

Chronic pain portrait: pain perception through the eyes of sufferers*

Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores

Adrianna Loduca^{1,2}, Barbara Maria Müller², Roberta Amaral², Andrea Cristina Matheus da Silveira Souza^{2,4}, Alessandra Spedo Focosi^{1,2}, Claudio Samuelian², Lin Tchia Yeng^{2,3}, Marcia Batista¹

*Recebido da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20140008

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The literature mentions several factors influencing chronic pain onset or maintenance; however, it is known that such aspects cannot be generalized and universalized because studies state that socio-cultural differences interfere with pain perception. This study aimed at characterizing patients' perception of their pain and associated suffering as from the projective tool Portrait of Pain.

METHODS: This is an exploratory study with 150 patients with different chronic pains. They were evaluated as from socio-demographic variables related to pain and beliefs with regard to pain/suffering and proposed treatment (application of the Portrait of Pain). Information obtained from the Portrait of Pain was analyzed by the content analysis method. A single meeting was scheduled with mean duration of 60 minutes.

RESULTS: The study was made up of 64% of females, mean age of 52.5 years, 46% were married and 46% had not completed high school. Mean pain duration was 6 years (58%). Drawings were grouped in 8 categories (scenes, monsters, objects, geometric shapes, irregular shapes and scribbles, whole human body, parts of the body and miscellaneous), evidencing that half of the subjects associated current suffering to other events with emotional impact and 87% expected to improve as from passive strategies.

CONCLUSION: There are few reports on the use of projective tools to evaluate and manage chronic pain. Results suggest that this resource could help characterizing the meaning of pain in patients'

lives and favor adhesion to proposed treatment. Further studies should come up to deepen the theme.

Keywords: Chronic pain, Evaluation of impact on health, Projective tool, Psychological evaluation.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A literatura enumera vários fatores que influenciam na eclosão ou manutenção da dor crônica; entretanto, sabe-se que esses aspectos não podem ser generalizados e universalizados, pois estudos afirmam que as diferenças socioculturais interferem na percepção do quadro algico. Este estudo teve como objetivo caracterizar a percepção que o paciente tem sobre sua dor e seu sofrimento associado a partir do recurso projetivo Retrato da Dor.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo exploratório realizado com 150 pacientes com dor crônica de diversas etiologias. Eles foram avaliados a partir de variáveis sociodemográficas, relacionadas a dor e de crenças em relação a dor/sofrimento e ao tratamento proposto (aplicação do Retrato da Dor). As informações obtidas no Retrato da Dor foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo. Foi realizado um único encontro com duração média de 60 minutos.

RESULTADOS: A pesquisa foi composta por 64% de mulheres, com idade média de 52,5 anos, 46% eram casados e 46% tinham o 2º grau incompleto. O tempo médio de convívio com a dor foi de 6 anos (58%). Os desenhos foram agrupados em 8 categorias (cenários, monstros, objetos, formas geométricas, formas irregulares e rabiscos, corpo humano inteiro, partes do corpo e miscelânea), evidenciando-se que a metade dos sujeitos associava o sofrimento atual a outros eventos de impacto emocional, assim como 87% aguardava melhorar a partir de estratégias passivas.

CONCLUSÃO: Há poucos relatos do uso de instrumentos projetivos na avaliação e tratamento de dor crônica. Os resultados sugerem que esse recurso pode ajudar na caracterização do sentido da dor na vida do paciente e favorecer a adesão ao tratamento proposto. Novos estudos devem surgir para maior aprofundamento do tema.

Descritores: Avaliação do impacto na saúde, Avaliação psicológica, Dor crônica, Instrumento projetivo.

INTRODUÇÃO

A dor crônica provoca impactos na vida em vários aspectos: físico, psicológico e social, que são, muitas vezes, difíceis de ajustamento e prejudicam várias áreas da vida do paciente¹⁻¹⁰. Esses impactos resul-

1. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Curso de Psicologia, São Paulo, SP, Brasil.

2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital de Clínicas, Grupo de Dor, São Paulo, SP, Brasil.

3. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Hospital de Clínicas, Grupo de Dor, Departamento de Fisiatria, São Paulo, SP, Brasil.

4. Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Seção de Reabilitação, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 25 de novembro de 2013.

Aceito para publicação em 19 de fevereiro de 2014.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Adrianna Loduca
Avenida Arnolfo Azevedo, 70 – Pacaembu
01236-030 São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: grupodedor@gmail.com

tam em incertezas, medos, preocupações e sensação de incapacidade¹¹⁻¹³, portanto, a persistência do quadro algíco compromete a vida dos sofredores de forma global.

Quando a dor persiste, apesar dos esforços terapêuticos, os profissionais da saúde compartilham com o sofredor e seus familiares do sentimento de frustração, principalmente pelo fato de não se poder antecipar uma cura. A atenção deve ser voltada para ajudá-lo a ajustar-se à incapacidade resultante e aos efeitos adversos de fármacos^{14,15}, que se usados excessivamente e de modo prolongado, podem provocar a diminuição da produção de endorfinas pelo organismo (bloqueadores de dor), aumentando, conseqüentemente, a percepção do quadro algíco¹⁶. Nesse sentido, compreender como cada paciente interpreta o impacto do quadro de dor crônica na sua vida constitui-se uma ferramenta fundamental para a efetividade do tratamento proposto pela equipe multi ou interdisciplinar.

Na literatura da área tem se evidenciado estudos que explicam que a cultura pode potencialmente interferir na experiência dolorosa, tanto do ponto de vista do paciente quanto do profissional, em diversos aspectos da vida diária. Cada significado atribuído é fruto da influência de ideologias sobre saúde, qualidade de vida e *status* socioeconômico^{17,18}. Percebe-se que a expressão do sofrimento é constituída pela somatória de fatores físicos, emocionais e sociais, portanto, não pode ser traduzida apenas pela quantificação da frequência e da intensidade do quadro algíco¹⁹. Além disso, a diferença entre grupos étnicos e culturais evidencia diferenças na linguagem e no significado relacionadas aos sintomas, abrindo espaço para a necessidade de criação e validação de questionários locais^{20,21}.

Os profissionais que trabalham em Centros de Dor no Brasil têm procurado validar instrumentos internacionais, mas também identificaram, assim como referido na literatura mundial, a necessidade de desenvolver novos recursos que venham responder as demandas de trabalho de nossas equipes e da realidade da população brasileira. Dentro dessa perspectiva, em 1998, foi realizado um estudo¹² que desenvolveu um instrumento projetivo chamado Retrato da Dor. Na época, percebeu-se que pacientes que tinham o mesmo diagnóstico de dor não necessariamente atribuíam o mesmo sentido às suas dores, o que incentivou o desenvolvimento de um recurso onde se solicitava ao paciente que fizesse uma representação gráfica de seu desconforto físico, e na sequência realizava-se um inquérito que favorecia compreender o sentido da dor na vida do paciente. Desde 2000, a partir desse estudo¹², um grupo de pesquisadores tem adotado o Retrato da Dor como um dos recursos de referência para a avaliação psicológica dos pacientes que ingressam no Grupo de Dor do IOT HCFMUSP.

Enquanto que no Brasil valorizava-se a narrativa e o sentido que cada paciente atribuía às suas dores, por volta de 2008, surgiu um movimento denominado *PainSTORY* desenvolvido em países europeus que sinalizaram a preocupação de dar atenção para a narrativa e para a expressão gráfica da dor dos pacientes. A investigação, que contou com a colaboração de cerca 13 países europeus, reuniu dados de 294 pacientes, ao longo de um ano, e tinha como objetivo verificar o impacto da dor crônica na vida dos pacientes. Os resultados do *PainSTORY* revelaram que a dor assumia diferentes significados na vida dos pacientes, reforçando a importância de valorizar o discurso individual e a riqueza de utilizar outras formas de expressão da dor, como a produção gráfica²².

Em 2010, um grupo de psicólogos realizou, em parceria com uma indústria farmacêutica, uma cartilha sobre Retratos de Dor com o objetivo de mostrar para os profissionais que o significado da dor para cada paciente não se restringia ao diagnóstico clínico. Nesse período iniciou-se o estudo atual que agora se finaliza com a análise de 150 Retratos de Dor sobre diferentes aspectos.

Observam-se na literatura mundial poucos relatos do uso de instrumentos projetivos nos estudos psicológicos sobre avaliação e tratamento de dores crônicas. Dentre os encontrados, foram utilizados instrumentos projetivos já existentes na área de Psicologia, como o MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), o Rorschach, o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o Desenho da Figura Humana (DFH)^{23,24}. Existe uma lacuna no que se refere ao desenvolvimento de instrumentos projetivos para facilitar a avaliação de pessoas com dor crônica. Essas constatações mostram a necessidade de serem utilizados mais recursos na área da dor que permitam que o paciente possa expressar seu sofrimento de forma mais livre e criativa. As técnicas projetivas requerem que o indivíduo utilize características de sua personalidade, necessidades e experiências de vida para interpretar estímulos ambíguos o que diminui a ação de mecanismos de defesa e permite o acesso a conteúdos não acessíveis à consciência do colaborador²⁵.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a percepção que o paciente tem sobre sua dor e seu sofrimento associado, aplicando o instrumento projetivo Retrato da Dor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório²⁶ realizado com 150 pacientes com dor crônica de diversas etiologias indicados pelo Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo, através de parceria estabelecida com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foram convidados a participar todos os pacientes que iniciaram tratamento no ambulatório, entre janeiro de 2010 e julho de 2013. A presença de significativo déficit cognitivo e/ou distúrbios psiquiátricos graves foram os critérios de exclusão de participantes ou a recusa em participar da investigação por parte do sujeito.

A investigação seguiu a partir de três grupos de variáveis: sociodemográficas (gênero, idade e estado civil), relacionadas a dor (tempo de convivência, escala numérica de dor) e de crenças em relação a dor e ao tratamento multidisciplinar (aplicação do Retrato da Dor). Foi realizado um único encontro com a duração média de 60 minutos.

As informações obtidas com a aplicação do Retrato da Dor foram analisadas segundo o método de análise de conteúdo²⁷. Inicialmente, foi feita a leitura flutuante do material para o levantamento de temas e categorias e após a codificação das narrativas os pesquisadores procuraram entender significações passíveis de emergirem a partir das respostas dos sujeitos. A utilização de porcentagens veio para ilustrar a frequência das respostas, portanto não foi realizado tratamento estatístico uma vez que o foco ateu-se a ampliar o conhecimento sobre o sentido da dor, caracterizando o impacto e convivência dos participantes com suas dores crônicas, o que motivou a presença de um número maior de sujeitos²⁶.

Descrição do material

Escala numérica de dor (EN): identifica a qualidade sensitiva da experiência dolorosa²⁸. Solicita-se ao paciente que classifique a intensidade de sua dor segundo uma série de números que variam de zero a 10 (ou zero a 100) sendo que, zero significa “nenhuma dor” e 10 “maior dor possível”.

Retrato da Dor: recurso projetivo^{11,12,29} que tem por objetivo identificar a percepção do paciente sobre sua dor e sofrimento associado. Solicita-se ao indivíduo que imagine que sua dor tem uma forma e, em seguida, pede-se que tente desenhá-la em uma folha de papel. Lápis de cor, lápis grafite e canetas hidrográficas coloridas são oferecidos para confecção gráfica. Lembra-se ao sujeito que não existe certo ou errado. Após a confecção segue-se um inquérito elaborado com sete questões com o intuito de ampliar a compreensão do sofrimento algíco.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o nº118/2005.

RESULTADOS

Houve predomínio de mulheres (64%) e a idade média foi de 52,5 anos, prevalecendo a faixa dos 31 aos 55 anos (61% dos participantes), 46% casados e 46% com o 2º grau incompleto. Em relação ao tempo de convívio com a dor a maioria (58%) apresentou média de seis anos e a intensidade da dor ficou em torno de 7,75.

A análise dos Retratos permitiu que os desenhos fossem agrupados em oito categorias: cenas, monstros, objetos, formas geométricas, formas irregulares e rabiscos, corpo humano inteiro, partes do corpo e miscelânea. Além das representações gráficas percebe-se o predomínio de algumas cores nos desenhos, a maioria coloca poucas cores prevalecendo o preto e o cinza (70%) e, quando cores diferentes apareceram destacaram-se mais o vermelho, o marrom e o amarelo acompanhando o preto e o cinza; a presença de cores como o verde e o azul foi escassa.

Em relação ao inquérito, os nomes que os participantes deram para suas dores foram agrupados em três grupos: físico, emocional e misto. Poucos pacientes (4%) referiram apenas aspectos emocionais (esperança, pavor, medo, preocupação, saudade) a maioria, cerca de 67%, nomeou a dor com adjetivos e substantivos que incluíam tanto o desconforto físico quanto as emoções desagradáveis (cobra, dor maldita, montanha russa, bumerangue) e 29% ressaltaram os aspectos sensoriais (latejante, martelada, pontada, queimação). Quanto à idade da dor, 44% dos pacientes deram para o desenho idades que corresponderam ao tempo de convívio com o quadro algíco enquanto que 30% forneceram idades superiores ao seu aparecimento. Quando referiram sobre o convívio com a dor a resposta que predominou (44,8%) foi de que era ruim (terrível, horrível ou péssimo).

Já no que se refere às crenças sobre o que poderia melhorar o desconforto, 85% fizeram referência a condutas passivas, ou seja, consideravam que apenas intervenções externas como fármacos ou a assistência de profissionais da área da saúde, principalmente o médico poderia reverter o quadro:

- 40%: somente os médicos e os fármacos poderiam diminuir suas dores;
- 19%: a equipe interdisciplinar ou o tratamento proposto poderia

mudar a situação, mas o paciente não achava que poderia contribuir para esse processo;

- 17%: não acreditavam que alguém ou algo poderia tratar a dor;
- 9%: atribuíram a Deus a única possibilidade de alcançar o “milagre da cura”.

Quando questionados se as dores poderiam ser associadas a outras situações tão ruins ou piores do que essa convivência:

- 50% relacionaram com outros eventos de impacto emocional, principalmente situações de luto e de perdas: 66% morte de entes queridos e 22% problemas nos relacionamentos amorosos (traições e separações);
- 24% mencionaram eventos de impacto físico: lembrança de outras dores ou doenças agudas e crônicas;
- 17% afirmaram que essa dor era o pior acontecimento já ocorrido em sua vida.

DISCUSSÃO

A prevalência de sujeitos do gênero feminino reforça dados da literatura nacional sobre a frequência da dor nessa população¹⁰, assim como a média de idade coincide com outros estudos nacionais^{11,14} apontando que a maior incidência de dor ocorre na população produtiva o que interfere de forma significativa na situação laboral.

Discutindo um pouco mais sobre as categorias de desenhos identificadas, o texto segue trazendo ilustrações que permitem caracterizar cada categoria:

CENAS: os pacientes que fizeram analogias com situações que se aproximam do sofrimento atual. O desenho de uma mulher com 36 anos e diagnóstico de dor pélvica (EN=7) ilustra bem. Ela referiu que sua dor pélvica poderia ser comparada a uma queimadura provocada por água fervente (Figura 1), sendo que as sensações de calor e queimação são descritores de dor comumente encontrados na literatura³⁰.

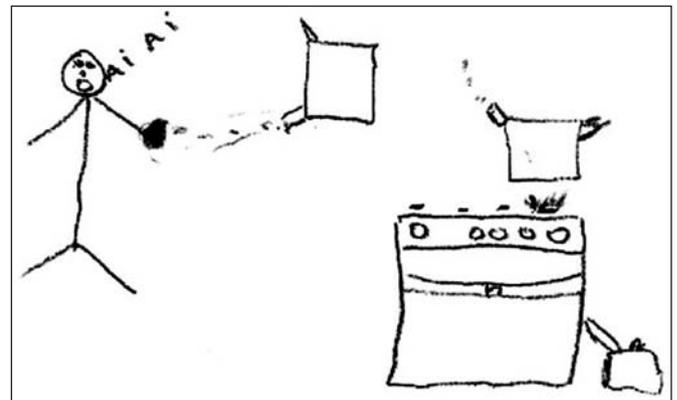


Figura 1. Exemplo de cena

MONSTROS: representações (Figura 2) que assustam, retratando o tormento que a dor provoca no dia a dia. Um homem de 74 anos com dor lombar afirmou conviver com sua dor há 40 anos (EN=7). Disse que ela era tudo de ruim, que era a maldade, o sadismo. Comentou também que sentia que estava brigando com o próprio corpo o que ilustra o padrão de repulsa em relação à dor¹², sendo esse um momento em que o paciente mede forças para combater o quadro algíco.



Figura 2. Exemplo de monstro

OBJETOS: desenhos de objetos ou figuras que expressam o mal estar físico evidenciando os aspectos sensoriais da dor (algo que irradia, pulsa, pesa ou queima). A figura 3 foi realizada por um homem de 31 anos e diagnóstico de síndrome dolorosa miofascial (EN=9) que referiu que sua dor dava a sensação de estar sendo esfaqueado.



Figura 3. Exemplo de objeto

FORMAS GEOMÉTRICAS: dentre elas as circulares foram as mais desenhadas o que pode indicar a ênfase na sensação de peso ou de permanência em um ciclo vicioso: dor-estresse-dor. A figura 4 foi realizada por uma mulher de 36 anos com diagnóstico de síndrome complexa de dor regional (EN=8). Ela referiu que sua dor melhoraria se as pessoas acreditassem que ela era real, sentia-se sozinha e desacreditada. Percebe-se, nesse caso, que o peso maior estava relacionado a falta de credibilidade e apoio de familiares e rede social mais próxima o que, por sua vez, expandiu o seu sofrimento para além do desconforto físico. Embora relatos como esse sejam comuns

na prática clínica, na literatura são encontrados autores que discutem o impacto da dor crônica na família³¹, porém sem considerar a sensação de descrédito do paciente.

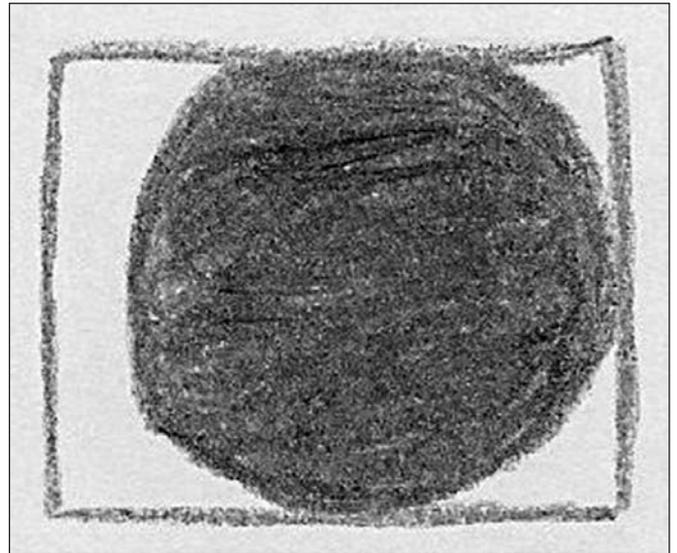


Figura 4. Exemplo de forma geométrica

FORMAS IRREGULARES E RABISCOS: são desenhos mais primitivos (regredidos) que evidenciam descarga motora, provável impulsividade e/ou raiva. Esse é o caso da figura 5 que foi realizada por uma mulher de 29 anos que sofria de cefaleia cervicogênica (EN=4), que referiu que desenhava uma mancha para expressar a sensação ruim provocada pela dor, ou seja, possivelmente o traçado forte evidencia a descarga de raiva e frustração³². Outros desenharam ondas como se quisessem representar o circuito do estímulo sensorial explicitando que estão procurando lidar com o problema de forma racional, não permitindo muito espaço para extravasar emoções. Percebe-se que os desenhos podem ilustrar a descarga de fortes emoções ou representar os aspectos sensoriais do quadro algico.



Figura 5. Exemplo de forma irregular e rabisco

CORPO INTEIRO: autorretratos ou representações do esquema corporal evidenciando que a dor os atinge por completo embora, muitas vezes, essa dor acometa apenas uma ou algumas partes do corpo. A figura 6 traz o desenho de uma mulher de 25 anos e diagnóstico de síndrome de imobilismo (EN=10). Tanto o desenho quanto a narrativa da paciente sobre sua produção explicitaram que a dor atingia seu corpo todo de forma muito intensa, como se sua identidade estivesse tomada pelo quadro algíco, o que evidencia o padrão caótico de convívio com o quadro algíco, onde existe pouca ou nenhuma diferenciação entre o Eu e a Dor¹².



Figura 6. Exemplo de corpo inteiro

PARTES DO CORPO: desenhos das partes do corpo que doem, revelando que o foco de interesse do paciente está voltado para as regiões desconfortáveis, como destacado na figura 7, feita por uma mulher de 40 anos, com diagnóstico de dor fantasma (EN=7). Per-

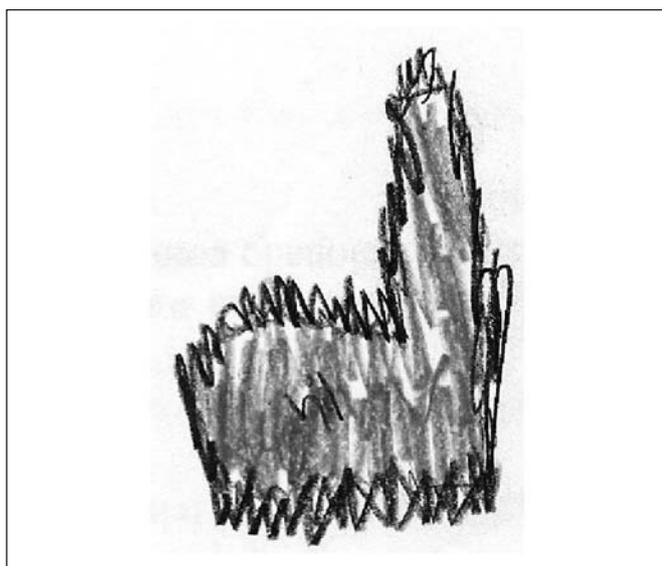


Figura 7. Exemplo de partes do corpo

cebe-se aqui a necessidade de ajudar o paciente a ampliar sua percepção corporal podendo assim utilizar o potencial das partes do corpo que não foram acometidas pela dor, assim como evitar que a utilização de esquemas de compensação corporal venham a prejudicar novas áreas do corpo. Prevalece o padrão de dependência no convívio com a dor quando os interesses do paciente encontram-se calcados pela dor¹².

MISCELÂNEA: sujeitos que fizeram esboços que não puderam ser agrupados em nenhuma das outras categorias identificadas foram alocados neste grupo.

Quanto às cores escolhidas para os desenhos, prevaleceram o preto e o cinza, ou cores que os pacientes associaram à intensidade do quadro algíco. Poucos utilizaram cores que lhes agradavam e quando o fizeram explicitaram o esforço para neutralizar o desconforto com algum estímulo que trouxesse a sensação de bem-estar. Embora exista estudo³³ na área de Psicologia sobre a utilização das cores nos desenhos, o significado atribuído a essa variável neste estudo não foi considerado.

Em relação ao inquérito, observou-se que a maioria dos nomes dados para as dores caracterizavam tanto o desconforto físico quanto as emoções desagradáveis que sentiam em função do quadro algíco; isso reforça a definição de dor adotada pela IASP que destaca a importância da dor ser tratada sob a perspectiva biopsicossocial³⁴. Quanto à idade definida para o tempo de convívio com a dor, chama a atenção que pacientes atribuíram idades superiores à eclosão do quadro algíco, o que evidencia a tendência a eternizar o sofrimento e marca a necessidade de ajudá-los a romper com a posição de vítima. No que se refere às crenças³⁵ sobre o que poderia melhorar as dores, permaneceram as condutas passivas explicitando a necessidade de serem realizados programas psicoeducativos, com o intuito de poder engajar mais com o tratamento proposto, ampliando a compreensão sobre o problema e o aprendizado de como eles próprios podem ajudar na efetividade do tratamento proposto, fortalecendo recursos de enfrentamento e senso de eficácia³⁶.

Quando questionados se associavam suas dores a outras situações tão ruins ou piores do que a convivência com o quadro algíco, metade dos colaboradores referiu outros eventos de impacto emocional, principalmente situações de luto, o que reforça a importância da assistência psicológica para essa população para evitar que variáveis psicológicas venham auxiliar na manutenção ou piora do quadro algíco ou prejudicar a adesão ao tratamento proposto para o manejo da dor. A Psicologia vem ampliando seu espaço na área da saúde em equipes multi e interdisciplinares devido ao reconhecimento da eficácia de suas intervenções e da multidimensionalidade do processo de adoecimento³⁷.

Esses resultados mostraram que a aplicação do Retrato da Dor auxilia o paciente a expressar seu sofrimento para além do sofrimento físico, procurando compreendê-la dentro da biografia de cada paciente³¹. Esse recurso ameniza os mecanismos de racionalização do indivíduo, permitindo a obtenção de informações importantes, e ainda o reconhecimento da influência de fatores psicológicos na percepção da dor³⁰. Por vezes, o inquérito mobiliza emoções no paciente que o faz perceber ou reconhecer a demanda de assistência psicológica^{12,30}.

CONCLUSÃO

Observam-se na literatura mundial poucos relatos do uso de instrumentos projetivos nos estudos psicológicos sobre avaliação e tratamento de dores crônicas, e os resultados encontrados na análise evidenciaram a dificuldade de se generalizar as informações, ou seja, reforçam o caráter subjetivo e peculiar da vivência de cada paciente. É importante reconhecer também que, embora o tratamento interdisciplinar seja o mais indicado para as dores crônicas, os pacientes ainda procuram uma solução imediatista. Aguardam procedimentos invasivos ou uso de fármacos que os coloquem em um papel passivo em relação a recuperação de bem-estar.

Este estudo evidenciou que os aspectos emocionais desempenham um papel importante na maneira como o indivíduo interpreta e utiliza recursos próprios para lidar com suas dores, portanto, não se deve negligenciar seu discurso. A análise da narrativa deve ser considerada como um elemento a ser considerado pelos profissionais de saúde nos centros de dor crônica na avaliação do paciente para posterior definição de condutas terapêuticas. Novos estudos devem ser realizados para ampliar e aprofundar as evidências explicitadas nesta investigação.

REFERÊNCIAS

1. Bates MS, Edwards WT, Anderson KO. Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain*. 1993;52(1):101-12.
2. Wall PD, Melzack R, (editors). *Textbook of pain*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999. 1504p.
3. Jakobsson U, Klevegård R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain: a comparative study. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(1):625-36.
4. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain*. 2004;5(4):195-211.
5. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*. 2000;25(9):1148-56.
6. McBeth J, Macfarlane GJ, Hunt IM, Silman AJ. Risk factors for persistent chronic widespread pain: a community-based study. *Rheumatology*. 2001;40(1):95-101.
7. Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005;17(2):134-40.
8. Buer N, Linton SJ. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*. 2002;99(3):485-91.
9. Menzel NN. Psychosocial factors in musculoskeletal disorders. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2007;19(2):145-53.
10. Kreling MC, da Cruz DA, Pimenta CA. [Prevalence of chronic pain in adult workers]. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):509-13. Portuguese.
11. Yeng LT, Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar dos doentes com dor crônica. *Rev Prática Hosp*. 2004;35:28-32.
12. Loduca A, Samuelian C. Avaliação psicológica: do convívio com dores crônicas à adesão ao tratamento na clínica de dor. In: Alves Neto O, Cost CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ, (editores). *Dor, princípios e prática*. 1^a ed. Porto Alegre, Artmed; 2009. 382-97p.
13. Szumita RP, Szumita PM, Just N. Understanding and managing patients with chronic pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2010;22(4):481-94.
14. Ferreira KA, Siqueira SR, Teixeira MJ. Características demográficas, da dor e do tratamento dos pacientes atendidos em centro multidisciplinar de dor. *Cad Saúde Colet*. 2008;16(3):449-70.
15. Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, (editors). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: Guilford; 1996. 3-32p.
16. Wells C, Nown G. In pain? A self-help guide for chronic pain sufferers, London: Optima Book; 1993. 1-50p.
17. Campbell LC, Andrews N, Scipio C, Flores B, Feliu MH, Keefe FJ. Pain coping in Latino populations. *J Pain*. 2009;10(10):1012-9.
18. Shavers VL, Bakos A, Sheppard VB. Race, ethnicity, and pain among the U.S. adult population. *J Health Care Poor Underserved*. 2010;21(1):177-220.
19. McWhinney IR. *An introduction to family medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1981. 219p.
20. Goldman J, Conrad DF, Ley C, Halperin D, de la Luz Sanchez M, Villacorta R, et al. Validation of a Spanish language dyspepsia questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002;47(3):624-40.
21. Urnes J, Johannessen T, Farup PG, Lydersen S, Petersen H. Digestive symptoms and their psychosocial impact: validation of a questionnaire. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41(9):1019-27.
22. O'Brien T, Breivik H. The impact of chronic pain--European patients' perspective over 12 months. *Scand J Pain*. 2012;3(1):23-9.
23. Villemor-Amaral AE, Pasqualini-Casado L. A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico USF*. 2006;11(2):185-93.
24. Panek PE, Skowronski JJ, Wagner EE. Differences on the projective hand test among chronic pain patients reporting three different pain experiences. *J Pers Assess*. 2002;79(2):235-42.
25. Nunes MF, Okino ET, Noce MA, Jardim-Maran ML. Interesses profissionais: perspectivas teóricas e instrumentos de avaliação. *Aval Psicol*. 2008;7(3):403-14.
26. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987. 175p.
27. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3^a ed. Lisboa: Edições; 2004. 70p.
28. Melzack R, Katz J. The McGill pain questionnaire: appraisal and current status. In: Turk DC, Melzack R. *Handbook of pain assessment*. 2nd ed. New York: Guilford; 2001. 35-52p.
29. Loduca A, Samuelian C. Avaliação psicológica do doente com dor. In: Teixeira MJ, Braum JL, Yeng LT, Marquez JO (editores). *Dor-contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora Maio; 2002. 191-204p.
30. Lin CP, Kupper AE, Gammaitoni AR, Galer BS, Jensen MP. Frequency of chronic pain descriptors: implications for assessment of pain quality. *Eur J Pain*. 2011;15(6):628-33.
31. West C, Usher K, Foster K, Stewart L. Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *J Clin Nurs*. 2012;21(23-24):3352-60.
32. Hammer EF. A Técnica Projetiva do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa: interpretação do conteúdo. In: Hammer EF. (Org.). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.
33. Van Klock OL. *Interpretação psicológica de desenhos: três estudos*. São Paulo: Pioneira; 1968. 179p.
34. *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle (WA): IASP Press; 1994.
35. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*. 2004;109(1-2):4-7.
36. Asghari A, Nicholas MK. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour: a prospective study. *Pain*. 2001;94(1):85-100.
37. Capitão CG, Scortegagna SA, Baptista MN. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Aval Psicol*. 2005;4(1):75-82.