico bastante presente na dor crónica, sendo que doentes com quadro de dor persistente ou crónica, têm frequentemente perturbações de

ansiedade, o que afeta negativamente a funcionalidade dos pacientes e o curso da dor crónica (Linton & Shaw, 2011).

A sintomatologia ansiosa presente em pacientes com dor crónica, pode ser explicada a partir do fator de ameaça sentida que provoca um foco de percepções cognitivas marcadamente negativas e ansiosas a par de uma atenção seletiva aos estímulos associados ao medo de dor, criando um marcado estado ansioso (Asmundson & Katz, 2009).

A sintomatologia ansiosa, é a resposta patológica ao medo e à ameaça percebida pelas crenças e percepções cognitivas acerca da dor, devendo salientar-se que a sintomatologia ansiosa e o medo da dor podem estar associados a ameaças reais ou imaginárias e simbólicas, que apesar de não constituírem um perigo real são sentidas como tal a partir das crenças e percepções do doente (Lumley, Cohen, Borszcz, Cano, Radcliffe, Porter et al, 2011).

A sintomatologia ansiosa, como o medo e a preocupação excessiva, têm uma ação potenciadora dos sintomas físicos ao antecipar a dor, desenvolvendo-se uma ansiedade antecipatória, em que se originam comportamentos de evitamento, com o objetivo de reduzir o medo, a ansiedade e o desconforto sentido, que contudo perpetuam o evitamento, podendo inclusive ser um fator mediador e facilitador da transição de dor aguda para dor crónica e um fator de agravamento dos sintomas e de incapacidade na dor crónica em si, pelo aumento da tensão muscular e da percepção de dor, que levarão a um processo circular de amplificação da dor crónica e conseqüentemente maior ansiedade associada (Jordan, & Okifuji, 2011).

Epidemiologicamente, a perturbação de ansiedade mais comum em doentes com dor crónica é a perturbação de ansiedade generalizada, tendo uma incidência três vezes maior que as outras perturbações de ansiedade em doentes com dor crónica e verificando-se que na ocorrência de perturbação de ansiedade generalizada concomitantemente com dor crónica, existe uma atenção excessiva aos sintomas de dor, ruminação das queixas de dor, sensação de impotência e falta de controlo (Asmundson, McMillan & Carleton, 2011).

Existe uma forte relação entre a perturbação de *stress* pós-traumático e a dor crónica. O estudo de Otis, Keane e Kerns (2003) permitiu concluir que os diferentes quadros de dor crónica, incluindo fibromialgia, lombalgia crónica, artrite reumatoide e cefaleias crónicas, são duas a quatro vezes mais frequentes em pacientes com critérios para perturbação de *stress* pós-traumático, do que em pacientes sem esta psicopatologia.

Segundo Marijana, Meštrović, Havelka, Bilić e Lončar (2011), existe uma relação significativa entre quadros clínicos de dor crônica e a perturbação de *stress* pós-traumático, havendo uma relação negativa com o curso da doença, resultados e resposta terapêutica, quando comparados com doentes sem esta psicopatologia. Conforme os autores, os quadros específicos de dor crônica generalizada e fibromialgia associam-se frequentemente à sintomatologia ansiosa característica da perturbação de *stress* pós-traumático, defendendo que a intervenção clínica terapêutica deve ser feita conjuntamente no sentido de dar resposta ao quadro médico de dor e à sintomatologia psicopatológica.

A ansiedade, tem um papel particularmente relevante na determinação dos resultados funcionais em diferentes quadros de dor crônica. A ansiedade e o medo de dor promovem a prevenção de atividades que possam provocar dor, sendo que esta ação resulta num reforço positivo da inatividade, causando um acréscimo das limitações funcionais. A sintomatologia ansiosa e de medo da dor, levam a que o paciente faça avaliações exageradamente negativas acerca da sua capacidade de participar em diferentes tarefas, fazendo assim com que o paciente tenha uma maior disfuncionalidade e maior atenção aos sintomas (Wegener, Castillo, Haythornthwaite, MacKenzie & Bosse, 2011).

3. Dor crónica, crenças sobre a doença e morbidade psicológica

A sintomatologia psicopatológica, particularmente a sintomatologia depressiva e ansiosa, têm uma forte relação com a perceção que o doente ter acerca da sua dor, na medida em que a sintomatologia psicopatológica pode surgir em virtude de perceções e crenças erradas e desajustadas da dor, bem como a existência deste tipo de sintomatologia irá aumentar essas mesmas crenças e perceções de dor (Giannakopoulos, Nikitas, Keller, Rammelsberg, Kronmuller & Schmitter, 2010; Velly, Look, Carlson, Lenton, Kang, Holcroft et al, 2011).

O estudo de Zyrianova, Kelly, Sheehan, McCarthy e Dinan (2011), permitiu concluir que as crenças acerca da dor crônica têm um papel fundamental e central na relação entre os fatores físicos e psicológicos da dor, bem como permitiu verificar a influência direta das crenças acerca da dor crônica na sintomatologia depressiva e ansiosa dos doentes.

A relação dual entre dor crônica e depressão, é amplamente aceite, contudo é necessário entender como se processa esta relação, sendo que o estudo de Rezaei, Doost,

Molavi, Abedi e Karimifar (2014), procurou entender e explicar a ação dos fatores mediadores da relação entre dor crónica e depressão em pacientes com artrite reumatoide, a partir das crenças e percepções de doença. O estudo permitiu concluir que 66% dos pacientes com artrite reumatoide apresentavam sintomatologia depressiva, sendo que os sintomas depressivos estão diretamente relacionados com a dor percebida e com as percepções de doença, na medida em que quanto piores forem as percepções e crenças de doença mais acentuados são os sintomas depressivos. O estudo permitiu evidenciar a relação entre dor crónica, crenças de doença e morbidade psicológica e em que medida é que as crenças de doença têm uma ação mediadora para a morbidade psicológica em doentes com dor crónica.

A experiência de dor, a sua intensidade e características, implicam fortes consequências nas crenças de doença, predizendo a morbidade psicológica e o resultado dos tratamentos para a dor. As percepções e crenças negativas acerca da dor, particularmente a crença de baixo controlo individual sobre a dor e a crença de que as dores irão ser eternas ou duradouras numa longa linha de tempo, estão associadas a maiores níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, atendendo que a sintomatologia depressiva e ansiosa, são explicadas em 43% e 25% respetivamente, a partir das crenças de dor levantadas pelo *Illness Perception Questionnaire*. Estes dados apontam para que a gravidade sentida pelos pacientes acerca da dor crónica e os resultados ao tratamento, sejam melhor explicados e preditos a partir de variáveis psicológicas, sobretudo as crenças associadas à dor e a morbidade psicológica, ao invés das características físicas da dor em si (Galli, Ettlin, Palla, Ehlert & Gaab, 2010).

As crenças de dor, nomeadamente as crenças de autoeficácia face à dor, associam-se diretamente com o desajuste e disfuncionalidade causada pela dor, maiores níveis de incapacidade e inatividade física e também se relacionam com maiores níveis de morbidade psicológica, nomeadamente sintomatologia depressiva. Doentes com maiores crenças de autoeficácia em relação à dor apresentam menos sintomatologia depressiva do que doentes com menores crenças de autoeficácia, realçando assim a relação de causalidade entre crenças e morbidade psicológica (Asghari, Julaeiha & Godarsi, 2008).

As crenças de dor têm implicações diretas na morbidade psicológica dos doentes com dor crónica, verificando-se que tanto a morbidade psicológica como a existência de crenças de dor desajustadas e pouco adaptativas têm repercussões na intensidade de dor sentida e percebida pelos pacientes, ou seja, existe uma relação triangulada de influência

bidirecional entre dor crónica, crenças de dor e morbidade psicológica, uma vez que as três variáveis se relacionam e influenciam diretamente entre si (Tang, Goodchild, Hester & Salkovskis, 2010).

A melhor compreensão da relação existente entre dor crónica, crenças de doença e morbidade psicológica, irá permitir não apenas um maior conhecimento científico acerca do fenómeno da dor, mas também permitirá melhorar a intervenção terapêutica de cariz médico e psicoterapêutico, em busca de melhores resultados clínicos (Galli, Ettlín, Palla, Ehlert & Gaab, 2010; Jordan, & Okifuji, 2011).

Capítulo II- Investigação Empírica

4. Metodologia

Serão expostos, os objetivos da investigação e seu desenho, bem como as variáveis que pretendem ser estudadas, a caracterização da amostragem, os instrumentos de avaliação, o local de recolha dos dados, assim como os procedimentos relativos à recolha e análise dos dados de investigação.

4.1. Objetivos

O presente estudo, caracteriza-se como sendo, uma investigação na qual se objetiva, compreender melhor a dor crónica e suas implicações, nomeadamente no que é referente à dimensão psicológica. O objetivo geral do presente estudo, é verificar até que ponto é que existe uma relação triangulada entre dor crónica, perceção da doença e morbilidade psicológica.

É pretendido, a partir de uma amostra de sujeitos com dor crónica, atualmente em consulta na Unidade da Dor, do Hospital de Braga, procurar perceber quais as possíveis relações entre dor crónica e sua intensidade, com a perceção da dor e morbilidade psicológica. Procura-se entender em que medida é que a dor crónica e sua intensidade, podem estar associadas a um determinado *distress* psicológico, nomeadamente de tonalidade depressiva e ansiosa. É também procurado, avaliar até que ponto é que a perceção da dor, está relacionada com a dor e com a possibilidade de existência de sintomatologia psicopatológica.

4.2. Desenho do Estudo

O estudo será quantitativo na medida em que os dados e resultados correspondentes à investigação, irão ser expressos em números, representando uma medição e cálculo dos dados, permitindo que se realizem projeções para a população, tendo em vista obter os resultados de investigação. É de realçar ainda, que para a obtenção dos dados em forma de números, objetivando a sua quantificação, irá ser utilizada instrumentação com propriedades métricas, capazes de mensurar esses mesmos dados, quantificando-os.

Quanto ao desenho é um estudo observacional analítico-transversal, na medida em que é pretendido analisar as relações entre as variáveis num único momento, não sendo um estudo em que exista intervenção por parte do investigador, nem um controlo direto sobre os fatores que poderiam afetar o conjunto de características em análise.

4.3. Variáveis em Estudo

Atendendo aos objetivos expostos anteriormente e tendo em consideração a revisão da literatura foram considerados neste estudo as seguintes variáveis:

1. Variáveis sociodemográficas que se assumem como pertinentes para a caracterização da amostra, como a idade, género, estado civil, habilitações literárias, estado profissional atual, profissão, tempo de diagnóstico;
2. Serão ainda, incluídas variáveis clínicas e psicológicas, nomeadamente a intensidade de dor, a variável de sintomatologia depressiva e ansiosa, referentes à morbilidade psicológica (HADS) e a variável de perceção da doença/dor (IPQ).

4.4. Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que existam diferenças significativas quanto à intensidade da dor, entre os sujeitos da amostra que apresentam sintomatologia depressiva e ansiosa significativa e os sujeitos sem sintomatologia depressiva e ansiosa significativa

Hipótese 2: Espera-se encontrar uma relação significativa entre as crenças de doença (*consequências, duração, controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional*) e a morbilidade psicológica.

Hipótese 3: Espera-se uma relação significativa entre as crenças de doença (*consequências, duração, controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional*) e a intensidade da dor.

Hipótese 4: Espera-se que as perceções de doença sejam melhores preditores do que a intensidade da dor, para a existência de morbilidade psicológica.

4.5. Análises Exploratórias

De modo a enriquecer a investigação e permitir uma melhor compreensão do estudo, foram também analisadas as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas e psicológicas.

4.6. Local de Recolha dos Dados

O presente estudo decorreu no Hospital de Braga, particularmente, na Unidade da Dor deste mesmo hospital, mediante o facto dos sujeitos da amostra do estudo serem pacientes em acompanhamento na Unidade da Dor, sendo que por estes motivos o local onde se realizou a recolha dos dados foi uma sala inserida no espaço físico desta mesma unidade.

4.7. Procedimentos de Recolha dos Dados

A população à qual se destina o presente estudo, é constituída por pacientes diagnosticados com dor crónica, a realizar tratamentos no Hospital de Braga. Por este motivo, foram solicitadas as autorizações necessárias para a recolha de dados.

Foi necessária uma autorização do Hospital de Braga, nomeadamente do conselho de ética desta instituição, bem como da Unidade da Dor, de forma a poder operacionalizar a recolha de dados e levar a cabo a investigação.

Os pedidos de autorização para proceder à recolha de dados, foram feitos por escrito, à comissão de ética do Hospital de Braga, ao Diretor Clínico do Hospital de Braga e à Unidade da dor, local onde se realizam as consultas e os tratamentos dos doentes com dor crónica.

Os pedidos de autorização foram acompanhados pelo projeto de investigação e descrição da pertinência de estudo, onde são referidas as variáveis do estudo, a par dos objetivos do estudo e a sua importância para a melhor compreensão da dor crónica e para um melhor tratamento e cuidados nos sujeitos acometidos por dor crónica.

Após a validação das autorizações necessárias para principiar a investigação, revelou-se fundamental reunir com a equipa técnica da Unidade da Dor, de modo a proceder às apresentações e poder melhor apresentar o projeto de investigação, esclarecendo algumas dúvidas existentes, podendo desta forma alcançar uma melhor

articulação com o funcionamento do serviço hospitalar, assegurando os princípios éticos da investigação e a ausência de interferência no funcionamento normal desta unidade hospitalar.

O local de recolha de dados, constituiu-se como uma pequena sala cedida pela unidade para o efeito de recolha de dados, sendo asseguradas as condições de que era uma sala confortável e em que se verificavam boas condições acústicas, logísticas e de acomodamento. É possível afirmar que o local de recolha, foi um local tranquilo, com temperatura amena, protegido de interferências externas, evitando-se assim o máximo de fatores que pudessem de algum modo causar desconforto aos sujeitos, tendo assim sido procurado criar um ambiente acolhedor e facilitador para os sujeitos, de modo a que se pudessem sentir à vontade e ativos na recolha dos dados, respeitando sempre as questões éticas inerentes a uma recolha de dados.

Os sujeitos da amostra, foram abordados quando terminada a sua consulta da dor, havendo como características de inclusão para o estudo que os sujeitos deveriam ser maiores de 18 anos, do sexo masculino ou feminino e com diagnóstico de dor crónica há pelo menos 6 meses.

Aos pacientes solicitados a participar na investigação, foram explicados o âmbito e a finalidade da investigação, salientando-se e salvaguardando-se que a participação dos pacientes seria voluntária e gratuita, sendo sempre assegurada o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Foi assegurado aos sujeitos da amostra, que a sua participação na investigação era completamente voluntária, na medida em que ficaria ao seu critério a participação u não no estudo, podendo a qualquer momento abandonar a investigação se assim o entendessem. Revelou-se pertinente, também assegurar que a investigação em curso prendia-se apenas com efeitos académicos e científicos, não tendo deste modo qualquer tipo e implicações ou repercussões no seu tratamento, e que a não participação não iria comprometer os cuidados de saúde que merecem e necessitam, ou seja, em momento nenhum irão ser lesadas pela não participação no estudo.

Aquando da aceitação dos critérios supracitados, os pacientes procediam ao preenchimento do consentimento informado, sendo o consentimento informado constituído por duas cópias, uma para o participante em estudo e outra para o investigador, devendo este documento ser assinado por ambos os intervenientes.

Por último, depois de assinado o consentimento informado, os sujeitos da amostra procediam ao preenchimento individual dos instrumentos de investigação, sendo sempre

assegurada a compreensão das questões por parte dos sujeitos, bem como a disponibilidade permanente do investigador em clarificar qualquer dúvida dos pacientes.

4.8. Seleção e recolha de Amostra

O presente estudo, é constituído por uma amostra de 200 sujeitos, de ambos os géneros, masculino e feminino, tendo sido considerado como critério de inclusão, que todos os sujeitos fossem maiores de idade, ou seja, que tenham mais de 18 anos, bem como a existência de diagnóstico de dor crónica não oncológica há pelo menos seis meses. Os sujeitos da amostra do estudo, são utentes da Unidade da Dor do Hospital de Braga.

As características da amostra, assim como os seus critérios de inclusão, foram pensados e formulados, a partir dos objetivos do presente estudo, a par de um levantamento da literatura existente acerca da temática. Como critério para amostragem, foi importante salvaguardar que os sujeitos da amostra tivessem preservadas as suas capacidades cognitivas, apresentando capacidades de leitura, escrita, expressão oral e compreensão, a fim de poderem responder aos questionários e escalas de avaliação, com a maior informação e precisão possíveis.

A amostragem, quanto à sua classificação, será do tipo não probabilística, na medida em que, a probabilidade de qualquer elemento da população ser escolhido, não é conhecida, pois nem todos os sujeitos da população apresentam a mesma probabilidade de serem escolhidos para a amostra. É uma amostragem intencional e de conveniência, pois os sujeitos da população a serem selecionados para a amostra, serão aqueles que sejam de maior acessibilidade ao investigador (Almeida & Freire, 2003). Na amostragem por conveniência, o investigador opta por um grupo de indivíduos, que considera equivalente a outros, por razões de conveniência pessoal, que no caso é a sua acessibilidade às instituições hospitalares escolhidas.

A recolha de amostra era realizada no final das consultas da Unidade da Dor, tendo sempre sido salvaguardada e salientada a dimensão voluntária e confidencial da participação dos sujeitos em estudo, uma vez que a recolha de dados só procedeu após o preenchimento do consentimento informado por parte dos participantes em estudo.

5. Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra, permitiu verificar as suas características sociodemográficas, características clínicas e características psicossociais onde são incluídas a morbilidade psicológica e as crenças de doença.

5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra total do presente estudo é constituída por 200 sujeitos com diagnóstico de dor crónica, sendo que 135 (67.5%) sujeitos são do sexo feminino e 65 (32.5%) sujeitos são do sexo masculino. A idade dos sujeitos da amostra tem uma variação entre os 18 anos (mínimo) e 89 anos (máximo) apresentando uma média de idade de 55.5 anos e um desvio padrão de 12.4. No que diz respeito ao estado civil, 11 (5.5%) sujeitos são solteiros, 161 (80.5%) são casados, 11 (5.5%) são divorciados, 11 (5.5%) são viúvos e 6 (3%) apresentam outra situação. Relativamente à escolaridade 5 sujeitos (2,5%) não têm habilitações académicas, 81 (40,5%) têm o ensino primário, 67 (33,5%) concluíram o 2º e 3º ciclo, 32 (16%) têm o ensino secundário de escolaridade e 15 (7,5%) sujeitos finalizaram o ensino superior ou tecnológico. Relativamente à religião, 198 (99%) dos sujeitos são católicos e 2 (1%) são Testemunhas de Jeová. Quanto à situação profissional, 104 (52 %) dos sujeitos encontra-se reformado, 45 (22,5%) sujeitos estão desempregados, 30 (15%) dos sujeitos está empregado, 1 (0,5%) sujeito é estudante e 20 (10%) sujeitos têm outra situação profissional. No Quadro 1, encontram-se apresentados os resultados supracitados.

Quadro 1- Características Sociodemográficas da amostra (N=200)

	N	%	M	Mínimo	Máximo	DP
Género						
Feminino	135	67.5%				
Masculino	65	32.5%				
Idade						
	200		55.5	18	89	12.4
Estado civil						
Casado	161	80.5%				
Solteiro	11	5.5%				
Divorciado	11	5.5%				
Viúvo	11	5.5%				

Outro	6	3%
Escolaridade		
Sem escolaridade	5	2.5%
Ensino primário	81	40.5%
2º e 3º ciclo	67	33.5%
Ensino secundário	32	16%
Ensino superior e Tecnológico	15	7.5%
Religião		
Católica	198	99%
Testemunha de Jeová	2	1%
Situação profissional		
Reformado	104	52%
Desempregado	45	22.5%
Empregado	30	15%
Estudante	1	0.5%
Outro	20	10%

5.2. Caracterização Clínica da Amostra

De seguida são expostos os dados relativos às características clínicas da amostra, apresentados no Quadro 2.

Relativamente ao diagnóstico médico, 63 (31.5%) tem diagnóstico de fibromialgia, 42 (21%) sujeitos têm artrite reumatoide, 22 (11%) têm lombalgia crónica, 16 (8%) dos sujeitos têm estenose espinhal, 15 (7.5%) apresenta diagnóstico de nevralgia, 7 (3.5%) sujeitos têm dor neuropática central, 3 (1.5%) sujeitos têm dor crónica temporomandibular, e 32 (16%) têm dor crónica sem outra especificação (SOE).

Verificou-se que a totalidade da amostra (100%) considera a sua dor como sendo interna. Quanto à duração da dor, 130 (65%) sujeitos afirmam que a sua dor é constante, 38 (19%) consideram a sua dor contínua, 12 (6%) assumem a sua dor como periódica, 12 (6%) referem a sua dor como sendo fixa, 5 (2.5%) citam a sua dor como intermitente, 2 (1%) apontam que a sua dor é rítmica e 1 (0.5%) refere que a sua dor é momentânea. Relativamente à intensidade da dor numa escala de 1 a 5, em que 1 é intensidade mínima e 5 é intensidade máxima, obteve-se na presente amostra uma média de 4 com um desvio padrão de 0.8, e com mínimo de 2 e máximo de 5. Relativamente ao grau de limitação sentida pelos sujeitos devido à dor, numa escala de 0 a 10, verificou-se uma média de 7.6 com desvio padrão de 1.4, sendo o mínimo de limitação registada 1 e o máximo 10.

No que se refere ao tempo de início das queixas de dor, verificou-se uma variação entre 1 ano e 38 anos, apresentando uma média de 7.7 anos com um desvio padrão de 6.2. Em média, os sujeitos da amostra são acompanhados pela unidade da dor há 3.1 anos com um desvio padrão de 2.3, tendo sido o mínimo de tempo registado de 1 ano e o máximo de 14 anos.

Constatou-se na amostra total que 189 (94.5%) dos participantes toma medicação para o controlo da dor e 11 (5.5%) não estão medicados. Dos 189 participantes que tomam medicação para o controlo da dor 89 (47.1%) afirmam que a medicação é ineficaz, sendo que 100 (52.9%) consideram que a medicação é eficaz. Considerando os 89 participantes que afirmam a ineficácia da medicação, 65 (73%) considera como motivo que a medicação mantém a dor, 20 (22.5%) referem que a medicação não elimina a dor por completo e 4 sujeitos (4.5%) indica que a medicação causa efeitos secundários.

Na amostra em estudo, 159 (79.5%) doentes afirmam não ter outros problemas de saúde, e 41 (20.5%) sujeitos refere ter outros problemas de saúde.

No que se refere à classificação da saúde, 167 (83.5%) participantes classificam a sua saúde como fraca, 30 (15%) classificam como razoável, 2 (1%) classificam a sua saúde como boa e 1 (0.5%) classifica a sua saúde com muito boa.

Quadro 2- Características Clínicas da amostra (N=200)

	N	%	M	Mínimo	Máximo	DP
Diagnóstico médico						
Fibromialgia	63	31.5%				
Artrite Reumatoide	42	21%				
Lombalgia Crónica	22	11%				
Estenose Espinhal	16	8%				
Nevralgia	15	7.5%				
Dor Neuropática Central	7	3.5%				
Dor Temporomandibular	3	1.5%				
Dor Crónica SOE	32	16%				
Tempo de início das queixas de dor						
	200		7.7	1	38	6.2
Tempo de acompanhamento pela Unidade da Dor						
	200		3.1	1	14	2.3
Grau de limitação da dor						
	200		7.6	1	10	1.4

Medicação para o controlo da dor					
Sim	189	94.5%			
Não	11	5.5%			
Eficácia da medicação					
Sim	100	52.9%			
Não	89	47.1%			
Motivo da ineficácia da medicação					
Mantém a dor	65	73%			
Não elimina a dor por completo	20	22.5%			
Causa efeitos secundários	4	4.5%			
Outros problemas de saúde					
Sim	41	20.5%			
Não	159	79.5%			
Classificação da saúde					
Fraca	167	83.5%			
Razoável	30	15%			
Boa	2	1%			
Muito boa	1	0.5%			
Tipo de dor					
Interna	200	100%			
Duração da dor					
Constante	130	65%			
Contínua	38	19%			
Fixa	12	6%			
Periódica	12	6%			
Intermitente	5	2.5%			
Rítmica	2	1%			
Momentânea	1	0.5%			
Intensidade da dor	200		4	2	5 0.8

5.3. Caracterização Psicossocial da Amostra

Com o objetivo de possibilitar uma melhor compreensão da amostra, de seguida será apresentada a descrição e caracterização das variáveis psicossociais da amostra, ou seja, depressão, ansiedade e crenças de doença.

Considerando a observação do Quadro 3, é possível concluir que os sujeitos da amostra, no momento da avaliação apresentaram níveis de ansiedade e depressão próximos e semelhantes. Os valores médios encontrados revelam, de acordo com Snaith e Zigmond (1994), níveis de ansiedade e depressão moderada e clinicamente significativa.

Quadro 3- Médias e desvios padrão para ansiedade e depressão (N=200)

HADS	M	DP	Máximo	Mínimo
Depressão	11.9	6.5	1	21
Ansiedade	11.2	5.6	0	21

Procurando melhor compreender esta informação, foi realizada uma divisão da amostra em dois grupos, grupo com sintomatologia significativa e outro grupo sem sintomatologia significativa, para a ansiedade e depressão, tendo como indicadores de ansiedade e depressão significativa os valores ≥ 8 , ponto de corte indicado pelos autores da escala (Quadro 4).

Quadro 4- Percentagem de casos com e sem sintomatologia significativa

HADS	N	%
Depressão		
Sem sintomatologia significativa	61	30.5%
Com sintomatologia significativa	139	69.5%
Ansiedade		
Sem sintomatologia significativa	61	30.5%
Com sintomatologia significativa	139	69.5%

Foi assim possível verificar, que tanto na escala de depressão como na escala de ansiedade, 139 (69.5%) sujeitos apresentam sintomatologia significativa em ambas as escalas, e 61 (30.5%) não evidencia níveis de sintomatologia clinicamente significativa, permitindo concluir que uma considerável parte da amostra apresenta morbidade psicológico.

Relativamente às crenças sobre a doença, é possível verificar que o valor médio mais elevado se refere à subescala *duração* o que vai de encontro ao facto de os doentes estarem adaptados no reconhecimento da cronicidade dos seus quadros clínicos. Também o valor médio da subescala *consequências* se encontra elevado o que reflete que os sujeitos percecionam que a dor afeta gravemente a sua vida, o que vai de encontro ao facto de os pacientes relatarem muitos sintomas associados à dor, o que é evidenciado pelos valores médios elevados na subescala *identidade*. Outra sub-escala que apresenta valores médios elevados é a *preocupação*, esta subescala avalia qual o grau de preocupação com a doença, apontando que os sujeitos da amostra se encontram muito preocupados com a sua doença. Também a subescala *resposta emocional* apresenta

valores médios elevados, o que indica que os sujeitos consideram que a dor os afeta emocionalmente, este valor é confirmado pelo evidenciado nos resultados do HADS, que indicam a presença de morbilidade psicológica.

Os valores médios mais baixos foram obtidos nas subescalas *controlo pessoal*, *controlo do tratamento* e *compreensão da doença*, o que mostra que os sujeitos não compreendem a sua doença e não sentem que a dor seja possível de ser controlada pelos mesmos ou pelo tratamento. Os valores médios de cada subescala de crenças, encontram-se detalhados no Quadro 5.

Quadro 5- Médias e desvios padrão para as crenças sobre a doença (N=200)

	Mínimo	Máximo	M	DP
Consequências	0	4	3,45	0,83
Duração	1	4	3,48	0,88
Controlo Pessoal	0	4	1,45	1,12
Controlo de Tratamento	0	4	2,00	1,13
Identidade	1	4	3,29	0,84
Preocupação	0	4	3,18	1,02
Compreensão	0	4	1,44	1,31
Resposta Emocional	0	4	3,10	1,14

6. Instrumentos

Considerando as variáveis em estudo, foram aplicados os vários instrumentos de avaliação, de modo a recolher a informação necessária relativa às variáveis do presente estudo.

- Questionário Sociodemográfico, criado para esta investigação.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), adaptado para a população portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999).

- *Illness Perception Questionnaire - Brief* (IPQ-B), de Weinman e Petrie (2004), adaptado para a população portuguesa por Araújo-Soares, Trovisqueira e McIntyre (2004).

Em seguida apresenta-se uma descrição sumária, de cada instrumento.

6.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico, utilizado na investigação, foi cuidadosamente construído para o propósito de investigação. O questionário é composto por questões relativas à informação e caracterização sociodemográfica, bem como por questões referentes a informações gerais do historial clínico, estado de saúde e história de dor crónica. Pretende-se assim, a partir deste questionário, recolher o máximo de informação possível, quanto ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e religião, bem como todo o tipo de informação relevante acerca do quadro clínico.

6.2 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Versão original

O *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983), é uma escala que foi desenvolvida com o propósito de permitir avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em casos clínicos de doença física, sendo por isso um instrumento de suporte na avaliação psicológica de pacientes com patologias físicas (Pais-Ribeiro, 2007; McIntyre, 1999). É uma escala que avalia a sintomatologia ansiosa e depressiva, em doentes com patologia física, bem como em doentes em tratamento ambulatorio, contudo esta escala procura incidir apenas em sintomatologia psicopatológica ansiosa e depressiva, excluindo assim qualquer sintomatologia somática que se poderia assumir dualmente como manifestação de patologia física ou psicológica.

Esta escala, é constituída por 14 itens, divididos em duas sub-escalas, sendo elas a sub-escala de depressão (7 itens) e a sub-escala de ansiedade (7 itens). As respostas, são dadas de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos, devendo ser cotadas de 0 (baixo) a 3 (elevado). Os níveis, de sintomatologia depressiva e ansiosa, avaliados em cada escala respetivamente, variam entre scores de 0 e 21. A sintomatologia ansiosa e depressiva pode ser classificada como “normal”, se houver um score entre 0 e 7. Sintomatologia leve entre valores de 8 e 10, sintomatologia, moderada de 11 a 15, sendo ainda que valores de 16 e 21, são classificados como indicadores de sintomatologia severa (Snaith & Zigmond, 1994; Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses & Baltar, 2007).

Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos, do sexo masculino e feminino, que sofriam de diferentes patologias de cariz físico e biológico. Na versão

original, verificou-se a sua consistência interna. Na subescala de ansiedade, foram obtidos valores entre .41 e .76 ($p < 0.01$), sendo que na subescala de depressão os valores estiveram entre .30 a .60 ($p < 0.02$) (Zigmond & Snaith, 1983).

A validade foi testada através da correlação de *Spearman* entre os valores das 2 subescalas, tendo-se verificado boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ($p < 0.001$) (Zigmond & Snaith, 1983).

Versão Portuguesa

A versão portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), tem a designação de Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar, tendo sido traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, (1999).

A versão portuguesa, foi aplicada num estudo longitudinal realizado em 5 momentos, numa amostra de doentes com Enfarte do Miocárdio. O estudo foi realizado em 5 momentos: 4º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos), 2 semanas após a alta (114 sujeitos); 3 meses após a alta (110 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Este estudo permitiu verificar as qualidades psicométricas do instrumento, verificando-se que os coeficientes de alfa de *Cronbach* tiveram variações entre .75 a .90 na subescala ansiedade e valores entre .75 a .85 na subescala da depressão.

O coeficiente de fidelidade, a partir do alfa de Cronbach, para o HADS, é de .91 para a sub-escala de depressão e de .87 para a sub-escala de ansiedade, tendo um alfa total de .91 (Brito & Pereira, 2008).

Caraterísticas Psicométricas na Presente amostra

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, na presente amostra de 200 sujeitos, foi calculado o alfa de *Cronbach*, em separado para as subescalas depressão e ansiedade e para a escala total.

Para as subescalas ansiedade e depressão, foram encontrados valores de .92 e .94 respetivamente para o alfa de *Cronbach*, evidenciando uma elevada consistência interna das subescalas na amostra em estudo. O alfa de *Cronbach* calculado para a escala total é de .96, demonstrando deste modo uma elevada consistência interna do instrumento.

6.3 *Illness Perception Questionnaire – Brief (IPQ-B)*

Versão original

O *Illness Perception Questionnaire - Brief (IPQ-B)*, é a versão breve do questionário de crenças sobre a doença. Este instrumento, avalia as representações cognitivas do paciente acerca da doença e do seu tratamento, procurando dar ênfase às características de identidade, duração, consequências, controlo e causas da doença.

Sendo composto por nove itens, todos os itens, à exceção do item referente às causas da doença, são respondidos numa escala de Likert de 0 a 10.

Este instrumento, permite avaliar as representações cognitivas de doença; as representações emocionais; a compreensão da doença e a representação causal.

As representações cognitivas de doença, são avaliadas por cinco itens: Consequências (item 1), Duração (item 2), Controlo Pessoal (item 3), Controlo através do Tratamento (item 4) e Identidade (item 5). As representações emocionais são avaliadas por dois itens: Preocupação (item 6) e Emoções (item 8). A compreensão da doença é avaliada apenas por um item (item 7). A avaliação das representações causais é feita através de uma questão aberta, que questiona o paciente acerca das três causas mais importantes para a sua doença (item 9). A resposta a este item pode ser agrupada em categorias tais como *stress*, estilo de vida, hereditariedade, ou outras, podendo este item ser analisado por análise categorial.

A interpretação do IPQ-B é simples, sendo que um valor elevado num determinado item representa uma elevação linear na dimensão avaliada.

Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), levaram a cabo uma investigação com o objetivo de avaliar a eficácia do IPQ-B. Esta investigação, incidiu numa população de doentes com diversas patologias médicas, sendo a amostra da investigação formada por 309 pacientes com asma, 132 com doença renal, 119 doentes diabéticos, 103 pacientes com enfarte agudo do miocárdio, 62 doentes com dor no peito e 116 sujeitos com outras doenças menores.

As características psicométricas do IPQ-B, sustentam uma boa fidelidade do instrumento, devendo-se considerar os resultados de teste-reteste do IPQ-B, às 3 e às 6 semanas, na investigação de Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006).

Os valores obtidos para a subescala “Consequências”, foram .70 e .71. Na subescala “Duração”, foram obtidos valores de .67 e de .73. No que é referente à subescala “Controlo pessoal” foram obtidos valores .63 e .42

A subescala “Controlo através do Tratamento”, os resultados foram de .55 e .70. A subescala “Identidade” obteve valores de .65 e de .75, sendo ainda que na subescala “Preocupação” foram evidenciados valores de .66 em ambos os momentos. A subescala “Compreensão” obteve valores de .48 e .61 e por último a subescala “Resposta Emocional” obteve valores de .65 e .72. Estes resultados evidenciam uma boa validade e fidelidade obtida no IPQ-B para um vasto leque de doenças.

No estudo de Hallegraef, Schans, Krijnen e Greef (2013), para a análise da consistência interna do IPQ-B, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .73, indicando assim uma boa fidelidade e consistência interna do instrumento.

Versão Portuguesa

A versão portuguesa do IPQ-B (McIntyre, Araújo-Soares e Trovisqueira, 2004), avalia as mesmas dimensões que a versão original, contudo a escala de resposta é mais curta, sendo uma escala de Likert de 0 a 4, ao contrário da versão original com uma escala de 0 a 10.

A versão portuguesa foi aplicada a uma amostra de 87 sujeitos com quadro clínico de enfarte do miocárdio. Nesta amostra, tendo em vista avaliar as qualidades psicométricas do IPQ-B, foram seguidos os procedimentos do estudo original. O teste-reteste na amostra portuguesa revelou correlações semelhantes ao estudo de Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006), sendo as correlações um pouco inferiores no 2º momento de avaliação, sendo que o primeiro momento de avaliação refere-se à alta e o segundo momento se refere a um mês após a alta.

A correlação para a subescala Consequências foi de .70 no momento da alta e de .50 um mês após a alta. Na subescala Duração, foram obtidos valores de .59 e .42. Na subescala Controlo Pessoal verificaram-se os valores de .75 e .54. Os resultados foram de .51 e de .50 na subescala Controlo pelo Tratamento. A subescala Identidade obteve valores de .61 e .53 em ambos os momentos respetivamente. A subescala Preocupação obteve valores de .60 e .60. A subescala Compreensão teve valores de .59 e .52 e por último, a subescala Resposta Emocional apresentou uma correlação de .72 no momento da alta e de .62 após um mês da alta.

A partir do teste de correlações de Spearman entre as subescalas., foi possível verificar que as correlações entre as subescalas são baixas a moderadas, sendo que as correlações mais elevadas, são entre as subescalas Preocupação e Resposta emocional ($r=.52$, $p<.01$), as subescalas Compreensão e o Controlo através do Tratamento ($r=.33$, $p<.01$) e as subescalas Duração e Consequências ($r=.31$, $p<.01$).

Caraterísticas Psicométricas na Presente amostra

Relativamente às qualidades psicométricas deste instrumento, na presente amostra, obteve-se um alfa de *Cronbach* de .90, evidenciando uma elevada consistência interna do instrumento na amostra em questão.

7. Procedimentos de Análise dos Dados

A análise de dados, requer primeiramente, que os dados recolhidos, sejam inseridos num programa de análise estatística, sendo que o programa utilizado para o efeito foi o IBM^R SPSS^R (IBM - *Statistical Package for Social Sciences*).

Tendo em vista proceder à verificação de normalidade e homogeneidade da amostra, permitindo assim definir a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos, é utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, na medida em que o N da amostra é superior a 30 sujeitos.

Uma vez que não foi verificada a normalidade e homogeneidade de variância, é considerada a estatística não-paramétrica.

Deste modo, realça-se que como procedimentos de análise de dados foram realizadas as análises relativas à estatística descritiva, permitindo verificar as médias, mínimos e máximos, frequências e desvio-padrão das diferentes variáveis em estudo.

Tendo em vista cada hipótese de estudo em particular, assinala-se que para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças entre grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, pelo facto de não serem cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

Na segunda e terceira hipótese, foram realizadas correlações de Spearman, sendo este teste a alternativa não-paramétrica para o cálculo de correlações.

Para a quarta hipótese, foram realizadas Regressões Lineares Múltiplas *Standard* com método *Enter*, tendo em vista procurar explicar a morbilidade psicológica a partir das variáveis predictoras.

Para as análises exploratórias foi utilizado o teste estatístico de Mann-Whitney, para avaliar diferenças entre grupos e foi realizado o teste de Coeficiente de Correlação de *Spearman*, para verificar a existência de correlações entre as variáveis. A escolha destes testes, justifica-se tendo em conta a violação dos pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

Capítulo III – Resultados

Nesta secção, serão apresentados os resultados obtidos relativos às hipóteses testadas, bem como os resultados das análises exploratórias.

Hipótese 1: Espera-se que existam diferenças significativas quanto à intensidade da dor, entre os sujeitos da amostra que apresentam sintomatologia depressiva e ansiosa significativa e os sujeitos sem sintomatologia depressiva e ansiosa significativa.

Para analisar a possibilidade de existência de diferenças significativas quanto à intensidade da dor, entre os sujeitos da amostra que apresentam sintomatologia depressiva e ansiosa significativa e os sujeitos sem sintomatologia depressiva e ansiosa significativa, foi realizado o teste de Mann-Whitney, na medida em que se pretende comparar a intensidade de dor em duas amostras independentes.

Foi possível concluir que se verificam diferenças significativas entre os sujeitos com sintomatologia depressiva significativa e os sujeitos sem sintomatologia depressiva significativa relativamente à intensidade da dor ($U=2055.000$, $p<.001$), apresentando os sujeitos com sintomatologia depressiva significativa maior intensidade de dor (Quadro 6).

Quadro 6- Resultados dos Testes Mann-Whitney

	Sujeitos com sintomatologia depressiva significativa	Sujeitos sem sintomatologia depressiva significativa	
	Média Rank (N=139)	Média Rank (N=61)	U
Intensidade da dor	116.22	64.69	2055.000*

* $p<.001$

Quanto à ansiedade (Quadro 7), conclui-se que os sujeitos sem sintomatologia ansiosa apresentam menores níveis de intensidade da dor, do que os sujeitos com sintomatologia ansiosa significativa ($U=2278.000$, $p<.001$). Conclui-se que os sujeitos

com mais sintomatologia depressiva e ansiosa tendem a apresentar maiores níveis de intensidade da dor.

Quadro 7- Resultados dos Testes Mann-Whitney

	Sujeitos com sintomatologia ansiosa significativa	Sujeitos sem sintomatologia ansiosa significativa	U
	Média Rank (N=139)	Média Rank (N=61)	
Intensidade da dor	114.61	68.34	2278.000*

*p<.001

Hipótese 2: Espera-se encontrar uma relação significativa entre as crenças de doença (*consequências, duração, controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional*) e a morbidade psicológica.

Considerando que foi confirmada a violação dos pressupostos para a utilização de testes paramétricos através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S), uma vez que se verificou uma distribuição não-normal ($p < .05$), foi usado o Coeficiente de Correlação de Spearman de modo a testar a hipótese. No Quadro 8 são apresentadas as correlações entre as variáveis ansiedade e depressão e as dimensões de crenças sobre a doença. Assim sendo, conclui-se que existe uma associação positiva significativa entre a crença de *consequências* e a depressão ($r=.710$, $p < .01$), verifica-se também uma associação positiva e significativa entre *consequências* e ansiedade ($r=.608$, $p < .01$), o que indica que uma maior perceção das consequências, ou seja, uma maior perceção do modo como a doença afeta a vida dos pacientes se associa a maiores níveis de depressão e ansiedade. A crença de *duração* tem uma associação positiva e significativa com a depressão ($r=.426$, $p < .01$) e ansiedade ($r=.302$, $p < .01$), permitindo concluir que quanto maior a perceção da durabilidade da doença, maior a incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva. Relativamente ao *controlo pessoal* ($r=-.651$, $p < .01$; $r=-.544$, $p < .01$, para a depressão e ansiedade respetivamente) e *controlo de tratamento* ($r=-.705$, $p < .01$; $r=-.593$, $p < .01$, para a depressão e ansiedade respetivamente), constatou-se a existência de uma associação significativa negativa com a depressão e a ansiedade, o que demonstra que quanto menor perceção de *controlo pessoal* e de *controlo de tratamento* por parte dos indivíduos, maiores os níveis de depressão e ansiedade. No que diz respeito à dimensão *identidade* foi possível verificar uma associação positiva e significativa com a depressão e a

ansiedade ($r=.776$, $p<.01$; $r=.677$, $p<.01$, respetivamente), o que reflete que quanto maior o grau de sintomas sentidos maior a depressão e ansiedade. Quanto à dimensão *preocupação* verificou-se uma associação positiva e significativa quer para a depressão como para a ansiedade ($r=.717$, $p<.01$; $r=.685$, $p<.01$, respetivamente), o que indica que quanto maior a preocupação por parte dos sujeitos acerca da doença, maior a morbilidade psicológica.

Relativamente à *compreensão* constatou-se a existência de uma relação significativa e negativa desta dimensão com a depressão e ansiedade ($r=-.715$, $p<.01$; $r=-.627$, $p<.01$, respetivamente), pelo que se compreende que quanto menor a *compreensão* da doença, maior é a sintomatologia depressiva e ansiosa apresentada.

Quanto à dimensão *resposta emocional* verificou-se uma associação positiva e significativa com a sintomatologia depressiva e ansiosa ($r=.776$, $p<.01$; $r=.742$, $p<.01$, respetivamente), o que demonstra que quanto maior a perceção que os sujeitos têm do quanto a doença os afeta emocionalmente maior será a depressão e a ansiedade. Esta dimensão é a dimensão de crenças sobre a doença que se correlaciona mais fortemente com a sintomatologia depressiva e ansiosa. Em suma, confirma-se a hipótese, pois existe uma associação significativa entre as crenças sobre a dor e a morbilidade psicológica.

Quadro 8- Correlações entre crenças de doença e a morbidade psicológica (N=200)

	Depressão	Ansiiedade	Conseqüências	Duração	Controlo Pessoal	Controlo de Tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Resposta Emocional
Depressão	_____		.710**	.426**	-.651**	-.705**	.776**	.717**	-.715**	.776**
Ansiiedade		_____	.608**	.302**	-.544**	-.593**	.677**	.685**	-.627**	.742**
Conseqüências	.710**	.608**	_____							
Duração	.426**	.302**		_____						
Controlo Pessoal	-.651**	-.544**			_____					
Controlo de Tratamento	-.705**	-.593**				_____				
Identidade	.776**	.677**					_____			
Preocupação	.717**	.685**						_____		
Compreensão	-.715**	-.627**							_____	
Resposta Emocional	.776**	.742**								_____

**p<.01

Hipótese 3: Espera-se uma relação significativa entre as crenças de doença (*consequências, duração, controle pessoal, controle de tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional*) e a intensidade da dor.

No Quadro 9 são apresentadas as correlações entre as dimensões de crenças sobre a doença e a intensidade da dor.

Foi possível verificar uma relação significativa e positiva entre a crença de *Consequências* e a Intensidade da dor ($r=.565$, $p < .01$), o que indica que quanto mais acentuada for a percepção de que a doença afeta gravemente a vida do paciente, maior é também a intensidade da dor.

Constatou-se uma associação positiva e significativa entre a crença de *Duração* e a Intensidade da dor ($r=.256$, $p < .01$), o que reflete que a durabilidade da dor e a intensidade da mesma aumentam quanto maior for a outra.

A crença de *Controle pessoal* e a crença de *Controle de tratamento* apresentam associações significativas mas negativas com a Intensidade da dor ($r=-.497$, $p < .01$; $r=-.436$, $p < .01$, respectivamente), apontando que um menor controle pessoal e um menor controle de tratamento indicam maiores níveis de intensidade da dor.

Verificou-se uma associação positiva e significativa entre a dimensão *Identidade* e a Intensidade da dor ($r=.511$, $p < .01$), revelando que como seria de esperar que quanto maior o grau de sintomas sentidos pelos pacientes, maior a intensidade da dor.

A dimensão *Preocupação* apresenta uma associação positiva e significativa com a Intensidade da dor ($r=.507$, $p < .01$), indicando que maiores níveis de preocupação se associam a maior intensidade da dor.

No que toca à *Compreensão* de doença, esta manifesta uma associação significativa e negativa com a Intensidade da dor ($r=-.476$, $p < .01$), compreendendo-se assim menores níveis de compreensão da doença se associam com maiores níveis de intensidade da dor.

Relativamente à dimensão *Resposta Emocional*, foi possível verificar uma associação significativa e positiva com a Intensidade da dor ($r=.524$, $p < .01$), demonstrando-se assim que quanto maior a percepção que os sujeitos têm acerca do quanto são afetados emocionalmente pela doença, maior é também a intensidade da dor. Esta dimensão e a dimensão *Consequências*, são as dimensões que se correlacionam mais fortemente com a intensidade da dor.

Deste modo é confirmada a hipótese, na medida em que as percepções de doença se associam significativamente com a intensidade da dor, sendo que quanto mais negativas forem essas percepções maior é também a intensidade da dor.

Quadro 9- Correlações entre crenças de doença e a intensidade de dor (N=200)

	Intensidade da dor	Consequências da dor	Duração da dor	Controlo Pessoal	Controlo de Tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Resposta Emocional
Intensidade da dor	_____	.565**	.256**	-.497**	-.436**	.511**	.507**	-.476**	.524**
Consequências	.565**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Duração	.256**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Controlo Pessoal	-.497**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Controlo de Tratamento	-.436**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Identidade	.511**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Preocupação	.507**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Compreensão	-.476**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Resposta Emocional	.524**	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**p<.01

Hipótese 4: Espera-se que as percepções de doença sejam melhores preditores do que a intensidade da dor, para a existência de morbidade psicológica.

Foram realizadas duas regressões múltiplo standard com método *Enter*, tendo as análises preliminares assegurado a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade, homoscedasticidade e independência de residuais. Na primeira regressão a variável dependente foi a depressão e os preditores introduzidos foram a intensidade da dor, e as oito subescalas de crenças sobre a doença. Os resultados desta regressão apresentam um modelo significativo: $F(9,190) = 82.377$, $p < .001$, em que é explicada 78.6% (*Adjusted R Square* = .786) da variância da depressão.

Foi possível verificar que algumas crenças de doença, em particular a crença de *consequências*, *duração*, *controlo pessoal* e *preocupação* não tinham um valor preditivo único e significativo ($p > .05$).

Das variáveis independentes, a variável *resposta emocional* tem o maior valor preditivo ($\beta = .354$, $p < .001$), sendo que também as variáveis *identidade* ($\beta = .275$, $p < .001$), *compreensão* ($\beta = -.136$, $p < .01$) e *controlo de tratamento* ($\beta = -.188$, $p < .001$). A variável Intensidade da dor tem também um valor preditivo significativo, mas de menor contribuição ($\beta = -.089$, $p < .05$). Deste modo, foi possível verificar que as variáveis de Crenças têm uma maior contribuição preditiva do que a intensidade da dor, para predizer a sintomatologia depressiva.

Quadro 10- Resultados das variáveis preditoras da Depressão (N=200)

Preditores	β	t	p
Intensidade da dor	-.089	-2.035	.043*
Consequências	.048	.820	.413§
Duração	.034	.836	.404§
Controlo pessoal	-.088	-1.830	.069§
Controlo de tratamento	-.188	-3.678	.000***
Identidade	.275	4.865	.000***
Preocupação	.041	.734	.464§
Compreensão	-.136	-2.704	.007**
Resposta Emocional	.354	6.000	.000***
<i>R Square</i>		.796	
<i>Adjusted R Square</i>		.786	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; § $p > .05$

Na segunda regressão a variável dependente foi a ansiedade, sendo que os preditores introduzidos foram a intensidade da dor, e as oito subescalas de crenças sobre a doença. Os resultados desta regressão apresentam um modelo significativo: $F(9,190) = 40.408$, $p < .001$, em que é explicada 64.1% (*Adjusted R Square* = .641) da variância da ansiedade.

Constatou-se que algumas dimensões de crenças de doença, não apresentavam um peso preditivo significativo e único, em particular a crença de *consequências*, a crença de *duração*, o *controlo pessoal* e a *preocupação* ($p > .05$).

Das variáveis independentes, a variável com maior contribuição preditiva é a *resposta emocional* ($\beta = .374$, $p < .001$), sendo que também as variáveis *identidade* ($\beta = .285$, $p < .001$), *controlo de tratamento* ($\beta = -.152$, $p < .05$) e *compreensão* ($\beta = -.138$, $p < .05$) apresentam uma contribuição única significativa a predizer a ansiedade. A variável intensidade da dor ($\beta = -.049$, $p > .05$) não tem uma contribuição única significativa em predizer a ansiedade, o que corrobora o elevado valor preditivo das crenças.

Deste modo, verifica-se que as variáveis de crença têm uma maior contribuição preditiva do que a intensidade da dor para predizer a morbilidade psicológica (depressão e ansiedade).

Quadro 11- Resultados das variáveis predictoras de Ansiedade (N=200)

Preditores	β	t	p
Intensidade da dor	-.049	-.873	.384*
Consequências	-.060	-.791	.430*
Duração	-.058	-1.112	.268*
Controlo pessoal	-.023	-.370	.712*
Controlo de tratamento	-.152	-2.299	.023**
Identidade	.285	3.881	.000***
Preocupação	.119	1.658	.099*
Compreensão	-.138	-2.129	.035**
Resposta Emocional	.374	4.888	.000***
<i>R Square</i>		.657	
<i>Adjusted R Square</i>		.641	

* $p > .05$; ** $p < .05$; *** $p < .001$

Análises exploratórias

Diferenças ao nível da morbilidade psicológica e da intensidade de dor em função do género

Com o objetivo de averiguar se existem diferenças na intensidade da dor e na morbilidade psicológica em função do género, foi utilizado o teste Mann-Whitney, uma vez que não se cumprem os pressupostos para análise paramétrica. Os resultados demonstraram que apenas existem diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino no que toca à depressão ($U=2983.500$, $p<.05$) e à ansiedade ($U=3319.500$ $p<.05$). Assim, constatou-se que são os sujeitos do sexo feminino que apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade, não tendo sido verificada a existência de diferenças significativas na intensidade da dor entre os géneros.

Diferenças ao nível das variáveis de morbilidade psicológica e de intensidade da dor em função do tempo de diagnóstico

Não sendo cumpridos os critérios para análise paramétrica, realizou-se o teste Coeficiente de Correlação de *Spearman*, com o intuito de avaliar a possibilidade de existência de associações significativas entre os níveis de depressão, ansiedade e intensidade da dor com o tempo de diagnóstico da dor crónica.

Foi possível constatar a existência de uma associação positiva e significativa entre o tempo de diagnóstico e a depressão ($r=.265$, $p<.01$) e a ansiedade ($r=.243$, $p<.01$), o que indica que quanto maior o tempo decorrido desde o diagnóstico, maior tenderão a ser os níveis de depressão e a ansiedade. No que diz respeito à variável intensidade da dor, não se apurou a existência de uma associação significativa com o tempo de diagnóstico ($r=.088$, $p>.05$).

Capítulo IV – Discussão dos Resultados

Hipótese 1

Os resultados obtidos na presente amostra evidenciam que os sujeitos com sintomatologia clínica depressiva e ansiosa apresentam maior intensidade de dor do que

os sujeitos sem sintomatologia depressiva e ansiosa significativa, o que é amplamente aceite pela literatura científica.

Em pacientes com dor crónica, é possível constatar o facto de que a morbilidade psicológica de carácter depressiva e ansiosa se associa a níveis elevados de intensidade da dor (Mok & Lee, 2008).

Diversos estudos indicam que índices mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com dor crónica se associam a níveis superiores de intensidade da dor, o que reflete a ideia de que pacientes com morbilidade psicológica significativa apresentam maiores níveis de dor (Huijnen, Verbunt, Peters, Delespaul, Kindermans, Roelofs et al, 2010; Jordan & Okifuji, 2011; Moix, Kovacs, Martín, Plana & Royuela, 2011).

Pacientes com remissão ou diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos, apresentam diminuição das queixas dolorosas e da intensidade da dor, verificando-se por isso que sujeitos sem sintomatologia depressiva e ansiosa ou com baixa sintomatologia apresentam melhores resultados quanto à intensidade da dor (Craig, Tran & Middleton, 2009)

No estudo de Linton e Bergbom (2011), os autores afirmam que a intervenção terapêutica na depressão em pacientes com queixa dolorosas, pode sustentar inúmeros benefícios para a dor do paciente, inclusivamente no ajustamento face à dor e na intensidade da dor, o que confirma a hipótese da associação entre morbilidade psicológica e intensidade da dor, baseando-se na perspectiva de que quanto menor for a morbilidade psicológica dos pacientes com dor crónica, menor será também a intensidade da dor.

A sintomatologia depressiva, leva à ativação da região cortical responsável pelo processamento afetivo da sensação de dor, associando-se aos mecanismos sensoriais de dor, o que reforça a ideia de que pacientes com maior sintomatologia depressiva relatam maior intensidade de dor (Giesecke, Gracely, Williams, Geisser, Petzke & Clauw, 2005).

A ansiedade encontra-se também fortemente associada com a intensidade da dor, sendo que maiores níveis de ansiedade se correlacionam com maiores níveis de intensidade e menores níveis de ansiedade atuam como um fator de menor risco de intensidade de dor elevada (Meredith, Strong & Feeney, 2006).

Hipótese 2

A existência e prevalência de morbidade psicológica em pacientes com dor crónica, associa-se com fatores cognitivos como o medo, percepção da dor e do futuro como algo assustador, crenças de baixo controlo da dor, de perpetuação dos sintomas e fixação nos sintomas sentidos, salientando-se que as crenças desajustadas e disfuncionais face à dor se associam fortemente com a morbidade psicológica de cariz ansiosa e depressiva (Turk, 2001; Edwards, Bingham, Bathon & Haythornthwaite, 2006; Tang, Goodchild, Hester & Salkovskis, 2010).

No presente estudo, verificou-se que em sujeitos com dor crónica, crenças mais desajustadas se associaram significativamente com maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa. Estes resultados vão de encontro à generalidade da literatura, que refere a forte associação entre crenças desajustadas e morbidade psicológica em doentes com dor crónica.

O presente estudo, confirma que quanto mais desajustadas forem as crenças e percepções de dor, maior serão as repercussões ao nível da morbidade psicológica, sendo que por outro lado, crenças mais adaptativas e menos centradas na dor e mais centradas no controlo tendem a estar associadas a menores níveis ou até mesmo ausência de morbidade psicológica, o que vai de encontro ao facto de as crenças e a morbidade psicológica se associaram significativamente em pacientes com dor crónica (Butchart, Kerr, Heisler, Piette & Krein, 2009; Richardson, Ness, Doleys, Banos, Cianfrini & Richards, 2009).

O estudo de Galli, Ettlin, Palla, Ehlert e Gaab (2010), verificou a existência de correlações significativas entre as crenças de doença e a escala de depressão e ansiedade, em particular a crença de *consequências* e a crença de *representação emocional*. O presente estudo, apresentou correlações semelhantes, evidenciando a existência de uma forte associação das crenças de dor com a sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com dor crónica.

No estudo de Wilgen, Ittersum, Kaptein & Wijhe (2008), constatou-se a existência de uma associação significativa entre as crenças de doenças e a sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com diagnóstico de dor crónica fibromialgica, verificando-se uma associação particularmente forte entre a crença de *consequências*, a crença de *compreensão* e a crença de *resposta emocional* com a ansiedade e depressão. Os resultados obtidos no estudo da presente amostra, enquadram-se deste modo com os

resultados obtidos pelos autores acima citados, na medida em que se verificaram associações significativas entre as referidas crenças e a depressão e ansiedade, verificando-se que quanto maior a crença de *consequências* e de *resposta emocional* maior era também a sintomatologia depressiva e ansiosa, contudo quanto maior a crença de *compreensão* da doença menor é a sintomatologia psicopatológica assinalada.

Em suma, os dados obtidos apresentam-se concordantes com a literatura, permitindo afirmar-se a existência de associações significativas entre as crenças de doença e a morbidade psicológica em doentes com dor crónica.

Hipótese 3

As crenças de dor, em particular a catastrofização, desesperança e falta de controlo da dor, associam-se fortemente com a intensidade percebida da dor, sendo que maiores níveis destas crenças se associam a piores níveis da intensidade da dor (Severeijns, Vlaeyen, Hout & Weber, 2001; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano & Perri, 2004).

Cognições e crenças desadequadas face à dor e à doença, associam-se com piores resultados clínicos e com maiores níveis de intensidade da dor, uma vez que essas mesmas crenças centram a atenção do paciente nas condições da sua dor, particularmente na intensidade da mesma, aumentando a atribuição de severidade sentida pelos pacientes face à dor (Wilgen, Ittersum, Kaptein & Wijhe, 2008).

Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro à literatura, uma vez que mostram fortes relações entre todas as crenças de doença avaliadas e a intensidade de dor, realçando-se que foi possível concluir que quanto mais desajustadas e negativas foram as crenças, maior foi também a intensidade de dor associada, o que é corroborado pela literatura científica.

A crença de *preocupação* e de que as dores são algo ameaçador, associa-se fortemente com maiores níveis de dor, na medida em que a preocupação exacerba os sintomas de dor, o que por sua vez aumenta a intensidade da dor, levando assim a uma forte associação entre a preocupação e a intensidade da dor (Turk, & Okifuji, 2002), o que é verificado na amostra em estudo.

Pacientes com percepções negativas acerca das crenças relacionadas com as *consequências* e com o *controlo pessoal* e *controlo de tratamento*, apresentam piores resultados clínicos e maiores queixas de dor (Foster, Bishop, Thomas, Main, Horne, Weinman et al., 2008), verificando-se na presente amostra que as crenças elevadas de

consequências e baixas crenças de controlo pessoal e de tratamento se associam significativamente com maiores níveis de intensidade de dor, sendo a crença de consequências a crença com maior correlação com a intensidade de dor.

Também a percepção que os sujeitos têm de que as dores os afetam emocionalmente, associa-se significativamente com a intensidade de dor e com a disfuncionalidade causada pelas dores (Wegener, Castillo, Haythornthwaite, Mackenzie & Bosse, 2011), verificando-se nos resultados de estudo que a crença *resposta emocional* se associa muito fortemente com a intensidade de dor, sendo que quanto maiores as repercussões emocionais sentidas pelos sujeitos em estudo maior a sua intensidade de dor associada.

Deste modo, é possível concluir que as percepções de doença se associam significativamente com a intensidade da dor em pacientes com dor crónica, sustentando-se esta afirmação nos resultados do presente estudo que se encontram em consonância com a literatura científica.

Hipótese 4

A dor crónica associa-se significativamente com a morbilidade psicológica, realçando-se particularmente a associação existente com a sintomatologia depressiva e ansiosa (Apkarian, Baliki & Geha, 2009; Knaster, Karlsson, Estlander & Kalso, 2012). Deste modo, torna-se fundamental e imperativo, procurar compreender quais os fatores preditores da morbilidade psicológica presente em casos clínicos de dor crónica e em que medida é que esses fatores predizem a sintomatologia depressiva e ansiosa.

As crenças de doença tidas pelos pacientes com dor crónica, apresentam uma elevada relevância no modo como estes encaram a doença e no prognóstico da dor crónica, bem como no ajustamento face à dor e nas implicações psicológicas e emocionais que a dor pode ter, considerando-se o facto de que crenças desajustadas e negativas da dor e da doença se associam com a morbilidade psicológica (Tan, Teo, Anderson & Jensen, 2011).

As crenças de doença assumem-se como fortes preditores da sintomatologia depressiva e ansiosa em diferentes quadros álgicos, o que aponta para o efeito preditor das cognições e crenças como explicação para a existência de morbilidade psicológica (Groarke, Curtis, Coughlan & Gsel, 2005; Webster, Norman, Goodacre, Thompson & McEachan, 2014).

O estudo de Severeijns, Vlaeyen, Hout e Weber (2001) permitiu verificar a importância dos fatores cognitivos para prever a morbidade psicológica em pacientes com dor crónica, verificando-se no estudo dos autores que a perceção catastrofista dos pacientes acerca da dor, prediz significativamente a morbidade psicológica, apresentando um maior valor preditivo, do que as dimensões físicas de dor, percebendo-se assim que as crenças e cognições dos pacientes medeiam e predizem fortemente a sintomatologia psicopatológica.

Também os resultados do estudo de Galli, Ettlin, Palla, Ehlert e Gaab (2010), refletem a importância das crenças como preditoras da morbidade psicológica em pacientes com dor crónica. Os autores concluíram que as crenças acerca da doença e da dor são fortes preditores da morbidade psicológica, a par do facto de que as crenças de doença se assumem como tendo maior valor preditivo e explicativo do que a intensidade da dor.

Os resultados obtidos na presente amostra, indicam que tanto para a sintomatologia depressiva como para a sintomatologia ansiosa, as crenças de doença têm um elevado valor preditivo para a morbidade psicológica, destacando-se que em ambas as situações as crenças explicam melhor a morbidade psicológica do que a intensidade de dor em si, podendo-se assim afirmar que os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com o referido na literatura.

Análises exploratórias

Diferenças ao nível da morbidade psicológica e da intensidade de dor em função do género

No presente estudo, verificou-se não haver diferenças significativas entre os géneros quanto à intensidade da dor, apesar de a literatura científica frequentemente aceitar as diferenças de género referentes à intensidade da dor, na medida em que as mulheres apresentam maiores queixas de dor e referem maior intensidade de dor (Alabas, Tashani, Tabasam & Johnson, 2012).

A dimensão do género, é a dimensão sociodemográfica mais estudada em associação com a dor crónica, uma vez que se verificam diferentes resultados clínicos em função do género, o que se deve bastante às características socialmente aceites para o padrão comportamental de cada género, sabendo-se que naquilo que diz respeito à dor,

espera-se que o homem tenha uma atitude marcada pelo estoicismo, resistência à dor e diferentes atitudes aceites socialmente como masculinas, ao invés de que na mulher é esperada uma maior sensibilidade e expressão de dor (Thorn, 2004).

As diferenças de género podem ser explicadas, pelas diferenças hormonais e de constituição física existentes entre homens e mulheres, na medida em que as características fisiológicas do homem tendem a ser protetoras da dor em maior medida do que as características fisiológicas da mulher (Bartley & Fillingim, 2013).

De um modo geral, é amplamente aceite a existência de diferenças significativas de género na dor crónica, nomeadamente na morbilidade psicológica presente em pacientes com estas patologias, sendo verificado um maior prevalência de morbilidade psicológica nas mulheres (Mehalick, Garofalo, Sanders & Gatchel, 2013; Tashani, Alabas & Johnson, 2010).

O estudo de Hairi, Cumming, Blyth e Naganathan (2013) apresentou resultados que indicam não haver diferenças significativas quanto à disfuncionalidade e intensidade da dor em função do género, havendo contudo diferenças significativas quanto à morbilidade psicológica em função do género, apresentando as mulheres piores resultados de morbilidade psicológica, o que é concordante com os resultados obtidos no presente estudo.

Quanto à morbilidade psicológica, o presente estudo revelou a existência de diferenças de género quanto à morbilidade psicológica, evidenciando-se maior sintomatologia depressiva e ansiosa nas mulheres. Estes resultados obtidos, vão de encontro à literatura, na medida em que as mulheres com dor crónica apresentam maior sintomatologia do que os homens (Hawker, Gignac, Badley, Davis, French, Li, Perrucio, Power, Sale et al, 2011; Munce & Stewart, 2007).

No que diz respeito às diferenças de género na sintomatologia ansiosa, o presente estudo revelou existirem diferenças significativas, apresentando as mulheres mais sintomatologia depressiva do que os homens. Contudo, as diferenças de género quanto à ansiedade são menos consensuais do que as diferenças de género na depressão, uma vez que existem estudos que afirmam uma maior prevalência nos homens (Keogh, 2006) e estudos que não verificam diferenças entre os géneros (Giannakopoulos, Nikitas, Keller, Rammelsberg, Kronmuller & Schmitter, 2010).

É possível concluir que os resultados obtidos no presente estudo são parcialmente concordantes com a literatura, realçando-se a especificidade da amostra em estudo e a diferença de sujeitos femininos e masculinos, como possível explicação.

Diferenças ao nível das variáveis de morbilidade psicológica e de intensidade da dor em função do tempo de diagnóstico

A morbilidade psicológica, presente em casos clínicos de dor crónica, associa-se com a duração de diagnóstico e de tempo de queixas dolorosas, sendo possível afirmar que quanto maior o tempo de diagnóstico e de sintomas álgicos, maior tenderá a ser a morbilidade psicológica (Hawker, Gignac, Badley, Davis, French, Li et al., 2011).

Uma maior duração da dor, bem como o prolongamento de dores intermitentes, está associado a maiores níveis de sintomatologia psicopatológica (Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2008), realçando-se uma influência mútua na medida em que um maior tempo de diagnóstico aumenta o risco de morbilidade psicológica e por sua vez a morbilidade psicológica tem influência na perpetuação da dor e aumento do tempo de dor (Linton & Shaw, 2011; Teh, Zaslavsky, Reynolds & Cleary, 2010).

Quanto à intensidade da dor, não são apontadas pela literatura associações entre tempo de diagnóstico e intensidade de dor, o que se verifica no presente estudo.

Tendo em conta que os resultados obtidos em estudo indicam uma associação significativa e positiva entre o tempo de diagnóstico e a sintomatologia depressiva e ansiosa, constata-se que estes resultados são concordantes com a literatura, o que aponta para uma maior certeza de que de facto o tempo de diagnóstico de dor crónica se associa com a morbilidade psicológica.

8. Limitações do Estudo

A principal limitação do presente estudo consiste no tipo de amostra que é uma amostragem por conveniência, sendo por isso do tipo não-probabilística, o que pode levar a que a amostra de estudo não seja representativa da amostra global, contudo realça-se a impossibilidade de realizar uma recolha de amostra em diversos serviços hospitalares por todo o país, sendo que só deste modo seria possível uma amostra global de pacientes com dor crónica.

Poderia ser enriquecedor introduzir variáveis como a qualidade de vida, com o objetivo de procurar perceber como a dor crónica afeta a qualidade de vida dos pacientes e em que medida é que essa qualidade de vida se associa com as crenças de doença, intensidade de dor e morbilidade psicológica. Seria também importante, estudar no futuro

a variável de *coping* na dor, de modo a melhorar a saúde mental e a diminuir a condição de dor.

Ressalva-se que seria pertinente, replicar o presente estudo numa amostra maior, de modo a ser possível uma maior fiabilidade na generalização dos resultados.

9. Conclusões e Implicações para a Prática

A partir do atual estudo, é possível concluir a existência de fortes e significativas associações entre as variáveis cognitivas, psicológicas e sociodemográficas com a condição de dor crónica. É verificada a pertinência e importância dos fatores psicológicos na dor crónica, tendo sido procurado ao longo do estudo verificar de que modo é que diferentes condições cognitivas e emocionais se relacionam, afetam e condicionam a dor crónica.

Foi possível concluir, que existe uma assinalável prevalência de morbilidade psicológica, em diferentes quadros de dor crónica, particularmente de sintomatologia depressiva e ansiosa, verificando-se ligeiramente uma maior acentuação da sintomatologia depressiva.

Um ponto de grande importância no presente estudo, consiste na necessidade de averiguar o papel das crenças de doença e o modo como estas se relacionam e condicionam a dor crónica e a sintomatologia depressiva. Neste ponto, foi possível concluir que as crenças de doença se encontram fortemente associadas com a intensidade de dor e com a sintomatologia depressiva, verificando-se que crenças mais desajustadas se associam fortemente com maiores níveis de intensidade de dor e maiores índices de sintomatologia depressiva e ansiosa.

O atual estudo permitiu perceber que o conhecimento e a compreensão das crenças de doença são fundamentais para um melhor entendimento da dor crónica e do modo como esta condição médica afeta e condiciona a vida dos sujeitos.

Realça-se como fundamental, a conclusão de que o estudo permitiu verificar que na respetiva amostra, a morbilidade psicológica é melhor explicada pelas crenças de doença e menor explicada pela intensidade de dor, podendo-se deste modo afirmar que a morbilidade psicológica existente na dor crónica se deve em maior grau às perceções e considerações que os pacientes fazem da sua doença e em menor grau às condições físicas da dor.

A presente investigação, permite uma melhor compreensão da dor crónica na sua globalidade, sendo relevante para o conhecimento científico, na medida em que sustenta a relação dual mente-corpo, alicerçando-se nas conclusões que evidenciam o impacto físico e psicológico da doença.

Esta investigação revela-se pertinente para a prática clínica, na medida em que alerta para a necessidade existente de uma melhor compreensão dos processos e patologias álgicas, bem como da indispensabilidade de articulação entre profissionais da medicina e da psicologia para melhor poder intervir terapêuticamente com doentes com dor crónica, procurando um melhor tratamento e humanização dos cuidados de saúde. Salienta-se como implicação para a prática clínica, a necessidade de intervir psicologicamente em pacientes com dor crónica, na medida em que uma intervenção psicológica estruturada pode ser largamente benéfica em pacientes com dor crónica, tendo como objetivo intervir terapêuticamente na promoção de crenças de doença ajustadas e adequadas, de modo a prevenir ou remitir sintomatologia psicopatológica e permitir ao paciente conseguir ter uma vida ajustada face à dor sentida, sendo deste modo promovida a saúde na sua totalidade.

Bibliografia

- Alabas, O.A., Tashani, O.A., Tabasam, G. & Johnson, M.I. (2012). Gender role affects experimental pain responses: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Pain*, 16 (9), 1211–1223. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00121
- Almeida, J., Kurita, G., Braga, P. & Pimenta, C. (2010). Dor Crónica em Pacientes Esquizofrénicos: Prevalência e Características. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (3), 591-602.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Angelotti, G. (2008). Tratamento da dor crónica. In. B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais* (p. 535-545). Porto Alegre: Artmed.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N. & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87 (2), 81-97. doi: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018.
- Araoz, D. L., Burte, J. M. & Carrese, M. (2007). Controlo da dor por meio da hipnose. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade* (p. 363-378). São Pulo: Santos Editora.
- Arnou, B. A., Blasey, C. M., Constantino, M. J., Robinson, R., Hunkeler, E., Lee, J., Fireman, B., Khaylis, A., Feiner, L. & Hayward, C. (2011). Catastrophizing, depression and pain-related disability. *General Hospital Psychiatry*, 33, 150–156. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.12.008.
- Asghari, A., Julaeiha, S. & Godarsi, M. (2008). Disability and Depression in Patients with Chronic Pain: Pain or Pain-Related Beliefs?. *Archives of Iranian Medicine*, 11 (3), 263 – 269. doi: 08113/AIM.006.
- Asmundson, G. J. G. & Katz, J. (2009). Linderstanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: Sate-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26 (10), 888-901. doi: 10.1002/da.20600.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012.

- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163 (10), 2433–2445.
- Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M. & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70 (8), 890–897. doi: 10.1097/PSY.0b013e318185c510.
- Bartley, E.J. & Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesiology*, 111(1), 52-58. doi: 10.1093/bja/aet127.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinariedade e organização das unidades de dor crónica. In J. M. Caseiro (Coord.). *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.
- Bendelow, G. (2013). Chronic Pain Patients and the Biomedical Model of Pain. *American Medical Association Journal of Ethics*, 15 (5), 455-459. doi: 10.1001/virtualmentor.2013.15.5.msoc1-1305.
- Bendelow, G. A. & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*. 17(2), 139-154.
- Bennett, M. I., Smith, B. H., Torrance, N. & Lee, A.J. (2006). Can pain can be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*, 122 (3), 289-294. doi:10.1016/j.pain.2006.02.002.
- Bravo, L., Mico, J. A., Rey-Brea, R., Perez-Nievas, B., Leza, J. C. & Berrocoso, E. (2012). Depressive-like States Heighten the Aversion to Painful Stimuli in a Rat Model of Comorbid Chronic Pain and Depression. *Anesthesiology*, 117 (3), 613-625. doi:10.1097/ALN.0b013e3182657b3e.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Brito, L., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e imagem corporal em doentes com psoríase: estudo das características psicométricas do Hospital Anxiety and Depression Scale. In C. Machado, L. Almeida, M. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Livro de Actas da XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (p. 129). Braga: Universidade do Minho.

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Butchart, A., Kerr, E. A., Heisler, M., Piette, J. D. & Krein, S.L. (2009). Experience and management of chronic among patients with other complex chronic conditions. *The Clinical Journal of Pain*, 25 (4), 293-298. doi: 10.1097/AJP.0b013e31818bf574.
- Campbell, L. C., Clauw, D. J. & Keefe, F. J. (2003). Persistent Pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 399-409. doi:10.1016/S0006-3223(03)00545-6.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, M., Geisser, M. & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107, 99-106.
- Cardoso, A. (1999). *Manual de Tratamento da Dor Crónica*. Lisboa: Lidel.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). A Dor Crónica em Portugal. *Pain Proposal*. Obtido de https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Clark, A. K., Grist, J., Al-Kashi, A., Perretti, M. & Malcangio, M. (2012). Spinal Cathepsin S and Fractalkine Contribute to Chronic Pain in the Collagen-Induced Arthritis Model. *Arthritis & Rheumatism*, 64 (6), 2038-2047. doi: 10.1002/art.34351.
- Clark, M. R. (2009). Psychiatry and chronic pain: Examining the interface and designing a structure for a patient-center approach to treatment. *European Journal of Pain Supplements*, 3 (2), 95-100. doi:10.1016/j.eujps.2009.08.010.
- Craig, A., Tran, Y. & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47 (2), 108-114. doi: 10.1038/sc.2008.115.
- Edwards, R. R., Bingham, C. O., Bathon, J. & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis & Rheumatology*, 55 (2), 325-332. doi: 10.1002/art.21865
- Fanfani, L., Masserini, E., Guarisco, S., Torchio, N. & Allegri, M. (2012). Basics on pain. In D. Porru & M. Cervigni (Eds.), *IC/BPS: still "a hole in the air" or a complex general syndrome?* (p. 48-56). Saarbrücken: Lambert Academic Publishing.

- Fillington, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B. & Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *Journal of Pain*, *10* (5), 447-485. doi: 10.1016/j.jpain.2008.12.001.
- Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J. & Chambers, C. T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain. A systematic review. *Pain Research & Management*, *15* (1), 27-41.
- Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J. & Hay, E. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*, *136* (1-2), 177-187. doi: 10.1016/j.pain.2007.12.007.
- Fricker, J. (2003). *Pain in Europe report*. Cambridge: Mundipharma International Limited.
- Galli, U., Ettlin, D. A., Palla, S., Ehlert, U. & Gaab, J. (2010). Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study. *European Journal of Pain*, *14* (5), 550–558. doi:10.1016/j.ejpain.2009.08.011.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. & Turk, D. C. (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.
- Giannakopoulos, N. N., Nikitas, N., Keller, L., Rammelsberg, P., Kronmuller, K. & Schmitter, M. (2010). Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. *Journal of Dentistry*, *38* (5), 369 – 376. doi:10.1016/j.jdent.2010.01.003.
- Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M., Petzke, F.W. & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, *52* (2), 1577-1584. doi: 10.1002/art.21008
- Glattacker, M., Heyduck, K. & Meffert, C. (2012). Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information—Evaluation of an intervention for patients with chronic back pain. *Patient Education and Counseling*, *86*, 378–389. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.028.

- Glick, R. M. & Marcus, D. A. (2008). A abordagem da Dor Crónica. In J. South-Paul, S. Matheny & E. Lewis (Eds.), *Diagnóstico e tratamento em medicina familiar* (p. 1-8) Lisboa: McGraw-Hill.
- Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J. & Rief, W. (2010). Depression in chronic back pain patients: prediction of pain intensity and pain disability in cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 1 (2), 130-136. doi: 10.1176/appi.psy.51.2.130.
- Gomes, A. (2008). Abordagem psicológica no controlo da dor. In J. M. Caseiro (Ed.) *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R. & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 20 (5), 597-613. doi: 10.1080/14768320500094177.
- Grundy, D. (2002). Neuroanatomy of visceral nociception: vagal and splanchnic afferent. *Gut Journal*, 51, 2-5.
- Gureje, O., Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Levinson, D., Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Borges, G. L., Graaf, R., Browne, M. O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C. & Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135(1-2), 82-91. doi:10.1016/j.pain.2007.05.005.
- Haanpää, M. & Hietaharju, A. (2010). Central Neuropathic Pain. In A. Kopf & B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p.189-194). Seattle: IASP.
- Habib, M. (2003). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hairi, N. N., Cumming, R. G., Blyth, F. M. & Naganathan, V. (2013). Chronic pain, impact of pain and pain severity with physical disability in older people - is there a gender difference? *Maturitas*, 74 (1), 68-73. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.10.001.
- Hallegraeff, J. M., Schans, C. P., Krijnen, W. P. & Greef, M. H. (2013). Measurement of acute nonspecific low back pain perception in primary care physical therapy: reliability and validity of the brief illness perception questionnaire. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2013,14 (53). doi:10.1186/1471-2474-14-53

- Hauser, W., Eich, W., Herrmann, M., Nutzinger, D. O., Schiltenwolf, M., Henningsen, P. (2009). Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106 (23), 383–391. doi: 10.3238/arztebl.2009.0383.
- Hawker, G. A., Gignac, M. A., Badley, E., Davis, A. M., French, M. R., Li, Y., Perruccio, A. V., Power, J. D., Sale, J. & Lou, W. (2011). A Longitudinal Study to Explain the Pain-Depression Link in Older Adults With Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 63 (10), 1382–1390. doi: 10.1002/acr.20298.
- Huijnen, I.P., Verbunt, J.A., Peters, M.L., Delespaul, P., Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M. & Seelen, H. A. (2010). Do depression and pain intensity interfere with physical activity in daily life in patients with Chronic Low Back Pain? *Pain*, 150 (1), 161-166. doi: 10.1016/j.pain.2010.04.021.
- INE (2010). *Anuário Estatístico de Portugal 2009*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa.
- Ittersum, M.W., Wilgen, C.P., Hilberdink, W.K., Groothoff, J.W. & Schans, C.P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74 (1), 53–60. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.041.
- Jakobsson, U. (2010). The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 39 (5), 421-429 . doi:10.3109/03009741003685616.
- Jordan, K. D. & Okifuji, A. (2011). Anxiety Disorders: Differential Diagnosis and Their Relationship to Chronic Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25, 231–245. doi: 10.3109/15360288.2011.596922.
- Júnior, R. & Figueiró, J. (2001). *Depressões secundárias - Depressões em medicina interna e em outras condições Médicas*. São Paulo: Atheneu.
- Keefe, F. J., Abernethy, A. P., Campbell, L. C. (2005). Psychological Approaches to Understanding and Treating Disease-Related Pain. *Annual Review of Psychology*, 56 (1), 601-630.
- Keefe, F. J., Rumble, M.E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. & Perri, L. M. (2004). Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science. *The Journal of Pain*, 5 (4), 195-211. doi:10.1016/j.jpain.2004.02.576.
- Keefe, F.J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 896-911.

- Kelemen, L., Lee, A. L., Button, B. M., Presnell, S., Wilson, J. & Holland, A.E. (2012). Pain impacts on Quality of Life and interferes with treatment in adults with cystic fibrosis. *Physiotherapy Research International*, 17 (3), 132–141. doi: 10.1002/pri.524.
- Keogh, E. (2006). Sex and gender differences in pain: A selective review of biological and psychosocial factors. *The Journal of Men's Health & Gender*, 3 (3), 236-243. doi:10.1016/j.jmhg.2006.03.006
- Knaster, P., Karlsson, H., Estlander, A. & Kalso, E.(2012). Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain. *General Hospital Psychiatry*, 34 (1), 46-52. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.09.004
- Kopf, A. & Patel, N. B. (2010). *Guide to pain Management in Low-Resource Settings*. Seattle: IASP Press.
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S. & Wessely, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76 ,417–426.
- Kreling, M., Cruz, D. & Pimenta, C. (2006). Prevalência de Dor Crônica em Adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 509-513.
- Lee, J. E., Watson, D. & Law, L. A. (2010). Lower-Order Pain-Related Constructs Are More Predictive of Cold Pressor Pain Ratings than Higher-Order Personality Traits. *The Journal of Pain*, 11 (7), 681–691. doi:10.1016/j.jpain.2009.10.013.
- Lee, Y. C., Nassikas, N. J. & Clauw, D. J. (2011). The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy*, 13 (2),211. doi: 10.1186/ar3306.
- Linton, S. J. & Bergbom, S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 2 (2), 47-54. doi:10.1016/j.sjpain.2011.01.005
- Linton, S. J. & Shaw, W. S. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91 (5), 700-711. doi: 10.2522/ptj.20100330.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H. & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (9), 942-968. doi: 10.1002/jclp.20816.

- Mackay, W. A. (2009). *Neurofisiologia sem lágrimas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Marijana, B., Meštrović, A. H., Havelka, M., Bilić, M. & Lončar, Z. (2011). Combat Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Pain. *Psychology, 2* (7), 700-705. doi:10.4236/psych.2011.27107.
- McIntyre, M. T., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de investigação*. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.
- Mehalick, M. L., Garofalo, J. P., Sanders, C. N. & Gatchel, R. J. (2013). Assessment of the Psychological Comorbidity, Pathophysiological Mechanisms, and Treatment Implications in Patients with Chronic Orofacial Pain. *Anaplastology, 2* (1), 1-8. doi: 10.4172/2161-1173.S2-001.
- Melzack, R. (1996). Gate Control Theory: on the Evolution of Pain Concepts. *Journal of the American Pain Society, 15*, 128-138.
- Meredith, P., Strong, J. & Feeney, J.A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain, 123* (1-2), 146-154. doi:10.1016/j.pain.2006.02.025.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms* (2^a ed.). Seattle: IASP Press.
- Moayedi, M. & Davis, K. D. (2012). Theories of pain: from specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology, 109*, 5-12. doi: 10.1152/jn.00457.2012.
- Moix, J., Kovacs, F. M., Martín, A., Plana, M. N. & Royuela, A. (2011). Catastrophizing, state anxiety, anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account. a study of chronic low back pain patients treated in Spanish pain units. *Pain Medicine, 12* (7), 1008-1017. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01155.x
- Mok, L. C. & Lee, I.F. (2008). Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 17* (11), 1471-1480. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02037.x
- Moreno, M. I. C., García, M. I. D. & Pareja, M. A. V. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain, 3* (1), 75-87.

- Munce, S. E. & Stewart, D. E. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, *48* (5), 394-399. doi: 10.1176/appi.psy.48.5.394.
- Nieto, R., Raichle, K. A., Jensen, M. P. & Miró, J. (2012). Changes in pain-related beliefs, coping, and catastrophizing predict changes in pain intensity, pain interference, and psychological functioning in individuals with Myotonic Muscular Dystrophy and Facioscapulohumeral Dystrophy. *Clinical Journal of Pain*, *28* (1), 47-54. doi: 10.1097/AJP.0b013e31822019b1.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (fifth edition). Berkshire: McGraw-Hill.
- Ohayon, M. & Schatzberg, F. (2003). Using chronic pain to predict depression morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 39–47.
- Olaogun, M. O. B. & Kopf, A. (2010). Chronic Nonspecific Back Pain. In A. Kopf & B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p. 207-212). Seattle: IASP.
- Otis, J. D., Keane, T. M. & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *40* (5), 397–406.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Instrumentos Publicados em Português. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, *12* (2), 225-237.
- Parmelee, P. A., Harralson, T. L. McPherron, J. A., DeCoster, J. & Schumacher, R. (2012). Pain, Disability, and Depression in Osteoarthritis: Effects of Race and Sex. *Journal of Aging and Health*, *24* (1), 168-187. doi:10.1177/0898264311410425.
- Patel, N. B (2010). Physiology of Pain. In A. Kopf & B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p. 13-18). Seattle: IASP.
- Pfingsten, M., Schops, P., Wille, T., Terp, L. & Hildebrandt, J. (2000). Classification of chronic pain. Quantification and grading with the Mainz Pain Staging System. *Schmerz*, *14* (1), 10-17.
- Poleshuck, E. L., Talbot, N. E., Zlotnick, C., Gamble, S. A., Liu, X., Tu, X. & Giles, D. E. (2010). Interpersonal psychotherapy for women with comorbid depression and

- chronic pain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (8),597-600. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ea4d3d.
- Quartilho, M. J. R. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rezaei, F., Doost, H. T. N., Molavi, H., Abedi, M. R. & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*. Ahead of print. doi: 10.1016/j.ejr.2013.12.007.
- Rice, P. L. (2008). El afrontamiento del estrés: Estrategias cognitivo-conductuales. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (p. 303-338). Madrid: Siglo XXI.
- Richardson, E. J., Ness, T. J., Doleys, D. M., Banos, J. H., Cianfrini, L. & Richards, J. S. (2009). Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain*, 147 (1-3), 147–152. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.030.
- Riddell, R. P., Racine, N. M., Craig, K. D. & Campbell, L. (2013). Psychological theories and biopsychosocial models in paediatric pain. In P. J. McGrath, B. J. Stevens, S. M. Walker & W. T. Zempsky (Eds.), *Oxford Textbook of Paediatric Pain* (p. 85-94). Oxford: Oxford University Press.
- Rigotti, M. A. & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arquivo Ciência Saúde*. 12(1), 50-54.
- Rostovtseva, E. V., Bondareva, E. A. & Agapov, I. I. (2009). Molecular genetics aspects of individual differences in pain sensitivity and thermoregulation. *Human Physiology*, 35 (1), 117-126.
- Roy, R. (2001). *Social Relations and Chronic Pain*. New York: Plenum.
- Roy, R. (2006). *Chronic Pain and Family: A Clinical Perspective*. New York: Springer.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J. & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152 (2), 361–369. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.043
- Schulz-Gibbins, C. (2010). Psychological Evaluation of the Patient with Chronic Pain. In A. Kopf & B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p. 93-102). Seattle: IASP.

- Severeijns, R. M. S., Vlaeyen, J. W. S., Hout, M. A. & Weber, W. E. J. (2001). Pain Catastrophizing Predicts Pain Intensity, Disability, and Psychological Distress Independent of the Level of Physical Impairment. *Clinical Journal of Pain*, 17 (2), 165-172.
- Seymour, J. & Paz, S. (2004). *Pain; Theories, evaluation and Management*. London: Open University Press.
- Sharpe, L., Sensky, T. & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713– 719.
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Sternbach, R. A.(1974). *Pain: A psychological approach*. New York: Academic Press.
- Tan, G., Teo, I., Anderson, K. O. & Jensen, M. P. (2011). Adaptive Versus Maladaptive Coping and Beliefs and Their Relation to Chronic Pain Adjustment. *Clinical Journal of Pain*, 27 (9), 769–774. doi: 10.1097/AJP.0b013e31821d8f5a.
- Tang, N. K. Y., Goodchild, C. E., Hester, J. & Salkovskis, P. M. (2010). Mental defeat is linked to interference, distress and disability in chronic pain. *Pain*, 149, 547–554. doi:10.1016/j.pain.2010.03.028.
- Tashani, O.A., Alabas, O.A. & Johnson, M.I. (2010). Cold pressor pain responses in healthy Libyans: effect of sex/gender, anxiety, and body size. *Gender Medicine Journal*, 7 (4), 309-319. doi: 10.1016/j.genm.2010.07.002.
- Teh, C.F., Zaslavsky, A. M., Reynolds, C. F. & Cleary, P. D. (2010). Effect of depression treatment on chronic pain outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 72 (1), 61-67. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181c2a7a8.
- Thorn, B. E. (2004). *Cognitive Therapy for Chronic Pain: A Step-by-Step Guide*. New York: Guilford.
- Traue, H. C., Jerg-Bretzke, L., Pflingsten, M. & Hrabal, V. (2010). Psychological Factors in Chronic Pain. In A. Kopf & B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (p. 19-26). Seattle: IASP.
- Treede, R. D., Jensen, T. S., Campbell, J., Cruccu, G., Dostrovsky, J. O., Griffin, J. W., Hansson, P., Hughes, R., Nurmikko, T. & Serra, J. (2008). Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70 (18), 1630-1635. doi: 10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59.

- Tsang, A., Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., Borges, G. L. G., Bromet, E. J., Girolamo, G., Graaf, R., Gureje, O., Lepine, J., Haro, J. M., Levinson, D., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Watanabe, M. (2008). Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *The Journal of Pain*, *9* (10), 883-891. doi: 10.1016/j.jpain.2008.05.005.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70* (3), 678-90.
- Turk, D.C. (2001). Physiological and psychological bases of pain. In A. Baum, T. Reverson, & J. Singer (Eds), *Handbook of Health Psychology* (pp. 117-138). New Jersey: Hogrefe & Huben Publishers.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A. & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, *98* (1-2), 127–134.
- Valade, D., Fontenelle, F., Roos, C., Rousseau-Salvador, C., Ducros, A. & Rusinek, S. (2012). Emotional Status, Perceived Control of Pain, and Pain Coping Strategies in Episodic and Chronic Cluster Headache. *Europe's Journal of Psychology*, *8* (3), 461-474. doi:10.5964/ejop.v8i3.308.
- Velly, A. M., Look, J. O., Carlson, C., Lenton, P. A., Kang, W., Holcroft, C. A. & Friction, J. R. (2011). The effect of catastrophizing and depression on chronic pain – a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain*, *152* (10), 2377–2383. doi:10.1016/j.pain.2011.07.004.
- Vowles, K. E., Witkiewitz, K., Sowden, G. & Ashworth, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: Evidence of Mediation and Clinically Significant Change Following an Abbreviated Interdisciplinary Program of Rehabilitation. *The Journal of Pain*, *15*, (1), 101-113. doi: 10.1016/j.jpain.2013.10.002.
- Webster, R., Norman, P., Goodacre, S., Thompson, A. & McEachan, R.R. (2014). Illness representations, psychological distress and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. *Psychology & Health. Ahead of print*. doi: 10.1080/08870446.2014.923885

- Wegener, S. T., Castillo, R. C., Haythornthwaite, J., MacKenzie, E. J. & Bosse, M. J. (2011). Psychological distress mediates the effect of pain on function. *Pain, 152* (6), 1349-1357. doi: 10.1016/j.pain.2011.02.020.
- Wilgen, C. P., Ittersum, M. W., Kaptein, A. & Wijhe, M. (2008). Illness Perceptions in Patients With Fibromyalgia and Their Relationship to Quality of Life and Catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism, 58* (11), 3618–3626. doi: 10.1002/art.23959.
- Wilgen, C. P., Ittersum, M. W. & Kaptein, A. (2013). Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain?. *Physiotherapy, 99*, 27–32. doi: 10.1016/j.physio.2011.09.004.
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M. & Watson, P. J. (2007). The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *European Journal of Pain, 11*, 869–877. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.01.005
- Woolf, C. J. (2004). Pain: Moving from Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management. *Annals of Internal Medicine, 140* (6), 441- 451.
- Wright, A., Graven-Nielsen, T., Davies, I.I. & Arendt-Nielsen, L. (2002). Temporal summation of pain from skin, muscle and joint following nociceptive ultrasonic stimulation in humans. *Experimental Brain Research, 144* (4), 475-482.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica, 7*, 361-370.
- Zimmerli, W. (2010). Vertebral Osteomyelitis. *New England Journal of Medicine, 362*, 1022-1029. doi: 10.1056/NEJMc0910753.
- Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Sheehan, J., McCarthy, C. & Dinan, T. G. (2011). The psychological impact of arthritis: the effects of illness perception and coping. *Irish Journal of Medicine Science, 180* (1), 203–210. doi: 10.1007/s11845-010-0522-2.