

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta tese
será disponibilizado somente a partir
de 29/09/2019.



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



FERNANDA SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ

**MODELO COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL DA DOR:
AVALIAÇÃO EM ADULTOS COM DIFERENTES CONDIÇÕES DOLOROSAS**

Araraquara

2017



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



FERNANDA SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ

**MODELO COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL DA DOR:
AVALIAÇÃO EM ADULTOS COM DIFERENTES CONDIÇÕES DOLOROSAS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Área de Dentística Restauradora, da Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista para título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Orientador: Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

Araraquara

2017

Bonafé, Fernanda Salloume Sampaio

Modelo cognitivo, comportamental e emocional da dor: avaliação em adultos com diferentes condições dolorosas / Fernanda Salloume Sampaio Bonafé.-- Araraquara: [s.n.], 2017

176 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Dentística Restauradora) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

1. Medição da dor 2. Psicometria 3. Psicologia. I. Título

FERNANDA SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ

MODELO COGNITIVO, COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL DA DOR:
AVALIAÇÃO EM ADULTOS COM DIFERENTES CONDIÇÕES
DOLOROSAS

Comissão julgadora

Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências Odontológicas

Presidente e orientador: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos

2º Examinador: Prof. Dr. José Aparecido da Silva

3º Examinador: Prof. Dr. Renato Leonardo de Freitas

4º Examinador: Prof. Dr. Laurival Antonio De Luca Junior

5º Examinador: Prof. Dr. Osmir Batista de Oliveira Júnior

Araraquara, 29 de setembro de 2017.

DADOS CURRICULARES

FERNANDA SALLOUME SAMPAIO BONAFÉ

NASCIMENTO: 22 de janeiro de 1987, São José do Rio Preto, São Paulo

FILIAÇÃO: Fernando Sampaio Bonafé e Leila Wassif Antonios Salloume Bonafé

2007/2011: Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), Brasil.

2012/2014: Mestrado em Reabilitação Oral pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), Brasil.

2014/2015: Ministrou aulas de Bioestatística e Metodologia Científica como Bolsista Didático para graduação nos cursos de Farmácia e Bioquímica e Odontologia, na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araraquara e Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara (UNESP), Brasil.

2014/2017: Doutorado em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP), Brasil, com período sanduíche no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

DEDICATÓRIA

A *Deus*, por este e por todos os momentos da minha vida, por me dar força e iluminar meu caminho sempre que necessito.

Aos meus queridos pais *Leila e Fernando*, pelas condições de vida que me proporcionaram, pela educação, pelo apoio e pelo amor que me deram e que serviram de alicerce para as minhas conquistas.

Ao meu esposo *André*, por seu amor, por respeitar minhas escolhas e por compartilhar dos meus sonhos e me ajudar a realizá-los.

À minha filha *Clarice*, que ainda em meu ventre, proporciona-me alegrias diárias e a incrível experiência de ser mãe.

À minha irmã *Ximene* e a todos os *Familiares e Amigos*, que brindam comigo as minhas alegrias e que me dão força e amparo diante das minhas angústias.

Aos *Professores* que cruzaram meu caminho e que ajudaram a despertar em mim a vontade de ser como eles. Dedico este trabalho especialmente à Professora *Juliana Campos* e ao Professor *João Marôco*, pelo acolhimento (em Araraquara e em Lisboa) que foi muito além da esfera profissional e que foi tão importante para meu caminhar, seja na minha trajetória acadêmica ou na minha vida pessoal.

À *Rosário, Filomena e Cristina*, por tornarem minha experiência em Portugal ainda melhor.

Ao *Wanderson, Fernanda e Patrícia*, pela amizade verdadeira e pelo convívio diário.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. *Juliana Alvares Duarte Bonini Campos*, pelos dez anos de incentivo e ensinamentos diários, que transcorreram por minha graduação, mestrado e doutorado, sempre realizados com muito amor e carinho, e que vou levar para sempre comigo.

Ao Prof. Dr. *João Marôco*, por me receber em seu país de braços abertos para a realização de meu estágio sanduíche, o qual me permitiu viver uma experiência única, proporcionando-me grande crescimento profissional e pessoal.

À *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)* e à *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)* pelas bolsas e auxílio concedidos (processos #2014/00874-3; #2014/17624-0; #2014/23611-8; #2015/23126-5).

À *Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP)* e seus *Servidores*, ao *Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas* e ao *Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)*, que auxiliaram nas questões burocráticas envolvidas neste trabalho.

À *Fernanda Cristina Maurício*, pelo trabalho técnico desenvolvido na execução deste trabalho.

A toda equipe de trabalho do grupo de pesquisa *Análise e Validação Métrica* e aos *Colegas Acadêmicos*, pelo constante aprendizado.

“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento”

Clarice Lispector

Bonafé FSS. Modelo cognitivo, comportamental e emocional da dor: avaliação em adultos com diferentes condições dolorosas [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2017.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar um modelo teórico cognitivo, comportamental e emocional relacionado à percepção da intensidade da dor e sua interferência no cotidiano e à qualidade de vida de indivíduos adultos com diferentes condições dolorosas. Para tanto, avaliaram-se as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida utilizados. Trata-se de estudo transversal. Participaram 1.103 indivíduos que buscaram atendimento à Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP nos anos de 2015 e 2016. Foram incluídos indivíduos adultos e os mesmos foram classificados segundo o relato de ausência de dor nas últimas 24 horas (G0), dor nas últimas 24 horas presente há menos de 3 meses (G1), dor recorrente presente há mais de 3 meses (G2) e dor contínua há mais de 3 meses (G3). Foram levantadas informações demográficas. As informações foram coletadas por meio de entrevista pessoal. A percepção da intensidade da dor e sua interferência no cotidiano foram avaliadas utilizando o Inventário Breve de Dor (BPI Forma Curta) adaptado, com período de referência “última experiência dolorosa”. A percepção da qualidade de vida foi obtida a partir do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-Bref). Para mensuração das variáveis cognitivas, foram utilizados os instrumentos Questionário de Vigilância e Consciência relacionado à Dor (PVAQ) e a Escala de Catastrofização da Dor (PCS). Para as variáveis comportamentais, utilizou-se o Questionário de Autoeficácia relacionado à Dor (PSEQ) e a Escala Multidimensional de *Locus* de Controle da Saúde – Forma C (MHLC Forma C). Para as variáveis emocionais, foram utilizadas a Escala de Alexitimia de Toronto – 20 itens (TAS-20) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – 21 itens (DASS-21). As validades de face, de conteúdo e de construto (fatorial, convergente e discriminante) dos instrumentos foram avaliadas. Realizou-se análise fatorial confirmatória (AFC) com os índices χ^2/gf , CFI e RMSEA. A confiabilidade também foi avaliada (α , confiabilidade composta). Para verificar a invariância da medida, foi realizada análise multigrupos. Foi proposto cômputo do escore global utilizando-se a matriz dos pesos de regressão da AFC. Construiu-se modelo estrutural para cada grupo segundo a condição dolorosa e utilizou-se o método de análise de trajetórias. Adotou-se nível de significância de 5%. Dos participantes, a maioria eram mulheres, com média de idade de 38,2±10,6 anos, casados/união estável, de nível econômico C. Os instrumentos foram válidos e confiáveis para a amostra após refinamento dos modelos. O modelo cognitivo, comportamental e emocional da dor ajustou-se para todos os grupos (G0, G1, G2 e G3) e explicou de 23 a 36% da variabilidade da percepção da intensidade da dor, 63 a 73% da variabilidade da percepção da interferência da dor no cotidiano e 33 a 62% da variabilidade da qualidade de vida dos indivíduos. Houve grande contribuição das variáveis cognitivas na percepção da intensidade da dor e das variáveis comportamentais e emocionais na percepção da interferência da dor no cotidiano e na qualidade de vida.

Palavras-chave: Medição da Dor. Psicometria. Psicologia.

Bonafé FSS. Cognitive, behavioral and emotional model for pain: an evaluation in adults with different pain conditions [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2017.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate a theoretical cognitive, behavioral, and emotional model for pain that considers individuals' perceptions of the intensity of pain and its interference in daily function and their quality of life among adults with different pain conditions. To achieve this, the psychometric properties of the measurement instruments used herein were evaluated. This was a cross-sectional study. This study involved 1,103 adults who sought treatment at the School of Dentistry of São Paulo State University (UNESP), Araraquara in 2015 and 2016. The adults included in the study were classified based on their reports of a lack of pain the last 24 hours (G0), of pain in the previous 24 hours and had been experiencing pain for less than three months (G1), of recurrent pain for three months or more (G2), and of continuous pain for three months or more (G3). Demographic information was also collected through personal interviews. Perceptions of pain intensity and interference in daily function were evaluated using an adapted version of the Brief Pain Inventory (BPI-Short Form) for which the period of reference was "the last painful experience". Perceptions of quality of life were obtained using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQoL-BREF). The cognitive variables were measured using the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ) and the Pain Catastrophizing Scale (PCS). Behavioral variables were assessed using the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) and the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC Form C). For the emotional variables, the instruments used were the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Face, content, and construct validity of the instruments (including factor, convergent, and discriminant validity) were also determined. Confirmatory factor analysis (CFA) was performed with χ^2/df , CFI and RMSEA. Reliability was also evaluated (α , composite reliability). Multigroup analysis was used to determine the invariance of models' parameters. The overall score was calculated using the regression weight matrix obtained in the CFA. A structural model was constructed for each group based on their pain conditions using path analysis. A significance level of 5% was adopted. Of the participants, the majority were women, the average age was $38,2 \pm 10,6$ years, the majority were married or in a common-law marriage, and they reported an average monthly income of US\$ 670.28. The instruments were valid and reliable for the sample after model refinement. The cognitive, behavioral, and emotional models for pain were fit to all of the groups (G0, G1, G2, and G3) and explained 23% to 36% of the variability in perceptions of pain intensity, 63% to 73% of the variability in perceptions of the interference of pain in daily function, and 22% to 62% of the variability in the participants' quality of life. The cognitive variables made a substantial contribution to perceptions of pain intensity, and the behavioral and emotional variables made substantial contributions to perceptions of the interference of pain in daily function and of quality of life.

Keywords: Pain Measurement. Psychometrics. Psychology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PUBLICAÇÃO 1	13
Inventário Breve de Dor: uma proposta considerando a experiência dolorosa presente e passada	
3 PUBLICAÇÃO 2	35
Adaptação transcultural para o português do Questionário de Vigilância e Consciência relacionado à dor	
4 PUBLICAÇÃO 3	60
Catastrofização da dor: Ruminação é fator discriminante entre indivíduos com diferentes características dolorosas	
5 PUBLICAÇÃO 4	81
Questionário de Autoeficácia relacionado à Dor (PSEQ) e sua utilização em amostra de indivíduos com diferentes condições dolorosas	
6 PUBLICAÇÃO 5	98
Escala Multidimensional de <i>Locus</i> de Controle da Saúde - Forma C e sua utilização em indivíduos com diferentes condições dolorosas	
7 PUBLICAÇÃO 6	122
Modelo cognitivo, comportamental e emocional da dor: avaliação em adultos com diferentes condições dolorosas	
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A	139
APÊNDICE B	141
APÊNDICE C	143
APÊNDICE D	145
APÊNDICE E	147
ANEXO A	148
ANEXO B	150
ANEXO C	175
ANEXO D	176

1 INTRODUÇÃO

Segundo Merskey et al.¹⁶ (1979), membros do subcomitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor se caracteriza como *“experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano. A dor sempre é subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências”*.

Assim, é possível que pessoas que compartilham de um mesmo estímulo doloroso relatem diferentes comportamentos frente à dor, fato que insere os processos psicológicos como peças fundamentais na modulação da percepção da mesma (McGrath¹⁵, 1994). A literatura (Linton, Shaw¹⁰, 2011; Keefe et al.⁸, 1992; Keefe et al.⁹, 2004; Turner et al.²⁷, 2001; Salvetti, Pimenta²⁰, 2007) sugere que os processos cognitivos, comportamentais e emocionais estão relacionados à dor. Esses processos podem estar relacionados tanto à percepção da sua intensidade quanto à percepção da sua interferência no cotidiano dos indivíduos, o que pode gerar impacto na qualidade de vida dos mesmos (Keefe et al.⁹, 2004; Turner et al.²⁷, 2001; Brister et al.³, 2006; Sardá et al.²¹, 2007; Van der Maas et al.²⁸, 2012).

A cognição é a forma como o indivíduo percebe, aprende, recorda e pensa sobre toda informação captada durante sua vida sendo resultante de um processo de estruturação de conhecimento. De acordo com Linton e Shaw¹⁰ (2011) e Turner et al.²⁷ (2001), os processos cognitivos relacionados à dor podem ser representados pelas interpretações, crenças, expectativas individuais e catastrofização. A catastrofização pode ser definida como um conjunto mental exageradamente negativo trazido durante uma experiência dolorosa (Sullivan et al.²⁵, 2001). Sullivan²² (2009) apontam que, apesar do excesso de pensamentos negativos, a catastrofização não deveria ser considerada unicamente como um processo de má-adaptação dependendo do contexto. Ressalta-se, pois, que a catastrofização pode, em alguns casos, trazer benefícios ao indivíduo e atuar junto aos mecanismos de defesa do mesmo (Sullivan²², 2009; Sullivan²³, 2012). Esses mecanismos poderiam favorecer uma resolução mais rápida do evento doloroso, uma vez que podem atuar de forma a promover maior mobilização das pessoas (familiares, amigos, profissionais da saúde) ao redor do indivíduo (mecanismo de *coping* comunal) e/ou promover maior direcionamento/envolvimento do próprio indivíduo no evento doloroso (mecanismo de atenção). O estado de atenção do indivíduo, por sua vez, é

também um aspecto cognitivo sugerido como interferente no processo de percepção da dor (Linton, Shaw¹⁰, 2011; Eccleston, Crombez⁷, 1999). McCracken¹⁴ (1997) denomina de hipervigilantes aqueles que demandam um foco excessivo nos sinais da dor. Vanden Bulcke et al.²⁹ (2013) afirmam que os pacientes com dor tendem a vigiar as regiões do corpo onde a dor é habitual, tornando-se assim, hipervigilantes.

Outro aspecto frequentemente reportado nos estudos da dor são as emoções (Linton, Shaw¹⁰, 2011; Brandini et al.², 2011; Makino et al.¹², 2013; Mingarelli et al.¹⁷, 2013). Frente a um estímulo doloroso, os indivíduos podem passar a experimentar diversas emoções, e, quanto maior a afetividade negativa do indivíduo envolvida neste contexto da dor, pior poderá ser a sua percepção e maior sofrimento poderá estar atrelado à experiência dolorosa (Linton, Shaw¹⁰, 2011; Makino et al.¹², 2013). Lovibond e Lovibond¹¹ (1995) ressaltam que a afetividade negativa pode ser uma característica comum entre a depressão, ansiedade e estresse. Outro aspecto emocional de destaque é o da alexitimia, que pode ser conceituada como a redução ou dificuldade dos indivíduos em identificar e descrever seus sentimentos (Taylor et al.²⁶, 1985). Makino et al.¹² (2013) sugerem que a alexitimia pode influenciar significativamente na afetividade negativa dos indivíduos.

Com relação ao fator comportamental, Keefe et al.⁸ (1992) descrevem que há duas linhas de intervenção psicológica que podem ser seguidas na investigação e/ou tratamento da dor sendo a comportamental ou a cognitivo-comportamental. Ambas indicam que o comportamento do indivíduo frente à dor (relaxar, tomar medicamento, depender da família) desempenha papel importante na sua percepção e/ou manutenção (Linton, Shaw¹⁰, 2011; Keefe et al.⁸, 1992). O comportamento do indivíduo, por sua vez, pode estar atrelado, por exemplo, à sua crença na autoeficácia e ao seu *locus* de controle. A autoeficácia é representada pela crença individual referente à habilidade de desempenhar tarefas com êxito ou apresentar comportamentos que podem produzir resultados favoráveis (Nicholas¹⁸, 2007). O *Locus* de controle é a maneira na qual os indivíduos atribuem responsabilidade pelos eventos que ocorrem em suas vidas e pode ser interno ou externo (Wallston et al.³¹, 1978).

Diante do exposto, entende-se que, como reportado por Linton e Shaw¹⁰ (2011), existe um complexo processo envolto na manifestação da condição dolorosa que deve ser desvelado para que o manejo e/ou tratamento da dor possa ser melhor

direcionado resultando em impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, mesmo diante da exposição desse complexo processo, poucos são os estudos que buscam avaliar essas variáveis conjuntamente. Considerando a existência de teorias, desenvolvidas *à priori*, como a de Linton e Shaw¹⁰ (2011), sobre a influência dos fatores psicológicos envolvidos na percepção da dor, abre-se a possibilidade de modelagem das mesmas buscando a formulação de um modelo preditivo com maior capacidade discriminatória dos mecanismos envolvidos na condição dolorosa o que poderá exercer um ganho significativo no entendimento da dor, tanto na rotina médica quanto odontológica.

Assim, propõe-se a realização desse estudo com objetivo de avaliar um modelo teórico cognitivo, comportamental e emocional relacionado à percepção da intensidade da dor e de sua interferência no cotidiano e à qualidade de vida de indivíduos adultos com diferentes condições dolorosas.

Para tanto, inicialmente, foram estimadas as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida Inventário Breve de Dor (BPI Forma Curta) (Cleeland, Ryan⁵, 1994), Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-Bref) (Power et al.¹⁹, 1998), Questionário de Vigilância e Consciência relacionado à Dor (PVAQ) (McCracken¹⁴, 1997), Escala de Catastrofização da Dor (PCS) (Sullivan et al.²⁴, 1995), Questionário de Autoeficácia relacionado à Dor (PSEQ) (Nicholas¹⁸, 2007), Escala Multidimensional de *Locus* de Controle da Saúde – Forma C (MHLC Forma C) (Wallston et al.³⁰, 1994), Escala de Alexitimia de Toronto – 20 (TAS-20) (Taylor et al.²⁶, 1985) e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – 21 (DASS-21) (Lovibond, Lovibond¹¹, 1995) para a amostra de indivíduos adultos que buscaram atendimento odontológico.

Cabe esclarecer que este trabalho acadêmico foi apresentado no formato alternativo, com a inclusão de 6 publicações. As 5 primeiras publicações foram estruturadas em formato de artigo científico completos e referem-se às etapas de avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados. A última publicação foi composta pelos resultados advindos da elaboração do modelo teórico cognitivo, comportamental e emocional relacionado à percepção da intensidade da dor e de sua interferência no cotidiano e à qualidade de vida de indivíduos adultos com diferentes condições dolorosas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste trabalho de apresentação de tese podem ser subdivididas em duas etapas principais, sendo elas i) a estimação das propriedades psicométricas dos instrumentos de medida utilizados e ii) a avaliação do modelo teórico cognitivo, comportamental e emocional relacionado à percepção da intensidade da dor e de sua interferência no cotidiano e à qualidade de vida de indivíduos adultos com diferentes condições dolorosas.

A primeira etapa (validação dos instrumentos) apresenta análises importantes para o desenvolvimento do trabalho, uma vez que é a partir desta etapa que se define, para cada instrumento, o modelo teórico com melhor ajustamento para a amostra. Cabe lembrar que um instrumento só pode ser considerado válido dentro de um determinado contexto amostral (Anastasi¹, 1988; Maroco¹³, 2014) e, portanto, essa avaliação é fundamental para atestar a validade e a confiabilidade dos dados obtidos a partir desses instrumentos de medida.

Neste estudo, todos os instrumentos de medidas utilizados, sendo eles o Inventário Breve de Dor (BPI Forma Curta) adaptado (Cleeland, Ryan⁵, 1994) (Publicação 1 e Apêndice A), Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQoL-Bref) (Power et al.¹⁹, 1998) (Apêndice B), Questionário de Vigilância e Consciência relacionado à Dor (PVAQ) (McCracken¹⁴, 1997) (Publicação 2), Escala de Catastrofização da Dor (PCS) (Sullivan et al.²⁴, 1995) (Publicação 3), Questionário de Autoeficácia relacionado à Dor (PSEQ) (Nicholas¹⁸, 2007) (Publicação 4), Escala Multidimensional de *Locus* de Controle da Saúde – Forma C (MHLC Forma C) (Wallston et al.³⁰, 1994) (Publicação 5), Escala de Alexitimia de Toronto – 20 (TAS-20) (Taylor et al.²⁶, 1985) (Apêndice C) e Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – 21 (DASS-21) (Lovibond, Lovibond¹¹, 1995) (Apêndice D), foram considerados válidos para a amostra em estudo. Contudo, vale lembrar que todos passaram pelo processo de refinamento do modelo para que os mesmos apresentassem, para a amostra, índices mais adequados de qualidade de ajustamento aos dados.

Além disto, esta etapa propiciou a obtenção de pesos que foram atribuídos a cada item dos instrumentos para o cálculo do escore global ponderado de cada variável de estudo. Esta estratégia foi utilizada para a transformação das variáveis latentes (não mensuráveis diretamente) em variáveis manifestas (mensuráveis

diretamente) (Publicações de 2 a 5 e Apêndices de A a D). A utilização desta estratégia pode ser interessante, pois preserva a operacionalização dos conceitos na amostra, uma vez que as estimativas dos pesos são obtidas a partir da matriz dos pesos de regressão da análise fatorial confirmatória após ajustamento dos modelos. Quando da utilização de estratégias tradicionais para cômputo do escore global, tais como o somatório ou a média dos itens do instrumento, esse fato não acontece uma vez que parte-se do princípio de que todos os itens componentes do instrumento contribuem da mesma maneira para o conceito, o que não é realístico. Dessa forma, a utilização de ponderação pode melhorar a qualidade da estimativa da medida obtida (Maroco¹³, 2014; da Silva et al.⁶, 2017; Campos et al.⁴, 2017).

Ainda em relação aos instrumentos de medida, pode-se destacar o fato deste trabalho apresentar uma nova proposta de adaptações no Inventário Breve de Dor (BPI Forma Curta) o que permitiu ampliação da avaliação da percepção da intensidade da dor e da sua interferência no cotidiano de indivíduos com dores “habituais” (dor de dente, por exemplo) e de indivíduos que não apresentavam dor nas últimas 24 horas, investigando a última experiência dolorosa. Considera-se que essas adaptações foram importantes para a ampliação das possibilidades clínicas de aplicação deste instrumento (Publicação 1).

Outra contribuição clínica decorrente deste trabalho foi a adaptação transcultural do Questionário de Vigilância e Consciência em relação à dor (PVAQ) para o português, inserindo o instrumento no contexto clínico brasileiro, permitindo o aumento das possibilidades de investigação dos estados de vigilância dos indivíduos relacionados à dor (Publicação 2).

Em relação à segunda etapa deste trabalho (avaliação modelo teórico), concluiu-se que as variáveis cognitivas, comportamentais, emocionais e demográficas contribuíram significativamente para a percepção da intensidade da dor e de sua interferência no cotidiano e da qualidade de vida de indivíduos adultos com diferentes condições dolorosas, estando as variáveis cognitivas mais envolvidas na percepção da intensidade da dor e as variáveis comportamentais e emocionais mais envolvidas na percepção da interferência da dor no cotidiano e na qualidade de vida dos indivíduos. Observou-se alta capacidade explicativa dos modelos testados, variando segundo a condição dolorosa (sem dor, dor < 3 meses, dor recorrente ≥ 3 meses, dor contínua ≥ 3 meses) e as variáveis de desfecho (intensidade da dor,

interferência da dor no cotidiano e qualidade de vida). É importante destacar que apesar de algumas semelhanças, os modelos devem ser elaborados considerando as diferentes condições dolorosas, uma vez que existem diferenças importantes entre eles, como por exemplo, o fato da percepção do indivíduo relacionada à interferência da dor no cotidiano impactar significativamente na qualidade de vida somente quando a dor é contínua há mais de três meses.

Diante do exposto, recomenda-se que sejam inseridas medidas relacionadas à forma com que os indivíduos aprendem, processam, interpretam (cognitivo), comportam-se (comportamental) e se estabelecem emocionalmente (emocional) frente ao estímulo doloroso quando da avaliação/tratamento da dor em diferentes condições clínicas. Isso poderá representar uma contribuição importante para o diagnóstico, terapêutica e prognóstico da condição desses indivíduos, que poderá refletir tanto no sucesso clínico quanto na melhora da qualidade de vida dos mesmos. Sugere-se que os profissionais da saúde devam estar preparados e capacitados para realizar o rastreamento da dor de maneira alargada, considerando a complexidade subjacente à condição clínica do indivíduo, de modo a realizar intervenções de maneira competente e/ou encaminhá-los quando os aspectos identificados estiverem na fronteira de seu conhecimento, propiciando, assim, maior chance de melhoria da saúde desses indivíduos.

REFERÊNCIAS*

1. Anastasi A. Psychological testing. 6 ed. New York City: Macmillan Publishing Company; 1988. 817p.
2. Brandini DA, Benson J, Nicholas MK, Murray GM, Peck CC. Chewing in temporomandibular disorder patients: an exploratory study of an association with some psychological variables. *J Orofac Pain*. 2011; 25(1): 56-67.
3. Brister H, Turner JA, Aaron LA, Mancl L. Self-efficacy is associated with pain, functioning, and coping in patients with chronic temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain*. 2006; 20(2): 115-24.
4. Campos JADB, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. General oral health assessment index: a new evaluation proposal. *Gerodontology*. 2017; 34(3): 334-42.
5. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the brief pain inventory. *Ann Acad Med Singapore*. 1994; 23(2): 129-38.
6. da Silva WR, Maroco J, Ochner CN, Campos J. Male body dissatisfaction scale (MBDS): proposal for a reduced model. *Eat Weight Disord*. 2017 Aug 1. [Epub ahead of print].
7. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*. 1999; 125(3): 356-66.
8. Keefe FJ, Dunsmore J, Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60(4): 528-36.
9. 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.
10. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther*. 2011; 91(5): 700-11.
11. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS). 2 ed. Australia: The Psychology Foundation; 1995.
12. Makino S, Jensen MP, Arimura T, Obata T, Anno K, Iwaki R, et al. Alexithymia and chronic pain: the role of negative affectivity. *Clin J Pain*. 2013; 29(4): 354-61.
13. Maroco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações. 2 ed. Pero Pinheiro: ReportNumber; 2014. 374 p.
14. McCracken LM. "Attention" to pain in persons with chronic pain: a behavioral approach. *Behav Ther*. 1997; 28(2): 271-84.
15. McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol*. 1994; 39 Suppl: 55S-62S.
16. Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FWL et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979; 6(3): 249-52.
17. Mingarelli A, Casagrande M, Di Pirchio R, Nizzi S, Parisi C, Loy BC, et al. Alexithymia partly predicts pain, poor health and social difficulties in patients with temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil*. 2013; 40(10): 723-30.

* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca:
<http://www.foar.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-de-normalizacao-marco-2015.pdf>

18. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007; 11(2): 153-63.
19. Power M, Kuyken W, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46(12): 1569-85.
20. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 135-40.
21. Sardá J, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghar A. Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: a psychometric analysis. *Stress Health*. 2007; 23(3): 185-90.
22. Sullivan MJL. The pain catastrophizing scale: user manual. Montreal: McGill University; 2009. 36 p.
23. Sullivan MJL. The communal coping model of pain catastrophizing: clinical and research implications. *Can Psychol*. 2012; 53(1): 32-41.
24. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995; 7(4): 524-32.
25. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001; 17(1): 52-64.
26. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*. 1985; 44(4): 191-9.
27. Turner JA, Dworkin SF, Mancl L, Huggins KH, Truelove EL. The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*. 2001; 92(1-2): 41-51.
28. Van der Maas LCC, de Vet HCW, Koke A, Bosscher RJ, Peters ML. Psychometric properties of the pain self-efficacy questionnaire (PSEQ) validation, prediction, and discrimination quality of the Dutch version. *Eur J Psychol Assess*. 2012; 28(1): 68-75.
29. Vanden Bulcke C, Van Damme S, Durnez W, Crombez G. The anticipation of pain at a specific location of the body prioritizes tactile stimuli at that location. *Pain*. 2013; 154(8): 1464-8.
30. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form-C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess*. 1994; 63(3): 534-53.
31. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr*. 1978; 6(2): 160-70.